

Akut karında olağandışı bir neden: Torsiyone gezici dalak

An unusual case of acute abdomen: Torsion of wandering spleen

Coşkun Polat*, Hakan Erpek**, Fatma Aktepe***, Yüksel Arıkan*

Torsiyone gezici dalak, dalağın uzun bir vasküler pedikül yapısı ile birlikte normal peritoneal yapışıklıkların bulunmadığı olağan dışı bir klinik tablodur. Yirmi ile kırk yaşlar arasındaki kadınlarda daha sık görülür. En sık rastlanan klinik tablo, ağrılı abdominal bir kitledir. Tanıda şüpheli yaklaşım yardımcıdır. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi de tanıyı doğrulayabilmektedir. Tedavisi cerrahidir ve splenopeksi ilk seçenek olmalıdır. Detorsiyon sonrası iskeminin devam etmesi durumunda, ya laparoskopik ya da laparotomi ile splenektomi yapılmalıdır. Bu yayında akut karın olgusu olarak gelen ektopik bir dalak torsiyonu olan 26 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Acil laparotomi sonrası splenektomi uygulanmıştır. Torsiyone gezici dalak olağan dışı bir klinik tablo olmasına karşın, akut karın nedeni ile acil bir operasyon uygulanan her hastada akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gezici dalak, akut karın, torsiyone gezici dalak.

*Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Afyon, Türkiye
**Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Aydın, Türkiye
***Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Afyon, Türkiye

Dr. Coşkun Polat
E-posta: coskunpolat2001@yahoo.com

Makale Geliş Tarihi: 01.07.2010
Makale Kabul Tarihi: 12.10.2010

GİRİŞ

Gezici dalak (GD) nadir bir klinik durum olup, gastrosplenik ve splenorenal bağların yokluğu ya da gevşekliği nedeniyle dalağın normal yerleşim yerinde olmaması olarak tanımlanmaktadır (1). İlk kez 1667'de Van Horne tarafından tanımlanmış ve 1885 yılında da torsiyon gelişmesi durumu sunulmuştur (2). Gezici dalağın etiyojisi kesin olarak bilinmemekle beraber konjenital veya edinilmiş nedenlere bağlıdır. Embriyolojik dönemin 5. ve 6. haftalarında dorsal mesogastriumun füzyon eksikliği aşırı uzun bir pediküle neden olduğu bildirilmektedir (3). Ayrıca, Prune-Belly sendromunda olduğu gibi ön barsak (foregut) rotasyonundaki yetersizlik de GD nedeni olabilmektedir (4). Erişkinlik döneminde "edinilmiş" GD, dalağı yerinde tutan ligamanların hasarı veya bağ dokusu hastalıkları veya gebelik gibi bağları zayıflatan durumlara bağlı gelişir. Olguların üçte biri 10 yaş altı çocuklardır. Erişkinlerin de %70-80'i 20-40 yaş arası bayanlardır (5,6).

Gezici dalağın semptomları dalağın büyüklüğüne ve yerine göre değişir. Dalağın büyümesi genellikle splenik damarların dönmüş olmasına bazen de dalak içinde pıhtı oluşumuna bağlı gelişen

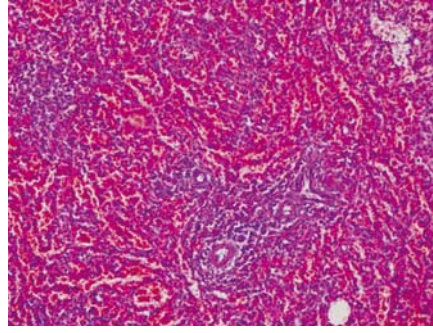
infarkta bağlı olur. Klinik olarak GD asemptomatik bir kitle veya tekrarlayan geçici karın ağrıları nedeni veya akut karın olarak kendini gösterir.

