

*Olgu sunumu:*

## Travmaya bağlı dalak psödokisti

Pembe Oltulu<sup>1</sup>, Hürkan Kargı<sup>2</sup>, Pınar Yazıcı<sup>2</sup>, Rana Çitil<sup>1</sup>

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, <sup>1</sup>Patoloji ve <sup>2</sup>Genel Cerrahi Klinikleri, Kahramanmaraş

**Amaç:** Dalak kistleri dalağın nadir görülen lezyonlarıdır. Bu kistler etioloji ve patofizyolojilerine göre birincil ve ikincil kistler (psödokist) olarak sınıflandırılır. Birincil kistlerin iç yüzeyi bir epitel tabakası ile döşelidir. İkincil kistler döşeyici epitel tabakası içermez ve genellikle önceden geçirilmiş bir travmaya bağlı olarak gelişirler. **Olgu sunumu:** Olgumuz on yıl önce karın travması öyküsü olan yirmi bir yaşında erkek hastadır. Sol yan ağrısı olan hastada radyolojik olarak 10x9x8 cm boyutlarında kist saptandı ve dalakta epidermoid kist ön tanısı ile tam splenektomi uygulandı. Postoperatif histopatolojik incelemede psödokist tanısı rapor edildi. **Sonuç:** Biz bu makalede radyolojik olarak dalağın birincil kistleri ile karışabilen ve nadir görülen dalak psödokisti olgusunu literatür bilgileri eşliğinde sunduk.

Anahtar kelimeler: Dalak kistleri, künt travma, psödokist

### Posttraumatic splenic pseudocyst

**Objective:** Splenic cysts are rare lesions. They are mainly divided into primary and secondary cysts (pseudocysts) according to their etiology and pathophysiology. The inner surface of a primary cyst lined with epithelium. Secondary cysts have no cellular lining and they develop secondary to a previous trauma. **Case report:** Our case is 21-year-old male patient who was 10 years ago, abdominal trauma. The patient with left flank pain was detected 10x9x8 cm sized cyst and epidermoid cyst was diagnosed radiologically and total splenectomy operation treated. Histopathological diagnosis was given to the splenic pseudocyst. **Conclusion:** In this article; we reported a case of splenic pseudocyst which are rare and can be confused radiologically with primary splenic cysts and we review the literature.

Key words: Splenic cysts, blunt trauma, pseudocyst

### Genel Tıp Derg 2012;22(1): 21-24

Diğer abdominal organlarla karşılaştırıldığında dalağın kistik lezyonlarına oldukça nadir olarak rastlanır (1–3). Dalak kistleri çok çeşitli şekillerde sınıflandırılmış olup, Martin (4) tarafından yapılmış olan en pratik sınıflandırma Tablo 1’de gösterilmiştir. Birincil kistlerin iç yüzeyinde döşeyici epitel tabakası mevcut iken, psödokistlerde döşeyici epitel tabakası görülmez (4,5). Dalak psödokistleri tüm nonparaziter

dalak kistlerinin yaklaşık % 75’ini oluştururlar ve genellikle daha önceden geçirilmiş bir abdominal travmaya bağlı olarak gelişirler (2,6,7).

Bu makalede radyolojik olarak dalağın birincil kistleri ile karışabilen ve nadir görülen dalak psödokisti olgusu literatür bilgileri eşliğinde değerlendirildi.

#### Tablo 1. Dalak kistlerinin pratik sınıflaması

1. Primer (gerçek) kist
  - A. Parazitik
  - B. Nonparazitik
    - a. Konjenital
    - b. Neoplastik
2. Sekonder (psödokist) kist

Gönderim tarihi: 03.10.2011

Kabul tarihi: 22.12.2011

Yazışma Adresi: Dr.Pembe Oltulu, Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Patoloji Klinięi, Kahramanmaraş

