



Dalağın Multiloküle Epidermoid Kisti: Olgu Sunumu

Multiloculated Epidermoid Cyst of Spleen: A Case Report

Pelin YILDIZ¹, Esra PAŞAOĞLU², Kemal BEHZATOĞLU², Gülben HUQ ERDEM², Erol Rüştü BOZKURT²

¹Van Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, VAN, TÜRKİYE, ²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İSTANBUL, TÜRKİYE
Department of Pathology, ¹Van State Hospital, VAN, TURKEY, ²İstanbul Training and Research Hospital, İSTANBUL, TURKEY

ÖZ

Epitelyal splenik kistler dalağın nadir kistlerindedir. Dalağın primer epitel ya da endotel ile döşeli kistleri genellikle genç erişkinlerde görülür. 23 yaşındaki kadın hasta, karında dolgunluk hissi ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuştur. Fizik muayenesinde splenomegali mevcut olan hastaya elektif cerrahi uygulanmıştır. Makroskopik olarak 10x6 cm'lik multiloküle kistik kitlenin içerisinden peynirimsi kıvamlı materyal boşalmıştır. Stratifiye skuamöz epitelle döşeli kistin immünohistokimyasal incelemesinde, sitokeratin ve CEA ile pozitif, kalretinin, BerEP4, HBME-1 ve F8 ile negatif sonuç elde edilerek, epidermoid kist olarak raporlandı. Epidermoid kist oluşumundaki etiyolojik teoriler ışığında kendi vakamızın etyopatogenezini tartıştık.

Anahtar Sözcükler: Dalak, Epidermoid kist

ABSTRACT

Splenic epidermoid cyst is a rare cystic disease of spleen. Primary cysts of the spleen lined by epithelium or endothelium are usually seen in young adults. A 23-year-old woman with abdominal distension presented at the surgery outpatients of our hospital. Splenomegaly was detected on physical examination and elective surgery was performed. The multiloculated cyst was 10x6 cm on macroscopic examination and creamy material was drained. Immunohistochemical examination of the cyst lined with epithelium was Cytokeratin and CEA positive and calretinin, BerEP4, HBME-1 and F8 negative and it was reported as 'epidermoid cyst'. We discussed the etiopathogenesis of our case in light of the theories regarding its development.

Key Words: Spleen, Epidermoid cyst

GİRİŞ

Splenik kistler oldukça nadir olup çoğunluğunu paraziter kistler oluşturur (1). Parazitik olmayan kistler ise primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer (gerçek, epitelyal) kistler epitelyal ya da endotelial tabaka ile döşeli iken sekonder kistler (psödokistler, non-epitelyal) sıklıkla post-travmatik kaynaklıdır (2). Epidermoid kistler tüm benign nonparazitik kistlerin %10'unu oluşturur (3). Primer splenik kistler genellikle çocuklar ve genç erişkinlerde görülür (3). Peritonit, hemoraji, enfeksiyon, abse formasyonu, transdiafragmatik perforasyon gibi komplikasyonlar sonucu ya da rastlantısal olarak tanı konulabilen epidermoid kistlerin dalağın diğer benign kistik tümörlerinden ayrımı klinik olarak yapılamamaktadır. Radyolojik yöntemler belli miktarda tanıya yardımcı olabildiğinden kesin tanı splenektomi sonrası yapılan histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir. Bu nadir lezyonların konjenital ya da abdominal travma sonrası dalak içine mezotelyal sıkışma sonrası olup olmadığı tartışma konusudur. Biz bu sunumda dalakta epidermoid kistin etyopatogenezini ve ayırıcı tanı problemlerini; temel histopatolojik ve immünohistokimyasal özellikleriyle birlikte tartıştık.

OLGU SUNUMU

23 yaşındaki kadın hasta karında dolgunluk şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuştur. Fizik muayenesinde splenomegali saptanan hastaya yapılan dinamik MR'da dalağı kaudale doğru yaylandırıp, karaciğer sol lobuna bası oluşturan, yaklaşık 145x131x117 mm boyutlarında, ince septasyonlar içeren, kistik sinyal karakterlerinde kitle tarif edilip ön planda lenfanjiyom açısından anlamlı bulunduğu rapor edilmiştir. Bu bulgular ile hastaneye yatırılan ve başka bir hastalığı bulunmayan hastaya elektif cerrahi uygulanmıştır.

