

## **Akut Karnın Nadir Bir Nedeni Olarak Gezici Dalak Torsiyonu: Olgu Sunumu<sup>[\*]</sup>**

### *Torsion of Wandering Spleen as a Rare Cause of Acute Abdomen: A Case Report*

Erol KİSLİ, Nuriye LOBUT, Remzi KIZILTAN, Çetin KOTAN, Muammer KARAAYVAZ

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van*

**Başvuru tarihi / Submitted:** 07.02.2007 **Kabul tarihi / Accepted:** 19.03.2007

Dalak diyaframın sol tarafında peritoneal bağlarla oldukça iyi fikse olmuş bir organdır. Henüz bilinmeyen patolojisi ile gezici dalak oldukça nadir görülen bir klinik durumdur. Gezici dalak en sık alt karın veya pelvise yerleşir. Şüphelenilmezse tanı koyabilmek zordur. Sıklıkla dalak alt karında palpe edilebilir. Nadir olgularda splenik vasküler pedikül torsiyona uğradığında semptomatik olabilir ve splenektomi yapılmalıdır. Bu yazıda, akut karna yol açmış gezici dalak torsiyonu nedeniyle splenektomi yaptığımız olgu literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Torsiyon; gezici dalak/cerrahi.

Spleen is well fixed on the left side of diaphragm with peritoneal bonds. Wandering spleen is a rare medical condition with its yet unknown pathogenesis. Wandering spleen is mostly located in lower abdomen or pelvis. Diagnosis is difficult if it is not suspected. Spleen can often be palpated in lower abdomen. Rarely it can be symptomatic when there is torsion of splenic vascular pedicle and splenectomy should be performed in this case. We report and evaluate a case who underwent splenectomy due to torsion of wandering spleen resulted in acute abdomen with a review of relevant literature.

**Key Words:** Torsion; wandering spleen/surgery.

Gezici dalak; splenik ligamanların uzamasına bağlı olarak organın aşırı mobil hale gelmesiyle, normal büyüklükteki dalağın karnın alt bölgesinde veya pelviste palpe edilebilmesidir. Bazı olgularda pedikülde akut torsiyon olur ve cerrahi gerekli olur<sup>[1]</sup> Tüm splenektomilerin %0.5'inden azını oluşturur.<sup>[2,3]</sup> Genellikle 20-40 yaşlar

arasında ve daha sıklıkla kadınlarda görülür.<sup>[3]</sup> Klinik tanı, splenik torsiyon oluşmadıkça ve akut karnın klinik semptomatolojisi gelişmedikçe, semptomsuz olduğu için oldukça zordur.<sup>[4]</sup> Tanı, klinik olarak eğer gezici dalaktan şüphelenilmezse zor olabilir ve genellikle ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik

\*2. Uludağ Genel Cerrahide Güncel Yaklaşım Kongresi'nde sunulmuştur 8-11 Mart 2007, Bursa (Presented at the 2nd Congress of Uludağ Current Approach in General Surgery, March 8-11, 2007, Bursa, Turkey).

İletişim adresi (Correspondence): Dr. Erol Kisli. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 65300 Van. Tel: 0432 - 216 47 11 / 1155 Faks (Fax): 0432 - 216 75 19 e-posta (e-mail): erolkisli@hotmail.com

©Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Ekin Tıbbi Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.

©Medical Journal of Trakya University. Published by Ekin Medical Publishing. All rights reserved.

rezonans görüntüleme (MRG) gibi yöntemlerle konabilir.<sup>[2]</sup> Gezici dalak, epidermoid kistler, basit kistler, kistik lenfanjiyomlar, lenfomalar ve enflamatuvar psödötümör gibi çeşitli kitlelerle birlikte bulunabilir.<sup>[2]</sup> Gastrik volvulus ile birlikte görülebildiği de olgu sunumu olarak bildirilmiştir.<sup>[3]</sup> Torsiyone olmamış gezici dalak tespit edildiğinde splenopeksi, torsiyon ve infarkt nedeniyle akut karna yol açmış gezici dalak varlığında splenektomi genel tedavi şeklidir.<sup>[5]</sup>

