

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

İleusun nadir bir nedeni: Gezici dalak

A rare cause of ileus: Wandering spleen

Abdullah Oğuz, Ömer Uslukaya, Burak Veli Ülger, Ahmet Türkoğlu, Zübeyir Bozdağ

ÖZET

Gezici dalak, dalağın uzun bir vasküler pedikül yapısı ile birlikte dalağı normal yerinde tutan peritoneal bağların yokluğu sonucu nadir görülen bir klinik tablodur. Yirmi ile kırk yaşlar arasındaki kadınlarda daha sık görülür. Konjenital ve edinilmiş faktörler etyolojide rol oynamaktadır. Klinik tablo asemptomatik olabileceği gibi bası sonucu gastrointestinal semptomlar ve torsiyon sonucu akut batına neden olan ağrılı abdominal bir kitle şeklinde de ortaya çıkabilir. Tanı tesadüfen veya başka patolojileri araştırırken yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi gibi radyolojik görüntülemelerle konulur. Şüpheli yaklaşım tanıya yardımcıdır. Tedavisi cerrahi olup splenopeksi ilk seçenek olmalıdır. Detorsiyon sonrası iskeminin devam etmesi durumunda, ya laparoskopik ya da laparotomi ile splenektomi yapılmalıdır. Bu makalede ileusa neden olan gezici dalağa sahip 37 yaşında bayan hasta sunulmaktadır. Laparoskopik splenektomi uygulanmıştır. Gezici dalak ileus ve akut karın sebepleri arasında düşünülmesi gereken nadir bir klinik tablo olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Gezici dalak, ileus, tedavi

GİRİŞ

Gezici Dalak (GD) nadir görülen bir gelişimsel anomalidir [1,2]. Dalağı normal yerinde tutan peritoneal bağların yokluğu sonucu hiper mobil bir dalak mevcuttur [3]. GD asemptomatik olabileceği gibi ağrısız abdominal kitle, sık sık tekrarlayan karın ağrısı, basıya bağlı ileus semptomları, torsiyon sonucu akut batın ile kendini belli edebilir. GD daha çok yetişkin kadınlarda görülmektedir [4,5]. Tedavisine

ABSTRACT

Wandering spleen (WS) is a rare clinical condition resulting from an abnormally long splenic pedicle and the absence or weakening of the supporting splenic ligaments that help to hold the spleen stationary. WS is more commonly seen in females aged between 20 and 40 years. Congenital and acquired factors are reported as the predisposing factors for WS. Patients with WS may be asymptomatic, or may be evident with a painful abdominal mass or an acute abdomen due to gastrointestinal symptoms and torsion of the WS. The diagnosis of WS can be established incidentally or during the Ultrasonography (USG) or Computed Tomography (CT) explorations performed for other pathologies. A high index of suspicion aids in the diagnosis of WS. WS is mostly treated by surgery and splenopexy remains the method of choice. In the cases with persistent ischemia following detorsion, splenectomy should be performed either via laparoscopy or laparotomy. In the present report, we present a 37-year-old woman who presented with a wandering spleen causing ileus. The patient underwent laparoscopic splenectomy. Wandering spleen is a rare condition which should be suspected as a potential cause of ileus and acute abdomen.

Key words: Wandering spleen, ileus, treatment

dalağın canlılığına göre karar verilir. Enfarkt mevcutiyyetinde laparaskobik ve açık splenektomi yapılırken, yokluğunda splenopeksi yapılır.

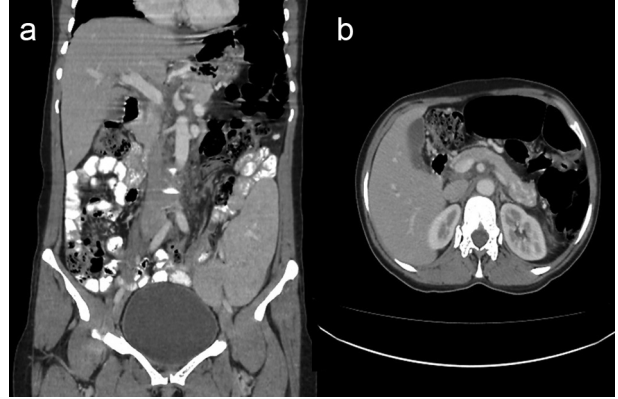
OLGU SUNUMU

Kliniğimize 37 yaşında kadın hasta ara ara karın ağrısı, bulantı kusma ve kabızlık şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede hastanın hayati

