

Intratorasik ekstraparankimal nüks dev kist hidatik

Intrathoracic extraparenchymal recurrent giant hydatid cyst

Ergönül A G Akçam T İ Çakan A Çağırıcı U

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Bornova, Türkiye

Özet

Hidatidozis, çoğunlukla köpek dışkısı ile insana bulaşan *Echinococcus granulosus*'un larva formlarının neden olduğu paraziter bir hastalıktır. Hidatik kistlerin en sık yerleştiği organlar karaciğer (%60-70) ve akciğerler (%20-30) olup intratorasik ekstrapulmoner tutulum nadirdir. Hastaların semptomları kistin yerleşim yerine ve büyüklüğüne göre değişiklik göstermektedir. Karaciğer veya akciğer operasyonu sonrası nüks oranı %1.4-%11 arasındadır. Bu yazıda, 16 ve 20 yıl önce akciğer kist hidatiği nedeniyle opere edilmiş iki olguda gelişen intratorasik ekstraparankimal dev kist hidatiklerinin tanı ve tedavisi değerlendirildi.

Anahtar Sözcükler: Dev kist hidatik, intratorasik ekstraparankimal, nüks.

Summary

Hydatidosis is a parasitic disease caused by larval forms of *Echinococcus granulosus*, where it is mostly transmitted to humans by the faeces of infected dogs. Hydatid cysts are localized usually in the liver (in 60-70% of cases) and in the lungs (in 20-30% of cases), whereas intrathoracic extrapulmonary involvement is rare. Symptoms vary depending on the size and localization of the cysts. After a lung or liver operation, hydatid disease recurs with a rate of between 1.4%-11%. In this report, we evaluated the diagnosis and treatment of recurrent intrathoracic extraparenchymal giant hydatid cysts in two patients whom operated on 16 and 20 years before pulmonary hydatidosis.

Key Words: Giant hydatid cyst, intrathoracic extraparenchymal, recurrence.

Giriş

Kist hidatik hastalığı çoğunlukla köpek dışkısı ile insana bulaşan *Echinococcus granulosus*'un larva formlarının neden olduğu paraziter bir hastalıktır (1). Hidatik kist hastalığı, Akdeniz ülkeleri başta olmak üzere tarım ve hayvancılıkla uğraşan, çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik önlemlerinin yetersiz kaldığı ülkelerde görülür. Ülkemizde kırsal bölgelerde insidansı 20/1.000.000 olarak rapor edilmiştir (2). En sık yerleştiği organlar karaciğer (%60-70) ve akciğer (%20-30) olup intratorasik ekstrapulmoner tutulum nadirdir. Bu tür olağan olmayan yerleşimler, primer inokülasyonla ya da mevcut odaktan hematogen/lenfojen yayılım veya komşuluk yoluyla gelişebilmektedir. Hastaların semptomları kistin yerleşim yerine ve büyüklüğüne göre değişiklik gösterir. Karaciğer veya akciğer kist hidatiği operasyonu sonrası nüks gelişimi %1.4-%11 arasında bildirilmiştir (3,4). Düzenli medikal tedavi ve takip ile günümüzde rekürrens sıklığı ve buna bağlı mortalite ve morbidite oranları azalmaktadır.

