

Polipoid Tümöral Kitleyi Taklit Eden Gastrik Varisler

Gastric Varices Mimicking Polypoid Tumoural Mass

Ümit Yaşar Ayaz¹, Alper Dilli², Ö. Meriç Tüzün², Baki Hekimoğlu²

¹ S.B. Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

² S.B. Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Endoskopide polipoid submukozal mide kitlesi görünümü veren ve cerrahi rezeksiyon planlanan gastrik varis olgusunun, baryumlu radyografi, gri skala ultrasonografi (US), renkli Doppler US ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularını sunmayı amaçladık. Sekiz kez üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması geçiren 62 yaşındaki HCV (+) kadın olgunun endoskopi sonrası yapılan baryumlu üst GIS radyografilerinde, midenin kardiya-korpus bileşkesinde, 4,5 x 3 cm boyutlarda polipoid dolum defekti görüldü. Özofagusta varis görünümü izlenmedi. US incelemede mide posterosuperior kesiminde, renkle dolum gösteren ve tek fazlı, devamlı venöz akım içeren, kitle şeklini almış ve lümen protrüde olmuş anekoik tübüler yapılardan oluşan gastrik varisler izlendi; portal hipertansiyon bulguları elde edildi. Geç denge fazında elde olunan kontrastlı abdominal BT'de midenin posterosuperiorunda lobüle kitle görünümü ve batin içinde değişik lokalizasyonlarda, portal hipertansiyona ikincil kollateral venöz yapılar izlendi. Olgumuzda gastrik varis tanısı sadece radyolojik yöntemlerle konmuş olup, özellikle Renkli Doppler US ile gastrik varis tanısı kesinleştirilerek cerrahi rezeksiyondan kaçınılmış ve katastrofik kanama riski ortadan kaldırılmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Özofagus ve Mide Varisleri; Ultrasonografi, Doppler, renkli; Endoskopi, Gastrointestinal*

Our purpose is to present upper gastrointestinal system (GIS) contrast radiography, gray scale ultrasonography (US), colour Doppler US and abdominal computed tomography (CT) findings in a 62-year-old, HCV (+) female patient having gastric varices, with a history of GIS bleeding for several times of whom previous endoscopy revealed polypoid submucosal gastric mass in stomach and surgical resection was planned after endoscopy. In upper GIS contrast radiography series, 4.5 x 3 cm sized polypoid filling defect was detected in cardia-corporum junction of stomach but no esophageal varices could be demonstrated. In US, gastric varices which took the form of a gastric mass composed of anechoic tubular structures protruding into gastric lumen, demonstrating intense color filling and continuous, monophasic venous flow, were observed; portal hypertension findings were obtained. Contrast enhanced abdominal CT demonstrated a lobulated mass in posterosuperior part of stomach and collateral venous structures secondary to portal hypertension in various locations of abdomen. In this case, exact diagnosis of gastric varices was made by radiologic modalities, particularly by colour Doppler US, providing to avoid surgical resection and to prevent catastrophic bleeding.

Key Words: *Esophageal and Gastric Varices; Ultrasonography, Doppler, Color; Endoscopy, Gastrointestinal*

Gastrik varisler sıklıkla portal hipertansiyonlu hastalarda özofagus varisleri ile beraber görülürler. Radyolojik olarak görüntülenebilen gastrik varislerin çoğu çift kontrastlı çalışmalarda, gastrik fundusta çok sayıda yuvarlak submukozal nodüller veya kalınlaşmış mukozal kıvrımlar şeklinde izlenirler (1,2). Bazen konglomere varis kitleleri veya tümöre benzer varisler, neoplastik bir lezyonla (polipoid fundus karsinomu, leyomyosarkom vs.) radyolojik olarak karıştırılabilecek büyük, polipoid, lobüle konturlu bir dolum defekti ve fundus kitlesi şeklinde ortaya çıkabilir (1,2).

