

Dalağın epidermoid kisti

Salih ÇETİNKURŞUN, Ali SAYAN, Cevat CAN, Yunus SÖYLET, Fahrettin ALPASLAN
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Etlik, Ankara

Summary

Epidermoid cysts of the spleen

Splenic cysts are an uncommon cause of splenomegaly and are classified as either primary or secondary, depending upon the presence or absence of a true cellular lining. Hemorrhage, infection and perforation of the cysts are potential complications. Presenting symptoms frequently are due to compressive effects of the mass or are due to infection. Until recently the treatment of choice for the splenic cyst was splenectomy. But the high incidence of severe sepsis following sple-

nectomy has reduced the splenectomy rate significantly. Alternative methods such as marsupialisation, partial splenectomy, removal or percutaneous aspiration of the cysts with simultaneous injection of sclerosing agent have recently been used. However, total splenectomy may be inevitable if multiple cysts occupy almost all of the splenic parenchyma as in our case.

In this paper we are reporting a 12-year-old-boy with epidermoid cyst of the spleen. In this case, due to the existence of multiple cysts, splenectomy was inevitable.

Key words: Epidermoid cyst, splenic cysts.

Giriş

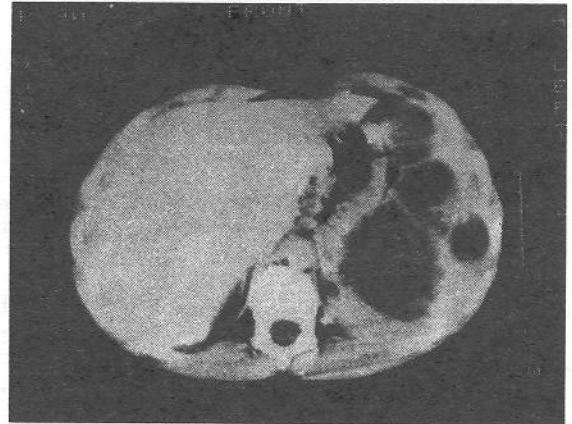
Dalağın konjenital epiteliyal kistleri oldukça nadir olup, nonparazitler selim dalak kistlerinin % 10'unu oluşturur (1,17,22,25). 1829 yılında bir otopsi sırasında Andral ilk epiteliyal kisti saptamıştır. Splenik kistlerde ilk başarılı tedaviyi 1867 yılında splenektomi ile Pean gerçekleştirmiştir (8,21). Günümüzde dünya literatüründe yaklaşık 800 nonparazitler splenik kist yer almaktadır. Bunların ancak 80 kadarını epiteliyal kistler oluşturmaktadır (17).

Geçmiş yıllarda tek tedavi seçeneği olan splenektomi, günümüzde sadece dalağın korunamayacağı büyük ya da multipl kistlerde uygulanmaktadır. Son yıllarda postsplenektomi sepsis riski nedeni ile splenektomiye alternatif yöntemler olan marsupializasyon, parsiyel splenektomi ve kistin boşaltılıp sklerozedilmesi özellikle çocuklarda daha çok seçilmektedir (9,17,22,25,26).

Olgu

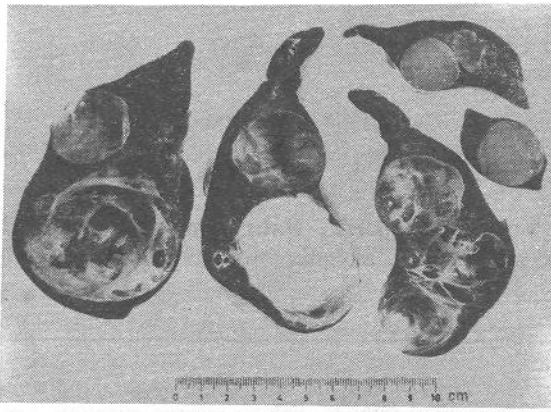
U.T. 12 yaşında, erkek hasta. Özellikle sol üst kadranda belirgin olmak üzere altı aydan beri bulunan karın ağrısı; ayrıca yine aynı zamanda başlayan iştahsızlık, zayıflama yakınmaları ile kliniğimize başvuran olguda

anamnezde travma öyküsü saptanmadı. Fizik muayenede; palpasyon ile dalak sol kosta kenarını 3 cm. geçmekteydi ve traube kapalıydı. Asit ve hepatomegali saptanmadı. Kitle palpasyonla ağrısızdı. Rutin kan ve idrar incelemeleri normal sınırlardaydı. Casoni testi negatif olarak bulundu. Kist hidatiğe özgü serolojik testlerde anlamlı bir bulgu saptanmadı. Direkt karın ve toraks grafisi normal olarak değerlendirildi. Karın ultrasonografisinde; dalakta en büyüğü 65x85 mm boyutlarında olmak üzere 3 adet kiste ait görünüm saptandı. Diğer karın organları normal olarak değerlendirildi. Karın tomografisinde; dalakta değişik büyüklüklerde dört adet kistik lezyon bulunduğu, diğer karın organlarının normal olduğu saptandı (Resim 1). Olguda dalakta multipl kistik kitle (ön planta kist hidatik) düşünülerek operasyona karar verildi. Operasyonda, dalakta değişik büyüklüklerde dört adet kistik kitle sap-



Resim 1. Olgunun karın tomografisinde dalaktaki kistik kitlelerin görünümü.

