

# Olgu Sunumu: Primer Dalak Kist Hidatiği

Gülçin HEPGÜL<sup>1</sup>, Deniz TİHAN<sup>1</sup>, Pınar KOCAEL<sup>1</sup>, Yaşar DOĞAN<sup>1</sup>, Tülin ÖZTÜRK<sup>2</sup>, Alper CİHAN<sup>1</sup>

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <sup>1</sup>Genel Cerrahi Kliniği, <sup>2</sup>Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

**ÖZET:** *Echinococcus granulosus*'un sebep olduğu hidatik kist hastalığı endemik bölgelerde halen önemli bir sorun teşkil etmektedir. Endemik bölgeler başlıca Türkiye'nin de içinde bulunduğu Orta ve Doğu Avrupa, Güney Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda ve Güney Afrika'dır. Hastalık sıklıkla karaciğer ve akciğerleri etkilemektedir. İzole dalak tutulumu literatürde nadirdir. Yazıda, primer izole dalak tutulumu olan ve cerrahi olarak tedavi edilen bir olgu değerlendirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Kist hidatik, *Echinococcus granulosus*, dalak, splenektomi

## Case Report: Primary Splenic Hydatidosis

**SUMMARY:** Hydatidosis, caused by *Echinococcus granulosus* is still an important problem in endemic areas as Middle and Eastern Europe including Turkey, South America, Avustralya, New Zealand and South Africa. Hydatid disease affects more common liver and lung. Isolated splenic hydatidosis are quite rare in the medical literature. Here we report a case of isolated primary splenic hydatid cyst which is treated by splenectomy.

**Key Words:** Hydatidosis, *Echinococcus granulosus*, spleen, splenectomy

## GİRİŞ

Ekinokokkozis, hayvanların ve insanların, parazitik ve zoonotik hastalığıdır. Etken *Echinococcus granulosus*, nadiren de *Echinococcus multilocularis*'tir (1-3). Köpeklerin ince bağırsağındaki erişkin parazit, ilk olarak 1786 da Basch tarafından tanımlanmış ve *Echinococcus granulosus* adı verilmiştir (1, 2). Köpek dışkı ile kontamine sebze ve meyvelerin yenmesi veya köpeklerle temas ile yumurtalar ara konakçılara geçer. Alınan yumurtaların zarfı midede asit ve pepsin aracılığı ile açılır, intestinal mukozadan geçerek portal ven ve lenfatikler aracılığı ile karaciğere gelir. Bir kısmı ise sinüzoidlerden ve kalpten geçerek akciğere ulaşır. Çok nadiren, parazit genel dolaşıma geçer ve tüm vücut yapılarına yerleşebilir (2-4). Larva hedef organa vardığında, mononükleer hücreler ve eosinofillerden oluşan bir inflamasyon başlatır. Birçok larva harap olurken, bir kısmı kistik yapılar oluşturur ve kistler zamanla büyür. Kistin içinde nükleuslu germinatif tabaka, dışında ise opak, nükleus içermeyen laminalardan oluşan bir dış tabaka vardır. En dışta konağa ait inflamatuvar hücreler ve fibroblastlarca oluşturulan fibröz bir kapsül bulunur. Kistler oluşuktan sonra, altı ay içinde, germinatif membranın etkisiyle yavru kistler gelişir (1-3).

Hidatik hastalığı en sık karaciğer ve akciğerde görülmeyle birlikte, nadiren diğer dokular da tutulabilir (1-4). Ekstrahepatik hidatik kistler genellikle karaciğerdeki primer odakların cerrahi yada cerrahi dışı rüptürüne bağlı olarak ortaya çıkarlar (4). Dokuların karaciğer yada akciğerde herhangi bir odak olmaksızın, primer olarak tutulması ise daha nadirdir (4-6). Dalak primer olarak üçüncü sıklıkta tutulan organ olmasına rağmen splenik kist hidatik, endemik bölgelerde bile total ekinokokkozis insidansının sadece %5'ini oluşturur (1, 4). Yazıda, nadir olarak görülmesi nedeniyle, dalağın primer hidatik hastalığı ile kliniğe başvuran bir olgu paylaşılmıştır.