Spontan portosistemik şantlar portal hipertansiyonlu hastalarda sık görülür. Gastrik varisler portal hipertansiyonlu hastalarda oluştuklarında, spontan portosistemik şant bulgusu olarak kabul edilebilirler. Bununla beraber gastrik varisler hem portal hipertansiyonlu olgularda hem de splenik ven obstrüksiyonu olgularında spontan ve izole olarak gelişebilir (2). Bu çalışmada, endoskopik olarak polipoid submukozal kitle görünümü verdiği bildirilen bir gastrik varis olgusunu, baryumlu radyografi, gri skala ultrasonografi (US), renkli Doppler US ve kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ile sunmayı amaçladık

Başvuru Tarihi: 05.05.2010 • Kabul tarihi: 25. 10.2010

İletişim

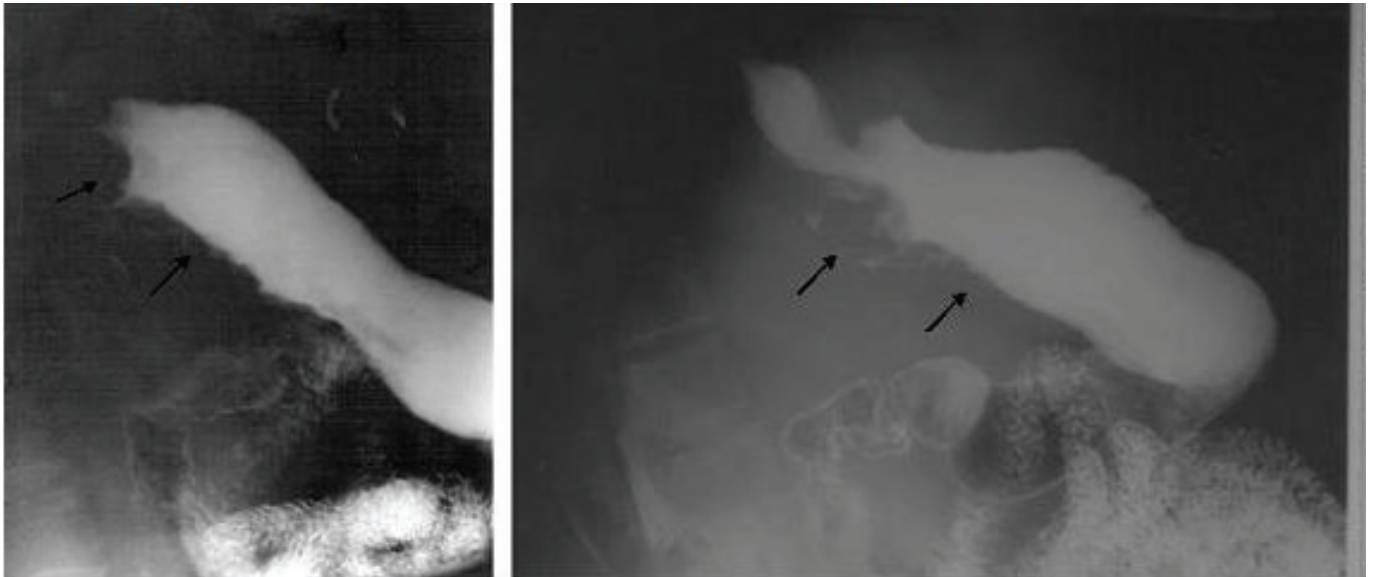
Uz.Dr. Ümit Yaşar AYAZ
Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Radyoloji
Kliniği, Halkkent/Mersin
Tel : 0 324 223 07 01
Gsm : 0537 763 94 42
E-Posta Adresi : umityasarayaz@yahoo.com

