

# Gezici Dalak ve Primer Epitelyal Kisti: Olgu Sunumu

Zafer Kılbaş<sup>1</sup>, Nazif Zeybek<sup>1</sup>, Yusuf Peker<sup>1</sup>, Ertuğrul Çelik<sup>2</sup>, Mükerrerem Safalı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, <sup>2</sup>GATA Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

## ÖZET

### *Gezici dalak ve primer epitelyal kisti: Olgu sunumu*

Gezici dalak nadir rastlanan bir klinik tablodur ve dalağı normal yerinde tutan asıcı ligamentlerin konjenital yokluğu veya akkiz gevşekliğı muhtemel sebebidir. Klinik önemi ise, tanıdaki gecikmenin, splenik torsiyon, dalak infarktı ve akut karın gibi ciddi sorunlara yol açabilmesidir. Alt karın bölgesinde ağrı ve ele gelen kitle yakınmalarıyla jinekoloji kliniğine başvuran 29 yaşında kadın hastada travma hikayesi yoktu. Fizik muayenesinde pelvik bölgede sınırları düzgün, mobil, yaklaşık 20x10 cm boyutlarında solid kitle palpe edilmişti. Kanama, pıhtılaşma zamanı ve trombosit sayısı dahil tüm laboratuvar testleri normal sınırlarda saptandı. Radyolojik görüntüleme ile pelvik bölgeyi dolduran ve üzerinde 10 cm çapında kist bulunan kitle saptandı. Laparoskopik gözlemlerde gezici dalak ve üzerinde hidatik hastalığı andıran 10 cm'lik kistik kitle saptandı. Açık cerrahiye geçildi ve uzun pedikülü ile pelvise yerleşmiş gezici dalak saptandı. Splenektomi uygulandı, histopatolojik inceleme sonucu dalakta malignite olmadığı doğrulandı ancak 'üzerinde 5 cm'lik epitelyal kist bulunan hiperplazik, konjesyone dalak' olarak raporlandı. Hasta postoperatif dördüncü gününde şifa ile taburcu edildi.

**Anahtar kelimeler:** Gezici dalak, splenik kist, splenopeksi

## ABSTRACT

### *Wandering spleen and primary epithelial cyst: report of a case*

Wandering spleen is a rare clinical entity, and is probably a result of congenital deficiency or acquired laxity of the suspensory ligaments holding the spleen in place. It is of clinical importance that a delay in diagnosis may lead to splenic torsion, infarction and acute abdomen. A 29-year-old female had been admitted to the gynecology unit with complaints of lower abdominal pain and a palpable mass. She had no history of trauma. Physical examination revealed a mobile, well-defined 20x10-cm solitary pelvic mass. All the blood tests including platelet count, bleeding, clotting times were normal. Radiologic studies revealed a pelvic mass including a 10-cm cyst. Laparoscopic examination revealed a wandering spleen with a 10-cm cyst, mimicking hydatid disease. Then laparotomy was performed and at operation, splenomegaly with long pedicle was found. The patient underwent splenectomy and splenic histology gave negative result for malignancy but it confirmed splenomegaly with hyperplasia and 10-cm primary splenic epithelial cyst. The patient was discharged at postoperative fourth day without complications.

**Key words:** Wandering spleen, splenic cyst, splenopexy

Bakırköy Tıp Dergisi 2010;6:84-87

## GİRİŞ

Gezici dalak nadir görülen bir klinik tablodur ve dalağı sol subfrenik bölgeye asan ligamentlerin konjenital yokluğu veya akkiz gevşekliğı hareketliliğinin en önemli nedenidir. Uzun pedikülü olan dalak batın içinde serbestçe hareket eder ve vasküler pedikülün torsiyonuyla akut batın tablosuna yol açabilir. Pelvis yerleşimli gezici dalakta kistik ya da solid kitlenin bulunması pelvik patolojileri tanıda öncelikli düşündürülebilir. Bu çalışma ile, kar-

şılaştığımız bir olgudan edindiğimiz deneyimin literatür eşliğinde paylaşılması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Karın alt bölümünde şişlik, sık idrara çıkma ve zaman zaman karın ağrısı yakınması olan 29 yaşında kadın hasta kadın-doğum kliniğine başvurmuş. Özgeçmişinde travma hikayesi olmayan hastanın fizik muayenesinde pelviste solid, mobil kitle palpe edilmiş. Tam kan analizinde Hgb: 14.1 g/dl, Htc: %42.3, Plt: 242000/mm<sup>3</sup>, beyaz küre sayısı: 7400/mm<sup>3</sup> ve kan biyokimyası, kanama pıhtılaşma testleri normal olarak saptanmış. Pelvik magnetik rezonans görüntülemede pelvisi dolduran ve 10 cm'lik kisti bulunan solid kitle tespit edilmesi üzerine (Resim1) adneksiyel kitle ön tanısıyla kadın doğum kliniğinde laparoskopik rezeksiyon planlanmış. Ameliyat sırasında