E-posta: drpembe@yahoo.com

## Olgu sunumu

İlk olarak 3 yıl önce karın sol üst tarafına lokalize ağrı ve dolgunluk şikayeti ile hastanemize başvuran 21 yaşında erkek olguya o tarihte yapılan radyolojik tetkikler sonucu dalakta kistik lezyon teşhisi konulmuş olup takip önerilen olgu aynı şikayetinin artması üzerine tekrar hastanemize başvurdu. Hikayesinde yaklaşık 10 yıl önce yüksekten düşme sonucu karnına darbe aldığını belirten olgunun yapılan fizik muayenesinde batın sol üst kadranda hassasiyet ve dolgunluk tespit edildi. Rutin laboratuvar tetkikleri normal olan hastaya yapılan batın ultrasonografisinde (USG) dalakta yaklaşık 103x90x82 mm çapında yoğun içerikli kistik kitle tespit edildi. Bilgisayarlı tomografide (BT) ise yaklaşık olarak 92x86x82 mm ebatlarında ön duvarında milimetrik kalsifikasyon içeren ince duvarlı kistik lezyon izlendi ve dalakta epidermoid kist lehine yorumlandı (Şekil 1). Tam splenektomi uygulanan hastanın dalak numunesi hastanemiz patoloji laboratuvarında incelendi. Makroskopik olarak 13x10x9 cm ölçülerinde olan dalak dokusu kesitlerle tarandığında bir taraf kapsüle bitişik 10x9x8 cm ölçülerinde çevre dokudan düzgün bir sınırla ayrılmış, lümeninde sarı-kahverengi seröz sıvı ve toplam 6x4x3 cm ölçülerinde yumuşak kıvamlı açık kahverengi nekrotik materyal bulunan iç yüzeyi düzgün, uniloküler kistik kitle tespit edildi (Şekil 2).



Şekil 1. Abdominal BT; Dalak parankiminde geniş kistik kitle, kistik kitle (ok)



Şekil 2. Makroskopik görünüm; Dalak içinde düzgün sınırlı kistik kitle, lümeninde seröz sıvı ve kahve renkli nekrotik materyal

## Tartışma ve sonuç

Dalagın nonparazitik kistik lezyonu, ilk olarak 1829 yılında Andral (8) tarafından bildirildi. 1978 yılında Robins ve ark (9) tarafından yayımlanan 25 yıllık bir süreci kapsayan 42.327 vakalık otopsi serisinde, yalnızca 32 vakada dalak kisti tanımlandı. Fowler (10) 1953 yılında dünya literatüründen 265 paraziter olmayan dalak kisti vakasını içine alan bir çalışma yayımladı. Bugüne kadar literatürde gözlenen diğer dalak kisti vakaları ya tek ya da birkaç olgudan oluşan olgu sunumları şeklindedir.

Dalak kistleri etiyoloji, patofizyoloji ya da döşeyici epitel tabakası varlığına göre değişik alt başlıklarda sınıflamaya tabi tutulmuştur (2,6,11). Fowler ve Moynihan tarafından yapılan en kapsamlı sınıflamaya göre dalak kistleri Tablo 2'deki şekilde sınıflandırılmıştır (12). Dalak kistlerinin insidans yüzdeleri açısından literatürde farklı oranlar bildirilmesine rağmen genel olarak birincil (gerçek) dalak kistleri tüm dalak kistlerinin % 30-40'ını oluşturmaktadır (13). Gerçek kistlerin çoğu ekinokok infeksiyonu ile meydana gelen kist hidatikler olup, dünyanın çoğu bölgesinde splenik kistlerin 1/2 ya da 2/3'ünü bu kistler oluşturur (14,15). Dalak psödokistleri % 70-80 oranı ile en sık görülen nonparazitik kistlerdir (2,15-17). Dalak kistlerinin çoğu benign karakterde kistlerdir. Malign kistler ve kistik dejenerasyonlu metastatik kitleler oldukça nadirdir (18). Dalak kistleri en yaygın olarak 20-40 yaşları arasındaki genç erişkinlerde görülür. Kadınlar erkeklere oranla daha sık olarak etkilenirler (6,11,19).

*Tablo 2. Dalak kistlerinin kapsamlı sınıflaması (5)*

1. Gerçek kist (primer kist): Spesifik bir epitel tabakası bulunur
  - A. Epitelyal (Dermoid, Epidermoid)
  - B. Endotelyal(Lenfangiom, Hemangiom, Polikistik hastalık, Bazı seröz kistler)
  - C. Parazitik: protoplazmik matrix ile döşeli(Kist Hidatik)
2. Psödokistler (sekonder kist): Döşeyici epitel tabakası bulunmaz
  - A. Hemorajik
  - B. Seröz
  - C. İnflamatuvar(Akut nekroz, Kronik tüberküloz)
  - D. Arteriyel tromboz veya emboliye bağlı infarktüs alanının dejeneratif likefaksiyonu