## OLGU

Otuz dört yaşında erkek hasta, üç yıldır aralıklı olan epigastrik hassasiyet ve sol üst kadrana yayılan künt vasıfta ağrı şikayetlerinin son bir ayda sıklaşması üzerine kliniğimize başvurmuştur. Fizik muayenesinde sol üst kadranda palpasyonda hassasiyet saptanmış, perküsyonda Traube alanının kapalı olduğu tespit edilmiş ve sol kot kavsi altında dalak kenarı palpe edilmiştir. Biyokimyasal parametrelerin ve hemogram sonucunun normal fizyolojik sınırlarda olduğu görülmüştür. Batın ultrasonografi ve batın bilgisayarlı tomografi tetkiklerinde splenomegali ve batın sol üst yarımını bütünüyle dolduran, mideyi anteromediale doğru belirgin derecede deplase eden, dalak kaynaklı multipl septasyonlu kistik lezyon saptanmıştır (Şekil 1). Yapılan görüntüleme tetkiklerinde başka patoloji saptanmamıştır. Hastaya primer dalak kist hidatiği tanısıyla ameliyat öncesi 5. günden itibaren albendazol tablet 2x400

Makale türü/Article type: **Olgu Sunumu / Case Report**

Geliş tarihi/Submission date: 10 Şubat/10 February 2010

Düzeltilme tarihi/Revision date: 01 Haziran/01 June 2010

Kabul tarihi/Accepted date: 05 Haziran/05 June 2010

Yazışma /Corresponding Author: Deniz Tihan

Tel: (+90) (212) 589 35 55 Fax: (+90) (212) 631 88 60

E-mail: dtihan@hotmail.com

mg/gün başlanmıştır. Hastaya ayrıca ameliyat öncesi hazırlık döneminde pnömokok aşısı uygulanmıştır.

Hasta splenektomi planlanarak ameliyata alınmış ve sol subkostal insizyonla batına girilmiştir. Eksplozasyonda splenomegali saptanmış ve standart splenektomi yapılmıştır. Ameliyat piyesi patolojik incelemeye gönderilmiştir (Şekil 2a, b). Hastanın ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyretmiş ve hasta ameliyat sonrası 3. gününde albendazol tablet 2x400 mg po. tedavisi ile taburcu edilmiştir. Albendazol tedavisi devam eden hastanın 3. ay takiplerinin sonunda, kontrol amaçlı laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmamıştır.

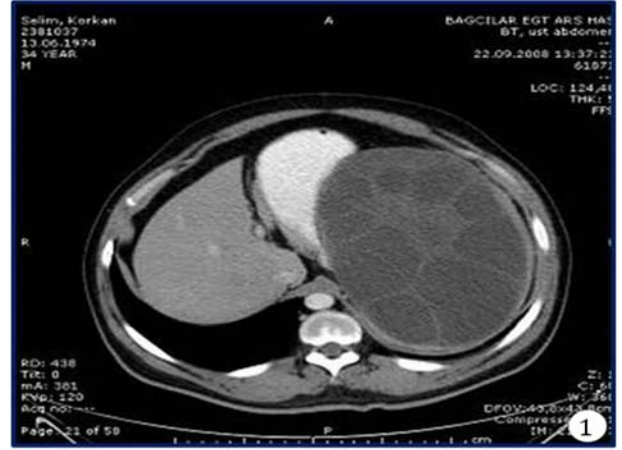
Piyenin histopatolojik incelemesinde, dışta laminar, içte germinatif tabakadan oluşan cidari vasıfta kist duvarı, kist içinde veziküller, kist duvarı çevresinde fibröz tabaka, çevre parankimde mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu, granülasyon dokusu, taze kanama, hiperemi, çevre parankimde atrofi tespit edilmiştir.

### TARTIŞMA

Ekinokokkus özellikle Avrupa, Asya, Akdeniz, Güney Amerika ve Afrika ülkelerinde endemik olarak görülmektedir (2). Ülkemiz de hidatik hastalık açısından endemik bir bölge olarak değerlendirilmektedir. Türk toplumunda kist hidatik görülme sıklığı 1/2000 olarak bildirilmiştir (7).

Kist hidatik, hemen her organ ve sistemi tutabilmesine rağmen, en sık karaciğer ve akciğerde görülür. Avustralya'da 1802 hasta ile yapılan bir çalışmada kist olgularının %63'ünde karaciğerde, %25'inde akciğerde, %5'inde kasta, %3'ünde kemikte, %2'sinde böbrekte, %1'inde beyinde, %1'inde dalakta ve %1'den az olguda kalp, prostat ve pankreasta yerleştiği gösterilmiştir (3). Dalağı tutan kist hidatik olgularında hastalık genelde sessizdir. Hastaların büyük kısmına, başka sebeplerle inceleme yapılırken tesadüfen tanı konmaktadır (8, 9). Semptomatik splenik kist hidatik olgularında ise hastalar müphem şikayetlerle kliniğe başvurduklarından tanı gecikmeler olabilmektedir. En sık klinik semptomlar, sol üst kadranda ağrılı bir kitle, karın ağrısı ve ateştir (9, 10). Dalağın büyü-mesiyle birlikte sol üst kadranda dolgunluk hissi olabilir (4, 8-10). Fizik muayenede splenomegali tespit edilebilir (8-10). Nitekim, olgumuz, ayırıcı tanıda bir çok batın içi patolojiyi düşündüren ve uzun zamandır aralıklarla olan hafif bir epigastrik rahatsızlık hissi ve sol üst kadrana yayılan künt ağrı şikayetleri ile kliniğimize başvurmuş ve fizik muayenede de splenomegali saptanmıştır.