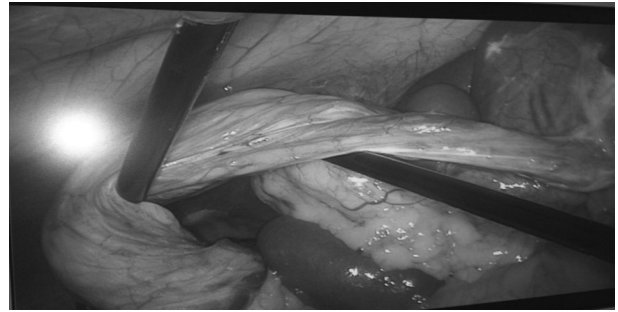
bulguları normal idi. Karında orta derecede bir distansiyon ve sol alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi özellik yoktu. Radyolojik incelemede, ayakta direkt karın grafisinde sol üst kadranda dilate kolon segmenti ve yoğun gaz mevcuttu (Resim 1). Ultrasonografik incelemede dalak normal konumda olmayıp, sol alt kadranda izlendi. Dinamik Karın Tomografisinde ise dalak sol orta kadrandan alt kadrana doğru uzanım göstermektedir. Dalak hilusunda 18 mm çapında aksesuar dalak izlenmektedir. Dalak sol alt kadranda yerleşimli olup (gezici dalak) hilusunda vasküler kollateraller izlenmektedir (torsiyon?). Dalak inen kolonu basıklaştırmış olup, basının proksimalinde inen kolonda genişleme izlendi (Resim 2). Hastamıza fizik muayene ve radyolojik tetkikler sonucunda operasyon kararı alındı. Laparoskopik explorasyonda konjesyone, yüzeysel olarak renk değişimi gözlenmiş olup uzun bir pediküle sahip, asıcı bağları olmayan, sol alt kadranda yerleşimli, sol kolon segmentinde dilatasyona neden olan mobil dalak izlendi (Resim 3). Hastamıza bu bulgularla laparoskopik splenektomi uygulandı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon olmadan 3. Günde hasta şifa ile taburcu edildi. Takibimizde olan hastanın abdominal distansiyon, karın ağrısı ve kabızlık şikâyetleri operasyondan sonra gözlenmedi.



Resim 1. Ayakta direkt karın grafisi: yoğun kolonik gaz görüntüsü



Resim 2. Bilgisayarlı Tomografi (A: Koronal kesit, B: Aksiyal kesit): sol alt kadranda yerleşimli gezici dalak



Resim 3. Laparoskopik intraoperatif görünüm

TARTIŞMA

Gezici dalak (GD) nadir bir klinik durum olup, gastrosplenik ve splenorenal bağların yokluğu ya da gevşekliği nedeniyle dalağın normal yerleşim yerinde olmaması olarak tanımlanmaktadır [1,2]. İlk kez 1667’de Van Horne tarafından tanımlanmış ve 1885 yılında da torsiyonla sonuçlanan GD sunulmuştur [3]. İnsidansı %0,5 ten daha azdır [4]. GD etiyojisi kesin olarak bilinmemekle beraber konjenital veya edinilmiş nedenler suçlanmıştır. Embriyolojik dönemin 5. ve 6. haftalarında dorsal mesogastriumun füzyon eksikliği, dalağın aşırı uzun bir pediküle sahip olmasıyla sonuçlanır. Erişkinlik döneminde “edinilmiş” GD; dalağı yerinde tutan ligamanların hasarı veya bağ dokusu hastalıkları veya gebelik gibi bağları zayıflatan durumlara bağlı gelişir. GD daha çok erişkinlerde tanımlanmış olup bunlarda 20-40 yaş arası bayanlardır [5,6]. Hastalar çoğunlukla asemptomatik olup tanı tesadüfen yapılan fizik muayenede saptanan pelvik kitle nedeniyle yapılan radyolojik tetkikler sonucunda konulur. Semptomlar dalağın uzun pedikülünün kendi etrafında

