

Dalak ve Karaciğerin Konjenital Soliter Kistleri

Hasan DOĞRUYOL*
Arif GÜRPINAR**
Oktan EROL***

ÖZET

Karaciğer ve dalağın konjenital soliter kistleri son derece nadirdirler. Bu organların hakiki kistleri çoğunlukla paraziterdir. Konjenital soliter kistlerin seyrek görülmesinin yanında birçok diğer bulguları da ortaktır. İzotop, ultrason ve tomografik incelemeler her iki durumda da teşhise yardımcıdır. Biz bu makalede ikisi dalakta, birisi karaciğerde olmak üzere üç adet semptomatik konjenital soliter kist vakası sunduk. Dalak kistlerinden bir tanesine parsiyel splenektomi, diğerine ise bırakılacak sağlam dalak dokusu olmadığı için total splenektomi uyguladık. Karaciğer kisti vakamızda ise parsiyel hepatik rezeksiyon yapıldı. Bu vakalar dolayısıyla hastalıkların klinik, potolojik ve tedavi prensipleri tartışıldı.

SUMMARY

Congenital Solitary Cysts of The Liver and Spleen

Congenital solitary cysts of the liver and spleen are very rare. True cysts of these organs are commonly parasitic. Besides their rarity congenital solitary cysts of the liver and spleen have several other features in common. Isotopic, ultrasonic and tomographic scanning assist diagnosis in both conditions. In this paper we presented three symptomatic cases of congenital solitary cyst, one in the liver and two in the spleen. One of the splenic cysts was treated by partial splenectomy and the other by total splenectomy because of lack of the normal splenic tissue. Congenital hepatic cyst was treated by partial resection.

Konjenital soliter kistler nadir hepatomegali ve splenomegali sebeplerindendir. Memleketimizde dünyanın birçok yerinde de olduğu gibi karaciğer ve dalağın haki-

* Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Çocuk Cerr. Anabilim Dalı Öğr. Üyesi

** Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Gör.

*** Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ki kistleri çoğunlukla parazitlerdir. Karaciğer ve dalaktaki soliter konjenital kistlerin seyrek görülmesi yanında birçok diğer bulguları da ortaktır. Isotop, Ultrasaund ve tomografik incelemeler her iki durumda da teşhise yardımcıdır.

Biz bu makalede ikisi dalakta birisi karaciğerde olmak üzere üç adet semptomatik konjenital soliter kist vakası sunduk.

MATERYAL VE METOD

1985-1988 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalında tanı ve tedavisi yapılan iki adet dalak, bir adet karaciğer soliter kisti, klinik, laboratuvar ve cerrahi tedavi özellikleri açısından incelemeye tabi tutuldu. Tanıda ultrasonografi ve abdominal CT den faydalandı.

Dalak kistlerinden birinde total splenektomi, diğerinde ise parsiyel splenektomi uygulandı. Karaciğer kistinde ise parsiyel hepatektomi (unroofing) operasyonu yapıldı.

