

PERKÜTAN DRENAJ UYGULANAN POSTTRAVMATİK DALAK PSÖDOKİSTİ: OLGU SUNUMU

Barış TÜZÜN,¹ Feyyaz ONURAY,¹ Murat ÇAĞ,² Levent KAPTANOĞLU,²
Nimet SÜSLÜ,¹ Erhan TUNÇAY,¹ Esra ONURAY,³ Selahattin VURAL¹

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹1. Genel Cerrahi Kliniği, ²3. Genel Cerrahi Kliniği,
³1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Dalağın sekonder kistleri künt travmaları takiben gelişebilen nadir lezyonlardır. Dalağın gerçek kistleri, pankreas psödokistleri, karaciğerin sol lateral segmente ait basit kistleri ve hidatik kistlerle ayırıcı tanı yapılmalıdır. Komplike ve semptomatik kistlerde splenektomi, cerrahi tedavi seçeneklerinden biridir. Diğer seçenekler, parsiyel dekapsülasyon ve parsiyel splenektomidir. Cerrahi dışı tedavi seçeneklerinden perkütan drenaj, hasta için en konforlu olanıdır. Çalışmamızda 20 cm'yi aşan çapa sahip posttravmatik semptomatik psödokisti olan bir olgu sunuldu. Kist komplikasyonsuz olarak perkütan drene edildi; nüks gelişmedi.

Anahtar Sözcükler: Perkütan drenaj; splenik kist; travma.

PERCUTANEOUS DRAINAGE OF POSTTRAUMATIC PSEUDOCYST OF THE SPLEEN: CASE REPORT

Secondary cysts of the spleen are rare lesions that can occur following blunt traumas. Differential diagnosis should include true cysts of the spleen, pancreatic pseudocysts, simple liver cysts of the left lateral segment, and hydatid cysts. Splenectomy is the surgical choice for the treatment of symptomatic or complicated cysts. Partial decapsulation and partial splenectomy are other methods. Percutaneous drainage is generally comfortable for the patient. We present a case of posttraumatic, symptomatic pseudocyst that measured over 20 cm in diameter. The cyst was drained percutaneously without any complication and there was no recurrence.

Key Words: Percutaneous drainage; splenic cyst; trauma.

Splenik kistler nadir lezyonlardır. Parazitik veya non-parazitik olabilirler. Non-parazitik kistler, gerçek kistler ve psödokistler olarak ikiye ayrılırlar.^[1] Gerçek kistlerde kist çeperi tek katlı epitelyum ile kaplıdır, psödokistlerde bu epitelyum bulunmaz.^[2-6]

Psödokistler dalak kistlerinin %80'ini oluşturur ve kist duvarları yoğun kollajenöz dokudan oluşmuştur.^[5-8] Gerçek kistlerin epitelyal tabakası en önemli radyolojik bulgudur. Psödokistlerin ayırıcı tanısında gerçek kistler, pankreas psödokistleri ve karaciğerin ekzofitik kistleri yer alır.

Başvuru tarihi: 14.1.2005 **Kabul tarihi:** 15.05.2007

İletişim: Dr. Levent Kaptanoğlu. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Genel Cerrahi Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