Adres: Salih ÇETİNKURŞUN, GATA Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Etlik, Ankara



Resim 2. Olgunun splenektomi materyeline yapılan kesitlerin makroskobik görünümü.



Resim 3. Olgunun splenektomi materyelinden elde edilen preparatların mikroskobik görünümü (HEX160).

tandı. Dalağın tümü tutulmuş olduğundan splenektomi uygulandı. Postoperatif erken dönemde herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı.

Yapılan patolojik incelemede; makroskobik olarak, 400 gr ağırlığında, 13 x11x7 cm boyutlarında splenektomi materyeline yapılan kesitlerde en büyüğü 7cm, en küçüğü 1.5 çapında 4 adet kist saptandı. Kistlerden büyük olan ikisinde kahverenkli sıvı, küçük olan ikisinde

Tablo I. Nonparazitler dalak kistleri için Mc Clure ve Altemeir tarafından yapılan sınıflandırma.

A-Gerçek Kistler (% 21)

Primer

1. Epitelial
 - a-Dermoid
 - b-Epidermoid
2. Endotelial
 - a-Lenfanjiom
 - b-Hemanjiom
 - c-Seröz kistler

B-Yalancı Kistler (% 79)

Sekonder

1. Hemorajik
2. Seröz
3. İnflamatuvar
4. Dejeneratif

ise yeşil renkli jelatinöz nitelikte materyal bulunduğu izlendi. Kist duvarları 0.2 ile 1 cm. arası bir kalınlıkta ve beyaz renkli olup, iç yüzde belirgin trabeküler yapılar oluşturmaktaydı (Resim 2).

Mikroskopik incelemede; konjestif değişiklikler gösteren dalak dokusu ile devamlılık gösteren kist duvarı izlenmekteydi. Kistin iç yüzü, çok katlı yassı epitel ile döşeli olup, dalak dokusu ile epitel arasında fibröz doku saptanmıştı. Fibröz dokuda, hemosiderin pigmenti birikimi ve ufak kanama odakları belirlenmişti. Çok sayıda kesit incelemesine rağmen deri ekleri gözlenmemişti (Resim 3).

Tartışma

Nonparazitler dalak kistleri ender görülen lezyonlardır. İç yüzleri epitel ile döşeli kistlere gerçek kistler denilmektedir. Nonparazitler dalak kistleri için 1942 yılında McClure ve Altemeir tarafından yapılan sınıflandırma halen geçerliliğini korumaktadır (7,11), (Tablo I).

Epitelial dalak kistleri daha çok çocuklarda ve genç erişkinlerde görülmektedir (2,6,11,22). Yeni doğan döneminde saptanarak tedavi edilmiş bir olgu literatürde yer almaktadır (10). Literatürde yer alan pediatrik olgular daha çok 9-14 yaş grubundadır. Kız çocuklarda biraz daha fazla izlenmektedir (2,10,17).

Dalağın epitelial kistlerinin etyopatogenezi tam olarak ortaya konmamıştır. Bununla birlikte, birçok kurum ileri sürülmüştür (1,2,4). Otozomal resesif geçiş olduğunu savunan bildiriler literatürde mevcuttur (1). Bostick ve Lucia 1949 yılında sölomik epitelin skuamöz metaplazisini saptamışlar ve sölomik epitelin splenik primordium içine göç ederek dalakta epitelial kist oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu görüş

bir çok yazar tarafından desteklenmiş ve bu lezyona "Metaplastik mezodermal kist" ya da "Yassı epitel metaplazisi gösteren mezotelial dalak kisti" deyimlerinin daha uygun olacağı belirtilmiştir (1,16). Burring yaptığı elektron mikroskopik çalışmalara dayanarak epitelial kistler ile mezotelial kistlerin aynı orijinden köken aldığı ve çok katlı yassı epitel alanların mezotelin metaplazisi ile ortaya çıktığını öne sürmüştür (3). Hastaların başlıca yakınması künt, ya da kolik tarzda özellikle sol üst kadranda lokalize karın ağrısıdır. Kist mide ya da kolon üzerine bası yapacak kadar büyük ise bulantı, kusma ve iştahsızlık tabloya eklenebilir (4,5,17,18,19,21). Renal kompresyona bağlı hipertansiyon gelişen bir olgu bildirilmiştir (20). Yine uteroperelvik bileşkeye bası ile değişik üriner yakınmalar sözkonusu olabilir. Nadiren hasta asemptomatik olabilir (5,17).

Kesin tanı ultrasonografi ve karın tomografisi ile konabilir. Bu yüzden geçmiş yıllarda kullanılan anjiyografi gibi invaziv yöntemlere gerek kalmamıştır (5,17,22,25). Karaciğer-dalak sintigrafisi tanıda yararlı olabilir (8,21). Bu yöntemler ile retroperitoneal kaynaklı böbrek ve surrenal tümörleri rahatlıkla ekarte edilebilir. Casoni ve Weinberg testlerinin negatif olması ile kist hidatikten ayırt edilebilir (7,22,24).

