

Rastlantısal Olarak Tanı Konulmuş Karaciğer ve Sağ İliak Kas Kist Hidatiği

Incidentally Diagnosed Liver and Right Iliac Muscle Hydatid Disease

Mustafa Girgin, Burhan Hakan Kanat, Refik Ayten, Ziya Çetinkaya

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Ekinokok vücutta tüm organları tutabilir. Karaciğer ve akciğer dışında birlikte veya izole primer başka organ tutulumları da nadir görülmektedir. Bu yazıda, solunum problemleri nedeni ile başvuran ve karaciğer hidatik kisti ile iliak kas hidatik kisti tanısı alan 20 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz. Özellikle endemik bölgelerde, karaciğerde kist hidatik tespit edilmiş hastaların mutlaka sistemik incelemeleri yapılmalı ve diğer organlarda bir tutulum olup olmadığı araştırılmalıdır. (*Türkiye Parazitolojisi Dergisi* 2012; 36: 48-50)

Anahtar Sözcükler: Ekinokokkozis, iliak kas, albendazole

Geliş Tarihi: 11.07.2011

Kabul Tarihi: 31.01.2012

ABSTRACT

Hydatid cyst disease is localized in the liver and lungs in most of the cases, but also can exist throughout the body. In this article, we present a 20-year-old male patient who was diagnosed with hydatid cyst of the liver and iliac muscle, who presented because of respiratory problems. Especially in endemic areas, in patients who are detected as having hydatid cyst in the liver, systemic examinations must be carried out and investigated regarding any involvement of other organs. (*Türkiye Parazitolojisi Dergisi* 2012; 36: 48-50)

Key Words: Echinococcosis, iliac muscle, albendazole

Received: 11.07.2011

Accepted: 31.01.2012

GİRİŞ

Kist hidatik (KH) Echinococcus isimli sestodun neden olduğu ve ülkemizin de içinde bulunduğu dünyanın belirli bölgelerinde endemik dağılım gösteren parazitik bir enfestasyondur (1, 2).

KH başta karaciğer ve akciğer olmak üzere vücudun birçok organını tutabilir. Literatürlerde primer karaciğer, akciğer ve dalak tutulumlarından başka izole pankreas, pelvik bölge, uterus, böbrek ve hemen tüm karın içi organ tutulumları bildirilmiştir (3, 4).

Bu makalede rastlantısal olarak tanı konulmuş karaciğer ve sağ iliak kista gelişmiş kist hidatik olgusu sunulmuş ve konuyla ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında erkek olgu solunum problemlerinden dolayı dış merkezde bir kliniğe başvurmuş. Orada yapılan bilgisayarlı göğüs tomografisinin alt kesitlerinde karaciğerde kist hidatik saptanması üzerine karın ultrasonografisi (USG) planlanmış. Yapılan karın USG'de ise sağ iliak kas içerisinde de kist saptanmış. Operasyon önerilen hasta kendi isteği ile polikliniğimize başvurdu.

Hikayesinde ve özgeçmişinde özellik yoktu. Klinik değerlendirmede; genel durumu iyi, vital bulguları stabildi (TA:110/60 mmHg nabız: 80/dk). Fizik bakışında özellik saptanmadı. Biyokimyasal parametrelerin ve hemogram sonucunun normal fizyolojik sınırlarda olduğu görüldü.

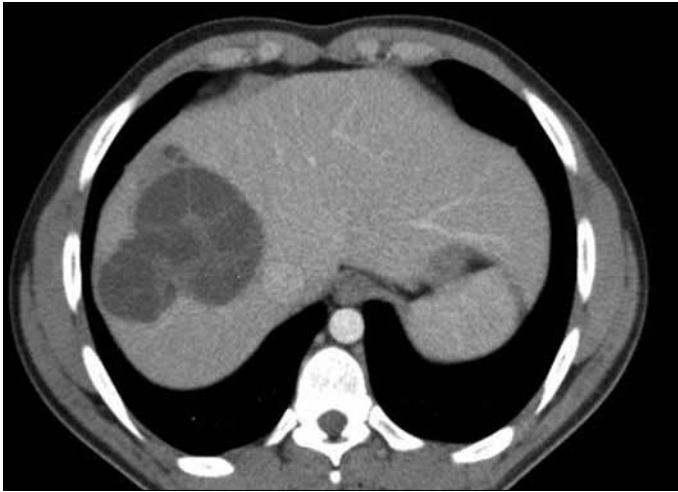
Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Burhan Hakan Kanat, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ, Türkiye

