

Paratestiküler Bölgede Ektopik Dalak Dokusu (Splenogonadal Füzyon)

Ectopic Spleen Tissue in the Paratesticular Region (Splenogonadal Fusion): Case Report

Serap KARAARSLAN,^a
Filiz AYDOĞAN,^b
Oya Nermin SIVRİKOZ,^a
Nuri ÜNLÜ^c

^aPatoloji AD,
Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

^bPatoloji Laboratuvarı,
Adana Kadın Doğum ve
Çocuk Hastalıkları Hastanesi,
Adana

^cÜroloji Bölümü,
Universal Çamlıca Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 10.02.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 02.10.2012

*Bu çalışma, 21. Ulusal Patoloji Kongresi
(16-20 Kasım 2011, İzmir)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Serap KARAARSLAN
Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Patoloji AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
serapkaraarslan@gmail.com

ÖZET Bu çalışmada, splenogonadal füzyonu olan 14 yaşındaki bir olguyu sunmaktayız. Hastamızı sol skrotal kitle nedeni ile hastaneye getirilmiştir. Paratestiküler tümör ön tanısıyla kitle eksizyonu yapılmış, histopatolojik inceleme ile splenogonadal füzyon tanısı konulmuştur. Splenogonadal füzyon, nadir görülen benign bir konjenital anomalidir. Cinsiyet dağılımı açısından ağırlıklı olarak erkekleri etkiler. İlk olarak 1883 yılında Boestrom tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra Putschar ve Pommer tarafından ayrıntılı tanımlamaları yapılmış ve alt tipleri belirlenmiştir. Devamlı ve devamlı olmayan olmak üzere iki alt tipi mevcuttur. Devamlı tipinde ek konjenital anomaliler izlenebilmektedir. Olgumuzda ek bir anomali mevcut değildir. Olgumuzu nadir olması, klinik olarak ayırıcı tanı zorluğu oluşturabilmesi ve intraskrotal/ekstratestiküler kitlelerin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gerektiğini hatırlatmak için sunmaya değer bulduk.

Anahtar Kelimeler: Testis; dalak

ABSTRACT Here we report, a 14 years old male patient with splenogonadal fusion. Our patient presented to our hospital because of a left scrotal mass. Mass excision was performed because of suspected preoperative paratesticular neoplasm splenogonadal fusion was diagnosed on histopathological examination. Splenogonadal fusion is a rare benign congenital anomaly. Splenogonadal fusion strongly favors the male in terms of the sex distribution. It's firstly described by Boestrom in 1883. Later it was reported in detail by Pommer and Putschar. There are two types of splenogonadal fusion: continuous and discontinuous. In the continuous type additional congenital anomalies may be seen. In our case there is no additional anomaly. We considered this case worth to present, as it is rare making difficulty of distinctive diagnosis clinically and to remind that it should be considered in the distinctive diagnosis of intrascrotal/extratesticular masses.

Key Words: Testis; spleen

Türkiye Klinikleri J Urology 2012;3(2):49-51

Splenogonadal füzyon nadir rastlanılan bir konjenital anomali olup, erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülür. İlk olarak 1883 yılında Boestrom tarafından tanımlanmıştır. Dalak dokusu ile gonadal-mezonefrik doku arasında anormal bir bağlantı nedeni ile gelişmektedir. Testiste, paratestiküler ve pelvik bölgede oluşabilir. Devamlı ve devamlı olmayan olmak üzere iki tipi mevcut olup, özellikle devamlı tipinde ek konjenital anomalilerle (kriptorşizm, orofasyal ve/veya ekstremitelerle) birliktelik saptanmıştır.¹ Bizim olgumuz devamlı olmayan alt tip ile uyumludur. Skrotal

bölgede gelişen tümörler içerisinde değişik serilerde görülme oranı %6-30 olarak verilmiş olmakla birlikte, şu ana kadar İngilizce literatürde yaklaşık 170 olgu bildirilmiştir.^{2,3}

