

İKİ TARAFLI GRADE 3 VARİKOSELİN ENDER BİR NEDENİ: BUDD-CHİARI SENDROMU

A RARE CAUSE OF BILATERAL GRADE 3 VARICOCELE: BUDD-CHIARI SYNDROME

Coşkun ŞAHİN*, Orhan TARÇIN**, Gürer YAKUT*, Süheyl POÇAN***

* Gümüşsuyu Asker Hastanesi Üroloji Kliniği, İSTANBUL

** Gümüşsuyu Asker Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İSTANBUL

*** Gümüşsuyu Asker Hastanesi Radyoloji Kliniği, İSTANBUL

ABSTRACT

Introduction: Frequency of the prominent varicocele is extremely rare on right side. The most common causes of the right varicocele are presence of the caval vein occlusion, caval vein thrombosis and situs inversus. A case with grade 3 bilateral varicocele due to Budd-Chiari syndrome is presented.

Key Words: Budd-Chiari, Right varicocele, Bilateral varicocele

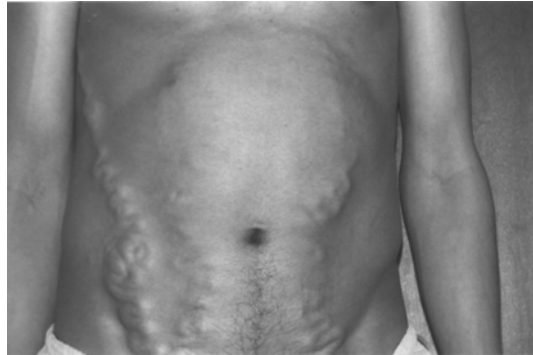
ÖZET

Sağ tarafta belirgin varikozel görülme sıklığı son derece enderdir. En sık görülme nedenleri; vena kava oklüzyonu veya trombüsü, situs inversus varlığıdır. Bu bildiride; Budd-Chiari sendromu nedeni ile iki taraflı grade 3 varikozel gelişmiş olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Budd-Chiari, Sağ varikozel , İki taraflı varikozel

GİRİŞ

Klinik olarak yüksek grade'li sağ varikozel görülme sıklığı azdır. Olması halinde; sağ testiküler veni bası altında tutabilecek her türlü periton içi kitleler, vena kava obstrüksiyonu ve situs inversus, göz önünde bulundurulması gereken klinik durumlardır¹. Budd-Chiari sendromu tanısı alan ve skrotal ağrı yakınması olan iki taraflı grade 3 varikozelli olgu sunulmaktadır.



Resim 1. Budd-Chiari sendromlu olgu. Her iki tarafta epigastrik venlerde belirgin genişleme ve kıvrımlaşma

OLGU SUNUMU

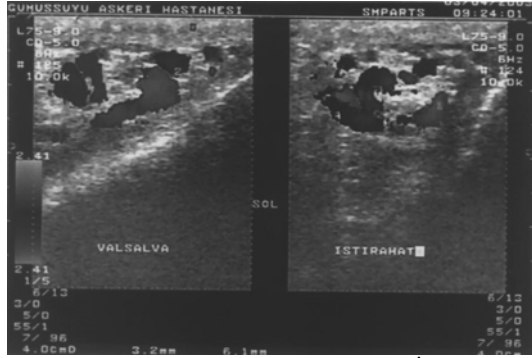
20 yaşında genel durumu iyi askerlik görevi için başvurmuş bekar bir hasta. Aralıklı sarılık ve karın bölgesinde damar genişlemeleri nedeni ile

gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. Sorgulamasında; altı yaşında iken siroz tanısı ile tarif edemediği bir operasyon geçirmiş olduğu anlaşıldı. 15 yıl boyunca bir tedavi görmemiş. Dört ay önce yüksek ateş, halsizlik, yorgunluk ve sarılık nedeni ile başka bir merkeze yatırılmış. Karaciğer biyopsisi yapılmış. Biyopside karaciğerde veno-oklüssiv hastalık düşündüren konjesyon bulguları ve portal fibrozis saptanmış. Karaciğer enzimleri hafif derecede yüksekti. Muayenesinde; karın alt bölümünde yaygın varikoz venler, her iki bacak ön yüzünde hiperpigmente alanlar mevcuttu (Resim 1). Karaciğer kot kenarını 5 cm geçiyordu. Splenomegali vardı. Fizik muayene ile belirgin asit saptanmadı. Üst batin ve portal sistem ultrasonografisinde; karaciğerde büyüme, kontur düzensizliği ve nodüler yapı, splenomegali, perivesikal, infrahepatik, perisplenik asit, hepatik venlerde kompresyon, vena kava inferiyorda oklüzyon, portal vende trombüs izlendi. Abdominal tomografi bulguları ile olgunun Budd-Chiari sendromu olduğu düşünüldü. Skrotal ağrı nedeni ile tarafımıza konsülte ettirilen hastanın muayenesinde; her iki skrotumda grade 3 varikozel ile uyumlu varikoz venler saptandı. Skrotal Doppler incelemede testislerin boyutları, konturları ve parankim ekojeniteleri normaldi. Sağ hemiskrotum-