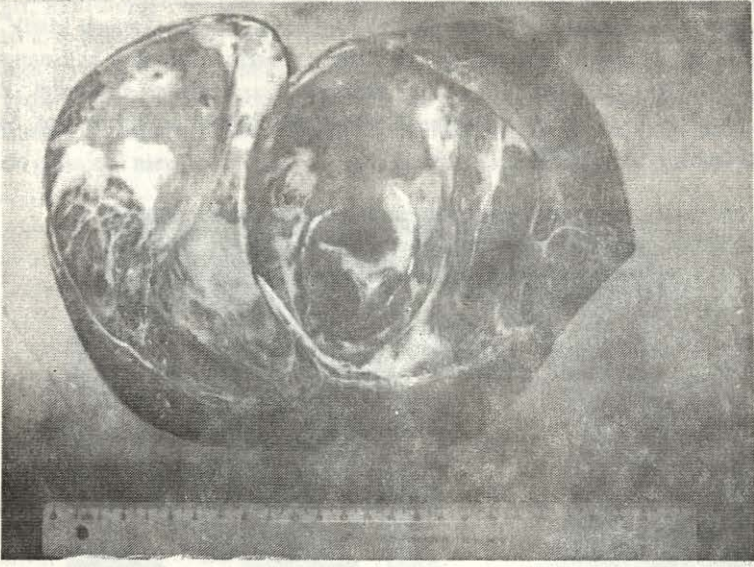
BULGULAR

OLGU 1: O.E. 13 yaşında erkek hasta. Bir ay önce ateş, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede sol üst kadranda gözle görülen bir dolgunluk vardı. Dalak sol kosta kavsini orta hatta yaklaşık 8 cm. geçecek şekilde düz ve sert olarak ele geliyordu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Batın US'de epigastriumdan başlayıp sol tarafa lokalize muhtemelen dalakla ilgili 13x13 cm. boyutlarında kalın duvarlı kistik bir görünüm saptandı. Üst abdominal CT'de dalakta önde subkapsüler 1014 mm. çapında kistik yapı mevcuttu. PA Akciğer ve ADB grafilerinde patoloji yoktu. Kan sayımı, trombosit sayısı, protrombin zamanı ve idrar tetkikleri normaldi. PPD 6 mm., serolojik testler (Rose bengal, Paul bunnel, İmnspot, Melitensiz, Echinococ, İHA) negatifti.

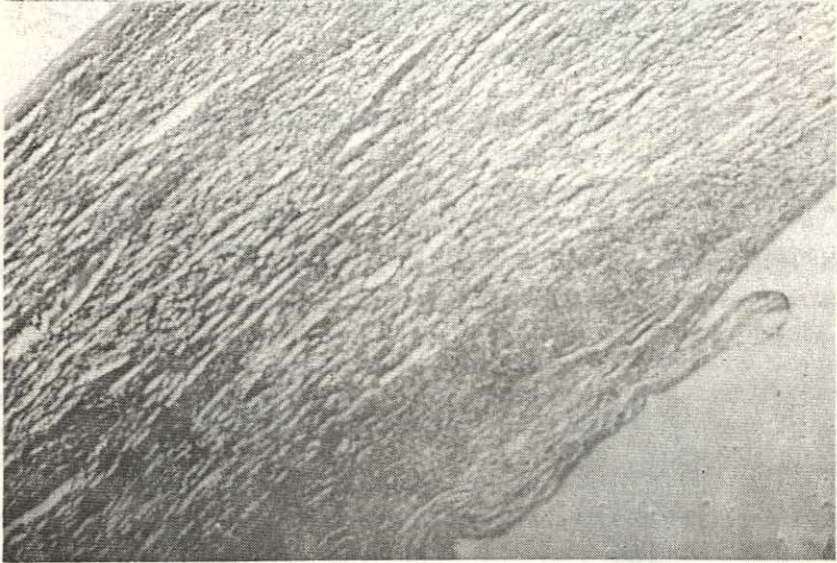
Operasyonda göbek üstü transvers insizyonla batına girildi. Dalakta yaklaşık 15x10 cm. boyutlarında kistik oluşum saptandı. Dalağın parankim dokusu çok incelmışti. Splenektomi uygulandı (Resim 1). Post op. dönemde sorun olmadı ve dördüncü gün taburcu edildi.

Dalağın makroskopik muayenesinde kabaca 19x16x11 cm. boyutlarında kapsülü gri kahverengi renkte, fluktuasyon veren total splenektomi piyesiydi. Kesit yapıldığında içinden kahverengi renkte bol miktarda nekrotik materyal boşaldı. İç kısımda normal dalak dokusunun 1.5x3 cm. lik bir alanda kaldığı ve diğer alanlarda iç yüzeyi gri beyaz yer yer sarı renkte kistik bir yapının bulunduğu saptandı. Mikroskopik olarak kesitlerde lümeni tek katlı yassı epitelle dōşeli kistik yapının duvarında eozinofilik boyanan kollagen bağ dokusu ile yer yer kalsifikasyon alanları izlendi. Kist duvarı ile ilişkili gözlenen dalak dokusunun lenfoid folliküllerinin germinal merkezinde hiperplazi, sinüzitlerinde dilatasyon gözlemlendi (Resim 2).