Olgu Sunumu

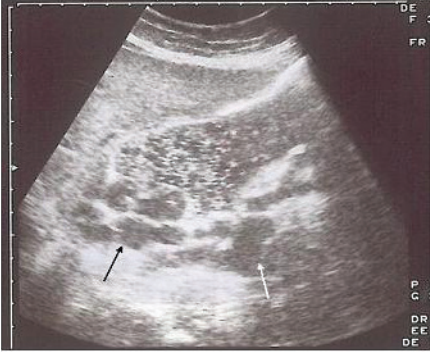
62 yaşındaki kadın olgu, kliniğimize üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisinde saptanan mide kitlesinin değerlendirilmesi için, baryumlu üst GİS radyografi tetkiki yapılmak üzere gönderilmiştir. Tıbbi kayıtlarından, olgunun yirmi yıl önce appendektomi, onbeş yıl önce total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi, on yıl önce üreterosele operasyonu geçirdiği, hipertansiyon ve Tip 2 Diabetes Mellitus hastalığı bulunduğu, iki yıl önce akciğer tüberkülozu geçirdiği, ilki onsekiz ay önce olmak üzere toplam sekiz kez üst gastrointestinal sistem kanaması geçirdiği öğrenilmiş olup, anti-HCV (+), ALT: 41 IU/ml, AST: 56 IU/ml, platelet sayısı 65000-104000/ml olarak tespit edilmiştir. Olgunun endoskopi raporunda, mide fundus yerleşimli, mukozadan kabarıklık ve polipoid görünümlü submukozal lezyon izlendiği bildirilmiş; özofagus varislerine ve gastrik varise ait herhangi bir bulgudan söz edilmemiştir. Endoskopide izlenen kitleye yönelik cerrahi işlem (rezeksiyon) yapılabileceği, radyolojik tetkik sonuçlarının beklendiği, olguyu refere eden hekim tarafından bildirilmiştir. Radyoloji kliniğimizde hasta yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmiş olup, kendisinden bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Skopi

cihazı ile yapılan baryumlu üst GİS incelemesinde, midenin kardiya-korpus bileşkesinde, posterior yerleşimli, lümenine uzanan, düzensiz yüzeyli, ortasında ve bazı kesimlerinde dolmuş fazlalıkları izlenen, yaklaşık 4,5 x 3 cm boyutlarda polipoid dolmuş defekti ve komşuluğunda, yaklaşık 4 cm uzunluğunda bir kesimde, lümenine doğru uzanan, daha küçük ve çok sayıda polipoid protrüzyonlar şeklinde düzensizlikler görüldü (Resim 1. a,b). Özofagusta varis ile uyumlu görünüm izlenmemesi dikkat çekiciydi. Öncelikle gastrik varis düşünülmüş olmakla beraber, ülserleşmiş ve kronik dönemde lümenine iyice protrüde olmuş submukozal bir kitleyi veya düzensiz, ülserli yüzeyli neoplazik bir polipoid oluşumu dışlamak için US incelemesi yapıldı. Hasta aç iken, yaklaşık 750 ml ılık su içirilerek, 3,75 MHz konveks proba supin pozisyonda yapılan gri skala US incelemesinde, mide posterosuperior kesiminde, kardiya ve korpus birleşim yerinde, tübüler ve kıvrıntılı aneikoik yapılardan oluşan ve lümenine doğru uzanan, yaklaşık 35 x 40 mm boyutlarda komplike kistik görünümde kitle ile bunun inferior komşuluğunda, mukozal altından inferiora ilerleyen ve lümenine doğru daha az çıkıntı yapan, yukarıda tarif edilen oluşuma benzer içyapıda tübüler aneikoik yapılar izlendi (Resim 2). Renkli Doppler US ince-

