

BATIN İÇİNDE YAYGIN KİST HİDATİKLİ BİR OLGU

A CASE WITH DISSEMINATED ABDOMINAL HYDATIDOSIS

Özlem KOCABAŞ Füsun ATLIHAN Ferah GENEL Şeref TARGAN

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Anahtar Sözcükler: kist hidatik, disseminasyon

Key Words: hydatid disease, disseminated

ÖZET

Tüm dünyada en yaygın ve ciddi insan sesto d hastalığı kist hidatiktir. Ekinokokus granulosus ve alveolaris (multilokularis) ile meydana gelen zoonotik bir enfeksiyondur. Ekinokokus granulosus (E. granulosus), hayvancılık yapılan ülkelerde endemiktir. Ülkemizde E. granulosus ile meydana gelen enfeksiyonlar daha sıktır E. alveolaris ülkemizde azdır, daha çok kuzey yarıkürede yaygındır.

Kistler sıklıkla karaciğerde ve akciğerlerde yerleşir. Karaciğer ve akciğer dışı organlarda görülme oranı ise %10-20'dir. İştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik gibi semptomlar veya tekrarlayan ürtiker ve anjiödem ya da bulunduğu organa özgü bulgular ile seyreder. Spontan veya travma ile ya da cerrahi girişim sırasında kist içeriği saçılarak anafaksi veya dissemine enfeksiyon gelişebilir.

Karında şişlik, nefes alıp vermede zorluk yakınması ile hastanemize başvuran batın içinde yaygın kist hidatik enfestasyonu saptanan 8 yaşında kız olgu spontan ruptür ve/veya disseminasyon düşünüerek sunulmuştur.

SUMMARY

Hydatid disease is the most widespread, serious human cestode infection in the world. Two Echinococcus species are responsible for distinct clinical presentations, E. granulosus and E. multilocularis (alveolaris). Because animal breeding is widespread in our country, Turkey is endemic for E. granulosus

The majority of cysts occur in the liver. The second most common site is the lungs. 10-20 % of all hydatid disease cases are in organs other than liver and lungs. Loss of appetite, weight loss, vomiting, abdominal pain, anaphylaxis or symptoms due to the site of the cysts are seen. Cyst contents may be spilled spontaneously or perioperatively or after a trauma and disseminated hydatid disease may be the result.

An 8 year-old girl referred to our hospital with complaints of difficulty in breathing and abdominal distention diagnosed as disseminated hydatidosis is presented.

GİRİŞ

Bilinen ilk tanımlaması Hipokrat tarafından yapılan kist hidatik hastalığı özellikle hayvan yetiştiriciliği ile uğraşan

ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastalık etkeni sesto d sınıfından bir parazit olan Ekinokokus'tur. Aynı klinik prezantasyonlardan sorumlu iki alt türü vardır:

E. granulosus (unilokularis) ve daha malign bir form olan E. multilokularis (alveolaris). Ülkemizde E. granulosus ile meydana gelen enfeksiyonlar daha sıktır (1).

E. granulosus ve alveolaris için serolojik testler ELİSA, immun floresan antikor testi (İFAT) veya indirekt hema-glutinasyon (İHA) ile başlatılır. ELİSA için 1/640 ve üzeri, İHA için 1/320 ve üzeri, İFAT için ise 1/80 ve üzeri değerler pozitif olarak kabul edilir. E. alveolaris için pozitiflik saptanırsa Western Blot tekniği ile E. alveolaris için spesifik antikorlar tespit edilir.

Enfekte iç organları yiyen köpek, kurt, çakal ve tilki gibi hayvanlar erişkin parazitler için konak oluştururlar. Erişkin parazitlerin yumurtaları, hayvanların dışkısı ile toprağı, suyu ve köpeklerin tüylerini kontamine eder. Koyun, keçi, inek ve deve gibi evcil hayvanlar otlama sırasında yumurtaları alırlar. Enfekte köpeklerle direkt temas veya yumurtalarla kontamine gıda ve sudan insanlara bulaş olur. İnsanlar ara konaktır. İnsan sindirim sisteminden vasküler veya lenfatik yolla karaciğer, akciğerler ve daha nadiren diğer organlara taşınma olur (2).