Splenik epitelial kistler çoğunlukla unilokülerdir; multipl kistler oldukça ender olup, karaciğer ve böbreğin multipl kistleri ile birlikte olabilirler (11).

Splenik kistler rüptüre olarak masif hemorajilere ve peritonite yol açabileceği gibi abselere de yol açabilirler (12,17,18,23).

Dalağı korumanın olanaksız olduğu durumlarda; kist enükleasyonu, kistin aspire edildikten sonra skleroze edilmesi, marsupializasyon ya da parsiyel splenektomi tercih edilmektedir (6,9,11,14,15,22,25,26). Çok büyük ya da multipl kistlerde splenektomi zorunludur (10,25).

Kist enükleasyonu ya da skleroze tedavi yapılan olgularda nüks görülebilir (9,17).

Kaynaklar

1. Ahlgren LS, Beardmore EH: Solitary epidermoid splenic cysts: Occurrence in sibs. J Pediatr Surg 19:56, 1984.
2. Blank E, Campbell JR: Epidermoid cysts of the spleen. Pediatrics 51:75, 1973.
3. Burring KF: Epithelial (true) splenic cysts. Am J Surg Pathol 12:275, 1981.
4. Davis CE, Montero JM, Venttom CN: Large splenic cysts. Ann Surg 173:686, 1971.

5. Dawes LG, Malangoni MA: Cystic masses of the spleen. Am Surg 52:333, 1986.
6. Doğruyol H, Gürpınar A: Dalak ve Karaciğerin Konjenital Soliter Kistleri 8. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur. Gime, K.K.T.C. Eylül 1988, Bildiri Özetleri Kitabı s:P6.
7. Doolas A, Nolte M, Mc Donald OG, Economou SG: Splenic cysts. J Surg Oncol 10:369, 1978.
8. Eisenstat TE, Morris DM, Mason RG: Cysts of the spleen: Report of a case and review of the literature. Am J Surg 134:635, 1977.
9. Goldfinger M, Cohen MM, Steinhardt MI, Rothberg R, Rother I: Sonography and percutaneous aspiration of splenic epidermoid cyst. J Clin Ultrasound 14:147, 1986.
10. Griscom NT, Hargreaves HK, Schwartz MZ, Reddish JM, Colodny AH: Huge splenic cysts in a newborn: Compraison with 10 cases in later childhood and adolescence. Am J Roentgenol 129:889, 1977.
11. Khan AH, Bensoussan AL, Qimet A, Blanchard H, Grignon A, Ndoye M: Partial splenectomy for benign cystic lesions of the spleen. J Pediatr Surg 21:749, 1986.
12. Lippit WH, Akhavan T, Caplan GE: Epidermoid cyst of spleen with rupture and inflammation. Arch Surg 95:74, 1967.
13. Martin JW: Congenital splenic cysts. Am J Surg 96:302, 1958.
14. Moir C, Guttman F, Jequier S, Sonnino R, Youssef S: Splenic cysts: Aspiration, sclerosis or resection. J Pediatr Surg 74:646, 1989.
15. Morgenstern L, Shapiro SJ: Partial splenectomy for nonparasitic splenic cysts. Am J Surg 139:278, 1980.
16. Ough YD, Nash HR, Wood DA: Mesothelial cysts of the spleen with squamous metaplasia. Am Soc Clin Pathol 76:666, 1981.
17. Pappis CH, Demitriadis D, Petrou A, Pappis HC: Postoperative recurrence of splenic epithelial cyst: Treatment with subtotal splenectomy Z Kinderchir 45:245, 1990.
18. Quereshi MA, Hafner CD, Dorchak JR: Nonparasitic cysts of the spleen. Arch Surg 89:570, 1964.
19. Quereshi MA, Hafner CD: Clinical manifestations of splenic cysts: Study of 75 cases. Am Surg 31:605, 1965.
20. Rakowski TA, Argy WP, Pierce L, Schreiner GE: Splenic cyst causing hypertension by renal compression. JAMA 238:2528, 1977.
21. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, Craig JR, Turril FL, Mikkelsen WP: Splenic epidermoid cysts. Ann Surg 187:231, 1978.
22. Sarıyar M, Özbay G, Kalafat H, Ertem M: Epitelyal dalak kistleri. Klinik Gelişim 4:849, 1990.
23. Shousha S: Splenic cysts: a report of six cases and a brief review. Postgraduate Med J 54:265, 1978.
24. Sirinek KR, Evans EW: Nonparasitic splenic cysts: Case report of epidermoid cyst with review of the literature. Am J Surg 126:8, 1973.
25. Şenocak ME, Kale G, Hiçsönmez A, Büyükpamukçu N: Epidermoid cyst of the spleen. The Turkish Journal of Pediatrics. 31:233, 1989.
26. Touloukian RJ, Seashore JH: Partial splenic decapsulation: A simplified operation for splenic pseudo-cyst. J Pediatr Surg 22:135, 1987.