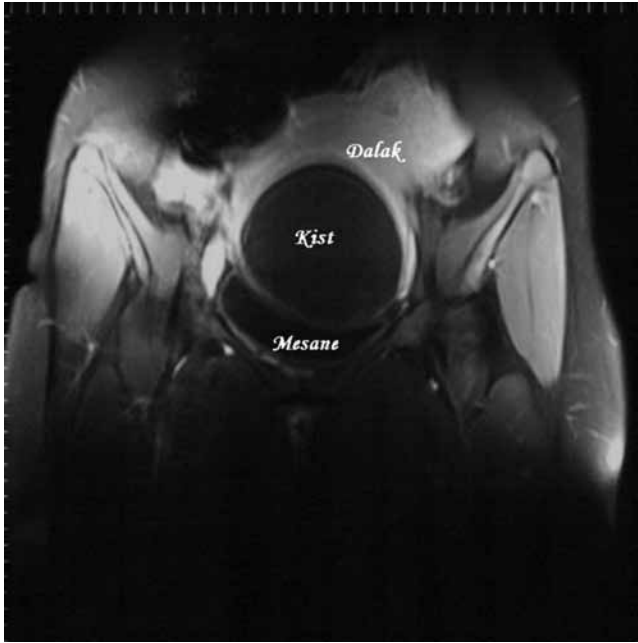
Yazışma adresi / Address reprint requests to: Zafer Kılbaş  
GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Etlik, Ankara

Telefon / Phone: +90-505-475-4095

Elektronik posta adresi / E-mail address: zkilbas@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 8 Haziran 2009 / June 8, 2009

Kabul tarihi / Date of acceptance: 28 Ağustos 2009 / August 28, 2009

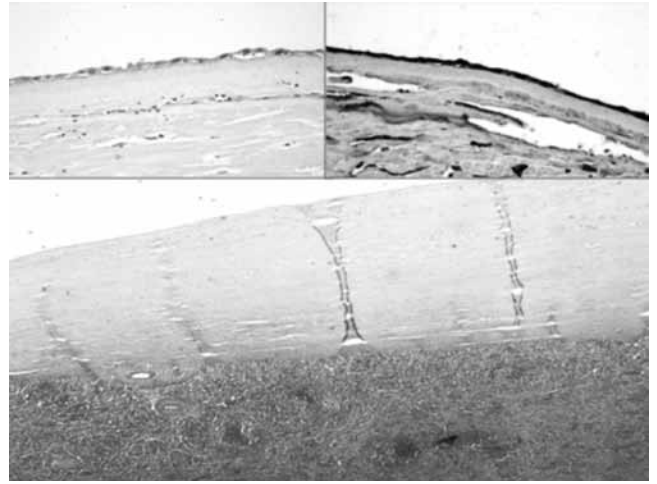


**Resim 1:** Pelvis yerleşimli gezici dalak ve kistin MR görünüşü. Yağ baskılı postkontrast T1 ağırlıklı görüntülerde pelvis giriminde gezici dalak izlenmektedir. Gezici dalak inferior konturu ile devamlılık gösteren, mesaneyi, superiordan başlayan sıvı intensitesinde kistik yapıda komponent ayırt edilmektedir. Kist duvarları ince ve düzenli olup kontrast madde tutulumu saptanmamıştır.



**Resim 2:** Splenektomi materyali. Dalağın tama yakınına kaplayan gerçek kapsüllü kist gözlenmektedir

istenilen genel cerrahi konsültasyonu ile hasta değerlendirildi. Laparoskopik gözleminde pelvis yerleşimli yaklaşık 20 cm uzun aksı olan dalak ve dalağın ortasından alt polüne kadar uzanım gösteren, dalak yüzeyinden daha kabank ve dalak renginden farklı olarak beyaza yakın sarımtırak renkte, hidatik kisti düşündürülen 9x8x8 cm boyutlarında kistik kitle gözlemlendi (Resim 2). Sol subfrenik



**Resim 3:** Kiste ait fibröz kapsül ve kiste komşu konjesyone dalak parankimi (alttaki resim, H&E x 40). Kistin tek katlı epitel ile döşeli olduğu (sol üst, H&E x 400) ve kist epitelinin immünohistokimyasal olarak pansitokeratin ile işaretlendiği (sağ üst, pansitokeratin x 400) görülmektedir.