lemede, bu tübüler yapıların hepsinde renkle dolmuş ve lümenlerinde sürekli, tek fazlı venöz akım desenleri görülmüş olup bu oluşumların tamamının venöz yapılar olduğu anlaşıldı (Resim 3. a,b). Portal sisteme yönelik yapılan US incelemesinde, karaciğerde kronik parankim hasarını destekler nitelikte heterojen parankim yankısı, 170 x 70 mm boyutlarında ölçülen dalak (splenomegali), superior mezenterik ven ve koroner ven çaplarında artış (sırasıyla 11,2 mm ve 6,9 mm), çok sayıda kıvrıntılı vasküler yapılar içeren kalınlaşmış omentum minus görünümü ve dalak hilusunda çok sayıda büküntülü damarlar izlendi. Renkli Doppler US incelemede, omentum minus içindeki vasküler yapılarda gastrik lezyonda izlenen akıma benzer, sürekli, tek fazlı venöz akım desenleri görüldü. Koroner venede portal konflüensten uzaklaşan (hepatofugal) venöz akım görüldü. Dalak hilusundaki büküntülü damarlarda, sürekli ve tek fazlı venöz akımlar saptandı. Ana portal ven açık olarak izlenmiş olup, çapı 12,5 mm ölçüldü ve normal sınırlarda değerlendirildi. Portal venede karaciğere doğru (hepatopetal) akım izlendi. Hepatik venler ve inferior vena kava açık olup akım desenleri normal olarak izlendi. Paraumbilikal ven trasesinde herhangi bir venöz akım saptanamadı. Daha sonra yapılan kontrastlı abdomen BT ince-



Resim 1. a,b: Baryumlu mide grafilerinde midenin kardiya-korpus bileşkesinde, posteriorda, düzensiz yüzeyli, ortasında ve bazı kesimlerinde dolmuş fazlalıkları izlenen polipoid dolmuş defekti ve bunun inferior komşuluğunda, mukozal protrüzyonlar şeklinde düzensizlikler görülüyor (oklar).



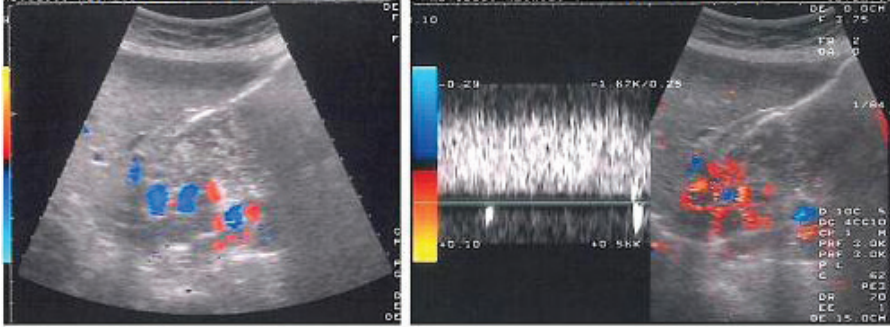
Resim 2: Mide su ile doldurulduktan sonra 3,75 MHz konveks proba elde edilen gri skala US görüntüsünde, mide superior kesimi posteriorunda, tübüler ve kıvrıntılı anekoik yapılar dan oluşan ve lümenine doğru uzanan, yaklaşık 35x40 mm boyutlarında komplike kistik görünümde kitle izleniyor (siyah ok). Bunun inferior komşuluğunda, mukoza altından ilerleyen ve lümenine doğru daha az çıkıntı yapan, benzer özellikte tübüler anekoik yapılar görülüyor (beyaz ok).

lemesinde, geç denge fazında midenin superioru ve posteriorunda, büyük vasküler yapılarla aynı derecede boyanan lobüle kitle görünümü ve daha önce US 'de saptanmış olan portal hipertansiyon bulguları izlendi (Resim 4. a,b). Karaciğer konturlarının hafif düzensiz olduğu ve mikrobülasyonlar gösterdiği saptandı. Venöz kollateral yapılar ve lokalizasyonları net olarak izlenildi. Klinik veriler ve radyolojik bulgular portal hipertansiyon ile uyumlu bulundu.

Bu bulguların elde edilmesinden sonra hastanın operasyonundan vazgeçilmiş ve medikal tedaviye devam edilmiştir.