### OLGU SUNUMU

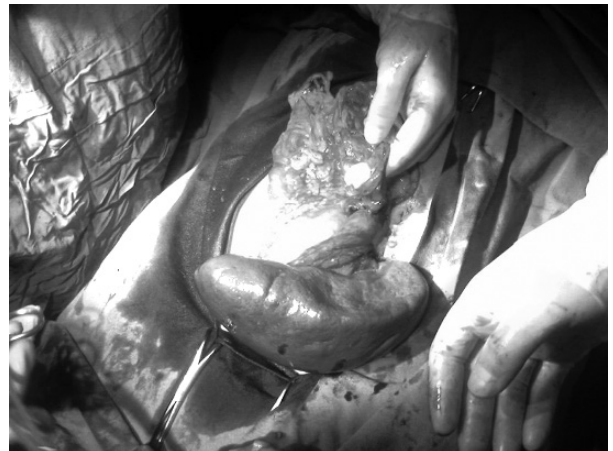
Yaklaşık 15 gündür karın sol alt kadranda aralıklı ağrıları olan, aniden ortaya çıkan karında şişlik, sürekli ve şiddetli sol alt kadranda ağrısı, iştahsızlık ve huzursuzluk yakınmalarıyla başvuran 25 yaşında kadın hasta akut karın ön tanısı ile yatırıldı. Fizik bakıda karın sol alt kadranda palpasyonla hassas palpabl kitle tespit edildi. Kan tablosunda lökositoz vardı (12700), trombosit değeri 222000 idi. Diğer laboratuvar bulguları nonspesifikti. Sağ ve sol alt kadrardan yapılan parasentezde hemorajik sıvı aspire edildi. Ultrasonografide boş splenik alan ve sol psoas kası anteriorunda psoasa paralel seyredip pelvik bölgeye uzanım gösteren dalağın L4-5 seviyesinde orta hattı geçtiği gözlemlendi. Ayrıca karın içi hemorajisi ve dalak içinde yer yer nekrotik alanlar da izlendi. Olgu acil olarak ameliyata alındı. Göbek üstü median insizyonu takiben yapılan eksplorasyonda karın içinde 300-400 cc kadar hemorajik sıvı tespit edilerek aspire edildi. Dalağın asıcı bağları izlenemedi ve uzun bir pedikülle pelvik bölgeye yerleşmiş olduğu görüldü. Pedikülü saat yönünün aksi istikametinde 720 derece dönmüş haldeydi. Dalak ve pedikül iskemik haldeydi ve yer yer nekroz alanları vardı (Şekil 1). Dalağa yapışmış olan omentum keskin ve künt diseksiyonla ayrıştırıldı. Dalak hilusuna yakın 2x2x2 cm boyutundaki aksesuar dalak korunarak, torsiyone ve gangren olmuş dalak için detorsiyon sonrası, splenektomi yapıldı. Eksplorasyonun devamında karın içinde başka bir patolojiye rastlanmadı. Komplikasyonsuz seyreden hasta ameliyat sonrası beşinci gün sorunsuz taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Gezici dalak; splenik ligamanların uzamasına bağlı olarak organın aşırı mobil hale gelmesiyle

normal büyüklükteki dalağın karnın alt bölgesinde veya pelviste palpe edilebilmesidir. Bazı olgularda pedikülde akut torsiyon olur ve cerrahi gerekli olur.<sup>[1]</sup> Doğuştan gelişim bozukluğu bu hastalıkta önemli bir rol oynar. Embriyolojik olarak dalak, karın sol üst kadranda dorsal mezogastriumun mezenkimal kalıntılarından gelişir. Normal olarak gastrosplenik ve lienorenal ligamentler dalağı mide ve posterior karın duvarına sabitler. Frenokolik ligament dalağın üst karında sabitlenmesine destek olur. Eğer gastrosplenik, lienorenal ve frenokolik ligamentlerin gelişimi olmazsa veya bu ligamentlerde gevşeklik olursa dalak karın sol alt kadrana iner, yer çekimi de vasküler pedikülle birlikte dalağın alt karına inmesinde rol oynar<sup>[6]</sup> ve uzun vasküler pedikülü ile torsiyon riski taşır.<sup>[7]</sup> Bu doğuştan patolojilerin yanı sıra bağ gevşekliğine neden olan durumlar da gezici dalağa neden olur. Bunlar; splenomegali, travma, ağır musküler atrofi nedeniyle oluşan aşırı abdominal duvar gevşekliği ve geçirilmiş abdominal ameliyatlardır.<sup>[8,9]</sup> Hormonal faktörler veya gebeliğin de bu etkiyi gösterebileceği söylenece de bunlar dayanaksız görüşlerdir.<sup>[6]</sup> Literatürde gezici dalak oldukça nadir bir patoloji olarak görülmektedir ve splenektomilerin %0.5'inden azını oluşturmaktadır.<sup>[2,3]</sup> Gerçek insidansı henüz bilinmemekle birlikte,<sup>[10]</sup> 20-40 yaş arası kadınlarda insidans yüksektir.<sup>[3]</sup>

