

PAPER DETAILS

TITLE: Aksesuar dalak varyasyonu

AUTHORS: Elif Ipek AY,Sema ZANDA POLAT,Mahmut OKSZLER,Pinar GKER

PAGES: 1315-1317

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1692294>

EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

Aksesuar dalak varyasyonu

Accessory spleen variation

Elif İpek Çay¹ , Sema Polat¹ , Mahmut Öksüzler¹ , Pınar Göker¹ 

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2021;46(3):1315-1317

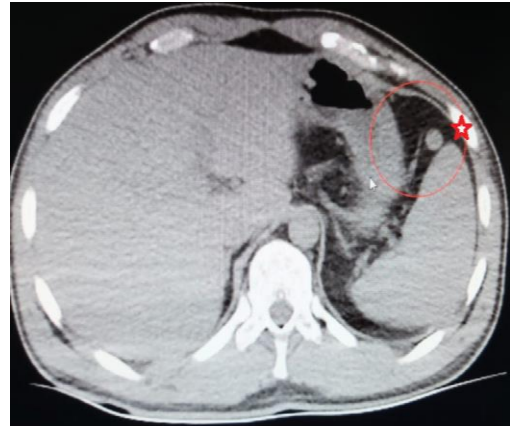
Sayın Editör,

Sol üst kadranda karın boşluğunda fundus gastrica ile diaphragma arasında bulunan kahve çekirdeğine benzeyen dalak vasküler ve lenfatik yapılarla sarılmış bir organdır. Çok kesitli Bilgisayarlı Tomografi abdominal bölgede yerleşim gösteren yapıları görüntülemeye oldukça iyi sonuçlar verir.^{1,2} Üriner sistem enfeksiyonu şikayetiyle gelen hastaya abdomen Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve laboratuvar tetkikleri yapıldı. BT tetkikinde hastada primer dalak'tan hem görünüm hem de doku olarak çokta farklı olmayan aksesuar dalak varyasyonuna sahip olduğu görüldü. Bu olguda literatürde yer alan aksesuar dalak varyasyonel sınıflandırılmasının dışında farklı bir tip aksesuar dalak varyasyonunun görüntüleme bulgularını sunduk.

Kırgınlık, halsizlik ve öksürük, şikayetleriyle Hastanemize başvuran 37 yaşındaki kadın hastaya fizik muayenesi yapıldı. Muayenede, ateş; 36,5 derece, nabız; 80, kan basıncı; 120/80, solunum sayısı;16, barsak sesleri normal ve genel durumu iyi olarak kaydedildi. Üriner sistem enfeksiyonu ile polikliniğe başvuran hastaya abdomen BT ve laboratuvar tetkikleri yapıldı. BT görüntüleri kapsamlı bir şekilde incelendi ve gereken tedavi protokolü uygulandı. Hastanın BT görüntülerinde, teşhis ve tedaviden bağımsız yapılan kontrastsız aksiyal batın Bilgisayarlı Tomografi (BT) tetkikinde dalak anterior komşuluğunda 1cm boyutlu aksesuar dalak dokusu görüldü. Dalak, pankreas ve her iki böbrek normal şekil ve büyüklüğe sahipti. Lokalizasyonda herhangi bir morfolojik değişiklik yoktu. Dokusu ve genel görünümü primer dalaktan farklı değildi. Karaciğer

normal büyüklükte olup, intrahepatik safra yollarında dilatasyon saptanmadı. Ayrıca pankreas, mezenterik yağ dokular ve intestinal anlar normal görünümdeydi. Dalak boyutlarının ve parankiminin homojen olduğu görüldü.

Abdominal ana vasküler yapılar ve sakroilyak eklem normal görünümündeydi (Şekil 1). Bu durum planlanacak splenektomi cerrahi operasyonlarında veya operasyon sonrası semptomların en aza indirilmesi açısından önem teşkil edecek olması bakımından dikkate alındı ve kaydedildi.



Şekil 1. Aksesuar dalak'ın bilgisayarlı tomografi görünümü

Aksesuar dalak, normal anatomik lokalizasyonundaki dalak dokusundan farklı olarak embriyolojik gelişim sırasında oluşan fonksiyonel bir dalak dokusudur. Görülme sıklığı %10 ile %30 arasında değişiklik

gösteren anatomik bir varyasyondur.³ Embriyolojik gelişim esnasında normal dalak dokusunu oluşturacak odaklardan birinin birleşmesi esnasında yetersizlik sonucu gelişir. Genel olarak %88'i soliter, %10'u çift ve %5'i multipl olabilir.^{1,4} Ortalama 1 (min.0.2 cm-max.10 cm) cm çapa sahiptir. Genellikle bir tane olan dalak en sık olarak hilum splenicum ya da cauda pancreatis'e yakın olarak ligamentum splenorenale'de yerleşim gösterebilir.² Bununla birlikte ligamentum gastrosplenicum, omentum majus, retroperitoneal bölge ve hatta kadınlarda pelvis ve erkeklerde scrotum içerisinde bile bulunabilir. Hilus'u bulunur ve çoğunlukla splenik arterin dallarından beslenir.^{4,5} Rüptür, torsiyon, hipersplenizm gibi splenektomi endikasyonlarında operasyon sonrası semptomların devam etmemesi için aksesuar dalak varlığı klinik açıdan oldukça önemlidir.