Tartışma

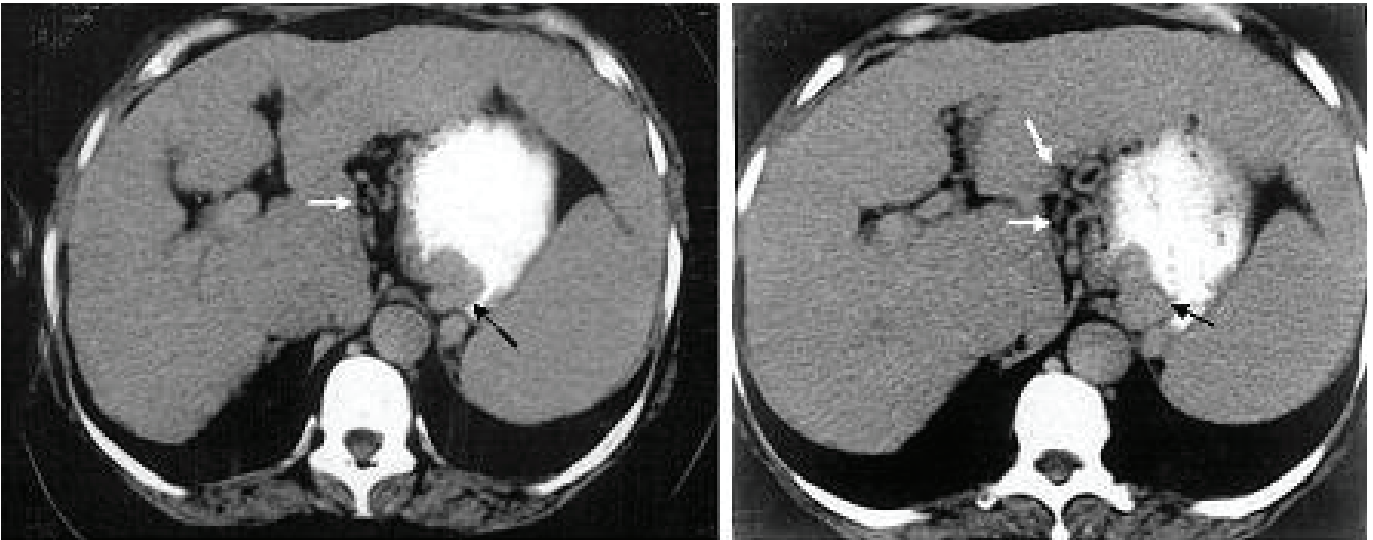
Gastrik varisler Hashizume ve ark. tarafından endoskopideki görünümlerine



Resim 3. a,b: Renkli Doppler US incelemesinde, gri skalada görülen tübüler yapıların hepsinde renkle dolup ve lümenlerinde sürekli, tek fazlı venöz akım deseni izleniyor.

göre, nodüler, tümöral ve tortüoze olmak üzere 3 gruba ayrılmışlardır. Bu araştırmacılar çalışmalarında, endoskopide nodüler ve tümöral görünüm sergileyen ve lümenine protrüde olan gastrik varislerin, tortüoze varislerden daha fazla kanama eğiliminde olduğu sonucuna varmışlardır (3). Bu bulgu, tümöral görünümde gastrik varisi olan olgumuzdaki tekrarlayan üst GIS kanaması anamnezi ile uyumludur. Carucci ve ark., 86 olgudan oluşan gastrik varis serilerinde, 12 olgudaki (%14) konglomere ve tümör benzeri gastrik varislerin, baryumlu grafilerde polipoid fundus kitlesi şeklinde görüldüğünü ve takipleri yapılan 10 olgunun beşinin akut üst GIS kanaması semptomları ile başvurduğunu bildirmişlerdir. Bu veriler olgumuzdaki bulgularla paralellik göstermektedir. Aynı araştırmacılar, konglomere gastrik varis kitlelerinin boyutlarının 3-11 cm arasında değiştiğini (ortalama 6,8 cm) ve % 80 oranında mide fundusunun posteromedial sınırında yerleştiğini, genellikle fundus apeksine uzandığını saptamışlardır (1).

