

Karaciğerin Okült Alveoler Hidatik Kisti: Çok Erken Yakalanan Alveoler Hidatik Kist Olgusu

Sadık Perek¹, Baki Ekçi², Metin Kapan¹, Zerrin Calay³

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Karaciğerin alveolar hidatik kisti klinik ve radyolojik olarak karaciğer tümörüne benzer. Kesin tanısı biyopsi ile konulabilen bu hastalık 54 yaşında bir erkek hastada insidental olarak çok erken evrede yaklaşık 1,5 cm çapta iken yakalanmış ve cerrahi tedavi ile başarılı olarak tedavi edilerek kesin patolojik tanısı konmuştur. Daha sonra medikal tedavi de eklenerek tam şifa sağlanmış ve uzun süreli takiplerinde nüks rastlanılmamıştır.

Anahtar kelimeler: Karaciğerin alveolar hidatik kisti, ekinokokozis, cerrahi tedavi

Cerrahpaşa Tıp Derg 2008; 39: 156-159

Hepatic occult alveolar hydatid cyst: an early diagnosed hydatid cyst

Abstract

Alveolar hydatid cyst of the liver, clinically and radiologically, imitates cancer-like hepatic mass. A 54 year old man was incidentally diagnosed as having hydatid cyst at very early phase when the cyst's diameter was about 1.5 cm and successfully treated with surgery. Diagnosis was confirmed with morphological examination by the pathologist. Post-operative adjunct medical therapy was administered. Apparent cure is obtained and no recurrence is developed, in long term follow-up.

Key words: Alveolar hydatid cyst of the liver, echinococcosis, surgical treatment

Cerrahpaşa J Med 2008; 39: 156-159

Hidatik kist hastalığı ülkemizde karşılaşılan, iş gücü kaybına neden olan, tedavi gerektiren ve oluşabilecek komplikasyonlara bağlı ölüme neden olabilecek paraziter bir hastalıktır. *Echinococcus multilocularis*'in neden olduğu alveolar hidatik kist hastalığı ise daha nadir karşımıza çıkan, genellikle tilkiden bazen de kedi ve köpek gibi evcil hayvanlardan insanlara bulaşan diğer bir sestoda bağlı hastalıktır [1]. Sıklıkla karaciğerde hastalık oluştursa da karaciğer dışı yerleşimi de vardır [2]. Hatta ilk planda metastazlarla da ortaya çıkabilir [3]. Larvaların karaciğer içinde sürekli proliferatif fazda ka-

larak tümör benzeri çoğalmayla karakterize, komşu dokulara invazyonla, uzak organlara ise kan yoluyla metastaz yapabilen, çoğunlukla ölümcül seyreden bir infestasyondur [4]. Ülkemizde özellikle doğu ve kuzeydoğu Anadolu bölgesinde endemik olarak bulunmaktadır [5]. Serolojik olarak ELISA ve IHA ile tanısı konabilir. Kesin tanıyı patolojik inceleme koysa da USG, BT ve MR gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri de tanıda faydalıdır [1,6]. Uygun vakalarda tedavisi cerrahidir. Diğer durumlarda medikal tedavi uygulanır. Bazen karaciğer transplantasyonu gerekir hale gelecek kadar prognozu kötü olabilir [1,7].

Bu çalışmada çok erken dönemde insidental olarak yakalanan cerrahi tedavisi başarılı sonuçlanmış, takiplerinde nüks saptanmayan bir vaka sunuldu.