Tel:+90 532 579 08 10 E-posta: ku318@mynet.com

doi:10.5152/tpd.2012.12

Dış merkezde yapılan görüntüleme tetkiklerine ek olarak kliniğimizde hastaya PA akciğer grafisi ve bilgisayarlı batin tomografisi (BT) yaptırıldı. Başka organ tutulumlarına (göğüs ve karın hariç) ilişkin ek inceleme yapılmadı. PA akciğer grafisinde özellik saptanmadı. Batin BT'sinde ise karaciğer sağ lobda segment 7 ve 8'de 9.5x7.5x6.5 cm boyutta kist hidatik ile uyumlu kistik lezyon izlendi (Resim 1). Pelviste sağ iliakus kası içerisinde yaklaşık 38x22x54 mm boyutta yine kist hidatik ile uyumlu kistik lezyon izlendi (Resim 2). Olguya herhangi bir serolojik test yapılmamış olup tanı öncelikli olarak radyolojik olarak konulmuştur.

Tetkikleri ile anestezi kliniği ile konsülte edilen hastanın anestezi riski ASA I olarak belirlendi. Olgu primer karaciğer ve sağ iliak kas kist hidatitiği tanılarını ile elektif şartlarda operasyona alındı. Sağ subkostal bölgeden laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda; karaciğer segment 8'de yaklaşık boyutu 10x7x6 cm olan ve diyafragma yapışık ve safra yolu ile iştirakli kist hidatik izlendi. Parsiyel kistektomi ve kapitonaj işlemi sonrasında bu insizyondan sağda retroperitoneal alana girilerek iliak kas eksplore edilmeye çalışıldı. Yeterli görüş alanı sağlanamaması üzerine sağ inguinal alandan yapılan insizyon ile alana ulaşıldı. Kistin yerini saptamada ameliyat sırasında USG kullanıldı. Eksplozasyonun devamında sağ iliak kas içinde yaklaşık boyutu 5x4x4 cm olan kist hidatik ile uyumlu kist mevcuttu. Bu kistin total eksizyonu sonrasında bir adet karaciğerdeki kist bölgesine ve bir adet de ilak kas içine dren konularak ameliyat sonlandırıldı.



Resim 1. Karaciğerdeki kist hidatik görüntüsü



Resim 2. Sağ iliak kastaki kist hidatik görüntüsü

Olguya ameliyat sonrası dönemde 10mg/kg/gün dozunda albendazol tedavisi başlandı. İliak kas içindeki dren postoperatif ikinci gün diğeri ise postop 5. gün çekildi. Histopatolojik tanısı Kist Hidatik ile uyumlu olarak gelen hasta periyodik aralıklarla poliklinik kontrolüne çağrılarak postoperatif 8 günde sorunsuz bir şekilde ve ameliyat sonrası 2 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.

TARTIŞMA

KH oranı 1.3/100,000 nüfus olarak verilmektedir ve KH için hesaplanan cerrahi olgu oranı 0.87-6.6/100,000 olarak verilmektedir (1). KH'li hastaların birçoğu rastlantısal saptanır ve bir komplikasyon gelişene kadar asemptomatiktir (5). Bizim olgumuzda rastlantısal olarak saptanmış olup hikâyesinde herhangi bir semptom yoktur.

KH'de tanı esas olarak hikâye, 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 kullanılabilir en duyarlı radyolojik yöntemlerdir (3, 6). Olgumuza tanı dış merkezde yapılan USG ile konulmuştu. Biz de karın BT çektilerik kistlerin lokalizasyonlarını belirledik (Resim 1, 2). Her ne kadar sağ iliak kas içinde olduğunu bilmiş olsak da ameliyat sırasında bunu bulamadık ve ameliyatta USG'ye tekrar başvurduk.

Kist hidatitiğin en sık yerleştiği organlar sırasıyla karaciğer (%55-70) ve akciğerdir (%18-35). Bu iki organın birlikte tutulumuna hastaların %5-13'ünde rastlanır (5). Bunların haricinde başka organlarda tutulabilir. Bu organlar tutulum sırasına göre kas dokusu, yumuşak dokular, böbrek, dalak, kemik ve daha az görülme sıklığında; beyin, tiroid, meme dokusu, orbita, paratiroid ve pankreas (7). Kaslarda görülen KH'ler, tüm kist hidatiklerin %1-5'ini oluştururlar. Kas gruplarından da özellikle periferik kaslarda görülmektedir (11).