torsiyonu sonucu oluşan ağrı atakları ve kolon segmentine basısı sonucu oluşan gastrointestinal semptomlardır. Eğer spontan detorsiyon oluşmazsa dalak enfarktı gelişerek akut karın şeklinde bulgu verir. Bu nedenle akut batına yol açan durumlarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Genelde labaratuvar bulguları nonspesifik olup bazen hipersplenizmin kan tablosu ile de karşımız çıkabilir. Radyolojik tetkiklerle tanı doğrulanır. Ayakta karın grafisi, abdominal USG, CT, MRI ve Sintigrafi kullanılabilir. Radyolojik incelemelerden özellikle CT, dalağın normal bulunması gereken sol üst kadranda olmadığı, çoğunlukla pelvis ve sol alt kadranda,uzun bir pediküle sahip olduğu, dalak parankiminin yapısını, büyüklüğünü, komşu organlarla ilişkisini, bası sonucu dilate kolon ansını, torsiyon ve aksesuar dalak olup-olmadığını göstermesinin yanında akut karına yol açan diğer patolojileride ekarte etmemize yardımcı olur [7-9].

Tedavide asemptomatik olgularda konservatif yaklaşım uygulanır. Enfark, trombositosis ve hipersplenizm bulguları olmayan olgularda detorsiyon ve splenopeksi yapılır. Posts-plenektomi enfeksiyonların erişkinlerde %1 ve çocuklarda ise %2 ölümcül olabilmesi ve aşılamanın dahi bunu önlemeyi tamamen garanti etmemesi, değişik tekniklerle yapılan dalak koruyucu işlemleri öne çıkarmıştır. Splenopeksi işlemi dalağın kendisinin veya hilusunun doğrudan karın duvarına veya diaframa sütür ile tespit edilerek yapılabileceği gibi çeşitli sentetik meshler veya omentum ile desteklenerek de yapılabilmektedir. Ayrıca, GD'ın retroperitoneumda hazırlanmış bir cebe tespit edilmesi veya gastrokolik ligamanın açılarak dalağın normal anatomik yerine yerleştirilmesi teknikleri de vardır [10,11]. Sempptomatik vakalarda yani detorsiyona rağmen dalak parankiminin canlılığı geri gelmezse splenektomi yapılır. Son yıllarda laparaskobik splenektomi kısa hastanede kalış süresi ve daha hızlı iyileşme periyodundan dolayı en sık tercih edilen cerrahi yöntemdir [3,8].

Sonuç olarak, GD nadir bir olaydır. İleus ve akut karın sebepleri arasında düşünülmelidir. GD'in erken tanı ve tedavisi ile hastalar splenektomiden korunabilir. Elektif veya acil koşullarda karşılaşıldığında, hastaların genellikle çocuk veya genç erişkin olması nedeniyle detorsiyon sonrası dalak viabilitesi geri dönerse splenopeksi ilk seçenektir. Torsiyon gelişmiş olgularda iskemi varsa laparaskobik splenektomi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. Pictorial review CT findings in congenital anomalies of the spleen. *Br J Radiol* 2001;74:767-772.
2. Freeman JL, Zafar S, Jafri H, Roberts JL, Mezwa DG, Shirkhoda. CT of congenital and acquired abnormalities of the spleen. *Radiographics* 1993;13:597-610.
3. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, et al. Surgical treatment of patients with wandering spleen: Report of six cases with a review of the literature. *Surg Today* 2007;37:261-269.
4. Valls C, Mones L, Guma A, Lopez-Calonge E. Torsion of a wandering accessory spleen: CT findings. *Abdom Imaging* 1998;23:194-195.
5. Buehner M, Baker MS. The wandering spleen. *Collective review. Surg Gyne Obst* 1992; 175: 373-387.
6. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. *Southern J Med* 1997; 90: 439-443.
7. Misawa T, Yoshida K, Shiba H, et al. Wandering spleen with chronic torsion. *Am J Surg* 2008;195:504-505.
8. Choh SA, Choh NA, Rad I, et al. Wandering spleen presenting as recurrent abdominal pain in a young female. *Indian J Pediatr* 2008;75:1181-1182.
9. Heydari MB, Johari HG, Eskandari S. Wandering spleen presenting as small bowel obstruction. *Am J Emerg Med*. 2013 Jun;31:984-5. doi: 10.1016/j.ajem.2013.02.017.
10. Kapan M, Gümüş M, Önder A, et al. A wandering spleen presenting as an acute abdomen: case report. *J Emerg Med*. 2012 Nov;43:e303-5. doi: 10.1016/j.jemermed.2010.06.029.
11. Montenovio MI, Ahad S, Oelschlager BK. Laparoscopic splenopexy for wandering spleen: case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010;20:e182-4. doi: 10.1097/SLE.0b013e3181f69ce2.