Dalak dokusunun kesitlerinde, makroskopik olarak 10x6 cm'lik bir alanda, içerisinden peynirimsi kıvamlı materyal boşalan, sırt sırta vermiş, çapları 0,3-0,8 cm arasında değişen çok sayıda kistik yapı izlendi (Şekil 1). Histopatolojik incelemede bu kistlerin stratifiye skuamöz epitelle döşeli olduğu, epitelin altında deri eklerinin bulunmadığı görüldü (Şekil 2). Uygulanan immünohistokimyasal boyamada; kisti döşeyen hücrelerin sitokeratin ve CEA (Karsinoembriyonik antijen) ile pozitif, kalretinin, BerEP4, HBME-1 ve F8 negatif olduğu saptandı (Şekil 3). Olgu epidermoid kist olarak rapor edildi.

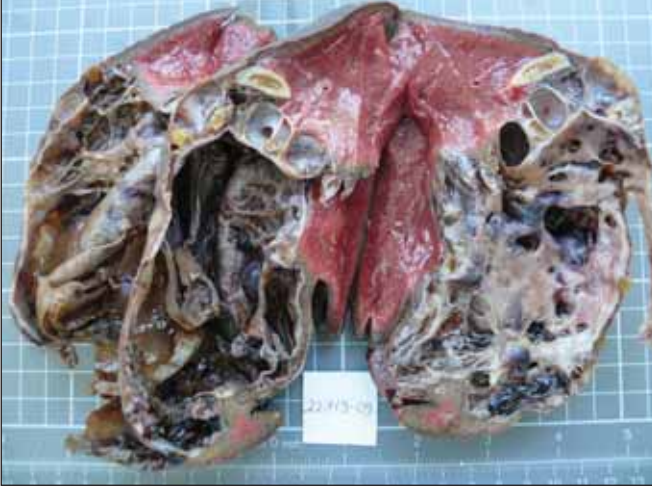
(Turk Patoloji Derg 2013, 29:238-240)

Received : 04.03.2011 Accepted : 19.05.2011

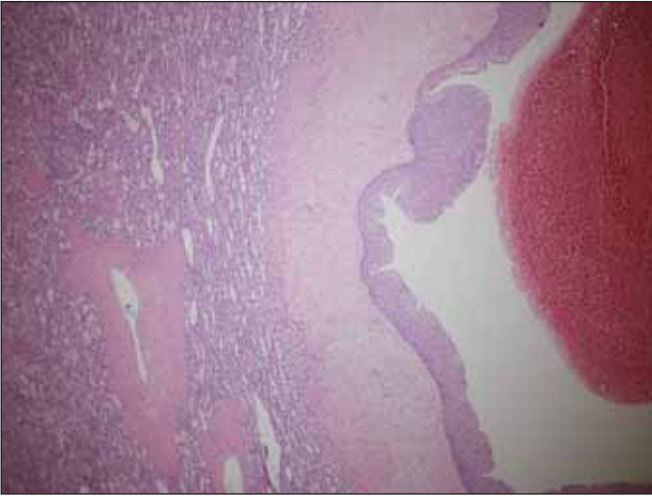
Yazışma Adresi/Correspondence: Pelin YILDIZ

Van Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, VAN, TURKEY

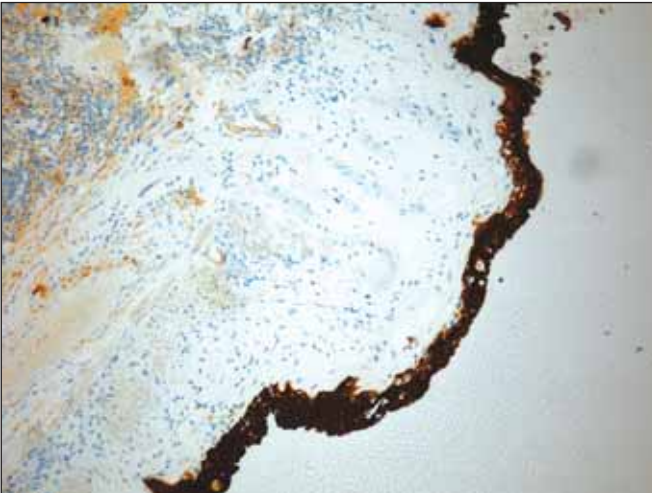
E-posta/E-mail: drpelinyildiz@gmail.com Tel/Phone: +90 532 603 10 28



Şekil 1: Yer yer içleri hematomla dolu, sırt sırta vermiş multipl kistlerden oluşan lezyonun makroskopik görünümü.



Şekil 2: Bazılarının lümeninde hematoma bulunan, skuamöz epitelle döşeli kistler (H&E; x40).



Şekil 3: Kist epitelinde sitokeratin pozitifliği (DAB x100).

