

# Akut Karında Nadir Bir Neden: Splenik İnfarkt “Olgu Sunumu”

Dr. Ahmet BAŞKENT (1), Dr. A. Kerim ÖZAKAY (2), Doç. Dr. Acar AREN (3)

## ÖZET

Splenik infarkt nadir görülen bir antitedir. Genellikle hematolojik hastalıklar, vasküler ve tromboembolik bozukluklarda görülür. 35 yaşında erkek splenik infarkt olgusunu sunmayı amaçladık. Aşırı karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş şikayetleri mevcut olup fizik muayenesinde karın sol üst kadranda mükül defans ve rebaud mevcut olan olgu akut karın ön tanısı ile yatırıldı. Splenektomi uygulandı. Patolojik incelemede splenik tuberkulos (tbc) ve splenik infarkt görüldü. Sol üst kadranda ağrısı ile başvuran hastalarda predispozan faktörler varsa akut karın ayırıcı tanısında splenik infarktı gözardı edilmemesi gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Splenik infarkt, akut karın, splenik tbc

## SUMMARY

**A rare of cause acut abdomen: splenic infarction**  
Splenic infarct is an unusual antitute. Generally it arises from hemathologic deseases, vascular and tromboembolic disorders. In this article a 35 years old male with splenic infarction is presented. He was admitted to the hospital whit abdominal pain, nausea and vomiting. Abdominal tendernes was found in left upper quadrant in physical examination. Splenectomy was applied. Pathologic examination revealed splenic tuberculosis (tbc) and splenic infarct. We think that splenic infarction should not be forgotten and is should be put into the list of pre-diagnoses of cases with left upper quadrand abdominal pain under the predisposing factors.

**Key Works:** Splenic infarction, acute abdomen, splenic tbc

## GİRİŞ

Splenik infarkt nadir görülen bir dalak patolojisi olup, çoğunlukla başka hastalıkların komplikasyonu olarak görülür (1,2). Splenik infarktın, üçte birinden fazlasının sebebi atrial fibrilasyon ve atrial trombusu olanlardır(1). Diğer nedenler arasında hematolojik, vasküler, anatomik ve diğer nedenlerdir(1). Litaraturde vaka sunumları olarak karşımıza çıkmaktadır(1). Bu yazıda karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran hastanın tetkiklerinde ve muayenesinde akut karın saptanıp, patolojik incelemesinde splenik tbc ve splenik infarkt saptanması ilginç bulunmuştur.

## OLGU

35 yaşında erkek hasta, daha önce ara ara karın ağrısı olan ve 2-3 saat önce karının sol üst kadranda aniden başlayan ağrı nedeni ile acil servismize başvurdu. Sorgulamada ağrının zamanla karının her tarafına yayıldığı ve beraberinde bulantı, kusma ve halsizlik eklendiği anlaşıldı. Hastanın 4 yıl önce aynı şikayetleri ile acil servise başvurduğu, akut karın tespit edilerek mide delinmesi ön tanısı ile operasyona alınıyor. Operasyonda ne yapıldığına dair bir bilgileri bulunmuyor. Hastanın 9 ay önce teşhis edilen aktif akciğer tbc'si mevcut. Akciğer tbc için ilk 6 ay 3'lü, son 3 aydır 2'li antitbc ilaç kullanıyor. Hastada kurt travma anamnezi yok.

Yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, kan basıncı: 110/60mmHg, nabız:88/dakika, kalp ritmik, aksiller ateş 37 °C ölçüldü. Karın hassas, üst kadranda rebaud (+), defans (+), göbek üst, median insizyon skarı mevcut, solda kosto-vertebral açığı hassasiyeti (+), her iki hemitoraks dinlemekle bazallerde kreptan raller mevcut. Diğer sistem muayeneleri doğal.

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. G. Cerrahi Kliniği  
Asistanı (1), Uzmanı (2), Şefi (3)

Labaratuvar tetkiklerinde WBC: 7 000/mm<sup>3</sup>, Hb: 10,6 gr/dl, Htc: %31,5, eritrosit:4,5/mm<sup>3</sup>, PLT: 299 000/mm<sup>3</sup>, tam idrar tahlili normal, posterior-anterior akciğer grafisinde her iki hiler bölgede minimal infiltrasyon mevcut, ayakta direkt karın grafisi normal.

Hasta yaklaşık 6 saat konservatif takip edildi. Buna rağmen bulguların gerilememesi üzerine operasyona karar verildi. Lüminal organ perforasyonu on tanısı ile operasyona alındı. Göbek üst, eski insizyon yerinden karına girildi, eksplorasyonda lüminal organ perforasyonuna ait bulgu, mide-duodenuma ait omental yapışıklık saptanmadı, appendektomi yapılmış olduğu görüldü. Omentumun dalak lojuna doğru fibröz bantlar ile yapışık olduğu görüldü. Dalak eksplere edildi ve yaklaşık 25\*15\*10 cm boyutlarında olduğu ve üzerinde yer yer beyaz yer yer koyu kırmızı alanların varlığı dikkati çekti, ayrıca subkapsüler hematoma olabilecek yaklaşık 10\*8\*5 cm boyutlarında hematoma alanı izlendi. Bu bulgularla hastaya splenektomi uygulandı. Postoperatif dahiliye ve intaniye konsültasyonları yapıldı, aktif akciğer tbc teyit edilerek antitbc ilaçlarına devam edildi. Postoperatif erken ve geç dönem komplikasyon çıkmadı ve 7. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi. Dalanın patolojik muayenesinde yer yer kazai fiye granülomatöz iltihap, yer yer infarkt alanları ve 9\*8\*5 cm subkapsüler hematoma saptandı ve bu bulguların splenik tbc ye uyumlu olabileceği rapor edildi.