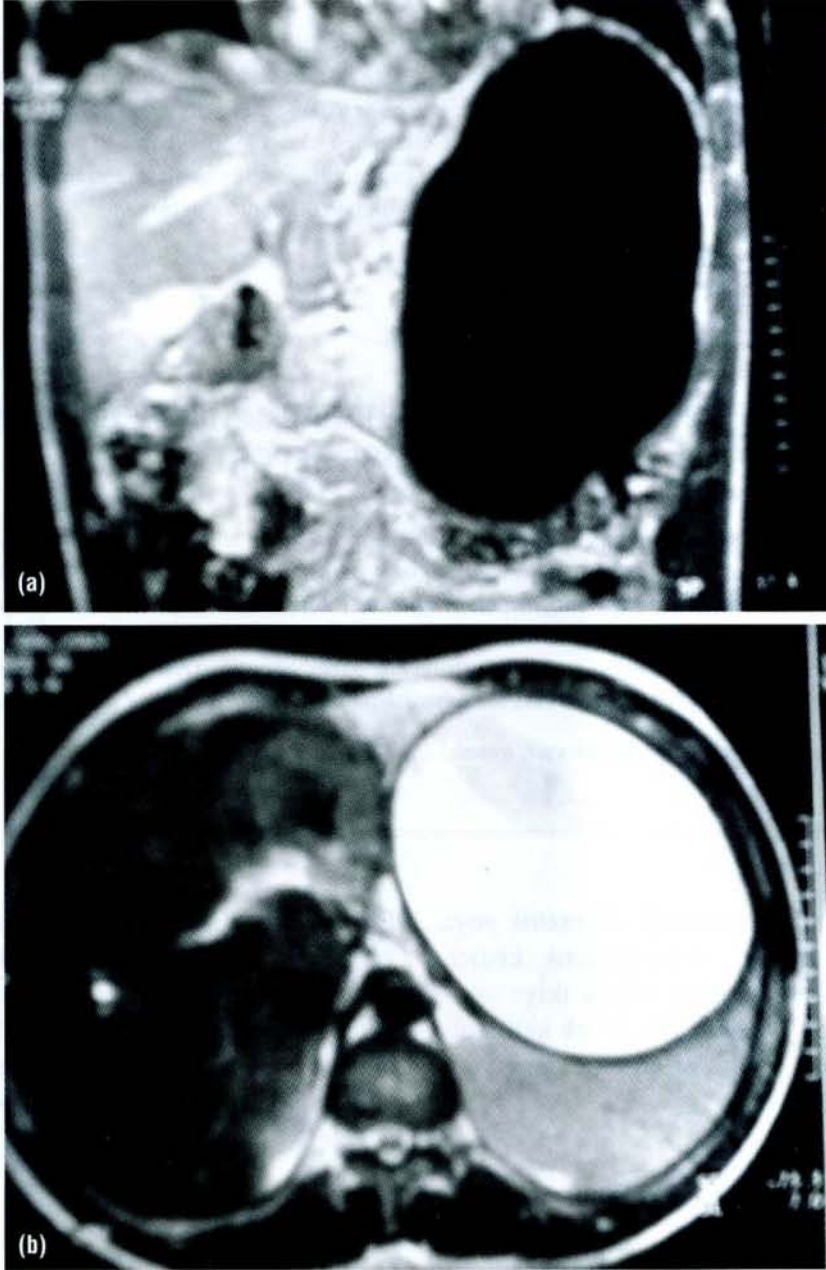
Tel: +090 - 216 - 441 39 00 / 1451 **e-posta:** levent.kaptanoglu@sbkeah.gov.tr

OLGU SUNUMU

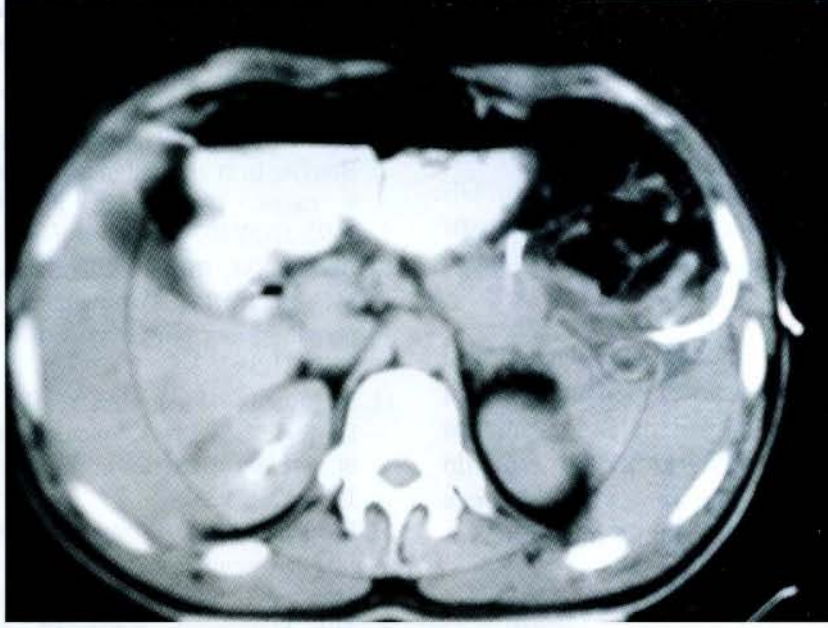
Yirmi sekiz yaşında erkek olgunun, aralıklı, künt ve sol üst kadranda ağrısı vardı. Kilo kaybı olmaksızın bulantı ve kusma şikayetleri olan hastanın, beş yıl önce yüksekte düştüğü fakat hastaneye başvurmadığı öğrenildi.

