

Çocukluk Çağı Non-Parazitik Dalak Kistlerine Cerrahi Yaklaşım

Surgical Approach to Non-Parasitic Splenic Cysts in Childhood

Sefa Sağ¹, Hatice Sonay Yalçın Cömert², Halil İbrahim Çakmak³, Mustafa İmamoğlu², Haluk Sarıhan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Bölümü, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi Bölümü, Trabzon, Türkiye

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi Bölümü, Rize, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bizler çalışmamızda çocukluk çağı non- parazitik dalak kistlerine cerrahi yaklaşımlarımızı karşılaştırmalı olarak ortaya koymayı ve değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2012-2017 tarihleri arasında non- parazitik dalak kisti nedeniyle cerrahi girişim yapılan olgular geriye dönük olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, uygulanan cerrahi metod, patolojik tanı ve takip açısından olgular değerlendirildi.

Bulgular: Non-parazitik dalak kisti nedeniyle cerrahi girişim uygulanan sekiz olgunun (5 kız, 3 erkek) yaş ortalaması 15 yıl (minimum-maximum: 9-18 yaş) idi. Beş olguya (% 62,5) parsiyel splenektomi, üç olguya (% 38,5) ise total splenektomi uygulandı. Ameliyat süreleri total splenektomilerde 75-90 dakika; parsiyel yapılanlarda 60-75 dakika arasında değişmekteydi. Hiçbir olguda komplikasyon görülmedi ve kan transfüzyonuna ihtiyaç olacak kadar kanama olmadı. Patoloji sonuçlarına bakıldığında dört olgumuzda (% 50) epitalyal kist, üç olgumuzda (%37,5) pseudokist ve bir olgumuz (%12,5) mezotelial kist olarak rapor edildi. Olgulara altı aylık periyotlarla ultrasonografi kontrolü önerildi şu ana kadar nüks görülmedi.

Sonuç: Dalak, özellikle çocuklarda immune sistem için çok önemli bir organdır ,bundan dolayı non parazitik dalak kistinin cerrahi tedavisinde kistin lokalizasyonu ve boyutları uygun olması durumunda dalak koruyucu cerrahi seçeneği öncelikli olarak düşünülebilir.

Anahtar Sözcükler: Dalak, kist, çocuk, splenektomi

Geliş Tarihi: 07.12.2018

Kabul Tarihi: 15.12.2018

ABSTRACT

Objective: In our study, we aimed to demonstrate and evaluate our surgical approaches to childhood non-parasitic splenic cysts comparatively.

Methods: Patients who underwent surgery for non-parasitic splenic cysts between 2012 and 2017 were retrospectively analyzed. The cases were evaluated in terms of age, gender, surgical method, pathological diagnosis and follow-up.

Results: The mean age of eight patients (5 girls, 3 boys) who underwent surgery for non-parasitic splenic cyst was 15 years (minimum-maximum: 9-18 years). Partial splenectomy was performed in five cases (62.5%), and total splenectomy was performed in three cases (38.5%). The operation times are 75-90 minutes in total; It ranged from 60 to 75 minutes in partial splenectomies. Complications were not observed in any of the cases and there was not bleeding to require blood transfusion. Considering the pathology results, it was reported as epithelial cyst in four cases (50%), pseudocyst in three cases (37.5%) and mesothelial cyst in one case (12.5%). Ultrasound control was recommended to the patients every six months, and no recurrence has been observed until now.

Conclusion: The spleen is a very important organ for the immune system, especially in children. Therefore, in the surgical treatment of non-parasitic splenic cysts, the spleen-sparing surgery option can be considered primarily if the location and size of the cyst are appropriate.

Key Words: Spleen, cyst, child, splenectomy

Received: 12.07.2018

Accepted: 12.15.2018

Bu çalışma 25-28 Ekim 2017'de yapılan 35. Çocuk Cerrahi Kongresi'nde sözel sunum olarak sunulmuştur.