OLGU SUNUMU

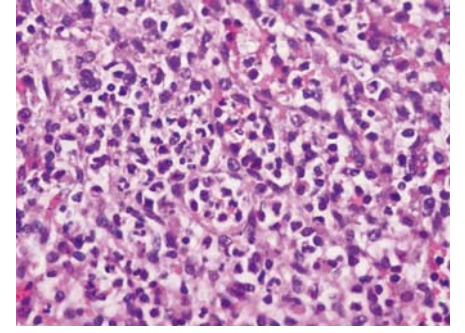
26 yaşında erkek hasta 3 günden beri devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlık yakınmaları ile hastanemiz acil polikliniğine başvurdu. Klinik muayenede, orta derecede bir abdominal distansiyon ve özellikle sol alt kadranda şüpheli bir duyarlılık vardı. Ayakta direkt karın grafisinde dilate multipl barsak segmenti saptandı. Daha önce gittiği sağlık kurumunda yapılan ultrasonografik inceleme mesanenin üzerinde lokalize 16x6 cm lik solid bir kitleyi ve dilate intestinal segmentleri göstermekte idi. Laboratuvar olarak, hemoglobin konsantrasyonu 12.4 g/dl, beyaz küre sayısı $18 \times 10^3/\mu\text{l}$, ve trombosit sayısı ise $118 \times 10^3/\text{L}$ idi. Olgunun semptomları ve ultrasonografik bulguları nedeniyle daha sonra bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı. Kontrastlı BT incelemesi mezenterik kalınlaşma ve sigmoid volvulus ile uyumlu olarak bildirildi. Hastada sigmoid volvulus düşünülerek acil şartlarda kolonoskopik detorsiyon olanağımız da bulunmadığından laparotomi kararı alındı. Operasyon



Resim 1. Splenektomi uygulanmış dalak.



Resim 2. Konjesyone dalak dokusu (H+E, x100).



Resim 3. Mikroapse odakları (H+E, x400).

öncesinde hastaya hızla sıvı replasmanı uygulandı ve antibiyotik tedavisine başlandı.

Göbek üstü ve göbek altı orta hat insizyonu ile karına girildi. Eksplorasyonda intraabdominal mesafede sol alt kadranda yerleşimli mesane ile yakın komşuluğu olan oldukça büyük, konjesyone ve mobil bir dalak görüldü. Gastrosplenik, splenorenal, splenokolik and frenosplenik ligamanların bulunmadığı, serbestçe yüzen bir dalak yapısı görüldü. Vazküler pedikül oldukça uzun ve 720° kendi etrafında dönmüş halde idi. Detorsiyone edildikten sonra dalaktaki iskemik renkte düzelme olmaması nedeniyle splenektomi uygulandı (Resim 1). Postoperatif dönemi olağan geçen olgu üçüncü günde şifa ile taburcu edildi.

Makroskopik incelemede dalağın 15x8x6 cm boyutunda ve 409 gram ağırlıkta, difüz kanamalı, konjesyone ve fibrozis halinde olduğu tespit edildi. Mikroskopik incelemede damarların eritrosit ile dolu olarak genişlemiş oldukları ve sinüslerde yer yer mikroapse odakları oluşturan polimorfonükleer lökositlerin varlığı dikkati çekmekteydi (Resim 2). Subkapsüler bir alanda geniş kanama odağı bulunmaktadır. Bu bulgularla dalak materyalinde "akut splenit" tanısı konuldu (Resim 3). Dalak dokusundan hazırlanan kesitlerin mikroskopik incelemesinde damarların eritrosit ile dolu olarak genişlemiş oldukları ve sinüslerde yer yer mikroapse odakları oluşturan polimorfonükleer lökositlerin varlığı dikkati çekmektedir (Resim 4).

TARTIŞMA

Oldukça nadir bir patoloji olan GD bütün splenektomi olgularının %0.2'sini oluşturmaktadır (7). Etiyolojisinin genel olarak multifaktöriyel olduğu kabul edil-

mesine karşın, dalağı sol üst kadranda normal pozisyonunda tutan splenik ligamanların konjenital anormalliği en çok kabul gören durumdur. Dalak ligamanları yerine kan damarları ile beslenen farklı bir doku ile yapışıktır. Bu damarlı pedikülün kendi eksenini etrafında dönmesi aralıklı veya sürekli iskemiye ve nekroza neden olmaktadır. Tutan bir bağı olmadığından dalak alt karın veya pelvisin herhangi bir yerinde bulunabilir (8). Geçmişte renal hipertrofi, renal agenezi, enfeksiyöz mononükleoz, splenomegali, Malarya, ve Hodgkin hastalığı gibi durumlarda GD görüldüğü bildirilmiştir (9) Günümüzde dalak ağırlığının arttığı splenomegali ve gebelik öyküsü, olgularda en sık saptanan öyküdür. Gebelikte yükselen hormonların ve splenomegalinin dalağı tutan ligamanları gevşettiği ve esnettiği ileri sürülmektedir (5,10).

Asemptomatik hastalarda, tanı preoperatif dönemde oldukça güçtür ama subkut karın ya da gastrointestinal yakınmalar mevcut cerrahi patolojiye eşlik edebilmektedir. Çocukluk dönemindeki en sık başvuru akut karın ağrısı nedeniyle gerçekleşmektedir.