Alındığı Tarih: 22 Ekim 2008

Yazışma Adresi (Address): Dr. Baki Ekçi

PTT hastanesi karşısı, Evren Sitesi B Blok D: 87

İçerenköy - İstanbul

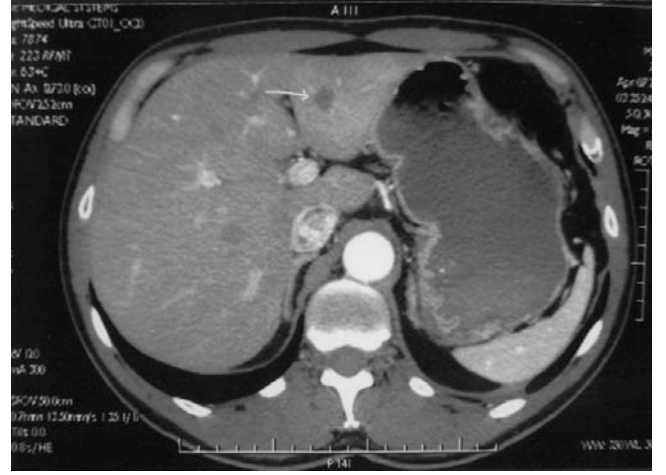
e-posta: drbaki@yahoo.com

Olgu Sunumu

54 yaşında erkek hasta yapılan rutin tetkikler sırasında karaciğer sol lob 3. segmentte görüntülenen lezyon nedeniyle başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmayan hastanın yapılan USG değerlendirilmesinde karaciğer 3. segmentte hipoekoik natürde, düzgün sınırlı solid nodüler lezyon saptandı (Şekil 1). Bilgisayarlı tomografi incelemesinde karaciğer sol lob medial segmentte portal yapıların anteriorunda 12.8 x 12.3 x 12.7 mm boyutlarında düzgün konturlu, silik sınırlı hi-



Şekil 1. Lezyonun USG görüntüsü.



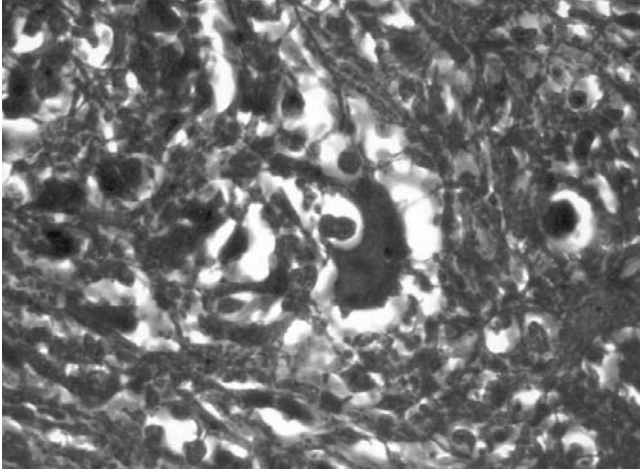
Şekil 2. Lezyonun BT görüntüsü.



Şekil 3. Lezyonun MR görüntüsü.

poekojenik nodüler oluşum olarak rapor edilmişti (Şekil 2). Renkli doppler incelemede intranodal vaskülarizasyon saptanmadı. Manyetik rezonans incelemesinde ise 1 cm çapında karaciğer parankimine göre T2 yağ baskılama tekniği ile elde edilen görüntülerde izointens, in phase ve opposed phase tekniği ile elde edilen görüntülerde hipointens sinyal özelliğinde, ağır T2 görüntülerde karaciğer parankiminden ayırt edilemeyen yuvarlak konfigürasyonlu lezyon saptanmıştı (Şekil 3). Geç kontrast dönemde lezyonda periferik ve santralinde septum tarzında kontrastla minimal parlaklaşma dikkati çekmiş-

tir. Bu görüntüler ışığında MR bulguları hemanjiom, kist, fokal nodüler hiperplazi ve adenom ile uyumlu olmadığı raporlandı ve biyopsi önerildi. USG eşliğinde 20 G 9 cm Chiba iğnesi ile yapılan biyopside nekrotik ve nekrotik yuvarlak hücre infiltrasyonu saptandı. Saptanan hücrelerin karaciğerin kendi elemanları ile uyumlu olmaması, tek tip hücre özelliği olması nedeniyle tümör olasılığı söz konusu olacağından lezyonun çıkarılması önerildi. Hastaya parsiyel hepatektomi (segment 3 rezeksiyonu) uygulandı. Histopatolojik incelemesinde karaciğer dokusu içerisinde etrafı iltahabi granülasyon dokusu ile çevrili nekrotik nodüler yapı, bu nekrotik dokusu içerisinde skoleksler görüldü. Sonuç *Echinococcus multilocularis* infeksiyonu ile uyumlu olarak geldi (Şekil 4). Hastaya ameliyat sonrası günde albendazol 400 mg tb 1x1 başlandı. Yapılan kontrollerde başka lezyona rastlanılmadı.