ORCID ID: S.S. 0000-0002-0904-315X, H.S. 0000 0002 0991 8235, M.İ. 0000 0001 8267 97 55,H,S,Y,C, 0000 0002 5281 4933,H.I.C. 000 0001 7539 7418

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr.Sefa Sağ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Bölümü E-posta: drsefa51@gmail.com

©Telif Hakkı 2020 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2020 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2020.131>

GİRİŞ

Dalak kistleri oldukça nadir görülen lezyonlardır. 42,327 insan üzerinde yapılan geniş otopsi serilerinde dahi görülme oranı %0,07 dir (1). Parazitik ve non parazitik olarak sınıflandırılırlar. Nonparazitik kistler de kendi arasında gerçek kistler ve psödokistler olarak sınıflandırılır. Gerçek kistler epitelyal tabakaya sahipken psödokistlerde epitelyal tabaka yoktur (2).

Dalak kistlerinde semptomlar kistin boyutu ve lokalizasyonu ile yakın ilişkilidir (3). Çoğu dalak kisti asemptomatiktir. Semptomlar genellikle kist büyük boyutlara ulaştığı zaman komşu organlara baskıya bağlı gelişir. Dolgunluk hissi, ağrı, mideye baskıya bağlı kusma, diyafragma baskıya bağlı solunum sıkıntısı gibi semptomlar olabileceği gibi kistin rüptürüne ve enfeksiyonuna bağlı çok ciddi ve ani gelişebilecek komplikasyonlarla da karşılaşılabilir (2). Büyük dalak kistlerinde ani rüptür, enfeksiyon ve ani kanama riski nedeniyle cerrahi tedavi gerekebilmektedir.

Non parazitik dalak kistlerinin cerrahi tedavisi ise hala tartışmalıdır. Kistektomi, fenestrasyon perkütan drenaj, skleroterapi, parsiyel veya total splenektomi gibi birçok cerrahi tedavi metodu tanımlanmış ve denenmiştir (4-7).

Özellikle çocukluk yaş grubunda dalağın immün fonksiyonları açısından öneminin iyice anlaşılmasıyla çocukluk çağı non parazitik dalak kistlerinde tanı ve tedavi yönetimi büyük önem taşımaktadır. Ancak bu konuda çok sınırlı çalışma bulunmaktadır. Biz bu çalışmamızda çocukluk çağı non-parazitik dalak kistlerine cerrahi yaklaşımlarımızı karşılaştırılmalı olarak ortaya koymayı ve değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

2012 -2017 tarihleri arasında non-parazitik dalak kisti nedeniyle cerrahi girişim yapılan olgular geriye dönük olarak incelendi. Cinsiyet, yaş, semptom, tanı yöntemi, patolojik tanı, uygulanan cerrahi metod ve takip açısından olgular değerlendirildi.

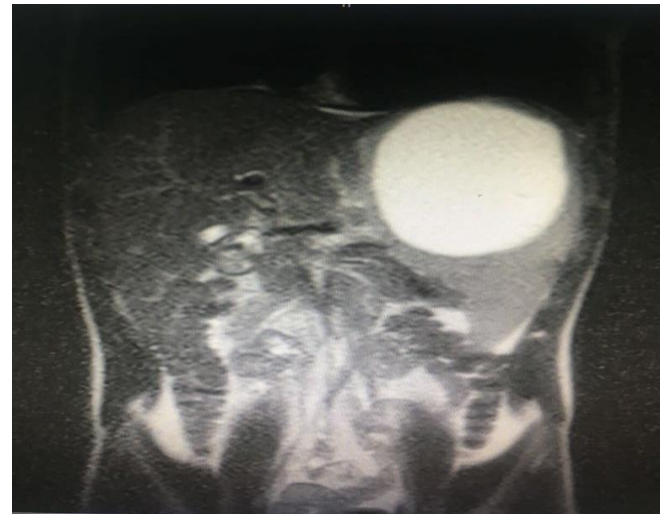
BULGULAR

Cerrahi girişim uygulanan sekiz olgunun (5 kız, 3 erkek) yaş ortalaması 15 yıl (minimum-maksimum: 9-18 yaş) idi. Kist boyutları ortalama 90 milimetre (minimum-maksimum: 51-140 milimetre) idi. Dört olguda sol üst kadranda ağrı mevcutken, üç hastamızda non spesifik ağrı için yapılan ultrasonografide (USG) ve bir hastamızda da tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle yapılan ultrasonografide dalak kisti tespit edilmişti.