E. granulosus için endemik bölgelerde, parazit sıklıkla çocuklukta alınır, ama özellikle karaciğer kistleri saptanana dek veya semptomla yolaçana dek yıllar geçer. Karaciğer ve akciğerler kistlerin en sık yerleştiği bölgelerdir. Ayrıca kemik, genitoüriner sistem, barsaklar, subkutan dokular ve beyin yerleşimli kistler de olabilir. Konak, primer kisti sert, fibröz bir kapsülle çevreler. E. granulosus enfeksiyonlarında, primer kistin içinde küçük kız kistler bulunabilir (2,3).

Klinik bulgular kistin yerleşim yeri, büyüklüğü, vital organlara etkisi ile değişim gösterir. Genellikle çok yavaş büyüdüklerinden, başlangıçta nonspesifik semptomlara sebep olurlar. Sonra tuttukları organa yönelik yakınmalar (karında şişlik, hepatomegali, kusma, karın ağrısı, göğüs ağrısı, öksürük, hemoptizi gibi) ortaya çıkar. Daha ağır bulgular, komşu organlara bası ve kist içeriğinin saçılması ile anaflaksi veya dissemine enfeksiyondur (2).

OLGU SUNUMU

8 yaşında kız hasta bir yıldır olan karın şişliği ve son günlerde gelişen solunum zorluğu yakınmalarıyla başvurdu. Öyküsünden kırsal bölgede yaşayan ve hayvancılıkla geçinen bir ailenin kızı olduğu, herhangi bir kaza, travma veya operasyon geçirmedeği öğrenildi.

Fizik bakısında genel durumu iyi, bilinç açık, soluk, boy 10 persantil, ağırlık 25-50 persantildeydi. Vücut ısısı

36.7°C. Kardiak nabızı 112/dk ritmik idi. Kan basıncı 100/60 mmHg, solunum sayısı 20/dakika idi. Karaciğer 9 cm palpabl, sert ve düzgün kontürlü idi, karaciğer üzerinde ele gelen nodüler yapılar mevcuttu. Nörolojik bakı ve diğer sistem bakıları olağandı.

Laboratuar tetkiklerinde, Hb 10.3 g/dl, Htc %30, WBC 9700/mm³, PNL %60, lenfosit %28, monosit %4, eosinofil %6, basofil %2, platelet 681 000/mm³, MCV 68, RDW 15.6. Fe 40 µg/dl, FeBK 190 µg/dl. Kan biyokimyası ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi.

Grup aglutinasyonu normal bulundu.

Batın ultrasonografisinde, dalak parankimi içinde yaklaşık 16-20 mm aralıklı multipl kistler, karaciğer parankimi içinde yaklaşık 10 mm boyutunda multipl kistler. Karaciğer hilus ve inferiorunda çok sayıda kist tespit edildi.. Sağ böbrek korteksi 10-13 mm kalınlıkta olup toplayıcı sistemde multipl kistler. Sol böbrekte kist yok. Pelvis, mesane ve uterus posteriorunda çok sayıda kist hidatik ile uyumlu kistler rapor edildi..

Batın tomografisinde, karaciğer sağ lob posteriorda kapsüllü, kalsifikasyon olmayan, multipl kistler içeren 12 x 9 x 15 cm hidatik kist ile uyumlu kitle ile batın içinde yaygın, çapları 2 cm.i aşmayan kapsüllü kistik kitleler (peritoneal), dalakta, böbrek üst polünde aynı özellikte multipl kistler olduğu bildirildi.

Tarama amaçlı yapılan PA akciğer grafisi normaldi. Toraks BT normal, kranial BT normaldi.

Radyolojik yorumun kist hidatik lehine olması üzerine kist hidatik serolojisi çalışıldı. ELISA IgG 1/2000(+), İHA 1/2000(+), İFAT IgG 1/160(+) olarak bulundu. Dissemine kist hidatik enfeksiyonu sebebiyle Albendazol tedavisi 20 mg/kg/gün başlandı.

