

Dalağın psödokisti: olgu sunumu

Mehmet Gamsızkan (*), Ayhan Özcan (*), Nail Ersöz (**), İ.Hakkı Özerhan (**), Zafer Kılbaş (**), Sadettin Çetiner (**)

ÖZET

Dalağın psödokisti nadir görülen bir klinik tablodur ve genellikle travmaya sekonder olarak gelişir. Bu çalışmada sık idrara çıkma yakınmasıyla başvuran 37 yaşında bayan hasta sunulmuştur. Ultrasonografik incelemede, dalakta 14x10x10 cm boyutlarında kistik lezyon saptanmıştır. Bilgisayarlı tomografi görüntülerinin de desteğiyle kistik kitle hidatik hastalık olarak yorumlanmış ve hastaya parsiyel splenektomi uygulanmıştır. Histopatolojik incelemede kalın fibröz kapsülü bulunan ve döşeyici epiteli seçilemeyen kistik lezyon görülmüştür. Kist hidatiği düşündürülecek bulgu saptanmamıştır. Sunulan olguda, başta epitelyal kist ve kist hidatik olmak üzere dalağın kistik lezyonlarının histopatolojik ayırıcı tanısına değinilmiş ve konuyla ilgili literatür bilgisi gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Dalak, psödokist

SUMMARY

Pseudocyst of spleen: a case report

Pseudocyst of spleen is a rare clinical condition, and it usually develops secondarily to trauma. A 37-year-old female patient admitting with the complaint of pollakiuria is reported in this article. Ultrasonographic examination revealed a cystic lesion with the size of 14x10x10 cm in the spleen. Considering also the findings of computed tomography, the cystic mass was interpreted as a hydatid disease, and the patient underwent partial splenectomy. Histopathological examination showed a cystic lesion with a thick fibrous capsule and without a lining epithelium. There were no findings supporting the diagnosis of hydatid cyst. In the present case report histopathological differential diagnoses of cystic lesions of the spleen, including epithelial cyst and cyst hydatid are reviewed with literature review.

Key words: Spleen, pseudocyst

Giriş

Dalağın psödokistleri nonparazitik kistlerin %80'ini oluşturur ve nadiren görülmektedir (1). Psödokistlerin başta kist hidatik olmak üzere dalağın diğer kistlerinden ayırımı, tedavi ve takip açısından önemlidir. Sunulan olguda psödokistlerin ve ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken diğer dalak kistlerinin klinik ve morfolojik özellikleri literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Olgumuz idrar yaparken yanma şikâyeti olan ve dış merkezde doktora başvuran 37 yaşındaki bayan hastadır. Bu sağlık merkezindeki ultrasonografik incelemede dalağında kist saptanmıştır. Bilgisayarlı tomografide yaklaşık 14x10x10 cm boyutlarında düzgün sınırlı kapsüllü kistik lezyon dikkati çekmiştir (Şekil 1). Hasta opere edilmek üzere hastanemize başvurmuştur. Olgunun öz ve soy geçmişi özellik arz etmemektedir. Fizik muayenede perküsyonda traube bölgesinde matite saptanmıştır. Hastanın tam kan sayımı, rutin biyokimyasal incelemeleri ve periferik kan yayma değerlendirmesi normal sınırlardadır. İğne aspirasyonunda sitolojik incelemede örneğin tümünün kanamalı proteinöz materyalden oluştuğu görülmüştür ve kist hidatiği düşündürülecek bulgu saptanmamıştır. Bunun üzerine hastaya parsiyel splenektomi ve kist eksizyonu yapılmıştır. Olgunun postoperatif izlemlerinde herhangi bir komplikasyon ve nüks görülmemiştir.

Makroskobik olarak rezeksiyon örneğinin, 14x10x10 cm boyutlarında, duvar kalınlığı 0.4 cm ile 0.5 cm arasında değişen, lümeni gri-kahve renkli ve yer yer nekrotik debris içeren kistik kitleden oluştuğu görülmüştür (Şekil 2). Kist lümeninde kütiküler membran izlenmemiştir. Makroskopide tanımlanan lezyondan hazırlanan kesitlerde döşeyici epiteli bulunmayan kalın fibrohiyalinize kist kapsülü izlenmiştir (Şekil 3). Kist lümeninde hemorajik alanlar dikkati çek-

