

# AKCİĞER KİST HİDATİĞİNİN KOMPLİKASYONU PLEVRAL KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

## Complication of Lung Hydatid Disease, Pleural Cyst Hydatid: Case Report

Bayram Metin<sup>1</sup>, Nejdet Genç<sup>2</sup>, Olgun Kadir Arıbaş<sup>3</sup>, Emel Türk Arıbaş<sup>4</sup>

### ÖZET

Kist hidatiğin ülkemizde görülme sıklığı 1/20.000 ile 1/50.000 arasında bildirilmektedir. Sıklıkla Echinococcus granulosusun neden olduğu bir helmintik zoonostur. Bu hastalık yetersiz hijyenik ortam ve veteriner kontrolünün iyi olmadığı bölgelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu nedenle Hidatik hastalığın% 90'ı kırsal alanlardan gelmektedir. Ağızdan alınan larvaların portal sistemi yoluyla vücutta uğradığı ilk yer karaciğerdir. Bu nedenle hastalığı en sık görüldüğü organ karaciğerdir(%75), onu akciğer izler. Larvaların lenfatik sistem veya bronş sistemi aracılığı ile direk olarak akciğere gelebilmesi söz konusu olduğu gibi, karaciğer sinüzoidlerinden direkt geçişle de akciğere yerleşebilir. Akciğer hidatik kistin plevraya açılması sonucu plevral kist hidatik tanısı ile değerlendirilen 50 yaşında erkek olguyu sunuyoruz.

**Anahtar kelimeler:** Ekinokokkozis, Pulmoner; Plevral kist hidatik

### ABSTRACT

The incidence of hydatid cyst in our country have been reported between 1/20000 and 1/50000. It is an infestation frequently caused by Echinococcus granulosus. It remains an important health problem, especially in regions with inadequate hygienic environments and veterinarian control. Therefore 90% of the patients with hydatid disease are from rural areas. The first station of the larvae taken orally through the portal system is the liver. Therefore it is more common in the liver (75%), followed by the lungs. Although the larvae can enter the lungs through the lymphatic system or the bronchial system, it is thought that cysts settled down in the lungs are usually larvae that could have passed through the sinusoids.

A 50 year old male with hydatid cyst of the lung with leural involvement is presented.

**Key words:** Echinococcosis, Pulmonary; Pleural cyst hydatid

<sup>1</sup>Ağrı Devlet hastanesi  
Göğüs Cerrahi Kliniği  
Ağrı

<sup>2</sup>Bilecik Devlet Hastanesi  
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği  
Bilecik

<sup>3</sup>Konya Üniversitesi  
Meram Tıp Fakültesi  
Göğüs Cerrahi Kliniği  
Konya

<sup>4</sup>Konya Üniversitesi  
Meram Tıp Fakültesi  
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği  
Konya

Bayram Metin, Uzm. Dr.  
Nejdet Genç, Uzm. Dr.  
Olgun Kadir Arıbaş, Prof. Dr.  
Emel Türk Arıbaş, Prof. Dr.

#### İletişim:

Op. Dr. Bayram Metin  
Ağrı Devlet Hastanesi  
Göğüs Cerrahi Kliniği  
Ağrı

Tel: 0507 238 53 61

#### e-mail:

drbaymet@hotmail.com

## GİRİŞ

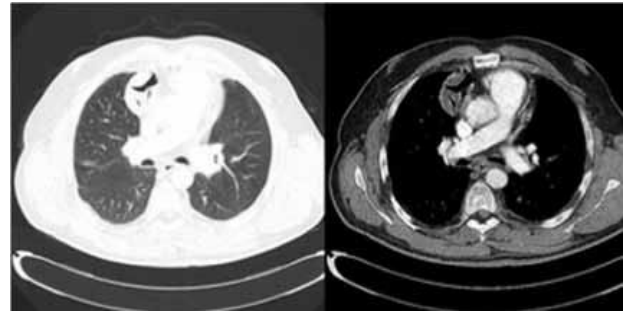
Hidatik kist sıklıkla karaciğer, akciğer ve beyin tutmaktadır. İntratorasik ekstrapulmoner tutulum yerleri arasında mediasten, plevra, perikard ve göğüs duvarı sayılabilir. Karaciğer veya akciğerdeki primer bir kistin plevra içine rüptüre olmasıyla sekonder pleural hidatidozise sebep olan pleural tutulum meydana gelir. Hidatik kistli tüm hastaların sadece % 0.9-7.4'ünde plevra yada göğüs duvarının tutulumu bildirilmiştir (1,2). Bu çalışmada daha öncesinde akciğer kist hidatiği nedeni ile opere edilen ve daha sonra pleural aralıkta kist tesbit edilerek opere edilen olguyu sunuyoruz.

## OLGU

50 yaşında erkek hasta, öksürük şikayeti nedeni ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde sağ akciğer kist hidatiği operasyonu ve koroner by-pass operasyonu öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ hemitoraksta torakotomi skarı ve median sternotomi skarı haricinde ek patolojik bulgu yoktu.