Çok sayıda dalak olarak adlandırılan aksesuar dalak, fetal yaşamın beşinci haftasında dorsal mezogastriumda primordiyal dalak tomurcuklarının birleşimi esnasında var olan eksiklikten kaynaklanır.¹

Aksesuar dalak konjenital olarak splenik dokunun dalaktan ayrı heterotopik lokalizasyonda bulunmasıdır. Genellikle dorsal mezogastriumda lokalize, ana splenik yapının yetersiz birleşimine bağlı olarak gelişmektedir.⁶ Birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişen aksesuar dalak boyutu yaklaşık 1 cm olarak kabul edilir.⁷ Halpert ve Gyorkey tarafından üç bin kişilik bir otopsi serisinde yapılan bir çalışmada %12,1 (311) oranında aksesuar dalak saptandığını, bunların da %65'inin 1cm veya daha küçük boyutlu olduğu bildirilmiştir.³

Makroskobik ve mikroskopik görünüşü, ana dalak ile benzer olduğu ve dalağı etkileyen patolojik durumların aksesuar dalağı da etkileyebileceği belirtilmiştir. Literatüre bakıldığında dalak ve aksesuar dalağı etkileyen durumlarında farklı olduğu görülmektedir. Normal dalağın spontan rüptürünün çoğunlukla travmalar sonrası geliştiği, aksesuar dalağın spontan rüptürlerinin ise ana dalak rüptürlerine oranla daha sık görüldüğü ve tartışmalı da olsa bu rüptürlerin, minör travmalar sonucu oluştuğu,⁸ ve aksesuar dalakların klinik bir belirti vermeden ve ömür boyu fark edilmeden bulunabileceği bildirilmiştir. Ayrıca splenektomi esnasında, bir aksesuar dalağın spontan torsiyonu meydana geldiğinde klinik öneminin ortaya çıkabileceği ve pankreas, adrenal bez ve böbrek gibi diğer abdominal organlardaki lenfadenopati ve tümörlerini taklit edebileceğine vurgu yapılmıştır.¹

Aksesuar dalağın torsiyonunun çok nadir görüldüğü ve abdominal ağrı ve radyolojik olarak avasküler kitle ile varlığını sürdürdüğü gösterilmiştir. Ayrıca, aksesuar dalağın ultrasonografik ekojenitesinin, normal dalağın yapısıyla benzerlik gösterdiği, büyümüş, lenf düğümü, pankreatik karsinom, insülinoma, adacık hücreli tümör, adrenal tümör hatta gastrik leiomyom'la bile karıştırılabileceği belirtilmiştir.⁹ Yalçın ve arkadaşlarının aksesuar dalak ile yaptıkları bir çalışmada immun trombositopenik purpura, kronik lenfositik lösemi (artmış trombositopeniyle birlikte), hereditör sferositoz veya otoimmün hemolitik anemili olgularında, aksesuar dalak varlığının klinik açıdan oldukça önemli olabileceği belirtilirken, bu tür hastalığı olan olgulara uygulanan, splenektomi'ler sonrası gözden kaçmış ya da dikkate alınmayan aksesuar dalak gibi fonksiyonel rezidüel splenik dokunun da relaps'a neden olabileceği açıklanmıştır.

Aksesuar dalağın ve splenozis olgusunun bazen karışabileceği bildirilmiştir. Aksesuar dalak embriyolojik olarak gelişen ve genellikle tek bir doku olduğu ve doğuştan itibaren var olduğu, splenozisin ise travma sonucu dalak rüptürü veya operasyon esnasında gelişebileceği ve çoklu olabileceği tespit edilmiştir. Oluşum mekanizmalarındaki bazı farktan dolayı aksesuar dalak ve splenozisin lokalizasyon ve morfolojilerinin bazı farklılıklar olabileceği gösterilmiştir. Aksesuar dalak genellikle dalak hilusu ve dalağın temel destek ligamentlerinde bulunduğu, splenozisin ise çoğunlukla peritoneal kavitede seroza üzerine implante olduğu ve daha az sıklıkla operasyon bölgesinde retroperitoneal ekildiği bölgede geliştiği, ayrıca, aksesuar dalağın yağlı doku içerisinde bulunması, lokalizasyonunun belirli ve morfolojisinin standart olması nedeniyle splenozis olgularından radyolojik görüntüleme metodları ile kolaylıkla ayrılabilmesi belirtilmiştir. Hastanın hikayesinde geçirilmiş travma ve splenektomi öyküsü olması ancak tanıyı düşündürürken, travma veya operasyon geçirmemiş bir olguda, ektopik bir tutulum aksesuar dalak olarak yorumlanabilir. Tam tersi, operasyon veya travma geçirmiş bir olguda izlenen tutulum aksesuar dalak olabileceği gibi splenozis de olabilir. Splenektomi sonrası aksesuar dalak sıklığı artar. Bu durum splenektomi sonrası aksesuar dalağın hipertrofisi ve/veya splenozis gelişmesi ile ilgilidir.¹⁰

