

Nonparaziter dalak kistleri: İki olgu bildirimi

Yunus SÖYLET, Serdar SANDER, Sergülen DERVİŞOĞLU, Haluk EMİR,
Cenk BÜYÜKÜNAL, Nur DANIŞMEND, Daver YEKER

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Patolojik Anatomi Anabilim Dalları, İstanbul

Özet

Dalağın selim kistik lezyonları nadir splenomegali nedenlerindedir. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografinin rutin tanı yöntemleri olarak yaygınlık kazanması ile klinik vermeyen bazı dalak kistleri birer "İcidentaloma" olarak da karşımıza çıkmaktadırlar. Zamanla büyümeleri ve komşu organlara bası yapmaları, enfeksiyon, rüptür ve hemoraji gibi komplikasyonları nedeni ile kistik dalak patolojileri tanı konusunda cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

1988-1991 yılları arasında kliniğimizde iki nonparaziter dalak kisti olgusu tedavi edilmiş, bunlardan tesadüfen tanı konan 11 yaşındaki kız çocuğunda 3 cm. çapındaki kistin enükleasyonu işlemi yapılmış, karın kitlesi ile gelen 10 yaşındaki erkek çocuğa ise dalağı tümü kaplayan büyük kist nedeniyle total splenektomi yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Nonparaziter selim dalak kistleri, incidentaloma

Summary

Nonparasitic Splenic cysts: Report of two cases

Benign cystic lesions of the spleen are the rare causes of splenic enlargement. Asymptomatic cystic lesions of the spleen-incidentalomas-could be detected with the widespread use of ultrasonography and computerised tomography.

Splenic cysts should be treated surgically because of their complications, such as hemorrhage, infection or rupture into the peritoneal cavity pressure to the adjacent hollow viscus.

Two cases with nonparasitic splenic cysts are presented. An 11 year old girl with a small cyst was treated by enucleation and 10 year old boy with a huge cystic mass was treated by total splenectomy.

Key words: Nonparasitic splenic cyst, benign splenic cyst, incidentaloma

Giriş

Dalak kistlerinin yaklaşık % 75'ini, özellikle endemik bölgelerde hidatik kistler oluşturmaktadır. nonparaziter selim kistik lezyonlar ise dalağın solid tümörlerinden daha sık görülmelerine karşın nadir patolojilerdir (17,19). Literatürde bildirilen nonparaziter kist sayısı 600 kadar olup bunların da yaklaşık 3/4'ü psödokistler, kalanı gerçek kistlerdir (15). 1982'ye dek İngilizce literatürde bildirilen gerçek dalak kisti sayısı 120'ye yaklaşmaktadır (1). Gerçek kistlerin en sık görüleni hemanjiomlardır. Epidermoid kistlerin nonparaziter kistlerin % 10 kadarını oluşturduğu bildirilmiştir (1,15).

Son yıllarda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomo-

grafinin rutin kullanıma girmesi ile klinik bulgu vermeyen dalak kistlerinin saptanmasına daha sık rastlanır olmuştur. Bu tür "incidentaloma"lar incelenen sonucunda ortaya çıkan tek patolojik bulgu olabilirler. Bilinen erken ve geç komplikasyonları nedeni ile total splenektomiden kaçınmanın gerekliliğini de gözden kaçırmadan gerek tesadüfi olarak tanı konan, gerekse klinik bulgu veren nonparaziter dalak kistlerinde tedavi endikasyonları ve şekli önem taşımaktadır.

Olgu Sunumu

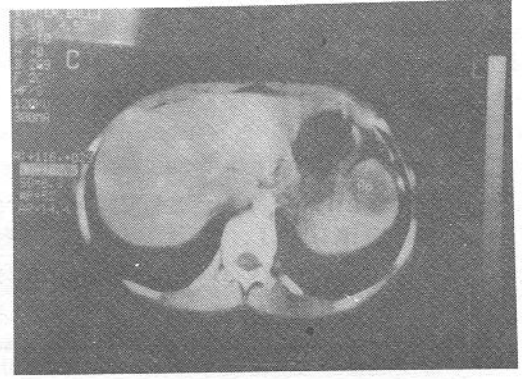
Olgu-1: 11 yaşında kız çocuğu. 1 ay önce yüzünde beliren şişlik nedeni ile gittiği başka bir hastanede üriner enfeksiyon tanısı ile tedaviye başlanmış. Tetkik amacı ile istenen abdominal BT'de dalakta kistik lezyon saptanarak kliniğimize yollanmış. Hastanın