## TARTIŞMA

Splenik infarkta; emboli (%38), hematolojik hastalıklar (%29), splenik vasküler hastalıklar (%6), anatomik bozukluklar(%5) ve kollojen doku hastalıkları neden olmaktadır(1-3,5), diğer etiyolojik nedenler.

**Embolik hastalıklar:** Enfektif endokarditler, atrial fibrilasyon, kardiak cerrahi sonrası, marantik endokardit, sol ventriküler trombüsler, mitral valv trombusleri, enfekte torasik aorta greftleri.

**Hematolojik nedenler:** Sikle cell hemoglobinopati. lösemi, lenfoma, myelofibrozis, proksimal nokturnal hemoglobliüri, polistemia vera, immünoblastik lenfadenopati.

**Vasküler :** Splenik arter anevrizmaları, aort diseksiyonları, splenik arterde enflamatuvar değişiklikler, pitressin infuzyonu, arteriyel spazm, splenik ven trombusleri.

**Anatomik:** Splenik torsiyon, aksesuar dalak torsiyonu, inkarssere Bochdalek hernisi.

**Diğer:** Kollojen vasküler hastalıklar, hemorajik infarktüsü pankreas hastalıkları, portal hipertansiyon, nonhematolojik malignansiler, ilaç reaksiyonları, multifaktoryel, iatrojenik, mukormikozis (Jarock TM

et al: The natural history of splenic infarction. Surgery. 100: 743,1986'dan değiştirilerek alınmıştır.).

Hastaların %67'sinde sol üst kadranda ağrı görülür(1-3). Ağrı, hastaların yarısında bir haftadan az yarısında bir haftadan uzun sürelidir(1-3). Ektopik dalağın infarktı lokalize olduğu yerde bulgu verir(13). Bulantı, kusma, erken doyma tipik semptomlar arasındadır(1). Hastamızda ara ara devam eden karın ağrısı ve buna eklenen bulantı kusma şikayetleri vardı. Klasik kaynaklarda pseudokist ve apse formasyonu ile birlikte olan infarktlara, sıklıkla üst karında dolgunluk, ele gelen kitle ve plorotik semptomlar eşlik ettiği vurgulanmaktadır (1,3). Hastamızın muayenesinde bu bulgular saptanmadı.

Hastaların laboratuvar incelemesinde %53'ünde anemi (hemoglobin<11 gr/dl), %%49'unda lökositoz (>12000/mm<sup>3</sup>) ve %7'inde trombositoz (>500.000/mm<sup>3</sup>) olduğu ve ayrıca periferik yaymada Howell-Jolly cisimciklerinin görülebileceği bildirilmiştir(1,4). Hastamızda anemi mevcut iken lökosit ve trombosit sayısı normaldi, periferik yayma yapılmadı.

Massif splenik infarktlarda, direkt karın grafisinde; karın sol üst kadranda gaz yada hava-sıvı seviyesi tespit edilebilir(1). Hastamızın direkt karın grafisinde bir özellik yoktu. Karın USG splenik infarktlarda en erken 24 saat sonra demarkasyon hattının oluşması ile tanıya yardımcı olabilir(1, 2). Emboli düşünülen olgularda özellikle Doppler USG tercih edilir (4). Karın tomografisi iyi sınırlı, kontrast tutmayan, hipodens alan görüntüsü ile %75 tanı koydurucudur (1, 2, 4-6). Angiografi ve karaciğer dalak teknesyum sintigrafisinin %90 diagnostiktir (1, 3, 5).

Hastamızın daha önce neye bağlı operasyon geçirdiğinin sağlıklı bilgisini alamadık ancak muhtemel emboli atağı olabileceğini düşündük. Ayrıca ara ara karın ağrılarının varlığı bu düşüncemizi emboli ataklarına yöneltti. Patolojik incelemede; kazeifiye granülomatöz iltihap(tbc) ve birkaç odakta infarkt tespit edildi. Splenik tbc ve splenik infarktın birlikteliği ilginç bulundu. Taradığımız literatürde splenik tbc'ye bağlı splenik infarkt saptayamadık. Ancak olgumuzda ki infarktın sebebi tbc'ye mi yoksa emboliye mi bağlı olduğu anlaşılmalıdır.

Acil serviste çalışan hekimlerin, sol üst kadranda ağrısı ile başvuran hastalarda predispozan faktörler de varsa splenik infarktı gözardı etmemelerinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

- 1- Jaroch TM, A. Broughan T, Hermann ER, The natural history of splenic infarction. Surgery.

1986; 100: 743.

- 2- **Maresca G, Mirk P, De Gaetona AM, et al:** Sonographic patterns in splenic infarct. *Journal of Clinic Ultrasound.* 1986; 14: 23.
  - 3- **Spencer PR;** Healing of a splenic infarct (case raport). *Journal of Nuclear Medicine* 1975; 15: 303.
  - 4- **Dahlberg JP, Frecentese FD, Cogbill HT:** Cholesterol embolsm: Experience with 22 histologically proven cases. *Surgery* 1989; 105: 737.
  - 5- **Nguyen V.D.:** A rare cause of splenic infarct and fleeting pulmonary infiltrates: polyarteritis nodosa. *Computerized Medical Imaging and Graphics* 1991; 15: 61.
  - 6- **Cohen B.A, Mitty HA, Mendelson DS:** Computed tomography of splenic infarction. *Journal of CAT* 1984; 8: 167.
-