

SOL ÜST KADRANDA AĞRI: SPLENİK İNFARKT?

Left Upper Quadrant Abdominal Pain: Splenic infarct?

Hakan Balbaloglu¹, Önder Sahna², Kasım Çağlayan¹

ÖZET

Splenic infarct oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Oluşumunda çok sayıda etiyolojik etken sorumlu tutulsa da genel olarak tromboembolik ve hematolojik hastalıklardan köken almaktadır. Ağır splenic infarct vakalarında tedavi olarak cerrahi gerekebilir bunun dışında genelde bir tedaviye ihtiyaç duyulmaz. Sol üst kadranda ağrısı ile gelen 50 yaşındaki bayan hastanın çekilen tomografisinde dalakta infarct alanı görüldü. Hastaya başarı ile sonuçlanan splenektomi uygulandı.

Anahtar kelime: *Splenic infarct, Emboli, Sol üst kadranda ağrısı*

ABSTRACT

Splenic infarction is a relatively uncommon diagnosis. There are numerous etiologies of splenic infarct, generally it arises from thromboembolic and hemathologic diseases. Usually no treatment is required, surgical intervention may be necessary in severe cases. We report a 50 years old female patient who had splenic infarction. CT scans showed an infarcted area in the spleen. Our case was diagnosed at an early stage and splenectomy was performed with success.

Key words: *Splenic infarction, Embolism, Left upper quadrant abdominal pain*

¹Bozok Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Yozgat

²Karadeniz Ereğli
Devlet Hastanesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Zonguldak

Hakan Balbaloglu, Yrd. Doç. Dr.
Önder Sahna, Yrd. Doç. Dr.
Kasım Çağlayan, Yrd. Doç. Dr.

Adres:

Yrd. Doç. Dr. Hakan Balbaloglu
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Yozgat

Telefon:

+90 354 212 70 60

e-mail:

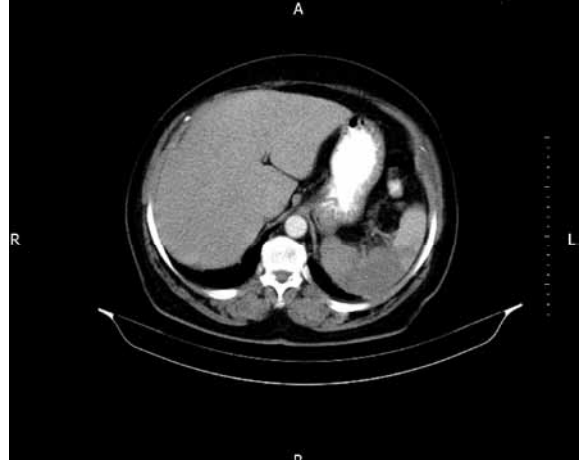
hakanbalbaloglu@yahoo.com

OLGU

50 yaşında bayan hasta, ev hanımı 10 yıldır hipertansiyon hastası. İki gün önce başlayan giderek şiddetlenen sol üst kadranda ağrı, bulantı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenede; Sol üst kadranda hassasiyet, rebound ve sol kostovertebral açı hassasiyeti pozitif olarak saptandı. Hastanın kan basıncı; 150/90 mmHg, Nabız; 88/dk, Ateş; 37.1 C olarak ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde; Hemoglobin; 10.4 g/dL, Beyaz küre; 11.000/mm³, Trombosit; 238.000 / mm³, International normalized ratio (INR); 0.842 /saniye idi. Acil serviste çekilen abdomen ultrasonda (US) acil patoloji saptanmadı, kontrastlı üst abdominal tomografide (BT); üst pol haricinde dalak parankiminde hipodens görünüm tespit edildi, splenik infarkt? (Resim 1)

Hasta takip ve tedavi amacı ile genel cerrahi servisine yatırıldı. Dört gün sonra çekilen Anjio BT daha önce çekilen tomografi ile karşılaştırıldığında üst pol dışında dalak parankiminde tarif edilen infarkt alanının genişlediği, dalak komşuluğunda fasyada kalınlaşma ve kirlenme olduğu görüldü. Bir gün sonra yapılan Tüm Abdomen ultrasonda dalak parankiminin heterojen olduğu ve Splenik vende tromboz görünümünün saptanmadığı tespit edildi. Takipler de verilen analjeziklere rağmen hastanın ağrısının devam ettiği görüldü. Solunum sıkıntısının gelişmesi ve hastanın genel durumunun bozulması nedeni ile yatışından 7 gün sonra sol üst paramedian insizyon ile açık splenektomi uygulandı (Resim 2).

Açık ameliyatı tercih etmemizin nedeni laparoskopik splenektomi için yeterli teknik destek ve tecrübeye sahip olmayışımızdandı. Hastada herhangi bir komplikasyon görülmedi. Patolojisi, İnfarktoid nekroz olarak raporlandı (Resim 3). Post operatif 7. günde hasta taburcu edildi.



Resim 1: IV- Oral kontrastlı karın BT de ; Üst pol haricinde dalak parankiminde hipodens görünüm- splenik infarkt alanı



Resim 2: Ameliyat sırasında dalak orta polde infarktüs alanı görülmektedir.



