

Akut karın ve pelvik kitle bulgularına yol açan torsiyone gezici dalak olgusu

Murat Baykara, Ö. İbrahim Karahan, Abdulhakim Coşkun

M. Baykara (E), Ö. I. Karahan, A. Coşkun
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı,
Kayseri

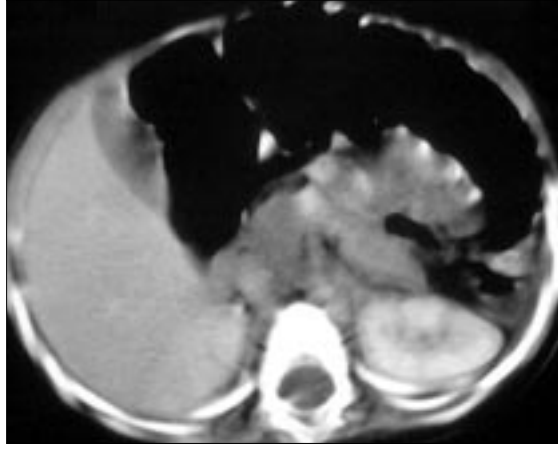
Gezici dalak dalağın asıcı bağlarının yokluğu veya gevşekliği nedeniyle normal yerleşim yerinde olmamasıdır (1-6). İnsidansı % 0.2'den azdır (5). Cerrahi gerektiren durumlar dışında genellikle asemptomatiktir. Vasküler pedikülünün uzun olması ve aşırı hareketliliği nedeniyle torsiyon olasılığı yüksektir (1-6). Bu yazıda akut karın ve pelvik kitle bulguları olan bir gezici dalak olgusu sunulmaktadır.

Olgu bildirisi

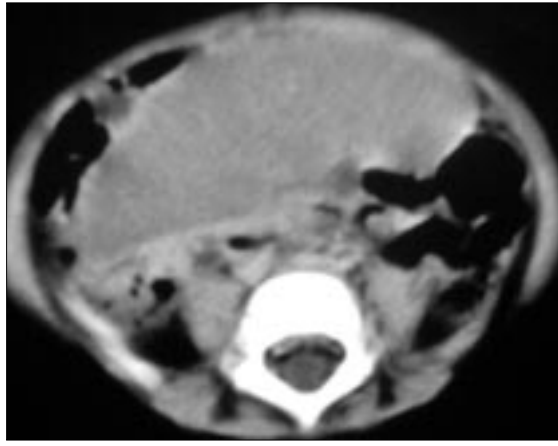
Onbir aylık kız çocuğu, üç günden beri devam eden huzursuzluk, kusma ve gayta yapmama yakınmalarıyla hastanemiz acil polikliniğine başvurdu. Fizik bakıda karın ılımlı distandü idi. Palpasyonla, pelvik yerleşimli kitle bulgusu vardı. Kan tablosunda nötrofil ağırlıklı lökositoz mevcuttu (beyaz küre sayısı: 15.000; %65 nötrofil). Diğer laboratuvar bulguları nonspesifikti. Direkt abdominal grafide pelvik bölgede intestinal gaz gölgelerini yukarıya iten homojen, yumuşak doku dansitesinde yer kaplayıcı oluşum izlenmekteydi. Dalak lokalizasyonunda beklenen yumuşak doku dansitesi yoktu ve bu alan gaz gölgeleriyle doluydu (Resim 1). Olguya ultrasonografi (US) incelemesi yapıldı. US'de pelvik bölgede karaciğer ile benzer eko özelliği gösteren, düzgün konturlu ve kapsülü olan kitle izlendi. Dalak normal lokalizasyonunda izlenmedi. Pelvik bölgeyi dolduran lezyonun uzun bir vasküler pedikül ile pankreatoçölyak alana uzandığı gözlemlendi. Doppler US'de vasküler yapılarda artmış arteriyel direnç ve venöz akımda yavaşlama bulundu. Lezyon bu bulgularla torsiyone gezici dalak olarak tanımlandı. Olgunun semptomları ve US bulguları nedeniyle, splenik vasküler torsiyonu değerlendirmek için bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı. İntravenöz kontrast madde (İVKM) enjeksiyonu sonrası 70 sn gecikmeli BT incelemede dalak normal lokalizasyonunda izlenmedi. Karaciğerde normal parankimal boyanma izlenirken pelvik kitle lezyonunda parankimal boyanmanın olmadığı ve belirgin hipodens kaldığı görüldü. Lezyon periferinde halka şeklinde boyanma vardı (Resim 2). Bu bulgularla pelvik yerleşimli kitlenin dalak olduğu düşünüldü. Karaciğer dansitesi lezyonun dansitesinden +20 HÜ'den daha fazla idi. Olgu bu bulgularıyla torsiyone gezici dalak olarak yorumlandı. Acil ameliyata alınan olguda pelvik yerleşimli, torsiyone ve gangrene dalak saptanıp splenektomi yapıldı.