anamnezinde herhangi bir özellik bulunmadı. Geçirilmiş travma saptanmadı. Fizik muayene bulguları tamamen normaldi. Rutin kan ve idrar tetkiklerinde bir özellik yoktu. Kist hidatik yönünden yapılan araştırmalar negatif olarak sonuçlandı. Ultrasonografide dalak üst polünde 33x27 mm. büyüklüğünde, düzgün kenarlı, ekolusen bir oluşum saptandı (Resim 1). BT'de dalağın diafragmatik yüzünde 31x32 mm. çapında, az miktarda kontrast fikse eden hipodens bir alan saptandı (Resim 2). Direkt karın grafisinde kalsifikasyon saptanmadı.

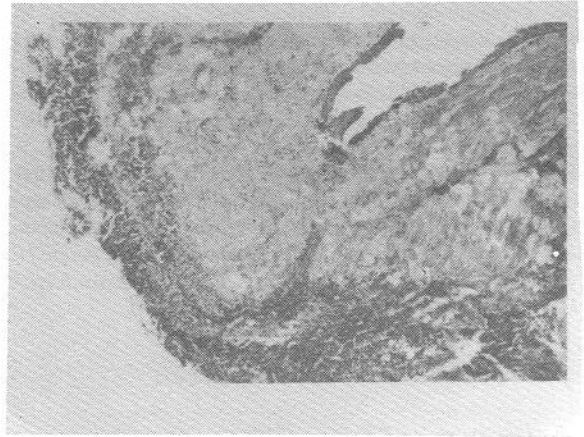
16.11.1988'de yapılan eksplorasyonda dalak üst polünde yaklaşık olarak 3 cm. çapında kistik bir kitle saptandı. Punksiyonda çikolata kistine benzer renk ve kıvamda sıvı elde edildi. Kistin incelmış olan ve dışarı kabaran ön duvarı açıldıktan ve kist içeriği boşaltıldıktan sonra kist duvarı çepeçevre parenkimden diseke edilerek çıkarıldı ve parenkim kapitone edilerek ameliyat tamamlandı. Hasta problemsiz bir postoperatuar dönemi takiben 8. gün evine yollandı.



Resim 1. Abdominal US (Olgu 1). Dalak üst polünde, 33x27 mm, düzgün kenarlı ekolusen oluşum.



Resim 2. Abdominal BT (Olgu 1). Dalak diafragmatik yüzünde 31x32 mm. çapında, az miktarda kontrast madde fikse eden hipodens alan.



Resim 3. H-E ile hazırlanan ve 80x büyütme ile çekilen fotoğrafta yüzeyi çok katlı yassı epitelle döşeli, duvarında fibröz doku ve daha altta dalak parankimi içeren kistik yapı görülmektedir (Olgu 1, B. 11296/88).

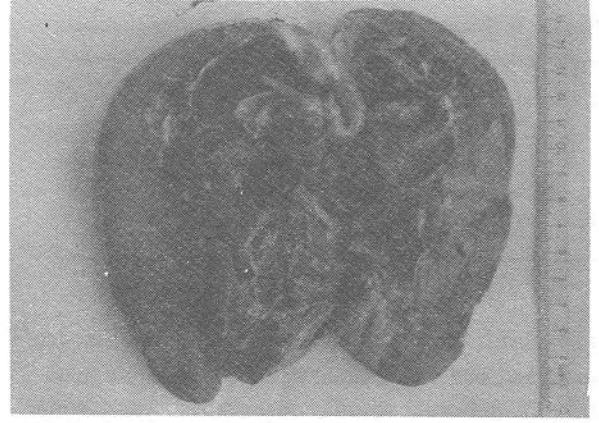
Kistin makroskopik muayenesinde iç yüzünde gri-beyaz renkte trabekülasyonlar bulunduğu, mikroskopik incelemede ise duvarın çok katlı yassı epitel ile örtülü olduğu, bunun altında kalın bir fibroz doku bulunduğu ve tanının epidermoid kist olduğu bildirildi (Resim 3).