Şekil 4. UE X1000, Nekrotik doku içinde hayalleri seçilen skoleksler.

Tartışma

Alveoler kist hastalığı İsviçre, Almanya, Lüksemburg, Avusturya, Polonya, Fransa, Kanada, Japonya ve Çin'in kimi bölgelerinde endemik olarak bulunmaktadır [1]. Ülkemizde de özellikle doğu ve kuzeydoğu Anadolu bölgesinde sıklıkla görülür [5].

Bir sestod olan *Echinococcus alveolaris* (EA)'in larva formlarının bu parazit için ara konak olan insanda oluşturduğu bir infestasyondur. Bu parazitin yaşam döngüsünde kesin konak tilki, kızak köpekleri, bazen evcil köpek ve kedilerdir. Ara konak ise sıklıkla tarla faresi gibi küçük kemirgenler ve bazen de suboptimal olarak insandır [6]. EA'nin yapısı, yaşayışı, epidemiyolojisi *E.granulosus*'a benzemektedir. Farklı olarak burada koyun ve sığırın yerini tarla faresi almıştır. Bu kemirgenleri yiyerek infekte olan tilki ve diğer hayvanların dışkıyla temas sonrası kirlenen yiyeceklerin yenmesi ile insana bulaşmaktadır [1]. Yumurtalar duodenumda çözünür. Barsak mukozasına penetre olarak portal ven yoluyla karaciğer ulaşır, hastalığı meydana getirir [3].

Klinikte sıklıkla karaciğerde büyük lezyon olarak karşılaşılar. Eğer safra yoluna açılan kist varsa tıkanma sarılığına sebep olabilir. Bulunduğu yer itibariyle portal hipertansiyon ya da Budd-Chiari sendromu ile de karşımıza çıkabilir [1,6]. Larvalar sürekli proliferatif fazda kalarak karaciğer içerisinde alveolar veya multiloküler tipte kistler oluştururlar. Büyümeyi takiben lezyonun ortasında zamanla nekrotik alan ortaya çıkar. Bu görün-

tüyle yavaş büyüyen hepatosellüler karsinomu taklit ederler [6]. Kistlerin germinal membranı dışarıya doğru 2-5 mm lik büyüklükte alveollere benzeyen mikroveziküller şeklinde tomurcuklanır ve kist dışında fibröz bir kapsül bulunmadığı için dışa doğru büyümeye devam ederek dağılıma başlar. Hastalık bu şekilde invazyon yoluyla ya da hematojen yolla metastaz yapar [8,9]. Yüzlerce küçük vezikülden oluşmuş bal peteği şeklinde bir yapı oluşturur [2]. En sık akciğer metastazına rastlanır. Literatürde karaciğer dışı dalak, beyin, deri, pankreas, böbrek, lenfoid dokuya ve omurgaya yerleşebileceği de vurgulanmıştır [1,3,6,8,9].

EA'in teşhisinde radyolojik bulgular ve spesifik anti-kor tetkikleri kullanılır. Western blot yöntemi ve PCR yöntemi kullanılsa da, ELISA ve IHA en sık kullanılan yöntemlerdir [1,2,10,11]. Tipik radyolojik bulguları olmamakla birlikte tanıda yardımcı olabilecek USG bulguları vardır. BT'de karaciğer dokusunu yaygın olarak tutan çok sayıda, sınırları düzensiz olan hipodens lezyon şeklinde saptanabilir. Kontrast tutulumunun olmaması veya zayıf tutulum parazitik lezyon lehinedir. Kalifikasyon görülmesi sıklıkla enfekte olduğunun belirtisidir. T1 ve T2 ağırlıklı MR incelemesinde, görüntülerde hipointens olarak izlenen fibröz ve paraziter doku sınırları net olarak görülebilir. Bir çalışmada USG tarama testi olarak kullanılsa da BT ile beraber değerlendirilmesinin daha iyi olacağı vurgulanmıştır. MR'ın ise multiveziküler yapının, nekrotik alanın ve kitlenin damarlarla olan ilişkisini göstermede kolaylaştırıcı olacağı vurgulanmıştır [2,12,13,14]. Alveolar hidatik kistin histopatolojik incelemesinde membran ile çevrili küçük kistik yapılar, granülomatöz reaksiyon ve nekroz görülür. Çevrede fibröz duvar yoktur [15].