* GATF Patoloji Anabilim Dalı

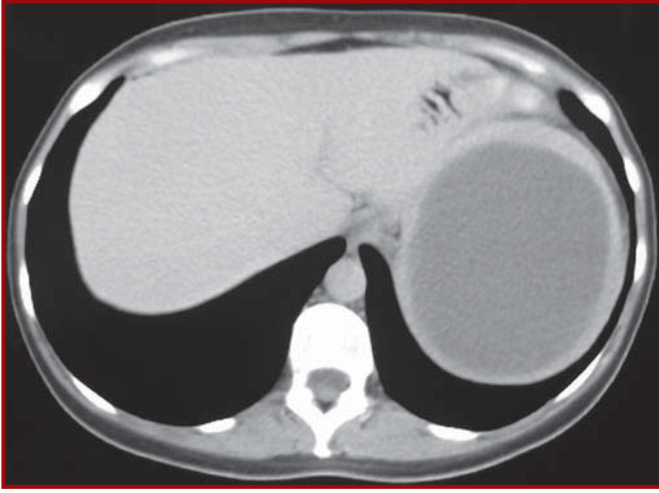
**GATF Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Bu olgu, 18. Ulusal Patoloji Kongresinde (25-29 Ekim 2008, Belek, Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur

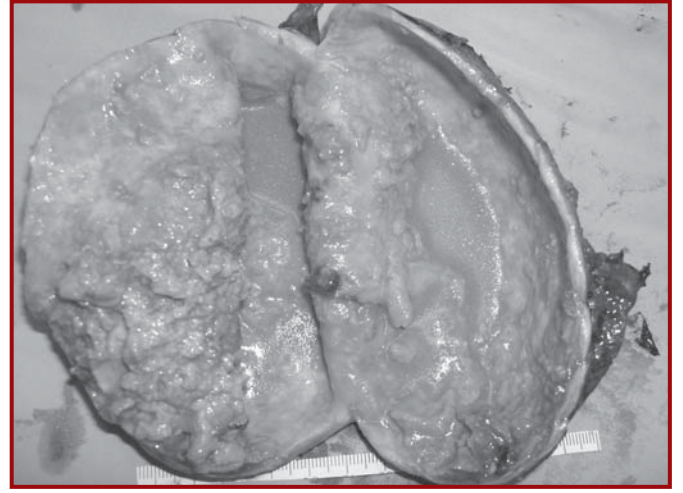
Ayrı basım isteği: Dr. Mehmet Gamsızkan, GATF Patoloji Anabilim Dalı, Etilik-06018, Ankara

E-mail: drgamsiz@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 01.12.2008 • **Kabul tarihi:** 18.02.2009



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide dalakta düzgün sınırlı kapsüllü kistik lezyon görülmektedir



Şekil 2. Kist lümeninde nekrotik debris görülmekte olup, lümeninde kütiküler membran saptanmamıştır

miştir. Maligniteyi düşündürecek bulgu saptanmamıştır. Bu bulgular ışığında olguya psödokist tanısı konulmuştur.

Tartışma

Dalağın psödokistleri nadir görülen lezyonlardır (1). Hastalık abdominal rahatsızlık, sol üst kadranda ağrı gibi bulgularla ortaya çıkabilir. Ayrıca kardiyorespiratuvar sistemde bası belirtileri oluşturarak plörotik ağrı, dispne ve diyafram irritasyonuna bağlı persistan öksürük şikâyetleri olgularda bulunabilir (2). Bazı olgular ise asemptomatik seyreder. Lezyon büyük olduğunda palpasyonla hissedilebilir. Radyolojik olarak ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri dalakta solid kitile oluşturan lezyonları ayırt etmede kullanılabilir. Vasküler neoplazileri ayırt etmede anjiyografi yararlı olabilir. Kist içeriğinin sitolojik olarak incelenmesi ile kist hidatik olasılığı ekarte edilebilir.

Psödokistlerin oluşumunda travma en önemli etiyolojik faktördür (3,4). Epitelyal kist, hamartom, hemanjiyom zemininde ortaya çıkan bir infarkt sonrası psödokistlerin gelişebileceği düşünülmektedir (5). Kistlerin büyük kısmı soliterdir. Psödokistin duvarında epitel tabakası içermeyen sıklıkla kalsifiye yoğun fibröz doku bulunmaktadır. Kist içeriği kan ve nekrotik debristen meydana gelmektedir. Çapı 4-5 cm'den büyük olan kistler komplike olabileceğinden, cerrahi olarak çıkarılması zorunludur (6,7). Psödokistlerde enfeksiyon, hemoraji ve rüptür gibi sekonder komplikasyonlar görülebilir. Eğer kist rüptüre olursa masif hematoperitoneum oluşabilir. Splenik kistli çoğu olgu büyük çaplı olduğundan splenektomi gerekebilmektedir. Özellikle çocuk ve genç erişkin hastalarda eğer yeterli parankim korunabilmiş durumdaysa postsple-

nik enfeksiyonlardan korunmada parsiyel splenektomi uygulanabilir.