Olgu 2: 10 yaşında erkek çocuğu, 3 ay önce fardeki len karın şişliği nedeni ile başka bir hastanede yapılan tetkikleri sonucunda karaciğer sol lobunda kistik kitle tanısı ile kliniğimize yollanmış. Hastanın anamnezinde geçirilmiş bir travma saptanmadı. Fizik muayenede epigastrium ve sol hipokondriumu tamamen dolduran, göbeğe dek inen, kısmen mobil, ağırlı kitle saptandı. Rutin kan ve idrar tetkiklerinde özellik yoktu. Serolojik testlerde kist

hidatik lehine bulgu bildirilmedi. Direkt karın filminde sol fleksura aşağı, mide ise mediale ve aşağı itilmişti. US ve BT'de yaklaşık 15 cm. çapında, karaciğer sol lobundan kaynaklandığı ifade edilen kistik kitle saptandı (Resim 4). Heriki tetkikte de dalağın durumu hakkında bir yorum yapılmamış olması dikkatimizi çekti.

Hasta 4.6.1991'de karında kitle ön tanısı ile ameliyata alındı. Eksplozasyonda dalağın hemen tümünün kistik özellik kazandığı, ancak periferde bir miktar dalak dokusunun salim kaldığı anlaşıldı ve total splenektomi yapıldı. Hasta postoperatuar 7. günde problemsiz olarak evine yollandı, pnömokok aşısı ve 1 yıl süreli antibiotik profilaksisi önerildi.

Makroskopik olarak kistin iç yüzünde birbirleriyle çaprazlaşan fibröz bantlar mevcuttu (Resim 5). Ancak kist tek bir boşluktan ibaretti. Mikroskopik incelemede fibröz duvar saptandı ancak çok sayıdaki



Resim 5. İkinci olguya ait ameliyat piyesinde kistin iç yüzünde birbirleriyle çaprazlaşan fibröz bantlar görülmektedir.

kesitte döşeyici epitel bulunmadı ve psödokist tanısı kondu.

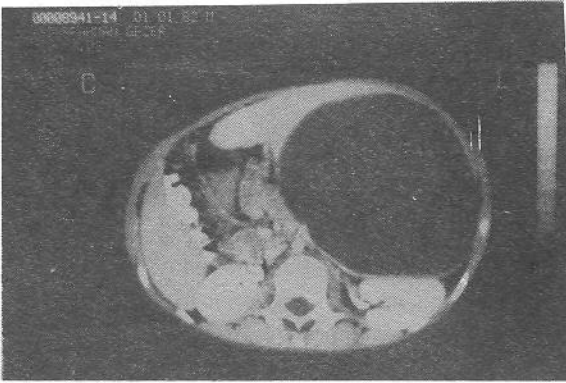
Tartışma

İlk dermoid dalak kisti 1829'da Andral tarafından bir otopsi bulgusu olarak bildirilmiştir. Dalak kisti için ilk başarılı splenektomiye ise 1867'de Pean yapmıştır.

Nonparaziter kistlerin büyük bir bölümü travma sonrası oluşan psödokistlerdir. Konjenital nonparaziter kistler ise tüm dalak kistlerinin yaklaşık % 10 kadarını oluşturur (1,6,11,15). Konjenital dalak kisti saptanan olguların psödokistli olgulara oranla daha genç oldukları ve konjenital kistlerin kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (6,19).

Dalak kistlerinin etyoloji ve patogenezi göre bir çok sınıflandırma yapılmıştır. Bunlardan en ayrıntılı 1965'te Qureshi ve Hafner'in yaptığı ve 1940'ta yayınlanmış olan Fowler sınıflandırmasının (8) bir modifikasyonu olan sınıflandırmadır (14). Günümüzde en çok tercih edilen ise Martin'in basitleştirilmiş klinik sınıflandırmasıdır (10,18) (Tablo 1).

Epidermoid kistlerin etyopatogenezi tam bilinmemektedir. Bostick ve Lucia epidermoid dalak kistlerinin dalak primordiumuna göç eden çölokik epitelin skuamöz metaplazisi ile oluştuğunu öne sürmektedirler (2). Ough ve ark. ise epidermoid kist tanımının uygun olmadığını bunun yerine "skuamöz



Resim 4. (Olgu 2). Karaciğer sol lobundan kaynaklandığı bildirilen yaklaşık 15 cm. çapında kistik kitle. Dalak hakkında bir yorum yapılmamış olması dikkati çekmektedir.