Dergiye Geliş Tarihi: 12.08.2003

Yayına Kabul Tarihi: 12.11.2003 (Düzeltilmiş hali ile)

da en belirgin ven çapı istirahatte 3.7 mm, valsava manevrası ile 5.3 mm idi. Sol hemiskrotumda ise bu değerler sırasıyla 3.2 mm ve 6.1 mm idi. Bulgular iki taraflı şant tipi varikozel ile uyumlu bulundu (Resim 2). Sperm analizinde; sperm sayısı 14 milyon/ml, ilk yarım saatteki canlılık oranı %45, normal sperm oranı ise %60 idi.



Resim 2. Olgunun skrotal Doppler incelemesi: İki taraflı şant tipi grade 3 varikozel

TARTIŞMA

İzole belirgin sağ varikozel son derece ender görülür. Alberti ve arkadaşları belirgin izole sağ varikozel sıklığını %0.6 olarak bildirmişlerdir². Etiyolojisinde görülen en sık nedenler; situs inversus ve periton içi kitlelerdir³⁻⁵. Literatür taramasında varikozel nedeni olarak Budd-Chiari sendromuna rastlanmadı. Bu yönüyle bakıldığında olgumuzun literatürde rapor edilen ilk olgu olduğunu düşünmekteyiz. Budd-Chiari sendromu, hepatik venlerin trombüsle tıkanmasıdır. Akut, subakut veya kronik olabilir. Etiyolojisinde abdominal travma, doğum kontrol hapları, polisitemi vera, hiperkoagülopati sorumlu tutulmuştur. Kronik hastalıkta karında asit, abdominal ağrı ve yaygın venöz kollateral damar ağına bağlı variköz venler mevcuttur. Tanı; karaciğer biyopsisi, abdominal ultrasonografi, tomografi ve manyetik rezonans (MR) ile konur. Kesin tanı için; hepatik venlerin ve vena kavanın kateterizasyonu gerek-

lidir⁶. Olgumuzda Budd-Chiari sendromunu düşündüren en önemli bulgu inferiyor epigastrik venlerdeki dolgunluktu (Resim 1). Belirgin sağ varikozel tanısı, hastanın heyet muayenesi sırasında epigastrik venlerinin genişlemiş olduğunun tarafımızdan tesadüfen görülmesi ile yapılan skrotal muayene ile kondu. Hasta yeniden sorgulandığında, sağ skrotal şişlik ve ağrı yakınmalarının 4-5 yıldan beri olduğunu belirtti.

İnfertilitenin önlenmesi ve skrotal ağrının giderilmesi için varikozel tanısının akla getirilmesi bu olguda sistemik muayenenin önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Dahili branşlardaki hekimlerin dikkatini çekmesi açısından olgunun bu yönüyle ele alınmasının önemli olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- **Jacob R:** Congenital anomalies of the testis and scrotum; in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ: Campbell's Urology, Vol.: III, Chapter: 72, 2186-2187, Saunders Company, New York , London, Toronto, 1999.
- 2- **Alberti C, Cortellini P, Sacchini P, Rossi G:** The role of venous drainage in uro-genital pathology. Minerva Urol Nefrol. Jan-Mar; 43(1): 1-18, 1991.
- 3- **Shaji S, Steele C, Qasim A, Buckley M:** Right testicular varicocele: an unusual presentation of cecal J Endourol. Dec; 15(10): 1001-3, 2001.
- 4- **Preziosi P, Miano R, Bitelli M, Cioffi MG, Micali S, Micali F:** Right varicocele associated with inferior vena cava malformation in situs inversus: Percutaneous treatment with retrograde sclerotherapy. J Urol. Feb; 165(2): 503, 2001.
- 5- **Hanna GB, Byrne D, Townell N:** Right-sided varicocele as a presentation of right renal tumors. Br J Urol. Aug; 70(2): 204-5, 1992.
- 6- **Boyer TD:** Major sequelae of cirrhosis; in Wyngaarden JB, Smith LH: Cecil textbook of medicine, Vol.: II, Chapter: 172, 848-849, WB Saunders Company, 18th edition, 1988.