Hiçbir olgumuzda abdominal travma öyküsü yoktu ve ekinokokus için yapılan serolojik testler negatifti. Tüm olgularımıza abdominal ultrasonografi yapıldı. Daha sonra uygulanacak cerrahi metod açısından manyetik rezonans görüntüleme (MR) yapıldı (Şekil 1). İki olgumuza bilgisayarlı tomografi (CT) daha öncesinde dış merkezde çekilmişti.

Patoloji sonuçlarına bakıldığında dört olgumuzda (% 50) epitelyal kist, üç olgumuzda (%37,5) psödokist ve bir olgumuz (%12,5) mezotelyal kist olarak rapor edildi. Kist boyutları 50 mm ve üzeri olan ve semptomatik kistler cerrahi adayı olarak değerlendirildi. Beş olguya (% 62,5) parsiyel splenektomi, üç olguya (% 38,5) ise total splenektomi uygulandı. Total splenektomi yapılan olgulara öncelikle parsiyel splenektomi yapılması amaçlandı ancak kistlerin hilusa yakınlığı ve damarsal komşuluğu nedeniyle total splenektomi yapıldı. Parsiyel splenektomi yapılan bir olgumuzun başlangıçta 125 *115 cm olan non parazitik dalak kistine dış merkezde skleroterapi olmaksızın perkütan drenaj uygulanmış ancak yaklaşık beş ay sonraki ultrasonografisinde dalakta 100*70 cm'lik nüks kistik kitle tespit edilmişti. Tüm olgulara olası total splenektomi ihtimaline karşı pnömokok, meninkokok, h. influenza aşısı yapıldı.

Tüm olguların laparatomisi sol subkostal insizyon kullanılarak yapıldı. Splenofrenik ve splenorenal bağlar eksize edilerek dalak bir miktar mobilize edildi. Parsiyel splenektomi yapılan hastalara kist içeriği batına yayılmaksızın yeterli eksizyon yapıldıktan sonra kanama kontrolünü takiben dalağın eksize edilen yüzüne cerrahi yerleştirilerek matrix sutur tekniği ile onarım ve kanama kontrolü yapıldı. Total splenektomi yapılan hastalara kistin dalak hilusu ile olan yakın ilişkisi ve etraf dokulara olan yapışıklığı nedeniyle rezidü doku kalma ihtimali göz önünde bulundurularak total splenektomi yapıldı. Hiçbir olguya dren yerleştirilmeden abdomen kapatıldı. Ameliyatsız süreleri total splenektomilerde 75-90 dakika; parsiyel yapılanlarda 60-75 dakika arasında değişmekteydi. Hiçbir olguda komplikasyon görülmedi ve kan transfüzyonuna ihtiyaç olacak kadar kanama olmadı. Olgulara altı aylık periyotlarla ultrasonografi kontrolü önerildi ana kadar nüks görülmedi (Tablo 1).



Şekil 1. Non-parazitik dalak kistli bir olgumuzun MR görüntüsü

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri, semptomları, patolojik tanıları, cerrahi tedavi yöntemleri, kist boyutları.

Cinsiyet	Yaş(yıl)	Semptomlar	Patolojik tanı	Cerrahide tedavi yöntemi	Kist boyutu (mm)
K	14	Kronik karın ağrısı	Epidermoid kist	Total splenektomi	83x45
E	17	1 ay önce başlayan karın ağrısı	Psödokist	Parsiyel splenektomi	120x100
E	16	15 gün önce başlayan lomber bölgede ağrı	Epidermoid kist	Parsiyel splenektomi	51x36
E	9	Karın ağrısı, kusma	Epidermoid kist	Parsiyel splenektomi	140x100
K	18	Kronik karın ağrısı, dolgunluk hissi	Epidermoid kist	Total splenektomi	51x38
K	17	1 ay önce başlayan karın ağrısı ve dolgunluk hissi	Psödokist	Total splenektomi	70x62
K	15	15 gündür karın ağrısı, son 2 gündür aralıklı kusma atakları	Psödokist	Parsiyel splenektomi	105x90
K	17	Kronik karın ağrısı, kistin nüks etmesi	Mezotelyal kist	Parsiyel splenektomi	100x70

