

US ve BT İle Saptanan Bir Ektopik Dalak ve Böbrek Olgusu

Gürsel SAVCI*
Müfit PARLAK**
M. Yurtkuran SADIKOĞLU**
Ercan TUNCEL***
Adil BOZ****
Zafer DEMİRİZ****

ÖZET

Ektopik dalak ektopik böbrekten daha nadir görülen bir anomalidir. Literatürde aksesuar dalak, splenogonodal füzyon ve ektopik pelvik dalak gibi birçok konjenital dalak anomalisi bildirilmiştir. Araştırdığımız kadıyla ektopik dalak (Wandering dalak) ve ektopik böbreğin birlikte görüldüğü literatür bilgisi bulamadık. İlginç olması ve nadir görülmesi nedeniyle tanısı US ile konan, EU ve BT ile doğrulanmış olguyu ilgili literatürü gözden geçirerek sunmayı amaçladık.

* Uzm. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı.

** Yard. Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı.

*** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı.

**** Op. Dr.; İzmir Askeri Hastanesi Cerrahi Uzmanı.

SUMMARY

A Case of Ectopic Spleen and Kidney Diagnosed with US and CT

Ectopic spleen anomaly occurs rarer than ectopic kidney. There is some literature reported about conjenital spleen anomalies such as accessory spleen, splenogonodal fusion and ectopic pelvic spleen. But we couldn't find any case that has wandering spleen (ectopic spleen) and ectopic kidney anomaly together in the literature. Because of its seldom occurrence, we report this interesting case diagnosed with US and proved by EU and CT.

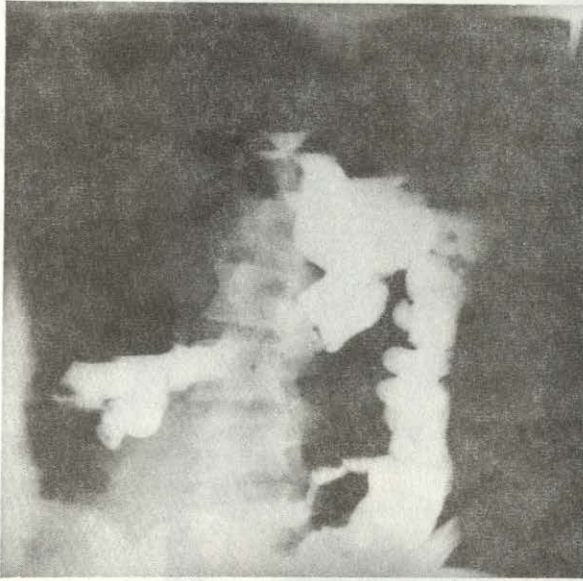
GİRİŞ

Ektopik böbrek sık görülen ve iyi bilinen konjenital bir anomalidir. Fötal böbrek wolf kanalından köken alan üretral tomurcuk ile primitif nefrojenik dokunun füzyonu sonucu kemik pelvis içinde gelişmeye başlar¹. Fötal hayatta böbreklerin kaliksleri arkada, pelvisi öndedir^{1,2}. Böbrekler üst abdomene migrasyon gösterirken aynı zamanda içe doğru da dönerek normal şeklini alırlar. Damarlanması bu migrasyon sırasında yukarı düzeyde abdominal aortadan olur¹.

Dalak sol üst kadranda yerleşen intraperitoneal bir organdır². Embriyolojik olarak 5 haftalık fötüste sol dorsal mezogastriumda multiple, küçük dalak dokusu parçalarının füzyonu ile gelişmeye başlar^{3,4}. Füzyon yetersizliğinde normal popülasyonda % 2-5, otopsilerde % 10-30 oranında görülen soliter (% 88) veya multiple (% 9) aksesuar dalaklar görülür. Lokalizasyonu dalak hilusu ve çevresindedir. Splenektomi sonrası kompensatuar hipertrofi gösterirler^{1,2}.