OLGU 2: F.T. 8 yaşında kız hasta. İki ay önce karın ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede sol üst kadranda hassas, traube kapalıydı. Dalak sol kosta kavsini orta hatta 7 cm. geçecek

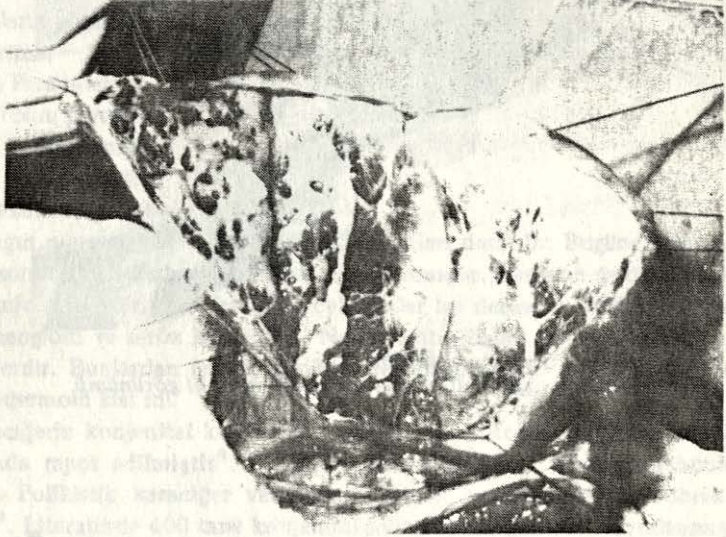


Resim: 1
Dalağın tamamını içeren konjenital dalak kisti



Resim: 2
Konjenital dalak kistinin ışık mikroskopunda histopatolojik görünümü.
Duvarını tek katlı yassı epitel yapmaktadır (H.Ex200)

Dalağın makroskopik muayenesinde kabaca 20x15x13 cm. boyutlarında kapsülü gri, kahverengi renkte parsiyel splenektomi piyesiydi. Kesitte içinden koyu sarı renkte sıvı boşaltıldı. İç yüzeyini yer yer beyaz-sarı renkli septaların oluşturduğu saptandı (Resim 5). Mikroskopik olarak kesitlerde lümeni tek katlı yassı epitelle döşeli kistik yapının duvarında eozinofilik boyanan kollagen bağ dokusu ile yer yer kalsifikasyon alanları izlendi. Kist duvarı ile ilişkili dalak dokusunun lenfoid folliküllerinde germinal merkezlerde hiperplazi, sinüzoidlerde dilatasyon gözlemlendi.



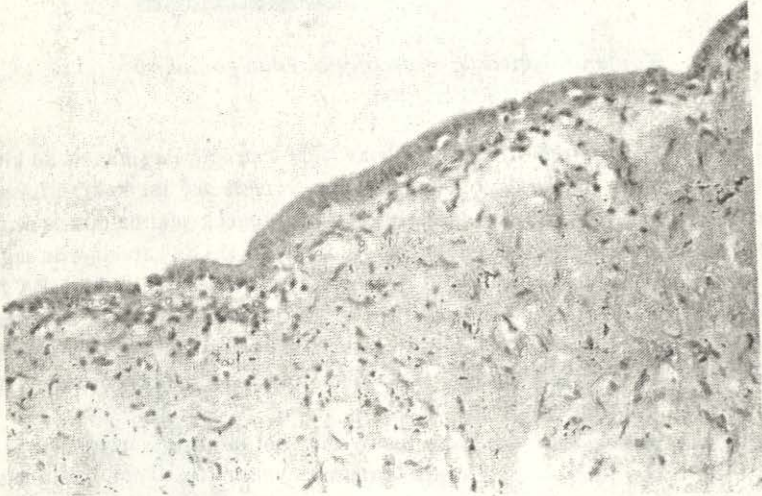
Resim: 5
Konjenital dalak kistinin iç yüzeyinin görünümü

