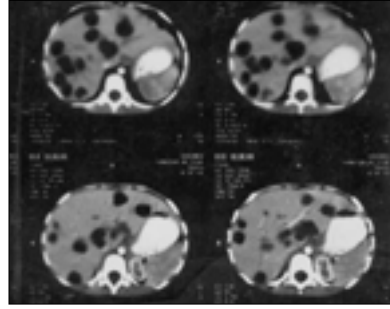


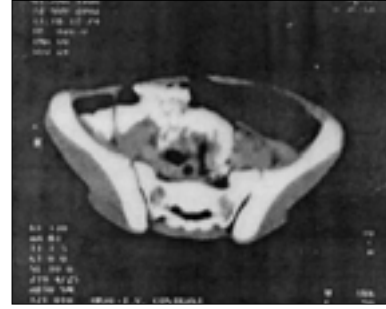
## AYIN OLGUSU

Yaşar Doğan(\*), Fügen Çullu Çokuğraş(\*\*), Yakup Ergül(\*\*\*), Sebuhan Kuruoğlu(\*\*\*\*)  
Tülay Erkan(\*\*\*\*), Tufan Kutlu(\*\*)

Türk Pediatri Arşivi 2003 38: 54-55



Resim 1



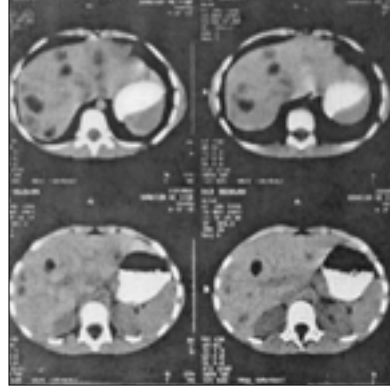
Resim 2



Resim 3



Resim 4



Resim 5

**Olgu:** Altı yaşında kız hasta, karın ağrısı ve şişlik nedeniyle getirildi. İki ay önce karın ağrısı, kusma şikayeti olan hasta, akut gastroenterit tanısıyla beş gün antibiyoterapi almış ve yakınmaları geçmişti. Başvurudan beş gün önce bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleri tekrarlayan hastada karın sol alt kadranda kitle saptanınca kliniğimize sevk edilmişti.

**Fizik muayene:** Boyu 114 cm (50. p), ağırlığı 18 kg (25-50.p) olan hastanın büyüme ve gelişmesi yaşına uygundu. Solunum ve kardiyovasküler sistem muayeneleri normaldi. Batın rahattı. Sol alt kadranda 4x3 cm boyutlarında sınırları belirgin, sert, yüzeyi düzgün, mobil, fluktuasyon vermeyen ağrısız kitle saptandı. Karaciğer midklaviküler hattı 3 cm geçiyor, dalak ele gelmiyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

**Laboratuvar incelemelerinde:** Hb:11,8 g/dl, Htc:%33.6, B.K:11900 /mm<sup>3</sup>, trombosit:363000/mm<sup>3</sup>, lökosit formülde :%46 polimorfonükleer hücre, %40 lenfosit, %14 monosit belirlendi. Sedimantasyon hızı:14 mm/h. Kan biyokimyasal parametreleri, tam idrar tahlili ve tekrarlanan dışkı incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Alfa fetoprotein düzeyi normal sınırlardaydı. Akciğer radyografisinde patoloji saptanmadı. Batın ultrasonografisi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) tanıya yardımcı oldu (Resim 1-3). Tanı serolojiiyle desteklendi. Dört aylık medikal tedaviye yanıt alındığı USG ve BT'de belirlendi (Resim 4,5).

(\*) İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme BD, Yrd.Doç.Dr.

(\*\*) İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme BD, Prof.Dr.

(\*\*\*) İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme BD, Asistan Dr.