OLGU SUNUMU

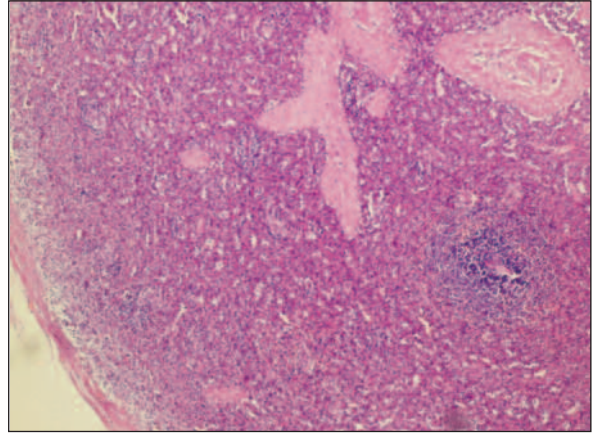
Olgumuz 14 yaşında, sol skrotal kitle nedeni ile üroloji kliniğine getirilmiş bir hastadır. Genital muayenesinde sağ skrotal bölgede ve testiste anormallik saptanmamıştır. Sol paratestiküler bölgede elastik kıvamda, mobil ve adeta tespiti gibi dizilmiş üç adet kitle izlenmiştir. Ultrasonografik incelemede bu kitleler, solid, hipoekoik, düzgün kenarlı nodüler lezyonlar olarak değerlendirilmiştir. Tümör belirteçleri normal seviyededir. Abdominal ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde dalak olağan özellikte olup, ürogenital sistemde de ek bir patolojiye rastlanmamıştır. Olgu, testis tümörü ön tanısıyla opere edilmiştir.

Makroskobik incelemede 3 adet sırasıyla 1,5x1 cm, 1x0,5 cm, 0,5x0,4 cm boyutlarında, düzgün yuvarlak konturlu kitleler dikkati çekmiştir. Kesit yüzleri gevşek ve koyu-kırmızı renktedir. Mikroskobik incelemede fibröz bantlarla birbirinden ayrılmış, kırmızı ve beyaz pulpası ile olağan görünüme sahip dalak dokusu izlenmiştir (Resim 1, 2). Bu özelliklerle olgu splenogonadal füzyon veya aksesuar dalak dokusu olarak kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

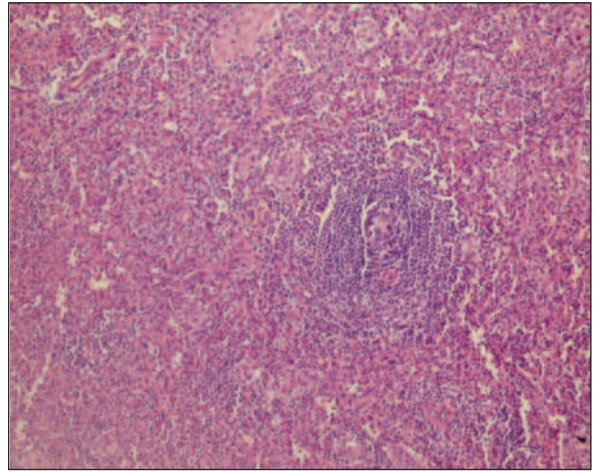
Aksesuar dalak sık görülmekle birlikte, paratestiküler bölgede yerleşimi nadirdir.⁴ Daha çok erkeklerde, 20 yaş altında ve ağırlıklı olarak sol tarafta görülür. Bundan dolayı paratestiküler kitlelerde göz önünde bulundurulmalı ve mutlaka testis tümörleriyle ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Akla gelmediği sürece preoperatif tanı koymak zordur.

USG'de splenogonadal füzyon normal testiküller parankime göre daha düşük yansıtıcı (reflektive) özelliğe sahip skrotal kese içi bir kitleye benzer. Kitle testisten ayrı görülmeyebilir ve bu nedenle primer testis tümörü ile karışabilir.^{5,6} Ayrıca, USG olarak ayırıcı tanıda paratestiküler yerleşimli benign solid oluşumlar da düşünülmelidir. Sper-



RESİM 1: Dalak dış kapsülünden içeri giren trabekülalar parankimi bölmelere ayırmaktadır. Kırmızı ve beyaz pulpa net olarak ayırt edilmektedir (HE, x100).

(Renkli hali için Bkz. <http://uroloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2: Olağan özellikler taşıyan dalak dokusunda lenfoid folikül yapıları içeren beyaz pulpa ve eritrosit, makrofaj izlenen kırmızı pulpa dikkati çekmektedir (HE, x200).

(Renkli hali için Bkz. <http://uroloji.turkiyeklinikleri.com/>)

matik kord lipomu, dermoid kist, leiomyom, adenomatoid tümör, spermatik kord fibromu ve skrotal hemanjiyom aynı görünümü oluşturabilir.^{7,8} Radyolojik olarak bu lezyonlar birbirini taklit edebilir; Doppler USG ve yüksek yumuşak doku rezolüsyonu nedeni ile kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ayırıcı tanıda faydalı olabilir.^{9,10} Ekstratestiküler malign lezyonlar (en sık sarkomlar) radyolojik olarak daha heterojen yapıdadır, konturları net seçilemez. Erken dö-

nemde komşu dokulara invazyona yol açarak olgumuzdakinden oldukça farklı ve malignite için tipik görüntüleme bulguları oluştururlar. Spesifik olarak radyonüklid dalak sintigrafisi veya karaciğer dalak "Single-photon emission computed tomography (SPECT)" tanıya yardımcı olabilir. Ancak bu yöntemlerin rutinde hem uygulanabilirliği hem de ulaşılabilirliği kolay değildir. Bizim olgumuzda da, bu yöntemler hem bu nedenlerden hem de akla gelmediğinden uygulanamamıştır. Olgumuza paratestiküler tümör ön tanısıyla eksplorasyon yapılmış, kitleler eksize edilmiş ve histopatolojik inceleme ile tanı konulmuştur.