Gezici dalak tanısı rastlantısal olabildiği gibi hafif ve muğlak bir abdominal rahatsızlıktan,



Şekil 1. Laparotomi sonrası olgudaki dalak pedikül torsiyonu ve iskemi alanları.

torsiyon nedeniyle gelişen akut karna kadar değişen geniş bir klinik yelpaze içerebilir.<sup>[2]</sup> Klinik olarak hastalar, splenik konjesyon ve intermitan torsiyon ve spontan detorsiyon nedeniyle; seyrek olan bulantı, kusma veya hafif kramp tarzında ağrı gibi nonspesifik bulgu verebilir<sup>[6,11]</sup> veya splenik pedikülün torsiyonu ve infarktı ile birlikte akut karna yol açabilir.<sup>[11]</sup> Akut torsiyon oluştuğunda, ovaryan torsiyon veya diğer akut karın hastalıkları ile ayırıcı tanısı gerekir.<sup>[11]</sup> Diğer klinik bulguları ateş, lökositoz, peritoneal irritasyon bulguları ve alt karında veya pelviste palpe edilebilen kitlelerdir.<sup>[12]</sup> Birlikte görülen hayatı tehdit eden komplikasyonlar arteriyel oklüzyon nedeniyle infarkt, gangren, apse gelişimi, lokal peritonit, fonksiyonel asplenizm ve venöz trombozistir. Bunlara ek olarak intestinal obstrüksiyon, gastrik ve kolonik volvulus, pankreas kuyruğu nekrozu, pankreatit ve gastrik varis kanaması ortaya çıkabildiği literatürde yer almaktadır.<sup>[8,13]</sup>

Laboratuvar bulguları nonspesifiktir ve tanı, görüntüleme yöntemleri ile doğrulanır.<sup>[14]</sup> Sol üst kadranda dalak parankiminin yokluğu ve dalağın ektopik yerleşimi US, BT ve MRG ile görüntülenebilir. Torsiyon varlığında Doppler US hilus ve splenik parankimde kan akımı olmamasını gösterebilir. Anjiyografi, splenik torsiyon varlığında değerli bir tanı aracıdır. Sintigrafi, splenik fonksiyonların değerlendirilmesinde önemlidir ve torsion nedeniyle radyonükleit tutulumunun olmamasını veya anormal yerleşimli dalakta normal tutulumu gösterebilir.<sup>[15]</sup> Sintigrafi zayıf anatomik rezolüsyonu ve US/BT gibi diğer görüntüleme yöntemlerine göre düşük başarısı nedeniyle öncelikli inceleme yöntemi değildir. Ultrasonografi ve BT, dalağın ektopik yerleşimini rahatlıkla gösterebilir<sup>[13]</sup> ve US gezici dalak tanısının konulmasında doğru bir yöntemdir.<sup>[16]</sup> Olgumuzun akut gelişen bulguları nedeniyle öncelikli olarak US yapıldı ve tanı ultrasonografik olarak rahatlıkla konulduğundan diğer inceleme yöntemleri uygulanmadı.

Gezici dalak varlığında dalak torsiyone olmamış ise splenopeksi tedavi seçeneğidir.<sup>[6]</sup> Eğer torsiyone olmuş ise önerilen tedavi laparoskopik olarak veya laparotomi ile splenektomi ya-

pılmasıdır.<sup>[15]</sup> Olgumuzda organda şiddetli beslenme bozukluğu olduğundan, konservatif cerrahi (splenopeksi) yapılamadı. Laparotomi sonrası dalak mobilize edildiğinde vasküler pedikülün torsiyone ve tromboze olduğu görüldü ve detorsiyon sonrası splenektomi yapıldı. Ek bir patoloji tespit edilmedi. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon olmadı ve hasta beşinci gün taburcu edildi.