OLGU

Ondokuz yaşında bayan hasta. Karın ağrısı, bulantı, kusma, konstipasyon, defakasyon güçlüğü ve son 10 gün içinde gelişen abdominal şişlik yakınmaları ile kliniğe başvurdu. Hastanın kliniğe müracaatına kadar geçen süre içinde yapılan baryumlu kolon tetkikinde transvers kolonda, kolonun lümenini oblitere eden şüpheli tümöral kitle saptandı (Resim: 1). Fizik muayenede sol subkostal bölgeden umblikusa kadar uzanan, keskin sınırlı, lastik kıvamında, ağrısız kitle mevcuttu. Yapılan abdominal US tetkikinde palpe edilen kitlenin umblikus altında yerleşen, büyümüş dalağa ait olduğu ve dalak alt kenarının mesane tavanına kadar uzandığı gözlemlendi (Resim: 2). Splenik ven çapı normaldi (5 mm). Dalağın sağ alt kesiminde ektopik sağ böbrek bulunmaktaydı. Dalak çevresinde minimal intraperitoneal sıvı kolleksiyonu mevcuttu. EU (Resim: 3) ve abdominal BT (Resim: 4) tetkikleri ile bulgular doğrulandı. EU'da kitlenin basısına bağlı sol böbrek



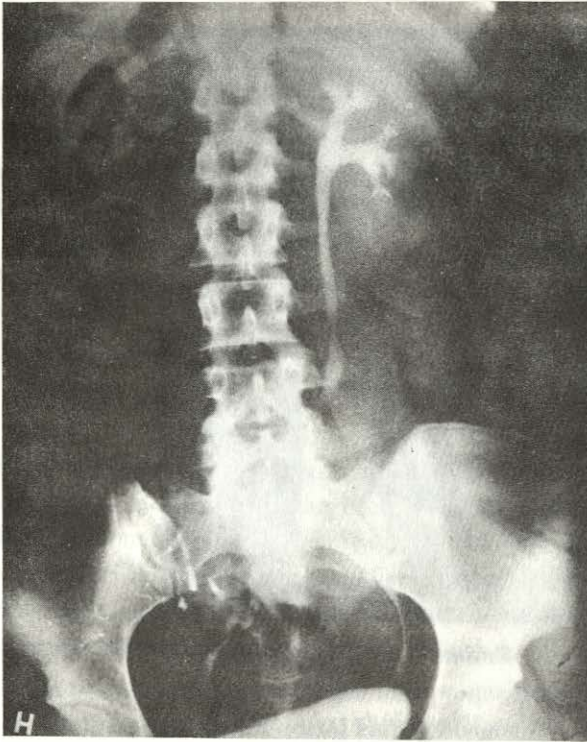
Resim: 1

Baryumlu kolon grafisinde, yer kaplayan oluşuma ait transvers kolon lümeninde obliterasyon