(\*\*\*\*) İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme BD, Doç.Dr

**Yazışma adresi:** Dr Yaşar Doğan, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cerrahpaşa -İstanbul  
Tel: 0 212 4143000 / 21420, GSM:0 532 3160082, Fax:0 212 5884918, e-posta:yasardogan@ttnet.net.tr, yaardoan@yahoo.com

## Tanı ve Tartışma

**Resim 1: Karaciğer içinde en büyüğü 3,5 cm çapında bir kaçı septasyon içeren çok sayıda ince cidarlı kistik oluşumlar.**  
**Resim 2: Sol inguinal alanda mezenter kaynaklı ince cidarlı makrokistik lezyon.**

**Resim 3: Sol inguinalde 40x42x27mm boyutlarında germi natif membranı ayrılmış ve duvan kalınlaşmış kistik yapı.**

**Resim 4: Tedavinin dördüncü küründen sonra karaciğer kistlerinde regresyon gösteren USG görüntüsü.**

**Resim 5: Tedavinin dördüncü küründen sonra karaciğer kistlerindeki regresyonu gösteren BT görüntüsü**

## KİST HİDATİK

Echinococcus granulosus (E. granulosus) enfeksiyonu tüm dünyada görülen, daha çok hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde sıklığı fazla olan zoonotik bir hastalıktır. Etkenin yumurtasının insanlar tarafından alınması kist hidatik (echinococcosis) hastalığına neden olmaktadır (1,2).

Bulaşma en sık ağız yoluyla olmakta, nadiren solunum ve cilt yoluyla da olabilir. Ağız yoluyla alınan yumurtalar duodenumda açılır ve açığa çıkan embriyolar (onkosfer) barsak mukozasından portal sistem yoluyla karaciğere gelirler. Embriyolar buradan akciğerlere ve sistemik kan dolaşımı ile diğer organlara yayılabilir. Parazit gittiği organda ya fagosite edilir ya da hidatik kistlerin gelişimine neden olur (1,3,4).

Hidatik kist hastalığı en sık karaciğer ve akciğer gibi organlarda ortaya çıkar. Nadiren dalak, periton, böbrek, kemik, beyin, pankreas, orbita, üreme organları, kas ve kalbe yerleşebilir (1,3-7). Olgumuzda daha önce literatürde bildirilmeyen karaciğer kistleri ile birlikte mezenter yerleşimli kistik lezyon vardı.

Ekinokok enfeksiyonu tanısı, genellikle kistin yavaş büyümesi nedeni ile geç konulur. Kist görüntüleme yöntemleri ile saptanır hale geldiğinde tanı kesinleştirilir(4). Serolojik yöntemlerin (Kompleman fiksasyonu, indirek hemaglutinasyon (IHA) ve ELISA) duyarlılığı hepatic kist hidatikte % 80-100, akciğer hastalığında %50-56, diğer organ tutulumlarında ise (% 25-50) dir (8).

Olgumuzda radyolojik görüntüleme yöntemlerinin yanı sıra kist hidatik serolojisi IHA ve ELISA yöntemi ile pozitif saptanması nedeniyle kist hidatik tanısı konuldu.

Hastalıkta öksürük, ateş ve kanın ağrısı en sık semptomlar olmakla birlikte, kistin yerleşim yerine göre klinik belirtiler farklılık gösterir (4,9).

Görüntüleme yöntemlerinden USG ve BT hastalığın tanısında, komplikasyonların saptanmasında ve tedavinin planlanmasında çok önemlidir (3,10).

Hidatik kistin tedavisinde cerrahi, perkütan kist drenajı (PAIR) ve medikal tedavi uygulanmaktadır. Perkütan kist drenajı ancak seçilmiş olgularda iyi bir alternatiftir (3,10). Anadol ve ark. 376 olguyu 20 yıl süre ile izlediklerinde cerrahi yöntemle tedavi edilen olgularda tekrarlamaların medikal tedaviye göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (9). Cerrahi tedavi ancak enfekte veya parenkimal kompresyon yapan organ yerleşimli(safra yolları, kafa içi) olgularda seçilmelidir (9). Haddad ve ark.'nın çalışmalarında cerrahi tedavi uygulanan olguların %50'sinde önemli komplikasyonların geliştiğini ve ek medikal tedavi gerektiğini bildirmişler. Bu çalışmada medikal tedaviyle %87,5 hastada tam iyileşme olduğu belirlenmiştir (11). Hidatik kistin medikal tedavisinde en