Aksesuar dalak olguları otopsielerde ve herni operasyonları sırasında tesadüfi saptanabilir. Bazen de dalağı etkileyen lösemi gibi maligniteler ve malignara, Kala-azar gibi enfeksiyonlarda bu bölgede şişlik meydana gelebilir.¹¹

Gelişimiyle ilgili olarak genetik mutasyonların ve kromozom anomalilerinin ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak kesin neden tam olarak bilinmemektedir.¹² Özellikle devamlı tipinde bu duruma eşlik edebilecek başka anomalilerin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.² Bu nedenle özellikle bu tipte sistemik taramaların da yapılması gerekebilir.

Klinik olarak splenozis de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Bilindiği gibi splenozis, dalak dokusunun cerrahi veya travmatik bir süreç sonrasında ototransplantasyonu sonucu gelişir. En sık abdominal bölgeyi etkiler. Nadir de olsa pelvik ve intratorasik bölgelerde de oluşabilir.¹³ Bizim olgumuzda hem travma hem de operasyon öyküsü olmadığı gibi, yerleşim yeri de splenozis için pek uygun değildir. Ancak splenogonadal füzyonun dalak-gonad yolunda herhangi bir düzeyde olabileceği göz önüne alındığında, bir grup olguda klinik olarak ayırıcı tanı zorluğu oluşturabilir.

SONUÇ

Akla gelmediğinde klinik olarak ayırıcı tanı zorluğu yaratabilecek bir durum olan splenogonadal füzyon, mikroskobik düzeyde aynı zorlukları oluşturmayacak kadar dalağa benzediğinden tanı problemi meydana getirmez. Ayrıca, yapılabildiğinde radyonüklid dalak sintigrafisi veya karaciğer dalak SPECT tanıyı kolaylaştırır. Ancak klinik olarak arada kalınan olgularda, radyolojik tetkikler yapılmıyorsa, operasyonun seyrini belirlemek için frozen çalışmak iyi bir çözüm yolu olarak görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Putschar WG, Manion WC. Splenic-gonadal fusion. *Am J Pathol* 1956;32(1):15-33.
2. Algaba F, Mikuz G, Boccon-Gibod L, Trias I, Arce Y, Montironi R, et al. Pseudoneoplastic lesions of the testis and paratesticular structures. *Virchows Arch* 2007;451(6):987-97.
3. Hass GP, Shumaker BP, Ceny JC. The high incidence of benign testicular tumors. *J Urol* 1986;136(6):1219-20.
4. Finkbeiner AE, DeRidder PA, Ryden SE. Splenic-gonadal fusion and adrenal cortical rest associated with bilateral cryptorchidism. *Urology* 1977;10(4):337-40.
5. Kalomenopoulou M, Katsimba D, Arvaniti M, Chakkas J, Sinopidis X, Kotakidou R, et al. Male splenic-gonadal fusion of the continuous type: sonographic findings. *Eur Radiol* 2002;12(2):374-7.
6. Henderson RG, Henderson DC, Reid IN, Atkinson PM. Case report: splenic-gonadal fusion--the ultrasound appearances. *Clin Radiol* 1991;44(2):117-8.
7. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZ, Haste F, Neill JS. Multimodality imaging of paratesticular neoplasms and their rare mimics. *Radiographics* 2003;23(6):1461-76.
8. Lee GE, Rha SE, Byun JY, Lee K, Kim SW. Paratesticular solitary fibrous tumor: a rare cause of a hypervascular extratesticular mass. *J Ultrasound Med* 2011;30(2):279-81.
9. Sung T, Riedlinger WF, Diamond DA, Chow JS. Solid extratesticular masses in children: radiographic and pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(2):483-90.
10. Ch Tsili A, Tsampoulas C, Giannakopoulos X, Batistatou A, Arkoumani E, Silakos A, et al. Solitary fibrous tumour of the epididymis: MRI features. *Br J Radiol* 2005;78(930):565-8.
11. Karaman MI, Gonzales ET Jr. Splenogonadal fusion: report of 2 cases and review of the literature. *J Urol* 1996;155(1):309-11.
12. Hizli F, Uygur MC, Irkkan C. Splenogonadal fusion: report of a case. *Int J Urol* 2005;12(6):591-2.
13. Özdeş ME, Özkol V, Ayan A, Alagöz E. Pelvic splenozis. *Turk J Nucl Med* 2010;19(3):163-5.