Sonuç olarak akut karın hastalarının öykü ve fizik muayeneleri çok dikkatli bir şekilde yapılmalı, oldukça nadir görülen ve akut karın tablosu oluşturabilen gezici dalak torsiyonu, akut karın tablolu olgularda özellikle intraabdominal kitle bulgusu varlığında ayırıcı tanı içerisinde mutlaka düşünülmelidir. Ultrasonografi günümüzde hemen her yerde bulunabilen ve ayırıcı tanıyı aydınlatmada yüksek yeterliliğe sahip görüntüleme yöntemidir. Eğer insidental olarak abdominal girişim sırasında ve görüntüleme yöntemleri ile gezici dalak tespit edilirse fiksasyon yapılmasını; torsiyon, iskemi, nekroz gibi komplikasyonların varlığında ise tek tedavi seçeneği olarak laparoskopi veya laparotomi ile splenektomi yapılmasını öneriyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Seymour I. Schwartz. Principles of surgery. USA. McGraw-Hill Companies; 1999. Geçim IE. Cerrahinin ilkeleri. Çeviri editörü: Karayağın K. Dalak. 7. Baskı. Baran Ofset Matbaacılık. 1999. s. 1533.
2. Sarria Octavio de Toledo L, Cozcolluela Cabrejas R, Garcia Asensio S, Martinez-Berganza T. Wandering spleen associated to inflammatory pseudotumor. Radiologia 2006;48:173-6.
3. Lin CH, Wu SF, Lin WC, Chen AC. Wandering spleen with torsion and gastric volvulus. J Formos Med Assoc 2005;104:755-8.
4. Safioleas MC, Stamatakos MC, Diab AI, Safioleas PM. Wandering spleen with torsion of the pedicle. Saudi Med J 2007;28:135-6.
5. Befikadu S, Gudu W, Abseno N. Torsion of a pelvic wandering spleen as a cause of acute abdomen in a woman: a case report and review of the literature. Ethiop Med J 2004;42:53-61.
6. Moran JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous rupture of a wandering spleen: case report and literature review. Curr Surg 2003;60:310-2.
7. Taori K, Ghonge N, Prakash A. Wandering spleen with torsion of vascular pedicle: early diagnosis with multiplaner reformation technique of multislice spiral CT. Abdom Imaging 2004;29:479-81.
8. Sheflin JR, Lee CM, Kretchmar KA. Torsion of wandering spleen and distal pancreas. AJR Am J

- Roentgenol 1984;142:100-1.
9. Nemcek AA Jr, Miller FH, Fitzgerald SW. Acute torsion of a wandering spleen: diagnosis by CT and duplex Doppler and color flow sonography. *AJR Am J Roentgenol* 1991;157:307-9.
  10. Greig JD, Sweet EM, Drainer IK. Splenic torsion in a wandering spleen, presenting as an acute abdominal mass. *J Pediatr Surg* 1994;29:571-2.
  11. Herman TE, Siegel MJ. CT of acute splenic torsion in children with wandering spleen. *AJR Am. J Roentgenol* 1991;156:151-3.
  12. Sodhi KS, Saggar K, Sood BP, Sandhu P. Torsion of a wandering spleen: acute abdominal presentation. *J Emerg Med* 2003;25:133-7.
  13. Herman TE, Siegel MJ. CT of acute splenic torsion in children with wandering spleen. *AJR Am J Roentgenol* 1991;156:151-3.
  14. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: a challenging diagnosis. *South Med J* 1997;90:439-43.
  15. Cohen MS, Soper NJ, Underwood RA, Quasebarth M, Brunt LM. Laparoscopic splenopexy for wandering (pelvic) spleen. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8:286-90.
  16. Masamune A, Okano T, Satake K, Toyota T. Ultrasonic diagnosis of torsion of the wandering spleen. *J Clin Ultrasound* 1994;22:126-8.