Epitelyal kistler genellikle çocuk ve genç erişkinlerde görülür. Genellikle soliter olup, bazen multipl görülebilir. Makroskobik olarak parlak iç yüz ve trabekülasyon dikkati çeker. Mikroskobik olarak kist duvarı kolumnar, küboidal (mezotel benzeri) ya da çok katlı yassı epitelle döşelidir (epidermoid kist olarak da adlandırılır). Stratifiye epitel immünohistokimyasal olarak CEA ve CA19-9 ekspresyonu gösterebilir; hatta bu değerler serumda yükselebilir (8). Bu tür lezyonların histogenezi tam olarak bilinmemektedir. Komşu yapılardan epitelyal hücrelerin embriyonik inklüzyonu, mezotelyal yüzeyin kapsüler invajinasyonu veya monodermal teratomatöz komponentten meydana gelebileceği düşünülmektedir. Aksesuar dalakta ta-



Şekil 3. Histopatolojik incelemede komşu dalak dokusundan kalın fibröz kapsülle ayrılmış kistik oluşum görülmüştür. Kist lümeninde döşeyici epitel bulunmadığı dikkati çekmektedir (HEx40)

nımlanan olgular da literatürde mevcuttur. Bir olguda intrapancreatik aksesuar dalakta lenfoepitelyal kist görünümü bildirilmiştir (9). Ayrıca müsinöz epitelyal kistler de dalakta bulunabilir ve psödomiksoma peritoniye yol açabilir (10).

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 duvarında kalsifikasyon göze çarpar. Serolojik testler de tanıya yardımcı olabilir (kullanılan testlerin duyarlılığı %60-90 civarındadır). Sitolojik incelemede "hooklet" ve "skoleks"ler görülebilir. Bu lezyonlarda karaciğerdekilere benzer morfolojik görünüm dikkati çeker. Bunların dış yüzünde fibröz laminar membran bulunur. İç kısımda germinatif membran yer alır. Lümen içinde renksiz seröz sıvı, kız veziküller ve "skoleks"lerin izlenmesi ayırıcı tanıda göze çarpan bulgulardır.

Bu majör ana lezyonlar dışında kemoterapi sonrası lenfoma olgularında santralde nekroz görülmesi nedeniyle kistik görünüm oluşabilir. Müsinöz komponent içeren bazı metastatik tümörlerde santral nekroz sonucu benzer morfolojik görünüm izlenebilir (11). Ayrıca granülomatöz lezyonlarda ve abse oluşumlarında kistik değişikliklerin ender de olsa görülebileceği belirtilmiştir (11).

Sonuç olarak dalak psödokisti basit eksizyonla ya da gerektiğinde splenektomi ile tam kür sağlanan bir lezyondur. Başta kist hidatik olmak üzere diğer kistlerden ayırımı, tedavi ve izlem açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Mirilas P, Mentessidou A, Skandalakis JE. Splenic cysts: are there so many types? *J Am Coll Surg* 2007; 204: 459-465.
2. 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: 152-156.
3. Reddi VR, Reddy MK, Srinivas B, Sekhar CC, Ramesh O. Mesothelial splenic cyst-a case report. *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27: 880-882.
4. Heidenreich A, Canero A, di Pasquo A. Laparoscopic approach for treatment of a primary splenic cyst. *Surg Laparosc Endosc* 1996; 6: 243-246.
5. Warnke RA, Weis LM, Chan JK, Cleary ML, Dorfman RF (eds). *Tumors of the Lymph Nodes and Spleen*. 3rd ed. Vol 14. Washington DC: AFIP Press, 1995: 508.
6. Till H, Schaarschmidt K. Partial laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts. *Surg Endosc* 2004; 18: 626-628.
7. 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: 6884-6887.
8. Trompetas V, Panagopoulos E, Priovolou-Papaevangelou M, Ramantanis G. Giant benign true cyst of the spleen with high serum level of CA 19-9. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14: 85-88.
9. Tateyama H, Tada T, Murase T, Fujitake S, Eimoto T. Lymphoepithelial cyst and epidermoid cyst of the accessory spleen in the pancreas. *Mod Pathol* 1998; 11: 1171-1177.
10. Du Plessis DG, Louw JA, Wranz PA. Mucinous epithelial cysts of the spleen associated with pseudomyxoma peritonei. *Histopathology* 1999; 35: 551-557.
11. Wilkins BS, Wright DH (eds). *Illustrated Pathology of the Spleen*. London: Cambridge University Press, 2003: 153-154.