Resim 1. Ayakta direkt abdominal grafide dalak lokalizasyonunda beklenen yumuşak doku dansitesi görülmezken, bu alanda yoğun gaz gölgeleri bulunuyor. Pelvik bölgede intestinal gaz gölgelerini yukarıya iten homojen yumuşak doku dansitesi dikkati çekiyor.



Resim 2. A. İntravenöz kontrast madde kullanımı sonrası BT incelemede dalak sol böbrek ile mide arasında görülüyor ve karaciğer normal parankimal boyanma gösteriyor. **B.** Pelvik yerleşimli dalakta, periferinde halka şeklinde boyanma izlenirken parankimal boyanma görülüyor.



A

B

Tartışma

Dalağın asıcı bağları dorsal mezo-gastriyumdan gelişir. Bunlardan gastrosplenik ligament, midenin büyük kurvaturu ile dalağın ventral kısmını birleştirir. Splenorenal ligament ise hiler vasküler yapıları içerir ve dalağı posteriyor peritoneal duvara tutturur (1,2,4). Fetal gelişim sırasında gastrik mezenterin dorsal parçası ile dorsal peritonun füzyonundaki başarısızlık uzun bir splenik mezentere yol açar. Splenorenal ligament bazen tam olarak gelişemeyebilir (1,4). Bu konjenital patolojilerin yanı sıra bağ gevşekliğine sebep olan durumlar da gezici dalağa neden olur. Bunlar, splenomegali, travma, ağır musküler atrofi nedeniyle oluşan aşırı abdominal duvar gevşekliği, geçirilmiş abdominal operasyon ve gebeliğin hormonal etkisidir (1,3). Görülme yaşı pediatrik olgularda 3 ay ile 10 yaş arasında olup en sık olarak 1 yaş altındadır (2). Erişkin olgu sayısının pediatrik olgu sayısının yarısı kadar olduğu bildirilmiştir (1-5). Pediatrik dönemde belirgin bir cin-

siyet baskınlığı görülmezken erişkin olgularda, çocuk doğurma yaşındaki kadınlarda artmış insidans vardır (1).

Gezici dalak tanısı rastlantısal olarak bildirildiği gibi hafif ve muğlak bir abdominal rahatsızlıktan torsiyon nedeniyle gelişen akut karına kadar değişen geniş bir klinik yelpaze içerebilir (1). Bulantı, kusma, ateş, lökositoz, peritoneal irritasyon bulguları ve palpabl kitle torsiyone gezici dalağın diğer klinik bulgularıdır. Akut splenik torsiyon sonucunda gangren, apse, lokal peritonit, intestinal obstrüksiyon ve pankreas kuyruk nekrozu gelişebilir (2).

Torsiyone gezici dalak görüntüleme yöntemleriyle rahatlıkla tanımlanabilir (4). Dalağın normal yerleşim yeri olan sol üst kadranda görülebilmesi gezici dalak tanılı olguların karakteristik görüntüleme bulgusudur. Gezici dalak tanısında düz radyografiler, baryumlu çalışmalar, sintigrafi, US, anjiyografi ve BT kullanılabilir (1,2,4,6).

Düz abdominal grafiler genellikle özgün olmayan bulgular içerir. Sol üst

kadranda dalak gölgesinin olmaması ile birlikte abdominal kitle bulgusu gezici dalağı çağrıştırabilir. Baryum çalışmaları normal olabileceği gibi, bir dış bası bulgusu da gösterebilir. Sintigrafi, anormal yerleşimli dalağı gösterir. Radyonüklitin tutulmaması, torsiyon varlığı için değerli bir bulgudur. Sintigrafi zayıf anatomik rezolüsyonu ve US/BT gibi diğer görüntüleme yöntemlerine düşük başarısı nedeniyle öncelikli inceleme yöntemi değildir. US ve BT, dalağın ektopik yerleşimini rahatlıkla gösterebilirler. Dalak alanının barsak gazları ile dolu olması bazen US inceleme için problem oluşturabilir (2,4). Karaciğer hipertrofisi nedeniyle sol lobun laterale uzanması yanlışlığa sebep olabilir. Bu durum BT kullanılarak anlaşılabilir. Ayrıca BT anatomik değişiklikleri daha iyi tanımlar ve hızlı bir şekilde dalak perfüzyonunu değerlendirebilir. Anjiyografi ektopik dalağı ve torsiyonu tam bir doğrulukla gösterebilir. Ancak zaman alan invaziv bir işlemdir (2-4).