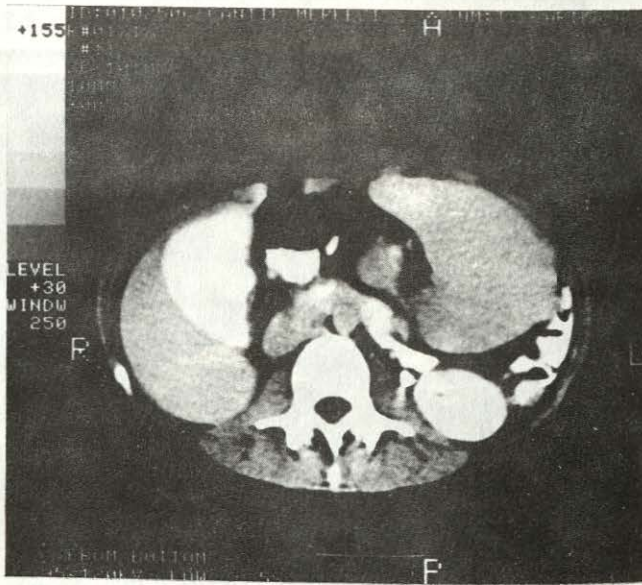


Resim: 2

Umblikus altında yerleşen ektopik dalağın US görünümü



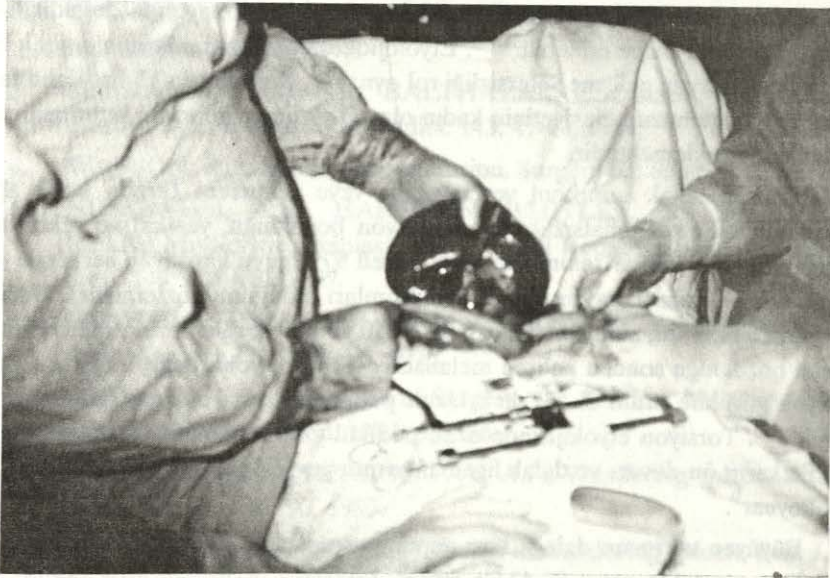
Resim: 3
EU'da sağ ektopik
böbrek sakrum
üzerinde izlenmekte



Resim: 4
Abdominal BT de umblikus
düzeyinden geçen kesitlerde ektopik dalağın görünümü

toplayıcı sisteminde hafif derecede dilatasyon izlenmekteydi. Biyokimyasal ve hematolojik değerlerde anormallik saptanmadı.

Operasyona alınan olguda saptanan kitlenin ileri derecede büyük dalak olduğu gözlemlendi (Resim: 5). Dalağın hiçbir ligamanının gelişmediği ve 10 cm'lik uzun bir pedikülünün olduğu dikkati çekti. Pedikülün son 3 cm'lik kısmını pankreas kuyruğu oluşturmakta ve pedikülde yarım tur torsiyon mevcuttu. Torsiyona bağlı olarak dalak konjesyone idi ve peritoneal sıvı kolleksiyonunun konjesyonlu dalak kapsülünden sızıntıya bağlı olduğu düşünüldü. Splenektomi uygulanan olguda postoperatif komplikasyon gelişmedi ve semptomlar kayboldu.



Resim: 5

İleri derecede büyük ve konjesyone dalağın operasyondaki görünümü

TARTIŞMA

Embriyoda böbreklerin yukarı migrasyonunda duraklama olduğunda renal ektopi gelişir. Rotasyonları da tamamlanmamış ve normal yerlerinden aşağıda yerleşim gösterirler. Üreterleri de buna uyumlu olarak kısadır^{1,2}. Arteri aşağı düzeyde aortadan veya iliak arterden çıkar. En sık sağ böbrekte görülen ektopi renal pitoz ile karışabilir⁵. Renal pitozda rotasyon anomalisi yoktur. Üreteri normal uzunlukta olduğundan böbrek aşağı indiğinde kıvrımlı bir görünüm alır. Arteri de normal yerinden çıkar. Renal ektopi olgularında böbrekler kostalar tara-

findan korunamaz. Bu nedenle abdominal travmalara hassastır. Rotasyon anomalisi de gösteren olgumuzun EU tetkikinde ureterinin kısa olduğu ve literatürle uyumlu olarak sağda görüldüğü dikkati çekti.

Altı-sekiz haftalık fetüsta dalak dokusu, primordial gonodal dokuya normalden daha yakın yerleşirse bir kısım splenik doku testislerle skrotuma migrasyon gösterebilir^{4,6}. "Splenogonodal füzyon" olarak isimlendirilen bu nadir anomaly daima solda görülür. Malarya ve kabakulak orşitinde bu ektopik dalak dokusu büyüme gösterebilir. Dalak dokusunun tümünün çıkarılması gereken splenektomi olgularında bu ektopik lokalizasyon gözönünde bulundurulmalıdır⁴. Polispleni ve aspleni diğer konjenital anomalilerdir^{1,2}. "Wandering" veya ektopik dalak olarak isimlendirilen anomalide dalak normal lokalizasyonda değildir, abdomen ve pelviste palpe edilebilir^{1,7,8}. Etiyolojide dalak ligamanlarının gevşek olması ve ligamanların gelişme yetersizliği rol oynar^{6,7}. Kadınlarda 13 kat daha fazla görülür⁶. Olgumuzun cinsiyetinin kadın olması ve ligamanlarının bulunmaması bu görüşü desteklemektedir.