TARTIŞMA

Dalak kistleri oldukça nadir lezyonlardır. Non parazitik dalak kistler ise tüm splenik kistlerin %30-40 ını oluşturur(8). Non parazitik kistler gerçek ve psödokistler olarak alt gruplara ayrılabilir.Dalak psödokistleri genellikle travmaya sekonder gelişir (9-10).

Semptomlar kistin boyutu ve lokalizasyonu ile yakın ilişkilidir (3). Çoğu kist asemptomatiktir. Semptomlar genellikle kist büyük boyutlara ulaştığı zaman komşu organlara baskıya bağlı gelişir. Dolgunluk hissi, ağrı, mideye baskıya bağlı kusma, diyafragmaya baskıya bağlı solunum sıkıntısı gibi semptomlar olabileceği gibi kistin rüptürüne ve enfeksiyonuna bağlı çok ciddi ve ani gelişebilecek komplikasyonlarla da karşılaşılabilir (2).Bizim vaka serimizde de ana semptom karın ağrısı idi ve kistin yerleşim yerine bağlı olarak iki olgumuzda mideye baskıya bağlı kusma,iki olgumuzda dolgunluk hissi de eşlik etmekteydi.

Nonparazitik dalak kistlerinin özellikle hidatik kistler olmak üzere diğer lezyonlardan ayırt edilmesi, doğru tedavi yönetimi için önemlidir (12). Bunun için USG ve CT yardımcı olabileceği gibi bizim vakalarımızda olduğu gibi serolojik inceleme yapılması ve şüpheli durumlarda intraoperatif kist içeriğinin aspire edilerek değerlendirilmesi önemlidir.Konjenital dalak kistleri epidermoid,dermoid,basit (endodermal) kistler olarak ayrılırlar ve en sıklıkla epidermoid kist olarak karşımıza çıkarlar (16). Bizim vaka serilerimiz de literatürle uyumlu olarak primer dalak kistleri arasında epidermoid kist birinci sırada görülmekteydi.

Sekonder splenik kistler ise oldukça yaygındır .Sekonder kistler abdominal travma enfeksiyon,daha az sıklıkla enfeksiyözmonolitiköz veya tuberküloz enfeksiyonun bir sonucu olarak görülebilir (16). Psödokist oluşumunda travma en önemli etyolojik factor olarak görülmektedir. Ancak her hastada bizimvaka serimizde de olduğu gibi travma hikayesi bulunmayabilir. Her ne kadar travma psödokist oluşumunda en önemli etyolojik faktör olarak görülse de epitalyal kist, hamartom,hemanjiom zemininde ortaya çıkan bir infarct sonrası da psödokist gelişebileceği düşünülmektedir (11).

Splenik kistlerde optimal tedavi stratejisi hala tartışmalıdır. Non parazitik dalak kistlerinin tedavisinde splenektomi eskiden altın standart olarak görülse de dalak koruyucu cerrahi son zamanlarda öne çıkmaktadır.Özellikle çocuklarda dalağın immune fonksiyonunun çok önemli olması, postsplenektomi komplikasyonlarının çok ciddi seyretmesi nedeniyle splenektomi tartışmalı hale gelmiştir. Total splenektomi yerine perkütan drenaj, marsupializasyon, splenik dekapülizasyon ve parsiyel splenektomi tedavide kullanılmaktadır (4 -7). Ancak tüm bu tedavilerde başarı oranı yüzde yüz değildir. Bir hastamız da da görüldüğü gibi perkütan drenajda yüksek rekürrens oranları bildirilmektedir (13). Parsiyel splenektomilerde ise major problem dalak parankiminin frajil yapısı nedeniyle oluşan kanamaların durdurulmasıdır (14). Hemostazın sağlanması amacıyla kullanılan hemostatik ajanların artması ve kullanılan emilebilir özel dikişler sayesinde de bu problemin ortadan kaldırılması mümkün görünmektedir. Bizim parsiyel yaptığımız beş vakada da kullanılan ajanlar sayesinde ciddi kanama problemiyle karşılaşılmamıştır.