Torsiyone gezici dalağın BT bulgu-

ları mide posterioru ile sol böbrek anterioru lokalizasyonunda dalağın izlenmemesi, homojen veya heterojen olabilen ve normal dalak dokusundan daha düşük dansiteye sahip olan alt abdominal veya pelvik kitledir. Pankreas kuyruk nekrozu ile asit gibi ikincil bulgular izlenebilir. Kalın ve boyanan bir kapsül, kronik veya aralıklı gelişen bir torsiyon nedeniyle oluşan omental ve peritoneal yapışıklıkları gösterir. Torsiyone dalağın BT bulguları apse ile mezenterik veya omental kist gibi kistik görünümlemlerle karışabilir (2).

Gezici dalakta splenomegali görülmesi öncelikli olarak torsiyonu düşündürmelidir, ancak bu her zaman görülmeyebilir. İnfarkt geliştiğinde, BT'de dalak dansitesi karaciğer dansitesinden belirgin olarak düşük izlenir. İVKM kullanımı dalak parankiminin değerlendirilmesinde ve özellikle infarktın gösterilmesinde gereklidir. İVKM sonrası, çevre kollateraller ile (kısa gastrik ve sol gastrik venler, kısa

gastrik ve pankreatik arterler) minimal parankimal boyanma izlenebilir (4). Olgumuzda, İVKM sonrası yapılan BT incelemede dalak parankiminin boyanmadığı, sadece periferik halka tarzı boyanma olduğu gözlemlendi. Doppler US ve sintigrafi perfüzyonu değerlendirmede kullanılabilir. Doppler US ile torsiyon lehine olarak, artmış arteriyel direnç ve venöz akımda azalma izlenmekteydi. Olgumuzun akut gelişen bulguları nedeniyle sintigrafik inceleme yapılmadı. Perfüzyonun değerlendirilmesi, özellikle pediatrik olgularda splenopeksi ile dala-

ğın korunması için cerraha yol gösterici olabilir (4).

Oldukça nadir görülen ve akut karın tablosu oluşturabilen gezici dalak, akut karın tablosu olgularda özellikle intraabdominal kitle bulgusu varlığında ayırıcı tanı içerisinde mutlaka düşünülmalıdır. Doppler US ve BT günümüzde hemen her yerde bulunabilen ve ayırıcı tanıyı aydınlatmada yüksek yeterliliğe sahip görüntüleme yöntemleridir. Bu iki yöntem birlikte kullanıldıklarında tanı değerleri artmaktadır.

CASE REPORT: ACUTE ABDOMEN AND PELVIC MASS DUE TO TORSION OF A WANDERING SPLEEN

Torsioned wandering spleen should be considered in patients who have an intrapelvic mass with acute abdominal symptoms. Nowadays, color Doppler US and CT are easily achievable and are highly accurate for indicating the correct diagnosis in such patients. Using these two modalities together will increase the ability for correct diagnosis.

Key words: • spleen • abnormalities • ultrasonography, color Doppler • tomography, X-ray computed

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2003; 9:105-107

Kaynaklar

1. Sheflin JR, Lee CM, Kretchmar KA. Torsion of wandering spleen and distal pancreas. AJR 1984; 142:100-101.
2. Herman TE, Siegel MJ. CT of acute splenic torsion in children with wandering spleen. AJR 1991; 156:151-153.
3. Nemcek AA Jr, Miller FH, Fitzgerald SW.

- Acute torsion of a wandering spleen: diagnosis by CT and duplex Doppler and color flow sonography. AJR 1991; 157:307-309.
4. Raissaki M, Prassopoulos P, Daskalogianaki M, Magkanas E, Gourtsoyiannis N. Acute abdomen due to torsion of wandering spleen: CT diagnosis. Eur Radiol 1998; 8:1409-1412.

5. Fujiwara T, Takehara Y, Isoda H, et al. Torsion of the wandering spleen: CT and angiographic appearance. J Comput Assist Tomogr 1995; 19:84-86.
6. Eraklis AJ, Filler RM. Splenectomy in childhood: a review of 1413 cases. J Pediatr Surg 1972; 7:382-388.