Perkutan aspirasyon, skolisidal ajan enjeksiyonu ve re-aspirasyon (PAIR) için hasta değerlendirildi ancak hastanın abdomen içindeki multipl kistleri nedeniyle perkutan girişim için uygun olmadığına karar verildi. Albendazol 20 mg/kg/gün, 28 gün süreyle 2 dozda kullanılıp 15 günlük intervallerle ara verilmesi şeklinde sadece medikal tedavi alması planlandı. Halen 2. kür tedavisi tamamlanmış olarak izlemedir. Üçüncü kür sonunda kontrol tomografi planlanmıştır.

TARTIŞMA

Kist hidatik, E. granulosus ve alveolaris (multilokularis) ile meydana gelen zoonotik bir enfeksiyondur. Ülkemiz-

de E. granulosus ile meydana gelen enfeksiyonlar daha sıktır. Karaciğer, akciğer ve nadiren diğer organlarda kistik lezyonlarla karakterizedir. Tüm kist hidatik vakalarının %10-20'si karaciğer ve akciğer dışı organlarda görülür. Beyin, kalp, mediastinum, göz, periton, kan damarları, pleura, diafragma, pankreas, dalak, endokrin bezler, kemik ve genitouriner sistem hastalığının görüldüğü diğer organlardır (2).

Hayvancılık ile uğraşan kesimde önemli bir sağlık sorunu olarak kalmaya devam etmektedir. Olgumuzun ailesi de hayvancılık ile uğraşan bir aileydi.

Çocukluk yaş grubunda kistlerin çoğu karaciğerdedir, ikinci sıklıkta akciğerler gelir. Batındaki kistler abdominal ağrı, hepatomegali, palpabl kitle ve kusmalara sebep olur. Komşu yapılara bası olabilir. Spontan veya travma ya da cerrahi girişimler sonrası kist içeriği saçılabilir. Saçılma sonrası anafilaksi veya dissemine enfeksiyon tetiklenebilir (2). Olgumuzda batin tomografisinde, karaciğerde kapsüllü, multipl kistler içeren 12x9x15 cm boyutunda hidatik kist vardı. Travma veya cerrahi girişim tanımlanmadığı için batin içindeki yaygın kistlerin spontan saçıldığı düşünüldü.

Kist hidatik hastalığının tanısında yaygın olarak kabul görmüş kriter, ultrasonografi (USG) ve serolojinin pozitif olmasıdır. Tanıda özellikle USG çok değerlidir. Bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları da USG bulgularıyla hemen hemen aynıdır. Tanıda serolojik çalışmalar da tanıyı doğrulayıcıdır ama yanlış negatiflik %50 kadar yüksek olabilir. Görüntüleme yöntemleri ile tanı, serolojik tanıdan daha sensitiftir. Negatif serolojik sonuçlar varlığında, görüntüleme tipikse kist hidatik tanısı düşünülmelidir (4,5). Benzer şekilde 2002'de Kuveyt'te yapılan bir çalışmada USG'nin tek başına kist hidatik hastalığı tanısında yeterli olduğu bildirilmiştir (6).

1998 yılında Çin'de yapılan 1092 hastalık bir seride USG ile doğru tanı koyma oranı %98.8 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonucu olarak USG'nin insan vücuduna zararsız olduğu ve serolojik testlerle kombine olarak erken dönemde doğru tanı oranını yükselttiği bildirilmiştir (7). 1998'de Almanya'dan yapılan bir olgu sunumunda, atipik seronegatif kist hidatik hastalığının tanısının sonografik olarak konduğu bildirilmiştir (4).

Akciğer radyografisi, manyetik rezonans görüntüleme (MRI), BT ve USG hatta ürografi ile hidatik kistler tanımlanabilir. Kist hidatik hastalığında görüntüleme yöntem-

lerinin birbirine üstünlüğü şu şekilde ifade edilebilir: USG, kistik membranları, septaları, kız kistleri, vezikülleri, hidatid kumu saptamada faydalıdır. BT, kist duvarı kalsifikasyonunu, kist enfeksiyonunu, kist ruptürünü en iyi gösterir. Peritona yayılmayı belirlemede en iyi seçenek BT'dir. Yine BT, ossöz lezyonlarda en iyi seçenektir. BT ve MRI, kist duvarı defektlerini belirlemede kullanışlıdır. MRI, santral sinir sistemi tutulumunda en iyi seçenektir.