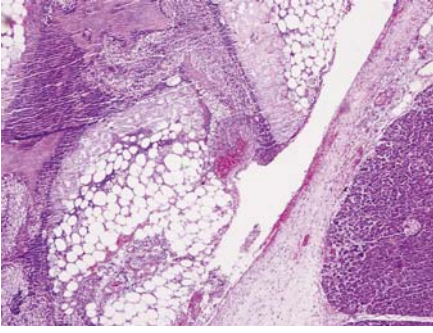
Klinik tablo oldukça değişken olmakla birlikte çocukluk döneminde en sık prezentasyon akut abdominal ağrı olup hastalar bulantı, kusma veya orta derecede kramp tarzı ağrılar ile gelebilmektedirler. Bazen de tamamen asemptomatik olabilirler ve rutin klinik muayene ya da görüntüleme incelemeleri sırasında rastlantısal olarak bulunabilmektedirler. Semptomlar sınırlı olabilmektedir ama torsiyon veya dalak ve pedikülü tarafından abdominal organlara olan kompresyona bağlı olarak komplikasyonlar oldukça sık olabilmekte ve sonuçta dalak iskemisi ve nekrozu ya da gastrointesti-

nal sisteme bası bulgularına yol açabilmektedir. Laboratuvar testleri genel olarak nonspesifiktir ama bazen hipersplenizm bulgularını ya da fonksiyonel aspleniye gösterebilmektedir.

Klinik tanı zor olduğundan dolayı, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi noninvaziv görüntüleme yöntemleri sık kullanılan tanısal işlemlerdir. Özellikle abdominal BT taraması ile tanı konması genellikle çok basittir. Dalağı normal yerinde olmayan olgularda virgüle benzer şekildeki karın içi veya pelvik kitle saptanması başlıca bulgulardır. Ancak, bazı olgularda torsiyon nedeniyle infarkt başlamış bir dalağın kistik bir kitleye ve hatta dilate bir barsak segmentine benzeyebileceği de bildirilmiştir (11). Anatomik yerinde dalağın olmaması da acil koşullarda özgeçmişin yetersiz bildirildiği radyologa hastanın splenektomili olduğunu düşündürülebilir. Sunulan olguda tüm karın BT taraması yapılmış olmasına rağmen radyolog sigmoid volvulus olarak yorumlamıştı. Olgunun yaklaşık 3 gün gecikme ile hastaneye başvurusu ve akut karına bağlı gelişen paralitik ileus, BT bulgularının yanıltıcı olmasına neden olmuş olabilir.

Tedavisi konusunda çeşitli yaklaşımlar tercih edilebilmektedir. Asemptomatik olgularda konservatif yaklaşım uygulanabilirken, semptomatik olgularda acil splenektomiler dahi yapılabilmektedir (3). Gezici dalakta konservatif tedavinin torsiyon, diğer organlara bası ve dalak travması gibi komplikasyonlara %65 dolayında neden olabileceği gösterilmiştir (12).

Son iki dekada kadar GD intraoperatif tespit edildiğinde torsiyone olsun ya da olmasın splenektomi tek seçenektir. Posts-



Resim 4. Lipomatöz dokuda nekroz ve inflamatuvar granülasyon dokusu (H+E, x40).

plenektomi enfeksiyonların erişkinlerde %1 ve çocuklarda ise %2 ölümcül olabil-

mesi ve aşılamanın dahi bunu önlemeyi tamamen garanti etmemesi, değişik tekniklerle yapılan dalak koruyucu işlemleri öne çıkarmıştır (13,14). Splenopeksi işlemi dalağın kendisinin veya hilusunun doğrudan karın duvarına veya diaframa sürtür ile tespit edilerek yapılabileceği gibi çeşitli sentetik meshler veya omentum ile desteklenerek de yapılabilmektedir. Ayrıca, GD'ın retroperitoneumda hazırlanmış bir cebe tespit edilmesi veya gastrokolik ligamanın açılarak dalağın normal anatomik yerine yerleştirilmesi teknikleri de vardır (15). Günümüzde, preoperatif olarak GD tanısı konan olgularda splenektomi ya da splenopeksi işlemlerinin minimal invaziv yaklaşım ile gerçekleştirilmesi önerilmektedir (16). Bu olguda GD tanı-

sı ancak intraoperatif olarak konulabildi. Gecikmiş semptomları olan olguda, GD'ın detorsiyone edilmesi dalaktaki iskemi görüntüsünde düzelmeye yol açmadı. Bu nedenle splenopeksi seçeneği söz konusu olamadı. Olgunun postoperatif dönemi olağan seyretti, aşıları tamamlandı ve halen 24 aylık takibi sırasında ağır enfeksiyöz bir dönemi olmamıştır.