Konglomere varis kitlelerinin endoskopik olarak tanısı çoğu gastrik varisin tanısından daha zor olabilir (1). Olgumuzda da benzer bir durum söz konusu olup gastrik varis tanısı sadece radyolojik yöntemlerle konmuştur. Tanısı konmamış varis olgularında,



Resim 4. a,b: Mide fundus düzeyinden geçen ve geç denge fazında elde olunmuş kontrastlı BT kesitlerinde, midenin posteriorunda, büyük vasküler yapılarla aynı derecede boyanan lobüle kitle görünümü izlenmektedir (siyah oklar). Karaciğerde, C hepatitine bağlı kronik parankimal hastalık ile uyumlu kontur düzensizlikleri dikkati çekmektedir. Omentum minus ve mide çevresinde kollateral vasküler yapılar (beyaz oklar) görülüyor.

endoskopik biyopsi veya cerrahi olarak rezeksiyon girişimi, katastrofik kanama ve ölümlerle sonuçlanabilir. Bu yüzden tümöre benzer varislerin tanısında endoskopinin sınırları ve endoskopik biyopsinin potansiyel tehlikesi gözardı edilmemelidir (1). Olgumuzda, radyolojik yöntemlerle (özellikle Renkli Doppler US ile) gastrik varis tanısı kesinleştirilerek biyopsi ve cerrahiden uzaklaşmış ve kanama riski ortadan kaldırılmıştır.

Gastrik varislerin çift kontrastlı radyogramlarda genellikle mide fundusunda kalınlaşmış tortüoze yapılar olarak görüldüğü; daha az sıklıkla, konglomere varislerin polipoid fundus karsinomu ile karıştırılabilecek bir lobüle dolmuş defekti görünümü verebildiği bildirilmiştir (2). Carucci ve ark. ise sayıca daha fazla olgudan oluşan gastrik varislerinde tümör benzeri gastrik varisleri tipik olarak mide fundusunun apeksinde veya yakınında, fundusun posteromedial sınırında izlenmişler ve lezyonların belirgin olarak benzer radyografik özellikler taşıdığını, yandan görüntüleme dalgalı konturlu ve düzgün yüzeyle submukozal kitleler şeklinde, ön-arka görüntüleme ise çevreye doğru azalan ve mide mukozası ile kaynaşan, kalınlaşmış, bir araya toplanmış kıvrımlar olarak izlendiğini bildirmişlerdir. Olguların % 50'sinde tanı mevcut özofagus varisleri ile desteklenmiş olup, bu araştırmacılara göre tümör benzeri gastrik varisler çift kontrastlı çalışmalarda, çoğu olguda gerçek neoplazilerden ayırt edilmelerini sağlayan özelliklere sahiptirler (1). Olgumuzda ise lezyon radyografik olarak Carucci ve arkadaşlarının bildirdiğine benzer özelliklerde olmakla beraber, bulguları destekleyen özofagus varisleri izlenmemiştir.

Olgumuzdaki bütün bulgular, omentum minusta, özofagogastrik bileşkede, fundus posteriorunda, dalak hilusunda kollateral venöz dolaşım gelişimi ile sonuçlanmış portal hipertansiyona işaret etmektedir. Koroner vende hepatofugal akım izlenmesi, aşırı basıncın bu ven aracılığı ile sistemik venöz dolaşıma aktarılmaya çalışıldığını göstermektedir. Bu ise, kollateral venöz yapıların oluşumuna ve gastrik varis gelişimine yol açmıştır. Ohnishi ve ark., 52 olguda portal ven basıncı ve spontan portosistemik şantların derecesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlar; portal ven, splenik ven ve total şant endeksleri arttıkça portal ven basıncının artmadığını, aksine azaldığını bulmuşlardır (4). Olgumuzda da portal ven çapı normal sınırlarda bulundu ve akım yönünün karaciğere doğru olduğu görüldü. Karaciğer yankısındaki heterojenlik, hastanın anti-HCV antikorunun müspet (+) oluşu, ALT ve AST enzimlerindeki hafif artış nedeniyle, portal hipertansiyonun hepatit C virüsü enfeksiyonuna ikincil kronik parankim hasarı ve olası sirotik süreç sonucu geliştiği düşünüldü.