Bizim vakamız 21 yaşında erkek hasta olması itibariyle yaşı literatür bilgileri ile uyumludur. Dalağın ikincil kistik lezyonu olan psödokistler genellikle daha önceden geçirilmiş bir travmayı takiben oluşan intraparankimal ya da subkapsüler hematoma rezolüsyonu sonucu meydana gelir (2,6,11,17,20,21). Bazı vakalarda mononükleozis veya sitomegalovirüse bağlı spontan subkapsüler hematoma, akut ve kronik pankreatite bağlı gelişen subkapsüler veya intraparankimal hematoma gibi infeksiyöz ve dejeneratif kaynaklı hematomlara bağlı gelişebildiği de bildirilmiştir (2,7). Dalak travmaları akut, geç ya da gizli rüptür ile sonuçlanabilir. Vakaların % 90'ında akut rüptür meydana gelir ve intraperitoneal hemoraji oluşur. Travmatik psödokistler geç ya da gizli rüptürlerden sonra meydana gelebilir (3). Hematom gelişip rüptüre olmayan vakalarda travma geliştikten sonra sırasıyla enkapsülasyon, likefaksiyon ve absorpsiyon aşamaları birbirini takip eder. Bu süreç sonunda psödokist içeriği olarak seröz sıvı, kolesterol kristalleri ve lipit yüklü makrofajlar kalır. Tüm bu süreç sonunda gerçek epitel bulunmayan, ince veya kalın fibröz bir duvar bulunan, duvarında zamanla kalsifikasyon ya da hemosiderin pigmenti izlenebilen kistik lezyon meydana gelir (1,22). Bu kistler 1–16 cm arasında çeşitli boyutlarda bulunabilirler ve vakaların % 80'inde uniloküler görünümündedirler (14). Bizim olgumuz, travma öyküsü yanı sıra makroskopik ve histopatolojik bulguları göz önüne alındığında literatür bulguları ile uyumludur.

Posttravmatik psödokistler hastaların % 30–60'ında asemptomatik seyrederek (9). Semptomlar genelde kistin boyutu ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Genel olarak 5 cm ve üzeri boyuta sahip kistler semptomatik seyrederek ve semptomlar hastaların

çoğunda 2. ve 3. dekatta ortaya çıkar. En belirgin semptom çevre organlara bası sonucu oluşan sol omuza vurabilen sol hipogastriumda veya epigastriumda ağrıdır. İlave olarak mideye, akciğerlere, kolon splenik fleksurasına ya da intraabdominal özofagusa bası sonucu bulantı, kusma, dispne, disfaji gibi semptomlar ortaya çıkabilir (1,6,11,14,18). Nadiren renal arter ya da portal venlere bası sonucu hipertansiyon meydana gelebilir (14). Kist içine kanama, kistin enfekte olması, torsiyonu ya da rüptürü gibi komplikasyonlar sonucu hemoperitoniyum ya da peritonit gelişimi ile sepsise, hatta ölüme yol açabilir (3). Yukarıda tariflenen semptomlarla başvuran hastalarda sol üst kadranda palpe edilebilen kitle varsa ve geçmişinde travma öyküsü bulunuyorsa dalak psödokistinden şüphelenilebilir. Ancak sol üst kadranda kitle oluşturacak diğer intraabdominal durumlarla ayırıcı tanı zordur. Bizim hastamız ilk olarak sol üst kadranda karın ağrısıyla başvurmuş olup muayenede sadece sol üst kadranda hassasiyeti belirlenmiştir.

Dalak kistlerinin teşhisinde USG, BT ve manyetik rezonans görüntüleme gibi radyolojik yöntemler kullanılabilir. Kitlenin solid-kistik ayrımı, kist duvarında kalsifikasyon varlığı, uniloküler–multiloküler olup olmadığı, hangi organa lokalize olduğu belirlenebilir (2,7). Ancak radyolojik bulgularla bazen nonparazitik kistler ve parazitik kistler ya da birincil ve ikincil kistler arasında net ayırıcı tanı yapılamayabilir.

Parazitik kistlerden kist hidatik ülkemizde yaygın olduğundan ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Tek ya da multipl olabilen bu kistler periferik kanda belirgin eozinofili yapabilir, ancak bu bulgu değişkendir. Radyolojik olarak kist hidatiklerin duvarında kalsifikasyon göze çarpar. Lümen içinde renksiz seröz sıvı, kız veziküller ve “skoleks”lerin izlenmesi ayırıcı tanıda göze çarpan bulgulardır (21).

Çapı 5 cm'den az olan komplikasyonsuz ve semptomatik olmayan psödokistler seri USG muayeneleri ile takip edilebilir. Ancak bu olguda olduğu gibi büyük ve semptomatik kistlerde cerrahi tedavi şarttır (14,18). Çok az dalak dokusu kalmış olan geniş dalak psödokistlerinde tam splenektomi genelde tercih edilen yöntem olsa da son zamanlarda dalak koruyucu cerrahi tedaviler (perkütan aspirasyon ve drenaj, dekapsülasyon, fenestrasyon,

kistektomi ve kısmi splenektomi) kullanılabilir (11,14). Diğer yöntemlerin de kendi içlerinde avantaj ve dezavantajları olmasına rağmen büyük dalak kistlerinin tedavisinde bugün için en çok tercih edilen yöntem tam splenektomidir (23–26). Olgumuzda kist boyutu yaklaşık 10 cm çapında olup dalak parankiminin büyük bir kısmını kaplamaktaydı bu sebepten dolayı hastaya tam splenektomi uygulandı. Postoperatif takiplerde hiçbir sorunla karşılaşılmadı.