Ektopik dalak semptom vermeyebilir veya rekurrent tarzda kolik ağrı oluşturabilir⁶. Pelvik rahatsızlık, menstruasyon bozukluğu, vezikal ve rektal tenesmus gibi semptomlar tanımlanmıştır⁶. Abell 97 olguyu kapsayan serisinde olgularının % 62'sinin daha önceye ait semptomları olduğunu gözlemiştir⁹. Bunlar intestinal kolik % 20, sindirim bozukluğu % 10 ve pelvik rahatsızlık, metroraji ve dolaşım bozukluğu sonucu gelişen melanadır. Kompresyona bağlı intestinal obstrüksiyon görülme oranı % 7.2'dir⁹. Uzun pedikülün torsiyonu en sık semptom nedenidir¹⁰. Torsiyon etiyojisinde uzun pedikül gibi konjenital ve dalak ağırlık artışı ile karın ön duvarı ve dalak ligamanlarının gevşek olması gibi akkiz faktörler rol oynar⁹.

Büyüyen uterusun dalağa bası yapması sonucu rüptür şansı artacağı için hamilelikte mortalite oranı % 42.5'a çıkar⁹. Literatür verilerine uyar şekilde olgumuzda torsiyon öncesi semptomlar vardı. Pedikül normalden uzundu. Hiç bir ligamanı bulunmayan dalak sadece pediküle bağlıydı. Operasyonda yarım tur torsiyon bulunmaktaydı. Dalak konjesyone ve intraperitoneal sıvı mevcuttu. Pedikül pankreas kuyruğunun 3 cm lik segmentini içermekteydi.

Tedavide çocukluk çağı dışındaki tüm olgularda splenektomi önerilir^{6,9}. Her ne kadar Neimer (1957) ektopik pelvik dalağı olan bir olgusunun komplikasyonsuz doğum yaptığını bildirmişse de hamilelikte mortalite oranı arttığı için reproduktif çağıdaki karınlarda splenektomi özellikle endikedir⁶. Eskiden sevilen bir uygulama olan ve dalağı normal yerine fikse etmek anlamına gelen "Splenopeksi" nin tedavide önemli bir yeri yoktur. Splenik pedikülü normal yerine sütüre etmek mümkün olabilirse de dalak pulpasına yerleştirilen sütürlerin başarı şansının az olması nedeniyle normal fiksasyon oluşturulamayabilir⁶. Olgumuza rep-

rodüktif çağda bulunması ve dalakta hiçbir ligaman olmaması nedeniyle splenektomi uygulandı.

Konjenital bir anomali ile diğer bir konjenital anomalinin birlikte görülme insidansının fazla olduğu bilinen bir gerçektir. İlginç ve nadir olan olgumuzdaki splenik ve renal ektopinin koinidal olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. SUTTON, D.: A Textbook of Radiology and Imaging. 4th. edition, Churchill Livingstone. New York, London, Toronto, 1987, p. 1785.
2. TUNCEL, E.: Diyagnostik Radyoloji. Taş Kitapçılık ve Yayıncılık, İstanbul, 1989, s. 169, 267, 347.
3. SUBRAMANYAM, B.R., BALTHAZAR, E.J.: Sonography of the Accessory Spleen. Am. Jour. Radiol. 143: 47-49, 1984.
4. WATSON, R.J.: Splenogonodal fusion. Surgery 63: 853-858, 1968.
5. NUSSBAUM, A.R., HARTMAN, WHITLEY, N., MC CAULEY, R.G.K.: Multicystic Dysplasia and Crossed Renal Ectopia. Am. Jour. Radiol., 149: 407-410, 1987.
6. HATFIELD, P.M., CLOUSE, M.E., CADY, B.: Ectopic Pelvic Spleen Arch. Surgery 111: 603-605, 1976.
7. SCHWARTZ, S.: Principles of Surgery. 4th. Edition, Mc Graw Hillbook Co. New York, London, 1984, p. 1386.
8. PHILLIPS, G.W.L., HEMINGWAY, A.P.: Wandering spleen, Brit. Jour. of Radiol. 60: 188-190, 1987.
9. SIMPSON, A., ASHBY, E.C.: Torsion of wandering spleen. Brit. J. Surg. 52: 344-346, 1965.
10. BINNS, J.H.: Wandering spleen associated with enlargement of the left kidney. Brit. J. Surg. 54: 79-80, 1967.

Yard. Doç. Dr. Müfit PARLAK

U.Ü. Tıp Fakültesi

Radyoloji Anabilim Dalı

BURSA