Tablo I. Dalak kistlerinin klinik sınıflandırılması

I) Primer-Gerçek kistler
A-Paraziter
B-Nonparaziter
1. Konjenital
2. Neoplastik
II) Sekonder-Yalancı kistler

metaplazili mozeteial kist" denmesinin daha doğru olacağını öne sürmektedirler (13). Etiyolojide genetik bir defektin rolünü düşündüren yazılar da vardır(1,9). Psödokistlerin çoğunluğu travma sonrası gelişen hematomların rezolüsyonu ve organizasyonu sonucu gelişirler. Bir bölümünün enfeksiyöz (akut nekroz ile) veya dejeneratif (emboliye sekonder) olabildikleri de bildirilmektedir (7).

Makroskopik olarak gerek gerçek, gerekse psödokistlerde fibroz trabekülasyonlar bulunabilir. Psödokistlerin bir bölümünün içi tamamen düz olabilmekte, korda tendina benzeri trabeküler yapılan ise daha çok gerçek kistlerde gözlenmektedir (7). Mikroskopik ayırım epidermoid kistlerde kist içeriğini genellikle fokal odaklar tarzında kaplayan çok katlı yassı epitelin gösterilmesi ile yapılmaktadır. Bu epitel yapısında cilt adneksleri bulunmaz. Psödokistlerin döşeyici epiteli yoktur (7).

En sık rastlanan semptomlar muhtemelen dalak kapsülünün gerilmesine bağlı künt ve müphem karın ağrısı, bazen de dolgunluk hissidir. Büyüyen kistin mide ve kolona basısı ile iştahsızlık, diyare, kabızlık, sol böbreğin itilmesi ile sekonder pelviüretal darlık, gerileyici hipertansiyon, üriner enfeksiyon, sol hemidiafragma hareketlerinin kısıtlanması ile dispne, solunum yolu enfeksiyonları ve atelettaziler görülebilir. Fizik muayenede önde gelen bulgu karında kitledir (10,12,14,15).

Direkt karın filmlerinde komşu organ itilmeleri göze çarpar. Psödokistlerde daha sık görülen kalsifikasyonlara epidermoid kistlerde % 10 kadar rastlanmaktadır (1,15,19). Gastrointestinal pasaj grafileri ve IVP ilgili organlardaki itilmeleri göstererek mide, kolon ve böbreklerdeki primer patolojilerin eliminasyonunu sağlar. Ancak US ve BT tüm tetkiklerin önemini azaltmıştır. Kistik/solid ayrımının yanısıra diğer organ patolojilerini elimine etmeleri, kon-

trastlı incelemelerle yakın organlarla kistin komşuluk derece ve biçimini, fonksiyonlara olan etkisini göstermeleri ve noninvazif olmaları nedeni ile en yararlı tetkikler olarak kabul edilmektedirler (6). Sintigrafide tipik bulgu dalakta hipodens alandır. Ancak sintigrafide tanıdan çok parsiyel splenektomi veya kistektomi yapılan olgularda dalak anatomi ve fonksiyonunun takibinde yararlıdır. Selektif splenik arteriografide avasküler, neovaskularizasyon göstermeyen kitle, itilmiş damarların varlığı ve splenogram fazında perifere sıkışmış parenkim varlığı selim kistler için tipiktir. Ancak çocuk yaş grubu için ileri derecede invazif olan bu yöntemin kullanımında tek kabul edilebilir endikasyon parsiyel splenektominin planlanması amacıyla yöneliktir. US ve BT nedeni ile artık pek uygulama alanı kalmamıştır (3). Splenografi ve kistografi gibi yöntemler özellikle ülkemiz gibi endemik kist hidatik bölgelerinde sakıncalıdır.

Nonparaziter dalak kistleri: (A) Giderek büyüme ve tehlikeli komşulukları, (B) Hemoraji, rüptür, enfeksiyon ve apseleşme olasılıkları, (C) özellikle endemik bölgelerde kist hidatikten ayırma güçlüğü nedenleri ile cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Treutner ve ark. tesadüfi olarak saptanan dalak kistlerinde de aynı nedenlerle 2 cm. nin üzerinde çapı olanlarda ameliyat endikasyonu olduğunu bildirmektedir (18). Bizim ilk olgumuzda olduğu gibi incelemenin sonucundaki tek patoloji olan bu tür "Incidentaloma"larda tanı konduğunda cerrahi tedavinin yapılmasının büyüme eğilimi gösterdiği bilinen bu kistlerde dalağı koruyucu girişimlerin daha kolay uygulanmasını sağlayacağı açıktır.