OLGU 3: G.S. 6 yaşında kız hasta. Bir ay önce karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassas ve karaciğer midklavikular hatta kosta kenarını 10 cm. geçecek şekilde düz ve sert olarak palpe edildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Batın US'de karaciğerde sağ lobda 20 cm. çaplı kistik lezyon saptandı. Aynı lezyon CT'de de tesbit edildi. PA Akciğer ve ADB graflerinde patoloji yoktu. Kan sayımı, trombosit sayısı, protrombin zamanı, idrar tetkiki normaldi. PPD 8 mm., gaitada parazit görülmedi. Yapılan serolojik testler (Rose bengal, Paul bunnell, İmnspot, Melitensis, Echinococ, İHA) negatifti.

Operasyonda göbek üstü transvers insizyonla batına girildi. Karaciğerin sağ fossa iliakaya kadar büyüdüğü ve sağ lobda tamamına yakın 20x10 cm. çapında solit kist tesbit edildi. Sağ lobda kısmi hepatik rezeksiyon yapıldı (Resim 6). Post op. dönem sorun olmadı ve onuncu gün taburcu edildi. Mikroskopik olarak lümeni tek katlı kolumnar epitelle döşeli kistik yapılar rapor edildi (Resim 7).



Resim: 6
Konjenital karaciğer soliter kistinin ameliyattaki görünümü



Resim: 7
Konjenital karaciğer kistinin ışık mikroskopunda histopatolojik görünümü. Duvarını tek katlı silindirik epitel oluşturmaktadır (H.E.x400)

TARTIŞMA

Dalak kistlerini etyopatogenezlerine göre sınıflamak için birçok çalışma yapılmıştır^{1,2}. Bu klasifikasyonda hücrel kist sınırlamasının varlığı veya yokluğu önemlidir. Gerçek kistlerin hepsinde hücrel sınırlama vardır. Pseudo kistler sadece fibröz doku ile sınırlanır.

Dalak kistleri klinik olarak primer ve sekonder diye sınıflandırılırlar.

Bunların görülme sıklığı aşağıdaki gibidir.

- | | |
|-----------------------|------|
| 1. Primer — Gerçek | % 25 |
| a) Parazitler | % 16 |
| b) Non parazitler | % 9 |
| 1. Konjenital | |
| 2. Neoplastik | |
| 2. Sekonder — Yalancı | % 75 |

Dalağın nonparazitler benign kistik lezyonları nadirdir. Bugüne kadar cerrahi ve otopsi sonucu 600 kadar dalak kisti yayınlanmıştır. Bunların da dörtte üçü travmatik pseudo kistlerdir. Geri kalan gerçek kistler ise dermoid, epidermoid, lenfangiom, hemangiom ve seröz kistlerdir³. Nonparaziter dalak kistlerinin % 10 epidermoid kistlerdir. Bunlardan en sık görüleni hemangiomlardır³. Bizim olgularımızın ikisi de epidermoid kist idi.

Karaciğerin konjenital kistleri de nadirdir. Tüm otopsi çalışmalarında % 0.2-0.5 oranında rapor edilmiştir⁴. Genellikle karaciğer kistik hastalığına böbrek de eşlik eder. Polikistik karaciğer vakalarının hemen hemen yarısında böbrekte tutulmuştur⁴. Literatürde 400 tane konjenital soliter karaciğer kisti yayınlanmıştır⁴.

Konjenital karaciğer soliter kistleri tek katlı cuboidal epitelle kaplı, içi sarıyeşil sıvı ile dolu, uniloküler kistlerdir. Bizim vakamızda bu patoloji ile uyumludur.

