

Tanı zorluğu yaşanan komplike diyafragmatik hidatik kist: iki olgu

Complicated diaphragmatic cyst hydatid having difficulty in diagnosis: two cases

Fatih Meteroğlu¹, A. Feridun Işık¹, Levent Elbeyli¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD.

Geliş Tarihi / Received: 30.12.2009, Kabul Tarihi / Accepted: 17.02.2010

ABSTRACT

Isolated or metastatic diaphragmatic hydatid cysts prevalence is 1%. We presented two complicated hydatid cysts located in diaphragm for their rare location and difficulties experienced in diagnosis. A woman aged 65 and a managed 17 was operated for complicated diaphragmatic hydatid cyst in our clinic. The cases evaluated according to the location of the lesion, the diagnosis and treatment techniques. The diaphragmatic hydatid cysts have an important place among intrathoracic extrapulmonary located hydatid cysts because of their rare prevalence and diagnosis difficulties.

Key words: Diaphragm, hydatid cyst, perforation.

GİRİŞ

Hidatik kist hastalığı sıklıkla karaciğer (%50-70) ve akciğerlere (%20-30) (1) yerleşir, diyafragmatik lokalizasyon ise %1'lik oranla çok nadir görülür ve sıklıkla da karaciğer hidatik kisti ile ilişkilidir.² İntratorasik ekstrapulmoner lokalizasyonlar sıklıkla mediastinum, plevra, perikardiyum, diyafragma ve göğüs duvarıdır.^{2,3}

Tutulan organların saptanmasında göğüs radyografisi bulgularına ek olarak, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans inceleme (MRI) gereklidir. Özellikle perfore hidatik kistlerde tanı koymak zordur. Hidatik kistin kesin tedavi şekli cerrahidir. Diyafragmada yerleşmiş olan iki komplike hidatik kist olgumuzu yerleşim yerinin nadir olması ve tanıda yaşanan zorluklar nedeniyle sunduk.

OLGU 1

İlk olgumuz 65 yaşında bayan hasta idi. Son 3 aydır olan efor dispnesi ve öksürük yakınmaları nedeniyle

ÖZET

İzole ya da diğer organ tutulumları ile beraber olan diyafragma hidatik kistlerinin görülme sıklığı %1'lik oranla oldukça nadirdir. Diyafragmada yerleşmiş olan komplike hidatik kistli iki olgumuzu yerleşim yerinin nadir görülmesi ve tanıda yaşanan zorluklar nedeniyle sunduk. Kliniğimizde 65 yaşında bayan ve 17 yaşındaki erkek hasta komplike diyafragmatik hidatik kist nedeniyle opere edildi. Olgular, lezyon yerleşim yeri, tanı ve tedavi yöntemleri açısından değerlendirildi. İntratorasik ekstrapulmoner yerleşimli hidatik kistler içinde diyafragma hidatik kistleri daha nadir görülmeleri ve tanıların zorluğu nedeniyle ayrı bir yer tutarlar.

Anahtar kelimeler: Diyafragma, hidatik kist, perforasyon.

le kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde manibrium sterni ve corpus sterni 1/3 üst kısmında 3 adet fistül saptanan hastanın (Resim 1), akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonda homojen dansite artışı mevcuttu. Toraks BT'de sternum üzerinde yer yer inflamatuvar proses ve sternum ile kostalarda erozyon-destrüksiyona neden olan yumuşak doku dansitesi, komşu parankim ve alt lobda konsolide alan saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal idi.

Hastaya operasyon planlandı. Sağ posterolateral torakotomi ile 7. interkostal aralıktan toraksa girildi. Akciğerin apekse, sternuma ve diyafragama sıkı yapışık olduğu görüldü. Yapışıklıklar giderildi. Diyafragmanın iki yaprağı arasında yaklaşık 3×3 ve 2×2 cm boyutunda 2 adet hidatik kist ve akciğer parankiminde de değişik boyut ve lokalizasyonlarda hidatik kist görüldü. Diyafragmatik kistler diyafragma ile birlikte çıkartıldı. Diyafragmada oluşan yaklaşık 6×6 cm boyutunda ki defekt 0 (sıfır) numara ipekle primer olarak onarıldı. Karaciğerde hidatik kist görülmedi. Enfekte hidatik kiste sekonder gelişen iltihap sternumda lokal reaksiyon oluşturmuştu.

Oluşabilecek osteomyelit ve mediastiniti önlemek amacıyla o bölgeye lokalize küretaj uygulandı. Sağ alt lobda yaklaşık 3×3 ve 3×4 cm ebatlarında 2 adet hidatik kist kistotomi ile çıkartıldı ve kapitonaj uygulandı. Diğer kistler mm boyutlarında olduğundan çıkartılmadı ve postoperatif albendazol verilmesi planlanarak operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif 1. ayın sonunda ampiyem gelişti. Olgu postoperatif 45. günde sepsis nedeniyle kaybedildi.