Nonparaziter dalak kistlerinin tedavisinde çeşitli yöntemler denenmiştir. Ana prensip dalak dokusunun mümkün olduğunca korunması olmalıdır. Perkütan aspirasyon ve sklerozan madde enjeksiyonunda nüks kaçınılmazdır (11). Bu yöntemler ancak operasyon riski fazla olan çocuklarda vakit kazandırmaya yönelik olarak kabul edilmelidirler. Laparotomi ile kistin periton boşluğuna fenestrasyonu da başarı ile denenmiştir (6). Dalak kistlerinde lokalizasyon ve çaplarına göre çeşitli rezeksiyon biçimleri denenmiştir. Bizim ilk olgumuzda uyguladığımız kistin rezeksiyonu ve dalak dokusunun U-dikişlerle kapatılması yöntemlerinden biridir. Omentoplasti ve çeşitli doku yapıstırıcıları dalak kistlerinde başarı

ile uygulanan parsiyel splenektomilerin tamamlayıcılarıdır. Bazen dalağın büyük bir bölümünü rezekke edip, kısa mide damarları ile beslenen bir bölümünü korumak uygun olabilir. Pasyile splenektomilerde dalağın en az 1/3'ünü korumaya çalışılmalıdır (4,16). Dalağın tümünü kaplayan soliter veya multipl kistlerde total splenektomi kaçınılmaz olur⁽⁵⁾.

Preoperatif hazırlığın önemli bir parçası total splenektomi olasılığı gözönünde tutularak pnömokok ve H.influenza aşılarının yapılmasıdır. Postoperatif dönemde rezeksiyonun genişliğine ve çocuğun yaşına göre, ayrıca dalak fonksiyonlarının hematolojik ve sintifrafik takibi uyarınca değişen sürelerde profilaktik antibiotik uygulaması da ihmal edilmemelidir.

Kaynaklar

1. Ahlgren IS, Beardmore HE: Solitary epidermoid cysts: Occurrence in sibs. JPS 19:56, 1984.
2. Bostick WL, Lucia SP: Nonparasitic, noncancerous cystic tumours of the spleen. AMA Arch Pathol 47:215, 1949.
3. Bron KM, Hoffmann WJ: Preoperative diagnosis of splenic cysts arch Surg 102:459, 1971.
4. Brown MF, Ross III AJ, Bishop HC, Schnauffer L, Ziegler MM, Holcomb III GW: Partial splenectomy: The preferred alternative for the treatment of splenic cysts JPS 24:594, 1989.
5. Çetinkurşun S, Sayan A, Can C, Söylet Y, Alpaslan F: Dalağın epidermoid kisti. Pediatrik Cerrahi Dergisi 5:61, 1991.

6. Dachman AH, Ross PR, Murari PJ, Olmsted WW, Lichtenstein JE: Nonparasitic splenic cysts: A report of 52 cases with radiologic-pathologic correlation AJR 147:537, 1986.
7. Economides NG, Benton BF, Fortner TM, Miles RM: Splenic pseudo-cysts: report of two cases and review of the literature Ann Surg 46:644, 1980.
8. Fowler RH: Cystic tumors of the spleen Int Abstr Surg 70:213, 1940.
9. Gillmartin D: Familial multiple epidermoid cysts of the spleen Conn Med 42:297, 1978.
10. Martin JW: Congenital splenic cysts Am J Surg 96:302, 1958.
11. Moir C, Guttman F, Jequier S, Sonnino R, Youssef S: Splenic cysts: Aspiration, sclerosis or resection JPS 24:646, 1989.
12. Montgomery AH, McEnery ET, Frank AA: Epidermoid cysts of the spleen Ann Surg 108:877, 1938.
13. Ough YD, Nash HR, Wood DA: Mesothelial cysts of the spleen with squamous metaplasia Am J Clin Pathol 76:666, 1981.
14. Qureshi MA, Hafner CD: Clinical manifestations of splenic cysts Study of 75 cases Ann Surg 31:605, 1965.
15. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW: Splenic epidermoid cysts Ann Surg 187:231, 1978.
16. Sink JD, Filston HC, Kirks DR: Removal of splenic cysts with salvage of functional splenic tissue J Pediatr 100:412, 1982.
17. Sirinek KR, Evans WE: Nonparasitic splenic cysts: Case report of epidermoid cyst with review of the literature AJS 126:8, 1973.
18. Treutner KH, Truong S, Schumpelick V: Die Milzcyste: Diagnostik, Indikation, Verfahrenswahl Chirurg 59:478, 1988.
19. Younger KA, Hall CM: Epidermoid cyst of the spleen: a case report and review of the literature Br J Radiol 63:652, 1990.