Tedavi esas olarak cerrahidir. Açık cerrahi girişimler yerine, USG veya BT eşliğinde yapılan PAIR tercih edilmektedir. PAIR ile kistin etrafa saçılması sık değildir ama profilaktik Albendazol tedavisi önerilmektedir. PAIR, karaciğerin küçük, basit kistleri, daha büyük ve komplike kistleri için, akciğer kistleri, renal kistler için önerilmektedir. Hangi cerrahi girişim uygulanırsa uygulansın sonrasında Albendazol tedavisi gereklidir. PAIR sırasında skolisidal ajanlar olarak hipertonic salin (%30), iodoform, gümüş nitrat, %95 etanol kullanılabilir. Multipl organ tutulumu ve bir organda multipl kistler, medikal tedavi için başlıca endikasyonlardır. PAIR veya cerrahi uygulanmayan E.granulosus kistleri için tedavide tercih edilen ilaç Albendazol'dür. Doz 15 mg/kg/24 saat, 2 dozda, 28 gün süre iledir. Maksimum 400 mg/doz kullanılır. Hastaların %40-60'ında cevap iyidir. İlacın GİS'den emilimi yüksek olduğundan yüksek plazma düzeylerine ulaşılabilir, bu nedenle 15 günlük intervallerle ilaca ara verilir, bu kür 4 veya daha fazla olacak şekilde tekrarlanır. Mebendazol de tedavide alternatif ajan olarak kullanılabilir. Emilimi zayıf olduğu için daha yüksek dozlarda, aylarca kullanılır (50-70 mg/kg/gün) (2).

Başarılı tedavi göstergeleri, ultrasonografik olarak kistin kaybolması, şeklinin sferikten eliptiğe dönmesi, ekojenitede progresif artış ve kapsülden membranların ayrılmasıdır (nilüfer belirtisi). Bunlara ilave olarak tomografide çapın küçülmesi ve kist sıvısının etraf dokularla aynı dansiteye gelmesi tedaviye iyi cevap göstergeleridir. Kemoterapide prognozu iyi olarak etkileyen faktörler, kistin yaşı (>2 yıl), kistin kompleks olmaması ve kistin boyutunun küçük olmasıdır (9). Kemikteki kistlerin tedaviye cevabı iyi olmasa da prognozda kistin yeri önemli değildir (2).

Geçişin önlenmesi için el yıkama, endemik bölgelerde köpeklerle temasın önlenmesi, suyun kaynatılması ya da filtre edilmesi, hayvan atıklarının uygun koşullarda uzaklaştırılması, et kesiminin uygun koşullarda yapılması gereklidir (2).

KAYNAKLAR

1. Özçelik U, Göçmen A. Kist Hidatik Hastalığı Katkı Pediatri Dergisi 1992; (13) (3-4) 365-71.
2. Blanton R. Echinococcosis Nelson Textbook of Pediatrics 2000, Ch 300, p 1079-81.
3. Salman N. Kist Hidatik Pediatri 1 Neyzi O, Ertuğrul T. 1993, 732-33.
4. Ockenga J, Gebel M, Topalidis T, Boozari B, Bleck J., Manns MP. 3D-ultrasound imaging, diagnosis and follow up of an atypical hydatid cyst. Z Gastroenterol 1998 Jul 36:7 599-603.
5. Kalinowska Nowak A, Begejowicz C. Current principles for diagnosis and treatment of hydatid disease. Przegl Lek 2001 58:3 143-6.
6. Sinan T, Sheikh M, Chisti FA, Al Saeed O, Sheikh Z, Hira PR, Behbehani A. Diagnosis of abdominal hdatid cyst disease: the role of USG and USG-guided fine needle aspiration cytology, Med Princ Pract 2002 Oct-Dec 11;190-5.
7. Xu M, Yu L, Shi M, He X. Diagnosis and classification of hepatic echinococcosis by ultrasonography. Chin Med J (Engl) 1998 Apr 111;346-50.
8. Polat P, Kantacı M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. Radiographics 2003 Mar-Apr 23:2 475-94;quiz 536-7.
9. Deger E, Hokelek M, Deger BA, Asil M, Pakdemirli E. A new therapeutic approach for the treatment of cystic echinococcosis: percutaneous albendazole sulphoxide injection without reaspiration Am J Gastroenterol 2000 Jan 95:1 248-54.