OLGU 2

Kliniğimize başvurusundan 3 yıl önce başka bir merkezde karaciğer hidatik kist tanısı konan, ancak tedaviyi kabul etmeyen 17 yaşındaki erkek olgu, karın ve göğüs ağrısı yakınmaları ile yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde, sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmış olarak saptandı.

Akciğer grafisinde sağ hemitoraksı tama yakın dolduran homojen dansite artışı mevcuttu. Abdominal BT'de karaciğer sağ lobu posteroinferior da düzgün kontürlü, içinde germinatif membranla uyumlu olabilecek görünümünün de izlendiği yuvarlak hipodens lezyon mevcuttu (Resim 2). Tüp torakostomi sonrası toraks BT'de, sağda hava dansiteleri de içeren plevral efüzyon ve efüzyona komşu kollaps, hava bronkogramları, konsolidasyon-infiltrasyon alanı vardı. Torasentezle alınan plevral sıvının içeriğinin ampiyem vasfında olması nedeniyle sağ anterior aksiller 6. interkostal aralıktan tüp torakostomi uygulandı. Ancak akciğerin tam ekspanse olmaması üzerine hastaya videotorakoskopik cerrahi (VATS) planlandı. VATS işlemi sırasında plevral sahada rüptüre olmuş hidatik kiste ait membranöz yapılar ve plevral kalınlaşmalar saptandı. Sağ posterolateral torakotomi uygulandı. Akciğerin göğüs duvarı ve diyafragma ile olan yapışıklıkları giderildikten sonra membranöz yapılar dışarı alındı. Lezyonun diyafragmadan kaynaklandığı, diyafragma yaprakları arasına giren ve perfore olan hidatik kiste bağlı gelişen ampiyeme sekonder akciğer kollapsı saptandı. Diyafragma da yaklaşık 2x2 cm boyutunda defekt vardı. Diyafragmanın üst katmanı hidatik kiste ait yapılarla birlikte eksize edildi. Diyafragmanın alt katmanı sağlam olarak izlendi. Üst katmanı absorbl sütürlerle primer olarak onarıldı. Histopatolojik incelemede hidatik kist tanısı doğrulandı.

Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta 1 yıllık izlemde sorunsuzdur.

TARTIŞMA

İnsanlar Echinococcus yumurtalarını su, yiyecekler ve köpeklerle direkt temas ile alırlar. Yumurtalar mideye ulaştığında larvalarını (hexacan) sindirim sistemine bırakırlar. Embriyolar bağırsak duvarları boyunca ilerler ve venlerle karaciğere ulaşır. Eğer embriyolar karaciğer engelini geçerse akciğere yerleşirler. Embriyolar lenfatik yollarla karaciğeri by-pas ederek akciğere ulaşabilirler. Eğer akciğeri de geçerse kan dolaşımı ile herhangi bir organa yerleşebilirler. Akciğeri aşan embriyolar perikard, epikardium, miyokard, fissür, plevral boşluk, dalak, böbrek, periton, beyin ve kemikler gibi diğer yerlerde görülebilir. Göğüs duvarı yerleşimli kist hidatik olgularına oldukça nadir rastlanmaktadır. Göğüs duvarı tutulumunda odak yumuşak doku, sternum veya kosta olabilmektedir. Tüm kist hidatiklerde kemik tutulumu %0.9-2 aralarında görülmektedir.⁴ Araştırmacılar, plevral fissür ve mediasten lokalizasyonunu daha sık olarak bildirmişlerdir. Ancak izole ya da diğer organ tutulumları ile beraber olan diyafragma hidatik kistlerinin görülme sıklığını ise %1'lik oranla çok nadir görüldüğünü ve sıklıkla da karaciğer hidatik kisti ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.²

İlk olgu uzun zaman aralığında yanlış tanımlarla tedavi edilmeye çalışılmış ancak başarılı olunamamıştır. Perfore hidatik kist ekstra-pulmoner olarak sternum ve kotalarda destrüksiyona neden olabileceğinden, sternum, kosta destrüksiyonu ve yumuşak doku enfeksiyonlarında hidatik kist akılda bulundurulmalıdır. Olgumuzda mevcut akciğer hidatik kistinün künt travma sonrasında perfore olduğunu ve travma sonrasında sternumdaki yaralanmış bölgelerden fistülize olduğunu düşünürüz.