Dalak ve karaciğerin kistik hastahklarında tanıda en yardımcı ve noninvasiv yöntem ultrasonografi ve abdominal CT dir. Karaciğerdeki 2 cm. çaplı kistler ortaya konabilir. Kist duvarındaki kalsifikasyon görülebilir. İkinci olarak izotop skan ile dalak ve karaciğerdeki kistler gösterilebilir. Arteriografi yapmak gereksizdir. Çünkü bu kitleler damarsızdır. Splenoportografiden kesinlikle kaçınılmalıdır. IV kolonjografi karaciğer kistlerinde çekilebilir ve safra yollarındaki distorsiyonu gösterir. IVP, hematüri varsa çekilmeli, böbrekteki yer değişikliğini bize gösterecektir. Ayrıca serolojik testlerde yapılmalıdır.

Dalak kistlerinin tedavisinde perkutaneous veya laparoskopik aspirasyon, insizyon ve drenaj, enükleasyon, masupiyelinizasyon ve splenektomi gibi teknikler uygulanmaktadır^{5,3}. Ancak hidatik kist düşünülüyorsa aspirasyon risklidir. Kist büyükse splenektomiye kolaylaştırmak amacıyla ancak aspirasyon yapılmalıdır. Son zamanlarda dalak kistlerinde parsiyel splenektomi önerilmektedir⁵. Seçkin tedavide budur. Bizim olgularımızın birisinde geride bırakılacak dalak dokusu kalmadığı için total splenektomi, diğerinde ise parsiyel splenektomi uyguladık.

Karaciğer kistlerinde total eksizyon en uygun yöntemdir⁴. Fakat kist derinde ve safra yollarıyla ilişkide ise tehlikeli olur. Parsiyel eksizyon, marsupiyelinizasyon,

simple drenaj diğer yöntemlerdir⁴. Eksternal drenaj enfekte kistlerde uygulanmalıdır. İnternal drenaj ise kist safra içeriyorsa tercih edilmelidir. Hepatik lobektomi geniş komplike kistlerde gerekebilir. Biz vakamızda kistin tavanını üstünü örten karaciğer dokusuyla birlikte çıkardık. İçinde safra yollarıyla ilişki saptanmadığı için internal drenaj ve diğer yöntemlere başvurmadan parsiyel hepatic rezeksiyon uyguladık.

Dalak ve karaciğerin konjenital kistlerinin bilinmesi gereken bazı komplikasyonları vardır. Konjenital dalak kistleri bazen hemoraji veya rüptür nedeniyle acil müdahale gerektirebilirler⁴.

Konjenital karaciğer kistlerinin komplikasyonları ile daha sık karşılaşılır. Bu kistler intralüminal hemoraji ve rüptüre olabilirler. Eğer pedinkülleri varsa pedinkülden torsiyone olup strangülyasyona uğrarlar, sarılık bazen konjenital karaciğer kistleriyle birlikte görülebilir. Fakat karaciğer fonksiyonları nadiren bozulur. Çok daha nadir olarak kist ile barsaklar arası fistül olabilir⁴.

KAYNAKLAR

1. MARTIN, J.W.: Congenital splenic cysts. Am J Surg. 96: 302, 1958.
2. QUCESEHI, M.A., HAFNER, C.D.: Clinical manifestations of splenic cysts. Am Surg. 31: 605, 1965.
3. ROBINS, F.G., LELLIN, E.A., LINQUA, R.W.: Splenic epidermoid cysts. Ann Surgery. 187: 231-235, 1978.
4. WILLIAMSON, R.C.N., RAMUS, N.I., SHOREY, B.A.: Congenital solitary cysts of the liver and spleen. Br. J. Surg. 871-876, 1978.
5. KHON, A.H., BENSOUSSON, A.L.: Partial splenectomy for benign cystic lesions of the Spleen. Journal of Pediatric Surgery. 21: 749-752, 1986.

Doç. Dr. Hasan DOĞRUYOL
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı
BURSA