Ekinokokoside tanı esas olarak hikaye, fizik muayene, radyolojik görüntüleme yöntemleri, aspirasyon ve serolojik testler ile konulmaktadır (3). İleri evre kistlerde, düz karın grafilerinde duvarda kalsifikasyon görülebilirse de, ultrasonografik görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi tanıda kullanılacak en duyarlı radyolojik yöntemlerdir (6, 8, 11).



**Şekil 1.** Tüm batın BT tetkiklerinde, dalak anterioru düzeyinden başlayarak batın sol üst yarımını bütünüyle dolduran, mideyi anteromediale doğru belirgin derecede deplase etmiş görünümünde, en geniş yerinde boyutları 200x150x200 mm. olarak ölçülen multipl septasyonlu kistik lezyon. **2a ve b.** Splenektomi materyalinde kist hidatik, germinatif membran ve kız veziküller

Perkütan aspirasyon ise, dissemine hastalığa yol açma ve/veya anafilaktik reaksiyon oluşturma riski nedeniyle sınırlı sayıda seçilmiş vakalar dışında kontrendikedir. Olgumuzda, oldukça belirgin ultrasonografik ve tomografik bulgular saptanması neticesinde tanı sadece belirtilen görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmıştır. Tanı konulmasını takiben mutlaka sistemik inceleme yapılarak diğer organlarda tutulum olup olmadığı araştırılmalıdır (4-

6, 11). Olgumuzda, fizik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile yapılan sistemik tarama sonucunda hastalığın izole dalağı tuttuğu saptanmıştır. Olgumuzda sistemik taramada, görüntüleme yöntemi olarak tüm vücut intravenöz kontrastlı üç fazlı bilgisayarlı tomografiden yararlanılmıştır.

Literatürde, dalak kist hidatiklerinin tedavisinde, perkütan aspirasyon, unroofing - kısmi kistektomi - omentoplasti, parsiyel splenektomi, laparoskopik splenektomi, hand-assisted laparoskopik splenektomi gibi farklı cerrahi yöntemler tanımlanmıştır (8-10, 12-15). Sol üst kadranda ağrı ve bası bulgularının saptanması, tomografide de dalağın tamamının tutulmuş olması sebebiyle hastada dalak koruyucu bir girişim düşünülmemiş ve hastaya standart transabdominal splenektomi uygulanmıştır.

Hidatik hastalığın tedavisi primer olarak cerrahidir (10, 14, 15). Ancak ameliyata kontrendikasyon varsa, hasta cerrahi müdahaleyi red ediyorsa, ameliyattan sonra nüks oluşmuşsa, ameliyat sahası kist sıvısı ile kontamine olmuşsa, kist sayısı çok olup müdahale zorsa albendazol sekonder tedavi ajanı olarak endikedir (3, 12, 17). Buna mukabil, kist hidatik hastalığında, en çok cerrahi kontaminasyona bağlı olarak %10 oranında nüks bildirilmiştir (16). Ameliyat öncesi dönemde başlanan ve ameliyat sonrası en az 1 ay süreyle devam edilen oral albendazol tedavisinin nüksleri azalttığı gösterilmiştir ve cerrahi tedavi ile kombine edilmesi önerilmektedir (17). Hastaya ameliyattan 5 gün önce oral albendazol tedavisi (10mg/kg/gün) başlanmış, ameliyat sonrası 1. gün oral almaya başlayan hastanın albendazol tedavisine devam edilmiş ve hasta ameliyat sonrası 3 ay boyunca kullanmak üzere albendazol tedavisi ile taburcu edilmiştir. Hastanın tedavisi, 3 haftalık intervalin sonunda 1 hafta albendazole ara verecek ve 1 hafta sonra tekrar aynı dozda oral albendazol tedavisine başlayacak şekilde düzenlenmiştir. Albendazol karaciğerde metabolize olarak böbreklerde itrah edildiğinden karaciğer, böbrek ve hematopoetik fonksiyonları bozuk hastalarda dikkatle kullanılmalı, tedaviden önce ve tedavi sırasında bu fonksiyonlar izlenmelidir (17, 18). Tedavi boyunca hastanın karaciğer fonksiyon testleri ve hemogram değerleri ilk ay haftalık, ondan sonraki 2 ay boyunca aylık olarak takip edilmiştir.