Resim 3: Splenektomi piyesinde infarktüs görünümü

TARTIŞMA

Splenik infarkt oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Etiyolojisinde; emboli(%38) hemotolojik hastalıklar (%29), splenik vasküler hastalıklar, anatomik bozukluklar ve kollajen doku hastalıkları rol oynamaktadır (1,2,3). Hastalarda en sık, sol üst kadranda ağrı görülür, diğer yaygın semptomları ise bulantı, kusma, konstipasyon, ateş ve titremedir (4). I.V Kontrastlı BT, splenik infarkt ta %75 tanı koydurucudur (5), infarkt alanı dalak kapsülüne uzanan kama şeklinde düşük attenüasyonlu alanlar olarak izlenir (6,7). Nonhomojen kontrastlanan parankim içerisinde kontrast tutmayan bu infarkt alanı kolaylıkla saptanabilir. Anjiyografi ve karaciğer dalak teknesyum sintigrafisi ise splenik infarkt da %90 tanı koydurucudur (1-2).

Splenik infarkt tanısı konulan hastalarda akut tablonun yakın takip ve semptomatik tedavi ile 1-2 hafta içerisinde gerilebileceği düşünülmüş fakat tam mekanizma açıklanamamıştır (1,2). Hastaların %20 sinde; rüptür, hemoraji, splenik apse ve pseudokist oluşumu gibi komplikasyonlar gelişebilir ve komplikasyonların varlığında splenektomi endikedir (1,2).

Acil servislerde çalışan hekimlerin çok nadir olarak karşılaştıkları, semptom ve bulguları bir çok hastalık ile karışabilen bu ve benzeri olgularda ön tanıların içinde splenik infarktı düşünmeleri önemlidir. Hastalığın tedavisi gelişen semptom ve komplikasyonlara göre değişir. Takip ve destek tedavisi bazı hastalarda yeterli olurken bazı hastalarda ortaya çıkan komplikasyonlar cerrahi tedaviyi gerekli kılar. Günümüzde uygulanan cerrahi tedavide, Laparoskopik yöntemin seçilmesi ile daha az post operatif ağrı, barsak hareketlerinin daha hızlı kazanılması, hastanede kalış süreleri kısalması ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde edilmektedir (8,9,10). Elektif hastalarda, laparoskopik splenektomi altın standart olarak kabul edilmektedir (8,11,12). Bu vaka özelinde dikkat çekmek istenilen ilk nokta acil serviste sol üst kadranda ağrısı olan hastaların ayrıca tanısında splenik infarktın da düşünülmesidir. Diğer önemli bir nokta da semptomatik hastaların takiplerinde komplikasyon gelişmesi veya

tedaviye rağmen semptomların gerilememesi durumunda laparoskopik splenektominin yeterli teknolojik desteğe sahip bu konuda tecrübesi olan merkezlerde erken dönemde uygulanmasıdır. Hemorajik şok veya spontan rüptür gibi acil durumlar dışında erken dönemde elektif yapılan laparoskopik splenektominin, hastanın morbidite ve mortalitesi açısından daha uygun bir yaklaşım olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Jaroch MT , Broughan TA , Hermann ARE. The natural history of splenic infarction. Surgery 1986;100(4):743-50.
2. Spencer PR. Healing of a splenic infact (case report). Journal of Nuclear Medicine 1975;15(3):303.
3. Nguyen VD. A rare cause of splenic infarct and fleeting pulmonary infiltrates: Polyarteritis nodosa. Computerized medical Imaging and Graphics 1991;15(1):61.
4. Meir Antopolsky, Nurit Hiller, Shaden Salameh, Beth Goldshtein, Ruth Stalnikowicz. Splenic infarction: 10 years of experience. American Journal of Emergency Medicine 2009;27(3):262-5.
5. Cohen BA, Mitty HA, Mendelson DS. Computed tomography of splenic infarction of CAT 1984;8(2):167.
6. Urban BA, Fishman EK. Helical CT of the spleen. AJR Am J Roentgenol 1998;170(4):997-1003.
7. Maier W. Computed tomography in the diagnosis of splenic infarction. Eur J Radiol 1982;2(3):202-4.

8. Rescorla FJ, Breitfeld PP, West KW, et al. A case controlled comparison of open and laparoscopic splenectomy in children. *Surgery* 1998;124(7):670-6.

9. Friedman RL, Hiatt JR, Korman JL, et al. Laparoscopic or open splenectomy for hematologic disease: Which approach is superior? *J Am Coll Surg* 1997;185(1):49-54.

10. Brunt LM, Langer JC, Quasebarth MA, et al. Comparative analysis of laparoscopic versus open splenectomy. *Am J Surg* 1996;172(6): 596-601.

11. Rescorla FJ, Engum SA, West KW, et al. Laparoscopic splenectomy has become the gold standard in children. *Am Surg* 2002;68(3):297-301.

12. Murawski M, Patkowski D, Korlacki W, et al. Laparoscopic splenectomy in children—a multicenter experience. *J Pediatr Surg* 2008; 43(5):951–4.