Olgu Sunumu**Olgu 1**

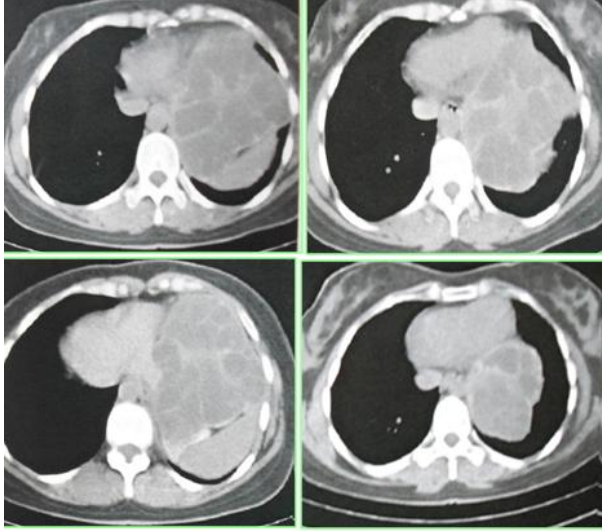
Yirmi yıl önce sol akciğer kist hidatiği nedeniyle opere olan 30 yaşındaki kadın hasta sol omuz ağrısı nedeniyle hastaneye başvurmuş. Tetkikler esnasında sol akciğerinde yer kaplayıcı lezyon tespit edilen hasta polikliniğimize yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde sol hemitoraks alt zonda solunum sesleri azalmıştı. Biyokimyasal değerlerinde patolojik olarak sedimentasyon hızı 44 mm/saat olarak bulundu. PA akciğer grafisinde, sol akciğer alt zonda yaklaşık 6x7 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, non-homojen dansite artışı izlendi. Toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda hiler ve infrahiler yerleşimli, 5.5 cm çaplı, multiloküle kistik oluşum, batın orta hattın solunda subdiafragmatik yerleşimli, mideyi posteriora itip, dalak ve karaciğere bası oluşturan, diyafragmayı evantre eden, 16x9 cm boyutlarında ikinci bir multiloküle kistik oluşum izlendi (Şekil-1). Bunun üzerine batın ilişkisini daha iyi değerlendirmek üzere üst batın BT ve sonrasında toraks MR istendi. Bu tetkikler sonucunda sol akciğerden diyafragma altına uzanan, rekürren kist hidatik olduğuna karar verilerek operasyon planlandı. Genel Cerrahi ile konsülte edilerek ortak operasyon planlandı. Sol posterolateral torakotomi ile eski insizyon

Yazışma Adresi: Ayşe Gül ERGÖNÜL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Bornova, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 30.10.2012 Kabul Tarihi: 12.02.2013

skarı üzerinden toraksa girildi. Fissür içine yerleşimli, buradan diyafragma üzerine uzanan, parankim dışı kist görüldü. Kistotomi yapıldı ve içinde multipl kistik lezyonlar olduğu ve aynı kistin diyafragmaı iterek batına doğru uzandığı görüldü. Kist içeriği boşaltıldı, duvarları eksize edildi, diyafragma primer onarıldı (Şekil-2). Postoperatif bir problemi olmayan hastaya antiparaziter tedavi başlanarak 4. gün taburcu edildi.



Şekil-1. Birinci olgunun göğüs BT görünümü.

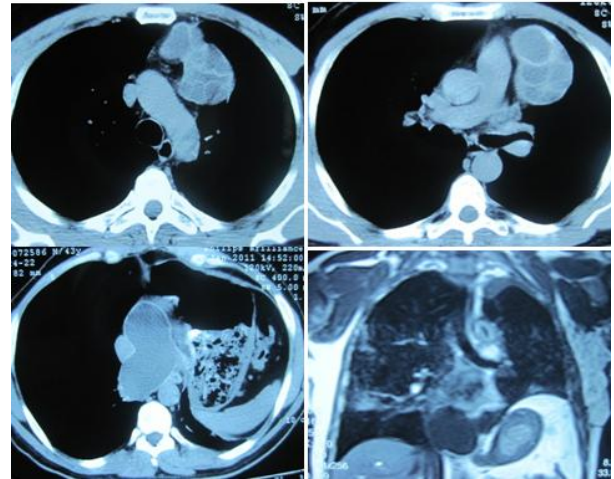


Şekil-2. Birinci olgunun ameliyat görüntüleri.

Olgu 2

Kırk iki yaşında erkek hasta 1994 yılında sol akciğer kist hidatiği nedeniyle opere edilmiş ve takibe alınmış. Rutin kontrollerinde akciğerde kistik lezyonlar saptanması üzerine polikliniğimize başvurmuş. Fizik muayenesinde sol alt zonda solunum seslerinde azalma tespit edildi. Biyokimyasal incelemelerinde AST: 44 u/L, ALT:66 u/L, anti-HBe, anti-HBc ve HBsAg pozitif bulundu. PA akciğer grafisinde sağ hiler dolgunluk, sol parakardiyal alanda, kalp konturlarını silen, sınırları belirsiz, non-homojen dansite artışı ve sağ hemidiyafragma yükselmiş olarak izlendi. Toraks BT'de anterior mediastende sol akciğer üst lob anterior segmente uzanan, septalı, 7 cm çapında, düzgün sınırlı kistik kitle, ayrıca sağ inferior pulmoner ven çıkımında, posterior mediastende, özefagus ile arasındaki yağ planları silinmiş, lobüle konturlu, 9 cm çapında kistik kitle tespit edildi (Şekil-3). Preoperatif incelemeleri tamamlanan hasta rekürren kist hidatik ön tanısıyla operasyona alındı. Sol posterolateral torakotomi ile toraksa ekstraplevral olarak girildi. Mediastene