Dalak psödokistleri nadir görülür ve operasyon öncesi kesin tanı konulamaz. Özellikle ülkemizde sık görülen kist hidatik nedeniyle preoperatif dönemde ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Bu sebeple radyolojik olarak dalak kisti tanısı almış olgularda geçirilmiş bir travma öyküsü mutlaka sorgulanmalı ve serolojik tetkiklere başvurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Simmons TC. Traumatic pseudocyst of the spleen. J Natl Med Assoc 1990;82:727–9.
2. Kalinova K. Giant pseudocyst of the spleen: A case report and review of the literature. J Ind Asso Ped Surg 2005;10:176–8.
3. Martinaityte L, Pivoriunas J, Jurgaitis J, Paskonis M, Ostapenka A, Strupas K. Post-traumatic splenic pseudocyst: Case report and review of the literature. Lithuanian Surg 2009;7:69–73.
4. Martin JW. Congenital splenic cysts. Am J Surg 1958;96:302–8.
5. Davis CE Jr, Montero JM, Van Horn CN. Large splenic cysts. Ann. Surg 1971;173:686–92.
6. McClure RD, Altemeier WA. Cysts of the spleen. Ann Surg 1942;116: 98–102.
7. Acar M, Dilek ON, Ilgaz K, Çalışkan G. Posttraumatic splenic cyst diagnostic value of MRI. Eur J Gen Med 2008;5:242–4.
8. Andral G. Presic d'anatomic pathologie. Paris: Gabon. 1829.
9. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, Crsig JR, Turrill FL, Mikkelsen WP. Splenic epidermoid cysts. Ann Surg 1978;187:231–5.

10. Fowler RH. Collective review. Hydatid cysts of the spleen. Intern Abstr Surg 1953;96:105-16.
11. Chawla Lt Col S, Kumar BP, Gogna CR. Post-traumatic pseudocyst of the spleen. MJAFI 2005;61:279–80.
12. Fowler RH. IV. Cysts of the spleen: A pathological and surgical study. Ann Surg. 1913;57:658-90.
13. Macheras A, Misiakos EP, Liakakos T, Mpistarakis D, Fotiadis C, Karatzas G. Non-parasitic splenic cysts: A report of three cases. World J Gastroenterol 2005;11:6884–7.
14. Parshad R, Bhamrah D, Prabhu S, Chandana S. Laparoscopic management of splenic pseudocyst. J Med Edu & Res 2001;3:182–5.
15. Garfunkel F. Epidermoid cyst of the spleen: Case Report. J Nucl Med 1976;17:196–9.
16. Balzan SM, Riedner CE, Santos LM, Pazzinato MC, Fontes PR. Posttraumatic splenic cysts and partial splenectomy. Report of a case. Surg Today 2001;31:262–5.
17. Maskey P, Rupakheti S, Regmi R, Adhikary S, Agrawal CC. Splenic epidermoid cyst. Kathmandu Univ Med J 2007;5:250–2.
18. Bulas D, Eichelberger M. Traumatic cysts of the spleen—the role of cystectomy and splenic preservation: experience with seven consecutive patients. J Trauma 1994;37:512.
19. Labruzzo C, Haritopoulos KN, EL Tayar AR, Hakim NS. Posttraumatic cyst of the spleen: A case report and review of the literature. Int Surg 2002;87:152–6.
20. Gamsızkan M, Özcan A, Ersöz N, Özerhan İ H, Kılbaş Z, Çetiner N. Dalagın psödokisti: olgu sunumu. Gülhane Tıp Derg 2009;51:262–4.
21. Sinha PS, Stoker TA, Aston NO. Traumatic pseudocyst of the spleen. J R Soc Med 1999;92:450–2.
22. Sierra R, Brunner WC, Murphy JT, Dunne JB, Scott DJ. Laparoscopic marsupialization of a giant posttraumatic splenic cyst. JSL 2004;8:384–8.
23. Szczepanik AB, Meissner AJ. Partial splenectomy in the management of nonparasitic splenic cysts. World J Surg 2009;33:852–6.
24. Matsutani T, Uchida E, Yokoyama T, Matsushita A, Matsuda A, Sasajima KJ. Laparoscopic unroofing of a large pseudocyst of the spleen: report of a case. J Nippon Med Sch 2009;76:319–22.
25. Cissé M, Konaté I, Ka O, Dieng M, Dia A, Touré CT. Giant splenic pseudocyst, a rare aetiology of abdominal tumor: a case report. Cases J 2010;11:3:16