Fiziksel incelemesinde gözle görülebilen karın sol üst kadranda kitlesi mevcuttu. Kitle hassas de-

ğildi ve orta hattı geçiyordu. CA 125 (kanser antijen 125), CA 19-9, CEA (karsinoembriyjenik antijen) dahil tüm biyokimyasal parametreleri doğaldı. Akciğer grafisinde sol diyaframda yükselme, ayakta çekilen direkt batın grafisinde mide fundus gazının mediale itildiği gözleniyordu. Karın ultrasonografisinde (USG), dalağın medial kesiminde 25x20x20 cm boyutlarında homojen hipoekojen kistik lezyon saptandı. Bilgisayarlı



Şekil 1. (a) Splenik kistin koronal planda MRG görüntüsü; (b) T1 ağırlıklı MRG görüntüsünde kistin dalak ve mide ile sınırı görülmektedir.



Şekil II. Oral kontrastlı BT görüntüsünde tamamen kollabe olmuş kist içinde "pigtail" kateter görülmektedir.

karın tomografisinde (BT), pankreas kuyruğu ve mideyi mediale iten kontrast tutmayan hipodens dalak kisti görüldü. Dinamik kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile kistin dalağa ait olduğu görüldü (Şekil I). Ekinokok ELİSA testi negatif olarak bulundu. Ameliyathane koşullarında USG eşliğinde perkütan drenaj uygulandı. Kist içerisinden 2 litre beyaz berrak sıvı aspire edildi ve bu sıvıda mikroskopi altında ekinokok skoleksleri arandı (Şekil II). Mikroskobide skoleks ve atipik hücre gözlenmedi. On iki F "pigtail" kateter kist içine bırakıldı. Kateterden drenaj olmaması üzerine üçüncü gün çekildi. Üçüncü gün kontrol BT'sinde kistin tamamen kollabe olduğu gözlemlendi. Olgu dördüncü gün taburcu edildi. Birinci gün haricinde analjezik kullanımı gerekmedi ve drenaj sonrası olgu hemen mobilize edildi. Birinci ayda kontrol USG ve ikinci ayda kontrol karın BT'si ile tamamen kollabe olmuş kist duvarları görüldü. Olgu 18 aydır 6'şar aylık aralar ile USG ile nüks olmaksızın takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Dalağın en çok rastlanılan kistik lezyonları psödokistlerdir.^[9,11] Bunlar genellikle travma sonrasında gelişirler ve nadiren embolizasyon ve en-

farkt sonrası da gelişebildiği bildirilmiştir.^[12] Gerçek kistler daha nadirdir, ikinci veya üçüncü dekatlarda daha sık rastlanırlar. Genç olgularda kalsifikasyon olmaksızın epitelyal kist duvarı gözlenmesi gerçek kistlerin tipik özelliğidir.^[12] Tek boşluklu kistlerin hidatik kistler ile ayırıcı tanısı önemlidir. Kalsifikasyon hidatik kistlerde görülebilir ancak psödokistlerde de rastlanılabilir.^[1,12] Yükselmiş CA 19-9 ve CEA seviyeleri gerçek kistlerin özelliğidir, ancak özgül değildir. CA 125 yüksekliği kistik epitelyal bir tümörü düşündürmelidir. Pankreas kuyruk psödokistleri radyolojik olarak dalak psödokistleri ile karışabilirler. Bunlar sıklıkla akut pankreatit sonrası gelişirler ve olgularda geçirilmiş pankreatit ataklarına bağlı semptomlar bulunur.^[13] Olgumuzda kistin pankreas kuyruğu ile sınırını MRG ile ayırt edebildik.