Akciğer grafisinde sağ hiler bölgede düzgün sınırlı opasite artışı ve fissürde kalınlaşma ile uyumlu bulgular izlendi. Hastanın öz geçmişinde koroner cerrahi geçirme öyküsü olması nedeni ile gossypiboma, rüptüre kist hidatik ve malignite ön tanıları düşünülerek ek tetkikler yapmaya karar verildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer orta lob medialde 60x40 mm ebadında mediastene yakın ilişkisi izlenen solid doku komponenti bulunan kaviter lezyon izlenmişti. Toraks Manyetik rezonans incelemesinde sağ akciğer üst lobda paramediastinal yerleşimli yaklaşık 6x4 cm ebatlarında T1'de hipo T2 de hiperintens hava imajı bulunan lezyon izlenmişti. Sonuçlar rüptüre kist hidatik lehine değerlendirilmişti (Resim1). Ek serolojik tetkiki yapılmaya gerek duyulmadı. Preoperatif anestezi hazırlıkları tamamlanan hastaya sağ anterior 3. İnter kotsal aralıktan mini torakotomi yapıldı. Gözlemlerde sağ akciğer üst lob ile mediastinal plevra arasında pleural aralıkta yerleşimli yaklaşık 6x4 cm ebatlarında düz-

gün sınırlı kistik lezyon ile karşılaşıldı. Kist kavitesi açıldığında rüptüre olmuş kist hidatik membranları gözlemlendi. Kist kavitesi temizlendikten sonra kapitonaj yapılmadan kavite alanına bir adet dren konularak operasyon sona erdirildi. Patoloji sonucu kist hidatik membranı ile uyumlu gelen hasta postoperatif 3. gününde dreni alınarak sorunsuz olarak taburcu edildi (Resim2). Hastaya 3 ay boyunca Benzimidazol tedavisi kontrollü olarak verildikten sonra kesildi.



**Resim 1.** Toraks Bilgisayarlı Tomografi 'de sağ akciğer orta lob medialde 60x40 mm ebadında mediastene yakın ilişkisi izlenen öncelikle rüptüre kist hidatik lehine değerlendirilen lezyon



**Resim 2.** A. Hastaya sağ anterior 3. İnter Kostal Aralık dan mini torakotomi yapıldı. B,C. Kist kavitesi açıldığında rüptüre olmuş kist hidatik membranları gözlemlendi. D. Kist kavitesi içinden çıkarılan rüptüre olmuş membran yapılarının patoloji sonucu kist hidatik ile uyumlu geldi.

## TARTIŞMA

Hidatik hastalıkta plevral tutulum, primer olarak hematojen veya lenfatik yol ile plevranın direkt larval infestasyonu veya sekonder olarak pulmoner veya hepatik komşu bir kistin rüptürü sonucu kist içeriğinin plevra boyunca yayılması ile oluşur. Plevral komplikasyon oranları literatürde % 0.5 ile % 18.2 arasında bildirilmektedir (1-3).

Birçok çalışma pulmoner hidatik kistli hastaların yaklaşık %30'unun tanı anında asemptomatik olduğunu göstermiştir. Büyük boyutlu kistler özefagus, kalp, trakea, büyük damarlar gibi çevre vital organlara bası oluşturarak semptomaya yol açabilirler (2,4,5).

Ekstrapulmoner intratorasik hidatik kist tanısı lokalizasyonu gereği oldukça zordur. Fakat bizim vakamızda olduğu gibi daha öncesinde akciğerde kist hidatik operasyonu öyküsü olması preoperatif plevral hidatik kist tanısını akla getirmelidir. Posteroanterior ve lateral akciğer grafileri, ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) tanıda kullanılan radyolojik yöntemlerdir. Akciğer grafisinde kavitasyon, hava-sıvı seviyesi, bazal infiltrasyonlar ve plevral efüzyon görülebilir. Ayrıca, kist ile akciğer dokusu arasına giren hava, menisküs belirtisi denilen yarım ay şeklinde radyolüsen bir alanın oluşmasına yol açabilir. Bu bulgu pnömoperikistik imaj olarak da isimlendirilmekte olup, akciğer kist hidatiğinin karakteristik özelliklerindedir. Ultrasonografide plevral efüzyon ve bazı olgularda parankimal konsolidasyon tespit edilebilir. Ayrıca karaciğer de görüntülenerek kistin primer odağı değerlendirilebilir. BT' de akciğer alt lobda direkt grafi bulgularına ek olarak kız veziküller de saptanabilir. Ayrıca rekonstrüksiyon görüntüleri oluşturularak lezyonun primer yerleşim yeri, diyafragmatik defekt ve rüptür sonucu ortaya çıkan akciğer bulguları daha detaylı olarak saptanabilir. Lezyon MRG' de T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens sinyal karakterinde izlenerek lokal diğer lezyonlardan ayır edilebilir (5,8,11).