Literatürde nadirde olsa diyafragmatik hidatik kist bildirilmiştir. Hidatik kistin diyafragmaya, akciğer ve karaciğer kubbesindeki kistlerin perforasyonu sonucu veya diyafragmatik arter yoluyla ulaşabildiği düşünülmektedir. Bununla birlikte bu durumu herhangi bir deneysel veya klinik çalışma ile kanıtlamak zordur.⁵ İştimgil ve arkadaşları¹ farklı olarak intratorasik ekstrapulmoner hidatik kist hastalığının diyafragmatik lenfatik drenaj yolu ile ortaya çıktığını iddia etmişlerdir.

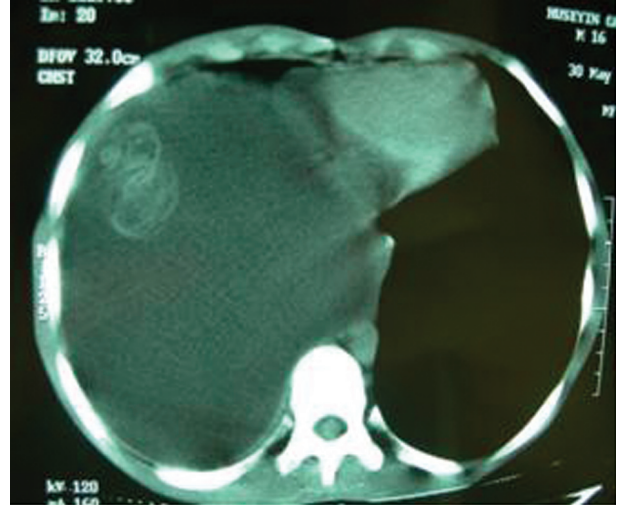
İlk olgumuzda diyafragmanın iki yaprağı arasında mevcut iki adet hidatik kist ile akciğer parankiminde irili ufaklı çok sayıda hidatik kistler mevcuttu. İkinci olgumuzda karaciğerden kaynaklanarak diyafragmanın her iki yaprağı arasına yerleşmiş olan yaklaşık 10x10 cm boyutta, perforé olmuş ve sağ hemitoraksta ampiyeme neden olan hidatik kist mevcuttu. Perforé hidatik kist radyolojik olarak çok çeşitli görüntüler gösterebilir, tanı koymak zor olabilir. Hidatik kist malign veya benign lezyonları taklit edebilir. Taklit ettiği lezyonlar arasında tümör metastazları, apse, amfizem, infarkt bulunmaktadır.⁶ Hidatik kist tanısında ultrasonografi ve BT yararlı olabilmektedir. Özellikle sağlam hidatik kistlerde ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), perforasyona neden olacağından önerilmemektedir. Literatürde hidatik kist olgularında İİAB'nin anafilaktik reaksiyona ve hastalığın yayılmasına neden olabileceği bildirilmiştir.⁷

İlk olgumuz da klinik ve radyolojik olarak tanı konulamadığından dışarı fistülize olan sternumdan biyopsi yapılmıştı. Tanı elde edilen biyopsinin histopatolojik incelemesi sonucu konulabilmiştir. İkinci olgumuzda ise tanı VATS işlemi sonucunda konulabilmiştir.

Sonuç olarak intratorasik ekstrapulmoner yerleşimli hidatik kistler içinde diyafragma hidatik kistleri daha nadir görülmeleri ve tanılarının zorluğu nedeniyle ayrı bir yer tutarlar. Ancak kist hidatik olgularında ameliyat öncesi invazif tanı yöntemlerine başvurulmamalıdır.



Resim 1. Hastada göğüs duvarında görülen fistüller.



Resim 2. Tüp torakostomi öncesi tomografi görünümü.

KAYNAKLAR

1. Isıtmangil T, Toker A, Sebit S, et al. A novel terminology and dissemination theory for a subgroup of intrathoracic extrapulmonary hydatid cysts. *Med Hypotheses* 2003; 61: 68-71.
2. Ersoy G, Yıldırım C, Sehsuvar G, Özer T, Tulpar A. Hydatid-cyst of diaphragm—a case of hydatid cyst with rare localization. *Mater Med Pol* 1993; 25: 109-12.
3. Eroglu A, Kürkçüoğlu C, Karaoglanoglu N, Tekinbas C, Kaynar H, Önbas Ö. Primary hydatid cysts of the mediastinum. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 599-601.
4. Burgos R, Varela A, Castedo E, et al. Pulmonary hidatidosis: Surgical treatment and follow-up of 24 cases. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1999; 16: 628-35.
5. Işık AF, Sagay S, Ciftci A. Diaphragmatic Hydatid disease. *Acta Chir Belg* 2006; 106: 96-7.
6. Doğan R, Yüksel M, Çetin G, et al. Surgical treatment of hidatid cysts of the lung: Report on 1055 patients. *Thorax* 1998; 44: 192-9.
7. Von Siner WN, Nyman R, Linjawai T, Ali AM. Fine needle aspiration biopsy of hydatid cysts. *Acta Radiologica* 1995; 36: 168-72.