ve üst loba sıkı yapışıklık gösteren yaklaşık 7x5 cm boyutlarında kistik oluşum görüldü. Tüm yüzeylerden ayrılarak salim olarak çıkarıldı. Üst lob anterior sıkı yapışıklık nedeniyle "wedge" rezeksiyon ile kist duvarıyla birlikte çıkarıldı. Postoperatif bir problemi olmayan hasta 5. gün taburcu edilerek kontrole çağrıldı. İki ay sonra posterior mediastende kistik lezyon için operasyon planlanan hasta tekrar yatırıldı. Çekilen Toraks BT'de daha çok arka alt mediastende yerleşen ve öne doğru uzanım gösteren, subkardiyal, posteriorda sağ paravertebral alana doğru uzanan, orta hatta ise inen aorta anteriorunda sola doğru ekstansiyon gösteren ve anteriora doğru ilerleyen, triangular görünümde, homojen, pür kistik yapıda, ince cidarlı, düzgün kenarlı kitle tespit edildi. Rutin incelemeler sonrası operasyona karar verildi. Sağ posterolateral torakotomi ile toraksa girildi. Eksplorasyonda, inferior pulmoner venin altında, kalp, diyafragma ve özefagus komşuluğunda, alt loba yapışıklık gösteren kistik lezyon görüldü. Kist insize edildiğinde kütiküler membran ve kaya suyu aspire edildi. Etraf doku korunarak membran çıkarıldı. Kist duvarları rezeke edildikten sonra akciğere yapışıklık gösteren kısım "wedge" rezeksiyon ile çıkarıldı. Postoperatif bir problemi olmayan hasta antiparaziter tedavi başlanarak 4. gün taburcu edilerek kontrole çağrıldı.



Şekil-3. İkinci olgunun toraks BT ve MR görüntüleri.

Tartışma

Kist hidatik çok eski zamanlardan beri bilinen ve gelişmekte olan ülkeler için halen ciddi bir sağlık sorunu olan paraziter hastalıktır. *Echinococcus*'un insanda hastalık yapan 4 türü olup, en sık görülenleri kistik ekinokokkoza neden olan *Echinococcus granulosus* ve alveoler ekinokokkoza yol açan *Echinococcus multilocularis*'tir. İnsan ve hayvanlar için esas bulaşma kaynağı köpekler, köpekler için ise kist hidatikli otçul hayvanlardır (5).

Hidatik kistler ya primer inokülasyon ya da sekonder yayılımla vücudun her bölgesinde görülebilir. En sık yerleşim yeri karaciğer (%60-70) olup, bunu akciğerler (%20-30) izler. Daha az sıklıkla dalak, böbrek, kalp, kemik ve santral sinir sisteminde görülür (%10). Primer enfeksiyon dışında bulaşma için diğer bir yol, primer odağın spontan olarak ya da travma ile perfore olmasıyla serbest kalan protoskolekslerin hematojen/lenfatik veya transdiyafragmatik yolla hastalık oluşturmasıdır. İkinci en sık yerleşim yeri akciğerler olup, intratorasik ekstrapulmoner yerleşim yerleri arasında mediasten, plevra, perikard ve göğüs duvarı bulunur (6). Olgularımızda görülen parietal plevra ve mediasten yerleşimli kist hidatiklerin daha önceki operasyonlara sekonder inokülasyonla geliştiğini düşünmekteyiz.

Elastikyeti açısından akciğer, kistin büyümesine olanak veren bir organdır. Lamy (7), üç olgusunda 6 cm ve üzeri kistleri, Halezaroğlu ve ark. (8) ile Karaoğlanoğlu ve ark. (9) ise 10 cm ve daha büyük kistleri dev kist olarak kabul etmiştir. Olgularımızda görülen multipl kistler bu tanımlara uyduğundan bunları dev kist olarak kabul ettik.