Akciğer kist hidatik hastalığında öncelikli tedavi şekli cerrahidir. Cerrahi tedavinin amacı maksimum organ

dokusunun korunarak intakt ya da komplike kistin çıkarılması ve kalan boşluğun obliterasyonudur. Cerrahi teknik seçimi operasyon sırasında karşılaşılan duruma, cerrahın deneyimine ve seçimine göre değişebilir. Akciğer KH'de en sık kullanılan yöntem kistotomi ve kapitonajdır. Kistin etrafında gelişen akciğer parankim harabiyeti veya ekspansiyon kusuru nedeni ile radikal akciğer rezeksiyonları gerekebilir. Komplike vakaların % 14' ünde bu prosedür uygulanmaktadır. Bu prosedürlerin yanı sıra, plevral komplikasyonları nedeniyle plevral dekortikasyon oranı da (% 69.8) yüksek olarak bildirilmiştir (3,9).

Kist hidatik hastalığında bir başka tedavi yaklaşımı da medikal tedavidir. Hastanın genel durumunun veya kistin yerleşimi nedeniyle operasyon için uygun olmaması, kistin çok sayıda olması, cerrahi girişimden sonra rekürrens gelişmesi medikal tedavi için endikasyon oluşturur. Tedavide mebendazol ve albendazol gibi benzimidazol kullanılabılır. Spontan veya iyatrojenik rüptürler veya ameliyat esnasında kistlerin dökülmesi sonucu gelişen sekonder plevral veya perikardiyal nükslerin önüne ameliyat sonrası 2-4 ay verilen antihelmintik tedavi ile geçilebilir. Bu amaçla kullanılan Benzimidazol tedavisinin kesin bir standart dozu ve tedavi süresi bulunmamaktadır. Benzimidazol tedavisi kesintisiz verilebileceği gibi 28 günlük tedavi 14 günlük aralar halinde de verilebilir. Optimal tedavi süresi 3-6 aydır. Yan etkileri olmadığı sürece tedavi süresi uzatılabilir (3,10,11).

Sonuç olarak, kist hidatiğin plevral komplikasyonları ve perikardiyal komplikasyonları yüksek morbidite ve daha radikal rezeksiyona neden olabilir. Bu nedenle hidatik kist tanısı konulduktan sonra komplikasyon gelişmeden cerrahi müdahale yapılmalıdır. Kist hidatik operasyonlarında dikkatsiz eksplorasyon nedeni ile iyatrojenik rüptür, spontan rüptür veya vaka esnasında plevral aralığa dökülen küçük kız kistlerin yayılmasına, dolayısıyla nüks olgularına yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu türde yayılma şüphesi olan tüm olgularda postoperatif koruyucu antiparaziter ilaç tedavisi ihmal edilmemelidir.

## KAYNAKLAR

1. Bektaş A, Örmeci N. Kist Hidatik Komplikasyonları ve Peritoneal Kist Hidatik. Türkiye Klinikleri J Surgery 1998;3(3):199-201.
2. Şahin F, Bayraktaroğlu M, Yıldız P, Özgül G, Cansever L, Bedirhan MA. Plevral Efüzyonun Ayırıcı Tanısında Kist Hidatik. TTD Plevra Bülteni 2008;2(2):53-8.
3. Arıbas OK, Kanat F, Görmüş N, Türk E. Pleural complications of hydatid disease. J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 123(3):492-7.
4. Aguilar X, Fernandez-Muixi J, Magarolas R, Sauri A, Vidal F, Richart C. An unusual presentation of secondary pleural hydatidosis. Eur Respir J 1998; 11(1):243-5.
5. Ülkü R, Eren N, Çakır Ö, Balci A, Onat S. Extrapulmonary intrathoracic hydatid cysts. Can J Surg 2004; 47(2):95-8.
6. Pekcici R, İnceköy M, Ünlü Y. İzole dalak kist hidatiği (olgu sunumu). Genel Tıp Dergisi 2004; 14(1):27-9.
7. Kabiri EH, El Maslout A, Benosman A. Thoracic rupture of hepatic hydatidosis (123 cases). Ann Thorac Surg 2001;72(6):1883-6.
8. Sıldıroğlu HO , Başekim CÇ , Öztürk E, Erginöz E ,Kızılkaya E . Hepatik hidatik kistin intratorasik rüptürü: olgu sunumu. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48(4):226-8.
9. Kılıç D, Kutlay H. Akciğer Hidatik Kistinde Cerrahi Tedavi Türkiye Klinikleri J Thor Surg-Special Topics 2008;1(2):19-22.
10. Amman R. Echinococcus. Gastroenterology Clinics of North America 1996;25(3): 655-89.
11. Çağlayan K, Çelik A, Koç A et al. Unusual Locations of Hydatid Disease: Diagnostic and Surgical Management of a Case Series. Surgical Infections 2010;11(4): 349-53.