Literatürlerde primer retroperitoneal yerleşimli Kist Hidatik olgularına da nadir olarak rastlanılmaktadır. Bu olgularda büyük damarlara rüptür, üretere açılma ve çevre dokulara bası oluşturma gibi komplikasyonlar bildirilmiştir (8-10). Kas kist hidatitiği tanısı konmuş olgularda temel tedavi yöntemi kistin total eksizyonudur. Ancak kist çok büyük ve çevre dokulara yapışık ise cerrahi zorlaşır. Burada amaç kistin rüptürü durumunda sekonder yayılımı önlemek olmalıdır. En iyi tedavi seçeneği cerrahi olarak total eksizyon olmakla birlikte kist tamamen çıkarılmıyorsa kistin drenajı, germinatif membranın total olarak çıkarılması ve kist poşunun skolisidal solüsyon ile irrigasyonu uygulanmalıdır (12). Olgumuzda iliak kastaki kist; iliak damarlar ve üreterin üzerinde olup herhangi bir vasküler veya üreter obstrüksiyonu bulgusuna neden olmamıştır; bu vakada total kist eksizyonu mümkün olmuştur ancak literatürde kist duvarının vasküler yapılarla olan komşuluğu nedeni ile total eksizyonun mümkün olmadığı vakalar vardır (7). Elbette total eksizyon nüksü engellemek için daha etkili gözükmektedir ancak parsiyel rezeksiyonlarla bunun karşılaştırıldığı bir çalışma da yoktur.

Karın içi hidatik kistlerin %14-19'u ekstrahepatik yerleşimlidir (13). Hidatik kist'in ekstrahepatik olarak gelişimi ise primer veya sekonder olabilir. Retroperitonun primer hidatik kistleri daha az görülürken, sekonder multipl kistler daha sık olarak görülür. Sekonder kistlerin büyük çoğunluğu karaciğerdeki kistin rüptürüne bağlı olarak operasyon sırasında ekilme yoluyla gelişir (7). Olgumuzda retroperitondaki kist primer olup eş zamanlı karaciğerde de kist mevcuttur.

Sonuç olarak, kist hidatik eski bir hastalık olmasına rağmen halen önemini korumaktadır. Kist hidatik olgularının sık görüldüğü ülkemizde herhangi bir organda kist hidatik tanısı konulduktan sonra mutlaka sistemik inceleme yapılmalı ve diğer organlarda bir tutulum olup olmadığı araştırılmalıdır. Ayrıca retroperitoneal ve yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında Kist Hidatiğin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamak isteriz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Sümer A, Çağlayan K, Çelik A, Altınlı E, Köksal N. Primer İntraperitoneyal Pelvik Kist Hidatik Rüptürü: Olgu Sunumu. Bakırköy Tıp Dergisi 2011; 7: 35-8.
2. Şahin E, Kaptanoğlu M, Nadir A, Ceran C. Travmaya bağlı bir akciğer kist hidatiği rüptürü: Olgu sunumu. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2006; 12: 71-5.
3. Hepgül G, Tihan D, Kocael P, Doğan Y, Öztürk T, Cihan A. Olgu sunumu: primer dalak kist hidatiği. Türkiye Parazitoloj Derg 2010; 34: 184-6.
4. Bostan H, Yücel AF, Şahin A. Ameliyat sırasında oluşan şokun nadir bir sebebi: Karaciğer hidatik kist rüptürüne bağlı anafilaksi. Olgu sunumu. Journal of Surgical Arts 2010; 3: 12-5.
5. Karabay O, Önen A, Yıldız F ve ark. Interatriyal septum yerleşimli kist hidatik olgusu. Toraks Dergisi 2003; 4: 107-9.
6. Franquet T, Montes M, Lecumberri FJ, Esparza J, Bescos JM. Hydatid disease of the spleen: Imaging findings in nine patients. AJR Am J Roentgenol 1990; 154: 525-8.
7. Demirel AH, Akgün A, Öngören AU, Kısakürek M, Erol MF. Atipik lokalizasyonlu kist hidatikler. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2007; 6: 158-60.
8. Gutermuth L, Corvin S, Bauer H. A retroperitoneal hydatid cyst--a rare manifestation of Echinococcus granulosus. Zentralbl Chir 1995; 120: 660-3.
9. Lockhart J, Sapinza VC. Primary retroperitoneal hydatid cyst. Excerpta Med 1958; 12: 968.
10. Crundwell MC, Blacklock AR. Retroperitoneal Hydatid cyst mimicking retrocaval ureter. Br J Urol 1988; 81: 168-9.
11. Erikoğlu M, Köylü Ö, Beyatlı E, Şahin M. Kas kist hidatiği. Genel Tıp Derg 2004; 14: 65-7.
12. Çobanoğlu U. Kasta Kist Hidatik. Solunum 2009; 11: 137-9.
13. Onur E, Köksal N, Uzun MA, Sümer A, Altınlı E, Çelik A. Mekanik intestinal obstrüksiyona neden olan ekstrahepatik intraabdominal dev kist hidatik. Bakırköy Tıp Dergisi 2006; 2: 28-30.