TARTIŞMA

Splenik kistler oldukça nadir görülür. 42 327 otopside oluşan bir seride sıklığı %0,07 olarak bildirilmiştir. Splenik kistlerin çoğunluğunu *Echinococcus granulosus* enfeksiyonu sonucu gelişen paraziter kistler oluşturur (1). Parazitik olmayan kistler; primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer (gerçek, epitelyal) kistler epitel ya da endotel ile döşelidir (2,4,5). Döşeyici epiteli olmayan sekonder kistler ise travmayı takiben hematoma rezolüsyonu sonucu gelişir ve primer kistlerden daha fazla görülürler (3).

Epitelyal kistler örtücü epitelin morfolojisine göre epidermoid, dermoid ve mezotelyal kistler şeklinde ayrılabilir (6). Kist duvarında deri eklerinin görüldüğü dermoid kistler enderdir (7). Epidermoid kistler tüm benign nonparazitik kistlerin %10'unu oluşturur (3). Genellikle çocuklar ve genç erişkinlerde görülmekte olup; en sık 2. ve 3. dekada karşılaşılmaktadır. Kadınlarda insidansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (6). Çoğu asemptomatik olmakla birlikte 5 cm ve daha büyük olanlarda ağrı, genellikle sol üst abdominal kadranda dolgunluk hissi olabilmektedir (8). Travma sonucu rüptür, kanama hatta peritonit gibi komplikasyonlar gelişebilir (3). Olgumuz da karında dolgunluk hissi ile prezente olan büyük kistik bir kitleye sahip genç kadın hastadır.

Epidermoid kistin etyopatogenezi bilinmemektedir. Daf-tary ve Barnett'in 1971 yılındaki yayınlarında epidermoid kistin oluşum mekanizması hakkında şunlardan bahsedilmektedir: travma, gebelik, enfeksiyon, dalak dokusunun herniasyonu, daha önce mevcut olan lenfanjiyom ve Wolfian cisimciğinin hatalı yerleşimi. Basit endotel ve mezotel ile döşeli kistler hyalinize fibröz duvara sahip olup kalsifik birikim ve kolesterol yarıkları içerebilmektedir. Bu kistler abdominal vissera ve peritoneal kavitede sıklıkla görülebildiği için kökeni kesin olarak bilinmemekle birlikte epidermoid kistler kadar merak uyandırmamıştır (9).

İntrauterin hayatın 7. haftasında dalak, sol mezonefrik yapılar (gonad ve duktuslar) yakındır, buradan çöломik kavite ve iki katmanlı çöломik epitelle ayrılmaktadır. Bu dönemdeki anormal gelişim ya da travma nedeniyle gelişim gösteren dalağın içine mezonefrik elemanların dahil olup, bu epitelin metaplazisi sonucunda epidermoid kistlerin görülebileceği bildirilmiştir (10).

Dalağın teratomlarında splenogonadal füzyonun etken olabileceği öne sürülmüştür. Teratomlar sıklıkla overde yerleşimli olmakla birlikte splenogonadal füzyon vakalarının çoğunun erkek olduğu saptanmıştır. Dalağın epidermoid kistlerinde bu hipotez de göz önünde tutulabilir. Fakat bizim hastamızın overlerinde herhangi bir anomaliye rastlanmamıştır (9).

Epidermoid kist oluşumunda en geniş kabul gören başka bir etiyolojik teori; erken embriyonik dönemde gelişmekte olan dalağa, kapsül yüzeyindeki mezotelin invazyonu ya da sıkışmasıdır (11). Mezotel ile dōşeli epitelin metaplazi sonucu skuamöz epitelle yer değiştirebileceği rapor edilmiştir (12,13). Gelişmekte olan dalakta meydana gelen genetik değişikliğin konjenital malformasyona neden olabileceği de ortaya atılan tezler arasındadır (14). Epidermoid kistler; CEA ve sitokeratin (+), fakat kalretinin (-)'tir. Mezotelyal kistler; sitokeratin ve kalretinin (+), CEA (-)'tir. Bazı yazarlar bu nedenle bu kistlerin farklı kökene sahip olduğunu savunmaktadır (15). Bizim olgumuzda da CEA (+), kalretinin (-)'tir. Kistlerin tamamı çok katlı yassı epitelle örtülü olup, yapılan çok sayıda örnekleme rağmen kist yüzeyinde fokal de olsa mezotel ile dōşeli alan saptanmamıştır.

Literatürde bildirilen splenik epidermoid kistlerin bir kısmı multilokülerdir. Dalak dışında böbrek, karaciğer, beyin ve testis gibi birçok internal organda ayrıca intrapankreatik aksesuar dalakta soliter ya da multiloküler epidermoid kistler görülebilmektedir (16,17,18). Bu kistlerin oluşum mekanizması ile ilgili kaynaklandığı organa göre değişen hipotezler ileri sürülmektedir (16). Ancak literatürde epidermoid kistlerin multiloküler oluşunu açıklayan bir teori bulunmamaktadır.