bölgede dalağın olmadığı ve dalağı asan ligamentlerin ileri derecede gevşek olmasına bağlı dalağın mobil hale geldiği görüldü. Vasküler pedikülde torsiyon gözlenmedi. Laparoskopik cerrahi sonlandırılarak işleme açık cerrahi ile devam edildi. Dalak, göbekağı median kesiden karın dışına çekildi. Kistik yapı perforate edilmeden dalağın pedikülü bağlanıp kesildi ve splenektomi gerçekleştirildi. Patolojik incelemesinde kalın fibröz kapsülle çevrili, tek katlı epitelle döşeli kistik lezyon görüldü ve lezyon "primer splenik basit epitelyal kist" olarak değerlendirildi. Kist çevresindeki dalakta, kırmızı pulpada konjesyon ve beyaz pulpada hiperplazi bulguları izlendi (Resim 3). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hastaya menenjit profilaksisi için aşılama uygulandı ve postoperatif 5.nci günde taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Topoğrafik olarak dalağı normal anatomik lokalizasyonu olan sol subfrenik bölgede tutan en önemli iki yapı gastrosplenik ve splenorenal ligamentlerdir (1). Söz konusu bağların konjenital yokluğu veya akkiz gevşekliği splenik hipermobilitenin temel nedenidir. Dalağın bu durumu mobil dalak, serbest-yüzen veya aberran dalak olarak da adlandırılır. Gezici dalak tablosunun gerçek insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte tüm splenektomi endikasyonları içinde %0,25'lik bir oranı oluşturur (2). Genellikle 20 ile 40 yaş arasındaki kadınlarda daha sık görülür (3). Tartıştığımız olgu 29 yaşında kadın hasta idi.

Olgular klinik olarak tamamen asemptomatik olabileceği gibi, abdominal veya pelvik organlara bası etkisiyle karın ağrısı, bulantı-kusma gibi non-spesifik abdominal veya üriner yakınmalarla müracaat edebilir (4). Sunduğumuz olguda karın alt kadrantlarında ara sıra ağrı, sık idrara çıkma ve dolgunluk hissi şikayetleri vardı. Oldukça büyük boyutlara ulaşan dalak kistinın mesane ve barsaklara mekanik bası etkisiyle bu semptomlara yol açtığı değerlendirildi.

Hipermobilitenin sonucu olarak vasküler pedikülde torsiyon gelişebilir ve karın ağrısına yol açabilir. Torsiyonun oluşum sürecine bağlı olarak karın ağrısı akut, subakut veya kronik formda görülebilir. Akut torsiyon durumunda klinik tablo akut apandisit veya over torsiyonu ile karışabilir. Bu durumda ağrının karakteristiği ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Over torsiyonu nedenli ağrılarda genellikle, karın kadrantlarının sağ ve sol alt laterallerinde overlerin izdüşümüne uyan bölgede ağrı olmaktadır. Ağrı ani başlamakta ve sürekli olmaktadır. Bu bölge patolojilerinden ureter taşlarında ağrı ureter boyunca ve pubise vuran ağrı şeklindedir. Ağrının pubise doğru ve ureter boyunca olması ayırıcı tanıda yol göstericidir. Dalak torsiyone olduğunda da benzer klinik tablo görülebilir fakat derin palpasyonda içi sıvı dolu topa basılıyormuş ve patlayacakmış gibi his vermesi ayırıcı tanıda dikkat çekici olabilir. Ancak bu konuda yeterli deneyimi destekleyen çalışmaların olmaması hatırlanması bakımından önem arz edebilir.

Gezici dalak olgularında dalağın fonksiyon bozukluğuna bağlı trombositopeni, hipersplenizm ve lenfoma gibi klinik tablolar da tanımlanmıştır (5). Torsiyon sonucu gelişen akut iskemi nedeniyle olguların %50'sinde dalak infarktı gelişir (6). Sunulan olguda torsiyon ya da infarktüs yoktu. Literatürde gezici dalakta kist ile karşılaşılan çok az olguya rastladık (7,8). Bu nedenle nadir olan bu tablonun pelvik malignitelerle karıştırılma olasılığının yüksek oranda olabileceği söylenebilir.

Bu tür hastaların çoğu, semptomatik değilse, başka bir amaçla yapılan fizik muayene ve radyolojik görüntüleme sırasında tesadüfen saptanır (9,10). Bilgisayarlı tomografi ile dalağın normal yerinde gözlenmemesi ve dalak ekojenitesinde kitlenin karnın başka bir bölgesinde, genellikle de pelviste görülmesi tanı koydurucudur. Ultrasonografi, renkli dopler ultrasonografi, nükleer sin-

tigrafi, MR görüntüleme yöntemleri kombine kullanıldığında tanıyı kuvvetle destekler. Torsiyon ve infarkt gerçekleşmişse, renkli dopler ultrasonografi splenik hilusta ve parankimde kan akımı olmadığını gösterecektir (11). Kontrastlı tomografi görüntüleri de dokunun canlılığı ve beslenmesi hakkında fikir verebilir (12). Olgumuzla ilgili özeleştirme yapmak gerekirse, öncelikle pelvik kitle olarak değerlendirilmesi nedeniyle, görüntüleme yöntemleri sadece pelvisi içerecek şekilde planlanmış ve bu yüzden ameliyat öncesi kesin tanı konulamadan adneksiyel kitle ön tanısıyla ameliyata alınmıştır. Dolayısıyla normal anatomik yerinde dalağın olmadığı preoperatif dönemde teyit edilememiş ve gezici dalak tanısı ancak ameliyat sırasında konulabilmiştir.