Olgumuzda, her ne kadar baryumlu çalışmada patolojinin gastrik varis olduğu görülmüş ise de, tanıyı kesin olarak koymamızı sağlayan araç renkli Doppler US olmuştur. Gri skala US'de izlenen anekoik tübüler yapıların içinin renkli Doppler US incelemede tamamen renkle dolması ve spektral incelemede portal venöz akım deseni izlenmesi tanı koydurucu olmuştur. Bu haliyle izole gastrik varis tanısına uyan olgumuzda elde ettiğimiz bulgular, literatürdeki sonuçlarla uyumlu bulunmuştur (5).

Endoskopik US, gastrik varis tanısında yararlı bir teknik olarak önerilmektedir (6). Boustiere ve ark., bu lezyonların saptanmasında, endoskopik US'nin endoskopiden daha üstün olduğuna inanmaktadır (7). Sato ve ark. 41 olgudan oluşan gastrik varis serilerinde, transabdominal yolla yapılan renkli Doppler US incelemesi ve BT ile, olguların tamamında gastrik varislerin gösterilebildiğini, 35 olguda (%85.4) renkli Doppler US ve BT bulgularının birbiri ile tam uyum gösterdiğini bildirmişlerdir (8). Olgumuzda mide suyla yeterince doldurulduktan sonra 3,75 MHz konveks proba transabdominal yolla yapılan gri skala ve renkli Doppler US incelemesi tanıda yeterli olmuştur. Daha sonra yapılan kontrastlı abdomen BT incelemesi, karaciğerdeki kontur düzensizliklerinin ve gaz artefaktları nedeniyle US'de tamamı izlenemeyen kollateral venöz yapıların gösterilmesi, portal hipertansiyonun sonografide saptanan morfolojik bulgularının desteklenmesi, gastrik varisin mide içindeki yerinin daha net olarak gösterilmesi nedeniyle yararlı olmuştur.

Sonuç olarak, endoskopi gastrik varis tanısını desteklemese bile, baryumlu radyografik incelemede lümen projekte olan vejetatif, polipoid kitle izlendiğinde, hastaların gri skala verimli Doppler US incelemesine alınması ve kontrastlı abdomen BT tetkiki yapılması, gastrik varis olgularında tanı sürecini hızlandıracak; endoskopik biyopsinin ve cerrahi rezeksiyonun kontrendike olduğu böyle bir durumda hastayı kanama komplikasyonundan koruyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Carucci LR , Levine MS , Rubesin SE , Laufer I . Tumorous gastric varices: radiographic findings in 10 patients. Radiology 1999; 212:861–865.
2. Levine MS, Kieu K, Rubesin SE, Herlinger H, Laufer I. Isolated gastric varices: splenic vein obstruction or portal hypertension? Abdom Imaging 1990; 15(1):188–192.
3. Hashizume M, Kitano S, Yamaga H, Koyanagi N, Sugimachi K. Endoscopic classification of gastric varices. Gastrointest Endosc 1990; 36:276–280.
4. Ohnishi K, Nakayama T, Koen H, et al. Interrelationship between type of spontaneous portal systemic shunt and portal vein pressure in patients with liver disease. Am J Gastroenterol 1985; 80:561–564.
5. Malde MH, Kedar RP, Chadha D. Isolated gastric varices: ultrasound detection. Abdominal imaging 1993; 18:229–231.
6. Boyce GA, Sivak MV, Rösch T, Classen M, Fleischer DE, Boyce HW. Evaluation of submucosal upper gastrointestinal tract lesions by endoscopic ultrasound. Gastrointest Endosc 1991; 37:449–454.
7. Boustiere C, Dumas O, Jouffre C, Letard Jc, Patoulliard B, Etaix JP. Endoscopic ultrasonography classification of gastric varices in patients with cirrhosis; comparison with endoscopic findings. J Hepatol 1993; 19:268–272.
8. Sato T, Yamazaki K, Akaike J. Diagnosis of gastric varices and evaluation of the effectiveness of treatment using transabdominal color Doppler ultrasonography. J Ultrasound Med 2009; 28(9):1125–1131.