Klinik öneme sahip varyasyonlar, cerrahi planı değiştirebileceğinden rutin raporlama sırasında belirtilmelidir. Bu tip varyasyonların sıklığının az

olması rapor edilmiş olsa da, aksesuar dalak varlığı, bölge ile ilgili cerrahi girişimlerde, cerrahlar tarafından akılda tutulmalı ve bu amaçla aksesuar dalak dokularının olası lokalizasyonları dikkatle araştırılmalıdır. Mevcut vakada ileride yapılacak olası cerrahi operasyonlarda bu varyasyonun dikkate alınması önerilmiştir. Ayrıca, hematolojik bozukluklar için splenektomi yapılırken, aksesuar dalak potansiyel varlığının bilinmesi ve bunların varlığının dikkatli bir şekilde araştırılması, sonucu iyileştirmeye ve olası ikinci splenektomi ihtiyacını azaltma konusunda yardımcı olacaktır. Aksi takdirde dalak hiperplaziye uğrayacaktır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: EİÇ, SP, MÖ, PG; Veri toplama: EİÇ, SP, MÖ, PG; Veri analizi ve yorumlama: EİÇ, SP, MÖ, PG; Yazı taslağı: EİÇ, SP, MÖ, PG; İçerğin eleştirel incelenmesi: EİÇ, SP, MÖ, PG; Son onay ve sorumluluk: EİÇ, SP, MÖ, PG; Teknik ve malzeme desteği: EİÇ, SP, MÖ, PG; Süpervizyon: EİÇ, SP, MÖ, PG; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Bu çalışma için hastaneden izin alınmıştır. Etik Kurul onay belgesi alınmasına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Editöryal değerlendirme.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : EİÇ, SP, MÖ, PG; Data acquisition: EİÇ, SP, MÖ, PG; Data analysis and interpretation: EİÇ, SP, MÖ, PG; Drafting manuscript: EİÇ, SP, MÖ, PG; Critical revision of manuscript: EİÇ, SP, MÖ, PG; Final approval and accountability: EİÇ, SP, MÖ, PG; Technical or material support: EİÇ, SP, MÖ, PG; Supervision: EİÇ, SP, MÖ, PG; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: Permission was obtained from the hospital for this study. Ethics Committee approval is not required.

Peer-review: Editorial review.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Mortelé KJ, Mortelé B, Silverman SG. CT features of the accessory spleen. J Roentgenol. 2005;184:348.
2. Moore KL, Dalley AF. Clinically oriented anatomy. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 1999: 257.
3. Halpert B, Gyorkey F. Lesions observed in accessory spleens of 311 patients. Am J Clin Pathol. 1959;32:165-168.
4. Porembka MR, Doyle MBM, Chapman WC. Disorders of the spleen. In: Greer J, Foerster J, Rodgers GM, Paraskevas F, eds. Wintrobe's Clinical Hematology, Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins. 2009:1637-55.
5. Kim MK, Im CM, Oh SH, Kwon DD, Park K, Ryu SB. Unusual persentation of right-side accessory spleen mimicking a retroperitoneal tumor. Int J Urol. 2008;15:739-40.
6. Chin S, Isomoto H, Mizuta Y, Wen CY, Shikuwa S, Kohno S. Enlarged accessory spleen presenting stomach submucosal tumor. World J Gastroenterol. 2007;13:1752-54.
7. Yıldız AE, Ariyurek MO, Karcaaltincaba M. Splenic anomalies of shape, size, and location: pictorial essay. Scientific World J. 2013;2013:321810.
8. Coote JM, Eysers PS, Walker A, Wells IP. Intra-abdominal bleeding caused by spontaneous rupture of an accessory spleen: the CT findings. Clin Radiol. 1999;54:689-91.
9. Yalçın B, Tuğcu H, Kocabıyık N, Kılıç C, Ozan H. Gülhane Tıp Dergisi. 2004;46:351-52.
10. Beahrs JR, Stephens DH. Enlarged accessory spleens: CT appearance in postsplenectomy patients. AJR Am J Roentgenol. 1980;135:483-6.