Kist hidatik hastalığı çoğu zaman asemptomatiktir. Semptomlar kistin yerleşim yerine ve büyüklüğüne bağlıdır. Bronşiyal ve kardiyovasküler sisteme yakın komşuluğu nedeniyle akciğer kist hidatiği daha erken semptom vermektedir. Erken semptomlar, erken tanı koydurarak, kistin büyümesindeki sınırsızlığa engel olmaktadır (8). Dev kist hidatik semptom ve bulguları, basit kist hidatik nedeniyle ortaya çıkanlardan farklı değildir. Öksürük, dispne, ateş, göğüs ağrısı, hemoptizi

ve deri döküntüleri gözlenebilir. En tanışal semptom, hidoptizi denilen, rüptüre bağlı kist sıvısının ya da membranının ekspektorasyonudur. Olgularımızdan biri diyafragma iritasyonuna bağlı olduğunu düşündüğümüz sol omuz ağrısı ile başvururken diğeri asemptomatiktir.

Kist hidatik tanısı radyolojik incelemeler ve serolojik yöntemler ile konur. Radyolojik yöntemlerden PA akciğer grafisi, torasik ultrasonografi, toraks bilgisayarlı tomografi, toraks manyetik rezonans ve gereğinde kardiyak tutulumlar için ekokardiyografi en çok tercih edilen yöntemlerdir. Deri testleri, kompleman fiksasyon yöntemi, kan eozinofil sayımı, indirekt hemaglutinasyon testi kullanılan laboratuvar yöntemleridir; fakat yalancı pozitif sonuçlar verebileceği akılda tutulmalıdır (10).

Kist hidatik, bronş içine veya plevra boşluğuna rüptüre olabilmesi ve hayati organlara bası ile önemli komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle, tanı konulur konulmaz tedavi edilmelidir. Tedavi öncelikle cerrahidir. Cerrahi işlemi tolere edemeyecek hastalarda veya cerrahi tedaviyi kabul etmeyenlerde benzimidazol grubu ilaçlarda medikal tedavi uygulanabilir.

Dev kist hidatiklere yaklaşım, temel prensipler bazında aynı olmakla birlikte daha fazla özen gerektirmektedir. Küçük çaplı kist hidatik olgularına göre daha sık komplikasyon ve mortalite izlenmektedir. Bizim olgularımızda yapışıklıklar dolayısıyla akciğere yaptığımız küçük wedge rezeksiyonlar dışında organlar korunmuş olup mortalite ve morbidite gelişmemiştir. Postoperatif dönemde koruyucu amaçlı albendazol başlanmış olup hastalar izlem altındadır.

Kaynaklar

1. Sahin E, Enon S, Cangir AK, et al. Single-stage transthoracic approach for right lung and liver hydatid disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;126(3):769-73.
2. Doğan R, Yüksel M, Çetin G, et al. Surgical treatment of the hydatid cyst of the lung: Report on 1055 patients. *Thorax* 1989;44(3):192-9.
3. Schantz P. Echinococcosis. In: Guerrant R, Walker DH, Weller, PF (eds). *Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens and Practice*. Philadelphia: Saunders; 1999:1005-25.
4. King CH. Cestodes (Tapeworms). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, (eds). *Principles and practice of infectious diseases*. New York: Churchill Livingstone; 1995:2544-53.
5. Ekim N, Uçan ES. *Toraks Kitapları. Solunum Sistemi Enfeksiyonları* 2002;3(4):557-609.
6. Seghal S, Mishra B, Thakur A, Dogra V, Loomba PS, Banerjee A. Hydatid cyst of mediastinum. *Indian J Med Microbiol* 2008;26(1):80-1.
7. Lamy AL, Cameron BH, LeBlanc JG, et al. Giant hydatid lung cysts in Canadian northwest: Outcome of conservative treatment in three children. *J Pediatr Surg* 1993;28(9):1140-3.
8. Halezaroğlu S, Çelik M, Uysal A, et al. Giant hydatid cysts of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;113(4):712-7.
9. Karaoğlanoğlu N, Kürkçüoğlu IC, Görgüner M, et al. Giant hydatid lung cysts. *Eur J Cardiovasc Surg* 2001;19(6):914-7
10. Ülkü R, Eren N, Çakır O, Balcı A, Onat S. Extrapulmonary intrathoracic hydatid cysts. *Can J Surg* 2004;47(2):95-8.