Kistin lokalizasyonu, boyutu ve cerrahi deneyim gözönüne alınarak laparoskopik veya açık cerrahi metod ile kistin cerrahi tedavisine karar verilebilir. İster laparoskopik ister açık cerrahi olsun, dalak kistlerinin tedavi yönetiminde dalak koruyucu cerrahi öncelikli amaç olmalıdır (15). Dalak, özellikle çocuklarda immune system için çok önemli bir organdır ,bundan dolayı non parazitikdalak kistin cerrahi tedavisinde kistin lokalizasyonu ve boyutları uygun olması durumunda dalak koruyucu cerrahi seçeneği öncelikli olarak düşünülebilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW,Craig JR, Turrill FL, Mikkelsen WP. Splenic epidermoid cysts. *Ann Surg* 1978;187:231–35.
2. Geraghty M, Khan IZ, Conlon KC. Large primary splenic cyst: a laparoscopic technique. *J Minim Access Surg* 2009;5:14–6.
3. Balzan SM, Riedner CE, Santos LM, Pazzinatto MC, Fontes PR.Post traumatic splenic cysts and partial splenectomy: report of a case. *Surg Today* 2001;31:262–65.
4. Karia N, Lakhoo K. Complicated congenital splenic cyst: saved by a splenunculus. *Afr J PaediatrSurg* 2011;8:98–101.
5. Zhang GY, Hu SY, Zhang HF, Wang KX, Wang L. Short clinical report. A novel therapeutic approach to non-parasitic splenic cysts: laparoscopic fenestration and endothelium obliteration. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2007;16:314–16.
6. Sinwar PD. Overwhelming post splenectomy infection syndrome – Review study *Int J Surg* 2014;12:1314–16.
7. Shabtaie SA, Hogan AR, Slidell MB. Splenic Cysts. *Pediatr Ann* 2016;45:251–56.
8. Vezakis A, Dellaportas D, Polymeneas G, Tasoulis MK, Chondrogiannis C, Melemani A, Polydorou A, Fragulidis GP. Two cases of primary splenic hydatid cyst in Greece. *Korean J Parasitol* 2012; 50: 147-50.
9. Fowler RH. Non parasitic benign cystic tumours of the spleen. *IntAbstrSurg* 1953;96:209–27.
10. Wu HM, Kortbeek JB. Management of splenic pseudocysts following trauma: a retrospective case series. *Am J Surg* 2006 ;191;631-4.
11. Warnke RA, Weis LM, Chan JK, Cleary ML, Dorfman RF. Tumors of the Lymph Nodes and Spleen. 3rd ed. Vol 14. Washington DC: AFIP Press, 1995: 508.
12. Verma A, Yadav A, Sharma S, Saini D, Om P, Khoja H, Banerjee K, NI H. A rare splenic pseudocyst. *J Surg Case RRep* 2013;1013:rjt086
13. Kenney CD, Hoeger YE, Yetasook AK, Linn JG, Denham EW, Carbray J, Ujiki MB.Management of non-parasitic splenic cysts: does size really matter? *J GastrointestSurg* 2014;18:1658-63.
14. Szczepanik AB, Meissner AJ. Partial Splenectomy in the Management of Nonparasitic Splenic Cysts. *World J Surg* 2009 33:852-56.
15. Golmohammadzadeh H, Maddah G, ShamsHojjati Y,Abdollahi A, Shabahang H. Splenic cysts: Analysis of 16 cases.*Caspian J Intern Med* 2016;7:217-21.
16. Karfis EA, Roustanis E, Tsimoyiannis EC. Surgical management of nonparasitic splenic cysts. *JSLs* 2009;13:207-12.