Dalak kistlerinin preoperatif tanısında görüntüleme yöntemleri, seroloji ve sitolojik incelemeden yararlanılmaktadır (19). BT ve USG ile dalakta kistik lezyonun varlığı kolaylıkla saptanmasına karşın epitelyal kist ile hidatik kist ayırımı yapılamaz. Serolojik inceleme ve kist sıvısının aspire edilerek sitolojik incelenmesi ile preoperatif tanı bazen mümkün olabilmektedir (20). Ancak kesin tanı splenektomi ve kist çeperinin histopatolojik incelemesi ile konur. 5 cm'den küçük ve asemptomatik olan kistlerde takibin yeterli olduğu, 5 cm'den büyük ya da semptomatik olanların total ya da lokalizasyonu uygun ise parsiyel splenektomi ile çıkarılması gerektiği bildirilmektedir (1,3).

Sonuç olarak, splenik epidermoid kistler nadir olmakla birlikte, özellikle genç bireylerdeki abdominal kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Inokuma T, Minami S, Suga K, Kusano Y, Chiba K, Furukawa M:** Spontaneously ruptured giant splenic cyst with elevated serum levels of CA 19-9, CA 125 and Carcinoembryonic Antigen. Case Rep Gastroenterol 2010, 4:191-197
- Safioleas M, Misiakos E, Manti C:** Surgical treatment for splenic hydatidosis. World J Surg 1997, 21:374-378
- Maskey P, Rupakheti S, Regmi R, Adhikary S, Agrawal CC:** Splenic epidermoid cyst. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) 2007, 5:250-252
- Avital S, Kashtan H:** A large epithelial splenic cyst. N Engl J Med 2003, 349:2173-2174
- Hansen MB, Moller AC:** Splenic cysts. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2004, 14:316-322
- Clarkson C, Pradhan GN:** A large splenic epidermoid cyst in rural Labrador. Can J Rural Med 2007, 12:239-240
- Talerman A, Hart S:** Epithelial cysts of the spleen. Br J Surg 1970, 57:201-204
- Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, Craig JR, Turrill FL, Mikkelsen WP:** Splenic epidermoid cysts. Ann Surg 1978, 187:231-235
- Daftary M, Barnett RN:** Malignant teratoma of the spleen. Yale J Biol Med 1971, 43: 283-287
- Carpenter G, Cotter PW, Davidson JR:** Epidermoid cyst of the spleen. Aust N Z J Surg 1986, 56:365-368
- Bürrig KF:** Epithelial (true) splenic cysts. Pathogenesis of the mesothelial and so-called epidermoid cyst of the spleen. Am J Surg Pathol 1988, 12:275-281
- Ough YD, Nash HR, Wood DA:** Mesothelial cysts of the spleen with squamous metaplasia. Am J Clin Pathol 1981, 76:666-669
- Makashir R, Mandal AK, Goel RG:** Epidermoid cyst of the spleen-report of a case and review of literature. Indian J Pathol Microbiol 1990; 33:375-376
- Ito Y, Shimizu E, Miyamoto T, Taniguchi T, Nakajima K, Hara T, Kubosawa H:** Epidermoid cysts of the spleen occurring in sisters. Dig Dis Sci 2002, 47:619-623
- Palmieri I, Natale E, Crafa F, Cavallaro A, Mingazzini PL:** Epithelial splenic cysts. Anticancer Research 2005, 25:515-521
- Kanazawa H, Kamiya J, Nagino M, Uesaka K, Yuasa N, Oda K, Arai T, Nishio H, Nimura Y:** Epidermoid cyst in an intrapancreatic accessory spleen: A case report. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2004, 11:61-63
- Abdou AG, Asaad NY:** Intrarenal epidermoid cyst presented as an enlarged multicystic kidney. Saudi J Kidney Dis Transpl 2010, 21:728-731
- Sando Z, Le Coultre C, Belli D, Bugmann P, Cox JN:** Multiloculated epidermoid cyst of the liver. Pediatr Surg Int 1996, 11:384-386
- Moir C, Guttman F, Jequier S, Sonnino R, Youssef S:** Splenic cysts: Aspiration, sclerosis, or resection. J Pediatr Surg 1989, 24:646-648
- Freeny PC, Stevenson GW:** Alimentary Tract Radiology 5th ed. Vol:2. St.Louis, Mosby, 1994, 1774-1777