Semptomatik olgularda splenektomi tercih edilebilir.^[7,11,13] Dalak koruyucu prosedürler diğer cerrahi seçeneklerdir. Bunlar, laparoskopik ya da açık parsiyel dekapsülasyon veya parsiyel splenektomidir. Perkütan drenaj hasta için en konforlu yöntemdir.^[10,14-17] Labruzzo ve ark.^[18] eğer dalağın parankimi atrofiye uğramış ise tanı ve kesin tedavi için splenektomiye önermişlerdir. Perkütan drenaj esnasında kanama olabilir ve kist içeriği karın boşluğunu kirletebilir. Bu yüzden biz per-

kütan drenajı ameliyathane koşullarında uygulamayı tercih ettik. Skoleks aramak için mikroskopi aynı anda yapılmalı ve gereğinde PAİR (ponksiyon, aspirasyon, irrigasyon, reaspirasyon) için hipertonic tuzlu su hazır bulundurulmalıdır. Kist içine sklerozan uygulamaları tercihe bağlıdır. Olgu drenaj sonrası özellikle yakın takibe alınmıştır ve taburcu sonrası takip için USG ve BT yeterli görülmüştür.

Sunduğumuz olgu, ilk gün haricinde ilaç tedavisi bile almadan, komplikasyonsuz olarak taburcu edilmiştir. Sonuç olarak, kistik dalak lezyonlarını minimal invaziv yöntemlerle tedavi etmenin mümkün olduğunu ve hastaya en az zarar verecek yöntemin tercih edilmesi gerektiğini düşünüyüz.

KAYNAKLAR

1. Fried M. A case from practice (21): post-traumatic pseudocysts of the spleen. [Article in German] Schweiz Rundsch Med Prax 1984;73(9):287-8.
2. Wolter D, Nestle W, Wentzensen A, Bültmann B. Traumatic cysts of the spleen. [Article in German] Chirurg 1977;48(3):166-9.
3. Sinha PS, Stoker TA, Aston NO. Traumatic pseudocyst of the spleen. J R Soc Med 1999;92(9):450-2.
4. Teneriello FL, Teneriello GF, Del Grande E, Della Casa U, Clazzer W, Borghese M, et al. Non-parasitic splenic cysts. [Article in Italian] G Chir 1997;18(4):222-8. [Abstract]
5. Kirchmannová L, Antonová J, Havlíček K, Spitzer D, Nemeč V. Post-traumatic splenic pseudocyst in a child and surgical treatment. [Article in Czech] Rozhl Chir 1996;75(6):313-5. [Abstract]
6. Reynolds M, Donaldson JS, Vogelzang RL. Giant iatrogenic splenic pseudocyst. J Pediatr Surg 1989;24(7):700-2.
7. Gidaro GS. Cystic splenic disease of surgical interest. [Article in Italian] G Chir 1997;18(10):555-9. [Abstract]
8. Rohr S, Trombetta V, Maloisel F, Becmeur F, Chenard MP, Meyer C. True benign non-parasitic cysts of the spleen: from diagnosis to treatment. Apropos of 5 new cases. J Chir (Paris) 1995;132(12):467-71.
9. Pitre J, Guyon P, Dordain E, Bertheau P, Schill H, Bouvier B, et al. Benign non-parasitic splenic cysts. 9 cases. [Article in French] Presse Med 1992;21(5):197-201.
10. Balzan SM, Riedner CE, Santos LM, Pazzinato MC, Fontes PR. Posttraumatic splenic cysts and partial splenectomy: report of a case. Surg Today 2001;31(3):262-5.
11. Marescaux J, Anselm Y, Pavis D'Escurac X, Doffoel M, Sibilly A. Splenic pseudocysts. Apropos of a case. [Article in French] J Chir (Paris) 1986;123(5):352-7.
12. Beauchamp RD, Holzman MD, Fabian TC. Spleen. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Principles. 16th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2001. p. 1144-65.
13. Kothari T, Mangla JC, Gutierrez OH. Pancreatic pseudocyst involving the spleen. Am J Gastroenterol 1979;72(2):175-8.
14. Pachter HL, Hofstetter SR, Elkowitz A, Harris L, Liang HG. Traumatic cysts of the spleen—the role of cystectomy and splenic preservation: experience with seven consecutive patients. J Trauma 1993;35(3):430-6.
15. Millar JS. Partial excision and drainage of post-traumatic splenic cysts. Br J Surg 1982;69(8):477-8.
16. Ravera M, Coccozza E. Post traumatic pseudocyst of the spleen: case report on a conservative management through percutaneous drainage. G Chir 1999;20(11-12):471-3.
17. van der Zee DC, Kramer WL, Ure BM, Mokhaberi B, Bax NM. Laparoscopic management of a large posttraumatic splenic cyst in a child. Surg Endosc 1999;13(12):1241-2.
18. 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(3):152-6.