Uygun hastalarda radikal tedavi cerrahidir. Bunu takiben kemoterapiye devam edilmelidir. Ameliyat yapılamayan durumlarda da benzimidazol türevleri (albendazol, mebendazol) kullanılabilir. Tedavisiz vakalarda prognoz kötüdür. Karaciğer transplantasyonu bile gerekebilir [1,3,7,14]. Bizim vakamızda da albendazol tedavisi cerrahi sonrası başlanmıştır.

Burada takdim ettiğimiz olgunun özelliği ölümcül sonuçlar doğuran bu infestasyonun literatürde insidental olarak yakalanıp, belgelenen en küçük çaplı EA olgusu olmasıdır. Ayrıca rezeksiyon ile tedavi edilerek

hastada komplet bir şifa sağlanmıştı ki yine literatürde bu şekilde EA şifası nadirdir.

Sonuç olarak; yavaş seyirli hepatik tümörlerle karışabilen, erken saptandığında ve etkin cerrahi tedavi uygulandığında başarılı sonuç alınabilen EA ya bağlı karaciğerin kistik hastalığı Türkiye'nin de endemik bölge olması nedeniyle akılda tutulmalıdır. Ayrıca, kedi, köpek, tilki ya da kemiricilerin dışkı bulaşığı ile karşılaşmalar da ya da temas olabilecek yiyecekleri tüketmeden önce iyice yıkamaları bu hastalıktan korunmada önemlidir.

Kaynaklar

1. Furuncuoğlu Y, Ersoy D, Uçmaklı E, Müslümanoğlu M. Bir vaka nedeniyle alveoler kist hastalığı. Klinik Dergisi 1999; 12: 24-26.
2. Cihangiroğlu M, Doğru O, Yekeler H, Boztosun Y. Hepatik alveoler ekinokokkozis: US, BT ve MRG bulguları Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2002; 8: 395-9.
3. Türkay C, Yöner Ö, Elagöz Ş. Alveoler hydatid cyst with lung metastasis: A case report. Türk J Gastroenterol 2002; 13: 112-114.
4. Reuter S, Seitz HM, Kern P, Junghans T. Extrahepatic alveolar echinococcosis without liver involvement; a rare manifestation. Infection 2000; 28: 187-192.
5. Altıntaş N. Cystic and alveolar echinococcosis in Turkey. Ann Trop Med Parasitol 1998; 92: 637-642.
6. Akbayır N, Demirbağ N, Erdem L, Ergen K, ve ark. Perkütan karaciğer biyopsisi ile tanısı konulan multi-organ tutulumlu alveoler hidatik hastalığı olgusu Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2005; 4: 46-50.
7. Rippmann K, Dietrich M, Kern P. Long-term therapy of cystic liver echinococcosis with mebendazole. Med Klin 1992; 15: 350-354.
8. Craig P. Echinococcus multilocularis. Curr Opin Infect Dis 2003; 16: 437-444.
9. Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. Clin Microbiol Rev 2004; 17: 107-135.
10. Ito A, Nakao M, Kutsimi H, et al. Serodiagnosis of alveolar hidatid disease by Western blotting. Trans R Soc Trop Med Hyg 1993; 87: 170-172.
11. Kern P, Frascch p, Helbig M, et al. Diagnosis of Echinococcus multilocularis infection by reverse transcription polymerase chain reaction. Gastroenterology 1995; 109: 596-600.
12. Akın O, Işıklar I. Hepatic alveolar echinococcosis. Acta Radiol 1999; 40: 326-328.
13. Kantarci N, Elmas N, Yılmaz F, ve ark. Correlative CT, MRI and histological findings of hepatic echinococcus alveolaris: a case report. Comput Med Imaging Graph 1999; 23: 155-159.
14. Reuter S, Nussle K, Kolokythas O, et al. Alveolar liver echinococcosis: a comparative study three imaging techniques. Infection 2001; 29: 119-125.
15. Uysal V, Paksoy N. Echinococcus multilocularis in Turkey. J Trop Med Hyg 1986; 89: 249-255.