Gezici dalak saptandığında uygulanacak tedavi yönünde geçmişten günümüze değişiklikler oluşmuştur. Eskiden torsiyone olsun ya da olmasın gezici dalak saptandığı zaman splenektomi kabul gören yaklaşım olarak uygulanmaktaydı. Ancak, özellikle çocuklar başta olmak üzere, dalağın bağışıklık sistemi üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılmasıyla dalağı korumak temel amaç haline gelmiştir. Torsiyone dalak öncelikle detorsiyone edilmeli ve canlılığı değerlendirilmelidir. Torsiyon süresi uzamış ve dalakta infarkt gelişmişse splenektomi kaçınılmazdır. Ancak detorsiyon sonrası dalak beslenmesi normale dönmüş ve canlılığını koruyorsa splenopeksi seçilecek cerrahi yöntem olabilir. Yine de splenopeksi kararını vermek kolay değildir. Zira splenomegali ve hipersplenizm de gezici dalak olgularında splenektomi endikasyonlarından sayılabilmektedir (5). Çalışmaya aldığımız olgunun torsiyonu yoktu, fakat splenomegali ile birlikte, gezici dalağın tama yakınına kaplayan kist mevcuttu ve ameliyat öncesi tanısı olmadığından bu kist ameliyat sırasında hidatik kist olarak değerlendirilmişti. Önceden gezici dalaktaki kistin basit epitelyal kist olduğu tespit edilmiş olsaydı, kist için parsiyel splenektomi ve splenopeksi uygulanabilirdi.

Hem splenektomi hem de splenopeksi deneyimli merkezlerde laparoskopik olarak da uygulanabilir. Biz kist içeriğinin pelvise bulaşının olmaması için açık cerrahi tercih ettik.

Sonuç olarak oldukça nadir görülen gezici dalak kistlerinin pelvik kitle ile gelen olgularda akla getirilmesinin doğru klinik tanı ve yaklaşım için önemli olduğunu düşünüyoruz.

**KAYNAKLAR**

1. Gayer G, Zissin R, Apter S, Atar E, Portnoy O, Itzchak Y. CT findings in congenital anomalies of the spleen. *Br J Radiol* 2001; 74: 767-772.
2. Raissaki M, Prassopoulos P, Daskalogiannaki M, Magkanas E, Gourtsoyiannis N. Acute abdomen due to torsion of wandering spleen: CT diagnosis. *Eur Radiol* 1998; 8: 1409-1412.
3. Steinberg R, Karmazyn B, Dlugy E, Gelber E, Freud E, Horev G, Zer M. Clinical presentation of wandering spleen. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 30.
4. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Büchler MW, Kraus TW. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature. *Surg Today* 2007; 37: 261-269.
5. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Parthasarathi R, Kavalakat AJ. Laparoscopic mesh splenopexy (sandwich technique) for wandering spleen. *JSLS* 2007; 11: 246-251.
6. Sayeed S, Koniaris LG, Kovach SJ, Hirokawa T. Torsion of a wandering spleen. *Surgery* 2002; 132: 535-536.
7. Kum CK, Ngoi SS, Goh P, Lee YS, Gopalan R. A rare wandering splenic cyst removed with laparoscopic assistance. *Singapore Med J* 1993; 34: 179-180.
8. Falchetti D, Torri F, Dughi S, Porto C, Manciana A, Boroni G, Ekema G. Splenic cyst in a wandering spleen: laparoscopic treatment with preservation of splenic function. *J Pediatr Surg* 2007; 42: 1457-1459.
9. Ravid A, Lev D, Makarin V, Klausner Y, Umansky M, Kluger Y. [The "wandering spleen" syndrome]. *Harefuah* 1999; 136: 366-368, 418.
10. Machart M, Smrcka P, Vodickova A. [Chronic torsion of an ectopic spleen in the differential diagnosis of abdominal pain in a child. Case report]. *Rozhl Chir* 1996; 75: 480-481.
11. Danaci M, Belet U, Yalin T, Polat V, Nuroi S. Power Doppler sonographic diagnosis of torsion in a wandering spleen. *J Clin Ultrasound* 2000; 28: 246-248.
12. Ben Ely A, Zissin R, Copel L, Vasserman M, Hertz M, Gottlieb P, Gayer G. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. *Clin Radiol* 2006; 61: 954-958.