önemli seçenek benzimidazollerdir. Albendazol, mebendazole göre daha kolay emilmekte ve daha etkilidir (12). Medikal tedavi yalnız veya cerrahi ile beraber kullanılmaktadır (13). Albendazol tedavisinin etkinliği üzerine yapılmış çalışmalarda albendazol 12,5 m/kg doz dan 9 ay süre ile uygulanmasında başarısızlık oranın %0.6, klinik iyileşmenin %89 olduğu gösterilmiştir (13). Olgumuzda hidatik kistin karaciğerde çok sayıda yerleşiminden ve beraberinde batin içinde de kist olmasından dolayı tedavi olarak albendazol ile medikal tedavi uyguladık. İzlemde hastanın şikayetleri ile birlikte çekilen batin USG ile BT'lerinde mezenter yerleşimli kist kaybolurken karaciğer içindeki kistlerde büyük oranda gerilediği saptandı (Resim 4,5).

Sonuç olarak kist hidatik hastalığı en sık karaciğer ile akciğere yerleşmekle birlikte olgumuzda da olduğu gibi batin içinde ve diğer bölgelerde de nadiren yerleşebilmektedir. Bu bölgelerde saptanan kistik lezyonların ayıncı tanısında kist hidatik mutlaka düşünülmelidir. Tedavide özellikle komplike olmayan olgularda medikal (albendazol) tedavi ilk seçenek olarak görülmektedir. Perkütan kist aspirasyonu ve cerrahi tedavi seçilmiş olgularda alternatif tedavi seçeneğidir.

## Kaynaklar

1. Dökmetaş İ. Kist Hidatik Hastalığı. İnfeksiyon Hastalıkları. İstanbul; Nobel, 1996:701-2.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on infectious diseases: Other tapeworm infections (including hydatid disease). In report of the committee on infectious diseases, Elk Grove Village(IL), 1997, American Academy of Pediatrics;517-18.
3. Blanton R. Echinococcosis. In:Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics.16 th ed. Philadelphia:WB Saunders, 2000:1079-81.
4. Pashankar DS, Schreiber RA. Bacterial, parasitic, and other infections. In:Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB,eds. Pediatric Gastrointestinal Disease. 3rd ed.B.C. Decker, ontario, 2000;976-86.
5. King CH. Echinococcosis. In:Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Disease. 5th ed. New York; Churchill Livingstone, 2000; 2962-3.
6. Manes E, Santucci A. Echinococcosis: intramuskuler localization. Chir Organi Mov 1990; 75(2):189-96.
7. Lahdhili H, Hachicha S, Zaidi M, Thameur H. Acute pulmonary embolism due to the rupture of a right ventricle hydatid cyst. Eur J cardiothorac Surg 2002; 22(3):462-4.
8. Comite GD, Dognini G, Gaiera G, Ieri R, Praderio L. Acute Echinococcosis: a case report. Journal of Clinical Microbiology 2000; 4679-80.
9. Anadol D, Göçmen A, Kiper N, Özçelik U. Hydatid disease in childhood: retrospective analysis of 376 cases. Pediatric Pulmonology 1998; 26(3):190-6.
10. Kumar MJ, Toe K, Banerjee RD. Hydatid cyst of liver. Postgrad Med J 2003;79 (928):113-4.
11. Haddad MC, Al-Awar G, Huwajjah SH, Al-Kutoubi AO. Echinococcal cyst of the liver. Clin Imaging 2001;25(6):403-8.
12. Kayaalp SO. Antihelmintik ilaçlar. Kayaalp SO(ed). Tibbi Farmakoloji. 10. baskı. Ankara:Hacettepe-Taş, 2002:345-51.
13. Chai J, Menghebat, Jiao W. et al. Clinical efficacy of albendazole emulsion in treatment of 212 cases of liver cystic hydatidosis. Chin Med J (Engl) 2002;115(12):1809-13.