

SPLENEKTOMİ

Abdullah Fatih SANCAK¹

GİRİŞ

Vücudun en büyük lenfatik organı olan dalak, gestasyonun 5.haftasında ortaya çıkar. Mezoderm kökenli olup insanda ortalama 100-150 gr ağırlığında ve ortalama 12x7x5 cm boyutlarındadır.

Kanın depolanması, filtrasyon, immün yanıt ve hematopoiezis dalağın başlıca görevleridir.(1)

İlk başarılı splenektomi Rosetti tarafından 1509 yılında yapılmıştır.(2)

SPLENEKTOMİ ENDİKASYONLARI

Dalak hastalıklarında splenektomi endikasyonunun bilinmesi önemlidir. Her dalak hastalığının tedavisi cerrahi değildir ancak hastalığın progresyonu esnasında en iyi tedavi seçeneği cerrahi olabilir. (3)

Bu endikasyonlar tablo 1'de verilmiştir.

PREOPERATİF HAZIRLIK

Hastanın operasyon için onam vermiş olmasına, açlık süresinin operasyon öncesi en az 6 saat olmasına, preoperatif rutin görüntülemelerin ve tetkiklerin (akciğer grafisi, EKG, hemogram, Böbrek fonksiyon testleri, Karaciğer fonksiyon testleri, İdrar tetkiki) yapılmasına özen gösterilmelidir.

Tablo 1. Splenektomi Endikasyonları (4)

Hemoraji	<ul style="list-style-type: none"> • şiddetli batin travması • spontan rüptür • iatrojenik injury
Hipersplenizm	<ul style="list-style-type: none"> • primer hipersplenizm • sekonder hipersplenizm
Hemolitik hastalıklar	<ul style="list-style-type: none"> • Herediter sferositoz • Otoimmün Hemoilitik Anemi • Talasemi • İdiyopatik Trombositopenik Purpura • Orak Hücre Anemisi
Maligniteler	<ul style="list-style-type: none"> • Lenfoma (Hodkin's / Non Hodkin's) • Hairy cell lösemi • Lenfoproliferatif hastalıklar • Metastatik tümörler
Splenik kitleler	<ul style="list-style-type: none"> • Kistler • Tümör • Abse
Diğer	<ul style="list-style-type: none"> • Felty's sendromu • Gaucher's sendromu • Splenik ven trombüsü • AIDS

Elektif splenektomi planlanıyorsa aşılama 15 gün önce yapılmalıdır. Acil splenektomilerde preoperatif aşılama önerilmez.

¹ Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, dr.fatih sancak@gmail.com, ORCID iD: 0009-0008-7750-1766

Antiagregan verilmesi trombosit sayısına göre planlanmalıdır.

KOMPLİKASYONLAR

1. Vasküler yaralanma ve kanama
2. Komşu organ yaralanmaları
 - a. Diafram: İyatrjenik injury tam kat gerçekleşmiş ise emilmeyen sutur ile tek tek onarılmalıdır. (14)
 - b. Pankreas: Özellikle pankreas kuyruk kısmı yaralanabilir. Böyle bir durumda dren yerleştirilmesi önerilir. Kanal yaralanması durumunda bağlanabilir. Ancak ciddi yaralanmalarda rezeksiyon gerekir. (14)
 - c. Mide: Short gastrik arter ligasyonu esnasında yaralanabilir. Eğer tam kat yaralanma olduysa primer onarım ve inversiyon yapılmalıdır.
 - d. Kolon: Splenik flekura , distal transvers kolon ve proksimal inan kolon yaralanması olabilir. Çift kat onarılması önerilir.
 - e. Böbrek: Özellikle splenomegali durumunda diseksiyon esnasında yaralanabilir.
3. Atelektazi
4. OPSİ: Postsplenektomi enfeksiyon (Overwhelming Post Splenectomy infection), mortal seyredabilen bir hastalıktır. 24 saat içinde ölümle sonuçlanabilir. İlk iki yıl içinde, orak hücre anemisi ve talasemi majör hastalarında risk daha fazladır. Bu hastalarda aşının koruyuculuğu %50'dir ve her iki yılda bir tekrarlanmalıdır. (15)
5. Derin ven trombozu

DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

- » Prensipler olarak önce arter çift bağlanarak kesilir. Ardından ven çift bağlanarak kesilir.
- » Arter mümkün olduğunca distalden bağlanmalıdır. Proksimalden bağlanması durumunda pankreas beslenmesinde bozulma ve bunun sonucunda kan amilaz düzeylerinde artma görülebilir.(3)
- » Splenik ven oldukça frajildir. Özensizce yapılan manevralarda kolaylıkla büyük kanamala-

ra sebep olabilir. Ayrıca venin klempe edilmesi de önerilmemektedir.(3)

- » Hemostaz sağlandıktan sonra aksesuar dalak varlığı olası bölgelerde aranmalıdır.
- » Özellikle enfektif süreçlerden sonra dalağın çevresel yapışıklıkları damarsal yapılar içerebilir.
- » İdiopatik trobositik purpura hastalarında cerrahi alan hemoraji açısından iyice araştırılmalıdır.
- » Hemoilik anemide preop transfüzyon önerilmez. Eğer trombosit transfüzyonu yapılacaksa splenik arter bağlandıktan sonra yapılmalıdır.
- » Splenorenal ligaman pankreas kuyruğunu ve splenik vasküler yapıları sarar ve diseksiyonda injury açısından dikkatli olunmalıdır.
- » Splenorafi + transfüzyon yerine transfüzyon olmadan splenektomi daha güvenlidir.(14)

KAYNAKLAR

1. Wolf BC, Neiman RS. Disorders of the Spleen. Philadelphia: WB Saunders, 1989.
2. Skandalakis' surgical anatomy: the embryologic and anatomic basis of modern surgery ;1232
3. Mitchell A, Morris PJ. Surgery of the Spleen. Clin Haematol 1983; 12:565.
4. Danilo Coco and Silvana Leanza Indications for Surgery in Non-Traumatic Spleen Disease 2019 Sep 15; 7(17): 2958–2960.
5. Ian Peate Principles of surgical care: preoperative care:12 Aug 2015
6. Michels NA. Anatomy of the Upper Abdominal Organs. Philadelphia: JB Lippincott, 1955.
7. Van Damme JPJ, Bonte J. The Blood Supply of the Stomach. 1988:131
8. Woodburne RT. Essentials of Human Anatomy. 1969, p.430
9. Rouviere H. Anatomy of the Human Lymphatic System. 1938
10. Moore, K.L., Dalley, A.F.: Clinically oriented anatomy, 4th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1999, 257.
11. Dunphy JE. Splenectomy for Trauma. Am J Surg. 1946;71:450
12. Morgenstern L. Technique of partial splenectomy. Prob Gen Surg 1990;7:103-112
13. LB Pemberton and LJ Skandalakis Surgical Anatomy And Technique: third edition: Splenectomy
14. Beal SL, Spisso JM. The risk of splenorraphy. Arch Surg 1988; 123:1158
15. Anupam K Gupta and Oscar A Vazquez Overwhelming Post-Splenectomy Infection Syndrome: Variability in Timing With Similar Presentation: 2020 Aug: P-MC7505613