SONUÇ

GD nadir bir olaydır. Elektif veya acil koşullarda karşılaşıldığında, hastaların genellikle çocuk veya genç erişkin olması nedeniyle splenopeksi ilk seçenektir. Torsiyon gelişmiş olgularda iskemiye bağlı geri dönüşü olmayan sonuçlar ortaya çıkmışsa splenektomi kaçınılmazdır.

SUMMARY

An unusual case of acute abdomen: Torsion of wandering spleen

Torsion of wandering spleen is a rare clinical condition in which the spleen is devoid of its normal peritoneal attachment associated with a long vascular pedicle. Women between 20-40 years of age are more likely to be affected. The most common clinical picture is an abdominal mass with pain. For preoperative diagnosis, a high index of suspicion is helpful. Ultrasonography and computerized tomography can also confirm the diagnosis. The treatment is surgical and splenopexy should be the first choice. If ischemia is persistent after

detorsion, either laparoscopic or open splenectomy is the choice of procedure. A 26 year old male patient with torsion of an ectopic spleen presenting as a case of acute abdomen is presented in this report. An urgent laparotomy and splenectomy was performed and the patient was discharged at the postoperative third day.

We can say that the torsioned wandering spleen should be kept in mind in every patient who undergoes an urgent operation for acute abdomen, although it is an unusual clinical condition.

Key Words: Wandering spleen, acute abdomen, torsion of wandering spleen.

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Coşkun Polat, Yüksel Arkan

Verilerin elde edilmesi:

Coşkun Polat, Fatma Aktepe, Yüksel Arkan

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Coşkun Polat, Hakan Erpek, Fatma Aktepe, Yüksel Arkan

Yazının kaleme alınması:

Coşkun Polat, Hakan Erpek

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Sheflin JR, Lee CM, Kretchmar KA. Torsion of wandering spleen and distal pancreas. *AJR* 1984;142:100-101.
2. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Founouni 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.
3. Varga I, Galfiova P, Adamkov M, Danisovic L, Polak S, Kubikova E, Galbavy S. Congenital anomalies of the spleen from an embryological point of view. *Med Sci Monit*. 2009;15:269-276.
4. Lebron R, Self M, Mangram A, Dunn E. Wandering spleen presenting as recurrent pancreatitis. *J Soc Laparoendosc Surg* 2008; 12: 310-313.
5. Buehner M, Baker MS. The wandering spleen. *Collective review*. *Surg Gyne Obst* 1992; 175: 373-387.
6. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnaufer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. *Southern J Med* 1997; 90: 439-443.
7. Eraklis AR, Filler RM: Splenectomy in childhood. A review of 1413 cases. *J Pediat Surg* 1972; 7: 383-388. [DOI:10.1016/0022-3468(72)90006-1]
8. Tucker ON, Smith J, Fenlon HM, McEntee GP. Recurrent torsion of a wandering spleen. *Am J Surg* 2004;188:96-97.
9. Pearson JB. Torsion of the spleen associated with congenital absence of the left kidney. *Br J Surg* 1964; 51: 393-395. [DOI:10.1002/bjs.1800510530]
10. Satydas T, Nasir N, Bradpiece HA. Wandering spleen: case report and literature review. *J R Coll of Surg Edin* 2002; 47: 512-514.
11. 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.
12. Allen KB, Andrews G, Pediatric wandering spleen-the cause of splenopexy: review of 35 reported cases. *J Ped Surg* 1989; 24: 432-435. [DOI:10.1016/S0022-3468(89)80395-1]
13. Schmidt SP, Andrews HG, White JJ. The splenic snood: An improved approach for the management of the wandering spleen. *J Ped Surg* 1992; 27: 1043-1044. [DOI:10.1016/0022-3468(92)90555-L]
14. Shaw JHF, Print CG. Postsplenectomy sepsis. *Br J Surg* 1989; 76: 1074-1080. [DOI:10.1002/bjs.1800761029]
15. Qazi SA, Mirza SM, Muhammad AM, Al Arrawi MH, Al-Suhaibani YA. Wandering spleen. *Saudi J Gastroenterol* 2004;10:1-7.
16. Barbaros U, Tükenmez M, Erbil Y, Dinççağ A, Tiryaki B, Özarmağan S, Mercan S, Budak D. Laparoscopic treatment of wandering spleen causing partial colonic obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007;17:462-464.