Splenik hidatidoz oldukça nadirdir. Hastalığın sinsi ilerlemesi tanıyı geciktirebilir. Özellikle, ülkemiz gibi hidatik hastalık açısından endemik bölgelerde, müphem abdominal şikayetlerle dahili yada cerrahi kliniklere başvuran hastalarda, ekstrahepatik intraabdominal kist hidatik ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır ve görüntüleme yöntemlerinin tanıdaki önemi unutulmamalıdır. Primer tedavi cerrahidir ve albendazol tedavisi ile desteklenmelidir. Halen seçkin cerrahi tedavi yöntemi ise, mortalite ve morbidite oranlarının diğer yöntemlere göre daha düşük olması sebebiyle standart transabdominal splenektomidir.

## KAYNAKLAR

1. **Amir-Jahed AK, Fardin R, Farzad A Bakshandeh K**, 1975. Clinical echinococcosis. *Ann Surg*, 182: 541-546.
2. **Ammann RW, Eckert J**. 1996. Cestodes *Echinococcus*. *Gastroenterol Clin Nort Am*, 25: 655-689.
3. **Grove DJ, Warren KS, Mahmoud AAF**. 1976. Algorithms in the diagnosis and management of exotic diseases: Echinococcosis. *J Infect Dis*, 133: 354.
4. **Wani RA, Malik AA, Chowdri NA, Wani KA, Naqash SH**. 2005. Primary extrahepatic abdominal hydatidosis. *Int J Surg*, 3(2): 125-127.
5. **Babu KS, Goel D, Prayaga A, Rao IS, Kumar A**. 2008. Intraabdominal hydatid cyst; a case report. *Acta Cytol*, 52(4): 464-466.
6. **Koşar U, Kacar M, Şirin F, Erdoğan A**. 1998. Hidatik kistlerin ender lokalizasyonları ve BT görünimleri. *Tamisa ve Girişimsel Radyoloji*; 4: 457-460.
7. **Aytac A, Yurdakul Y, İkizler C**, 1997. Pulmonary hydatid disease: report of 100 patients. *Ann Thorac Surg*, 23: 145-151.
8. **Berrada S, Ridai M, Mokhtari M**. 1991. Hydatid cyst of spleen: Splenectomy or conservative surgery? *Ann Chir*, 45: 434-436.
9. **Cebollero MP, Cordoba E, Escartin J, Cantin S, Artigas JM, Esarte JM**. 2001. Hydatid Cyst of spleen. *J Clin Gastroenterol*, 33: 89-90.
10. **Dar MA, Shah OJ, Wani NA, Khan FA, Shah P**, 2002. Surgical management of splenic hydatidosis. *Surg Today*, 32: 224-229.
11. **Franquet T, Montes M, Lecumberri FJ, Esparza J, Bescos JM**, 1990. Hydatid disease of the spleen: Imaging findings in nine patients. *AJR Am J Roentgenol*, 154: 525-528.
12. **Uriarte C, Pomares N, Martin M, Conde A, Alonso N, Bueno MG**, 1991. Splenic hydatidosis. *Am J Trop Med Hyg*, 44: 420-423.
13. **Hansen MB, Moller AC**, 2004. Splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 14(6): 316-322.
14. **Ozdoğan M, Baykal A, Keskek M, Yorgancı K, Hamaloğlu E, Sayek I**, 2001. Hydatid cyst of the spleen: treatment options. *Int Surg*, 86: 122-126.
15. **Safioleas M, Misiakos E, Manti C**, 1997. Surgical treatment for splenic hydatidosis. *World J Surg*, 21: 374-377.
16. **Mattahion H, Saidi F**. 1978. Postoperative recurrence of hydatid disease. *Br J Surg*, 65: 237-242.
17. **Gil-grande LA, Rodriguez-Cabeiro F, Prieto JG**, 1993. Randomized controlled trial of efficacy of albendazole in intraabdominal hydatid disease. *Lancet*, 432: 1269-1272.
18. **Choi GY, Yang HW, Cho SH, Kang DW, Go H, Lee WC, Lee YJ, Jung SH, Kim AN, Cha SW**, 2008. Acute drug-induced hepatitis caused by albendazole. *J Korean Med Sci*, 23(5): 903-905.