

Akciğerin Dev Kist Hidatiği

Giant Hydatid Cyst of the Lung

Hamide Melek, Mevlüt Korkmaz*,
Ayşegül Bükülmez**,
Ömer Doğru**, Reşit Köken**,
Tolga Altuğ Şen**, Afşin Kundak**,
Fahri Ovalı***

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Bursa

*Medicana Hastanesi
Çocuk Cerrahisi Bölümü, İstanbul

**Afyon Kocatepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı,

Afyonkarahisar

***Zeynep Kamil Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği,
İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Dr. Hamide Melek, Uludağ Üniversitesi

Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve

Hastalıkları Anabilim Dalı,

Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Görükle, Bursa,

Türkiye Tel: 0224 295 04 50 Fax: 0224 442 81 43

E-posta: hamide_melek@hotmail.com

Alındığı Tarih: 25.12.2007 **Kabul Tarihi:** 12.03.2008

ÖZET

Kist hidatik hastalığı, Türkiye’de ve dünyada insan ve hayvan sağlığını tehdit eden paraziter bir hastalıktır. Parazit başta karaciğer ve akciğer olmak üzere tüm organ ve dokularda giderek büyüyen kistlere yol açar. Çocuklarda en sık yerleştiği organ akciğerdir. Akciğerin elastik dokusundan dolayı büyük boyutlara ulaşır ve daha erken dönemde tanınır. Akciğer kist hidatik hastalığının tanısında radyolojik görüntüleme, özellikle tomografi önemlidir. Bu yazıda akciğer kist hidatik hastalığı tanısı alan altı yaşında bir erkek hasta, akciğer grafide yer kaplayan homojen görünümünün ayırıcı tanısında kist hidatik hastalığının düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacı ile sunulmuştur. (*Güncel Pediatri 2008; 6: 40-2*)

Anahtar kelimeler: kist hidatik, akciğer

SUMMARY

Hydatid cyst disease is a parasitery disease affecting public health and animals health unfavorably both in Turkey and worldwide. Hydatid cyst may invade all organs mainly liver and lung which leads to huge cysts. In children lungs were the primarily affected organs. Since the lung tissue is more elastic, more larger cysts formed in it which gives the chance of early diagnosis. In that study we present a six years old male patient, who had posterior-anterior chest X-ray suspicious for the hydatid cyst disease. (*Journal of Current Pediatrics 2008; 6: 40-2*)

Key words: Hydatid cyst, lung

Giriş

Kist hidatik hastalığı hayvancılıkla uğraşan ülkeler başta olmak üzere, dünyanın pek çok yerinde endemik olarak görülen, insan ve hayvan sağlığını tehdit eden, ekinokokların neden olduğu paraziter bir hastalıktır (1,2). Dünyadaki prevalansı 100 000’de 1-500, insidansı 100 000’de 5-20’dir. Prevalansın 100 000’de 50, insidansın ise 100 000’de 2 olduğu tahmin edilen ülkemizde ise koyun ve sığır yetiştiriciliğinin yaygın olduğu İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinde daha sık olmak üzere tüm bölgelerde görülmektedir (1).

Ekinokokların dört farklı türü vardır. İnsanlarda en yaygın olanı *Echinococcus granulosus*, daha az sıklıkla *Echinococcus multilocularis*’dir. *Echinococcus vogeli* ve *Echinococcus oligarthropoli*’nin ise insanlarda nadiren hastalığa yol açtığı bildirilmiştir (1,2).

Echinococcus granulosus köpek, kurt, çakal, sırtlan, tilki gibi etçil hayvanların incebağırsağında yaşar, sade-

ce bağırsak parazitozuna yol açar. Bu hayvanların dışkıları ile atılan yumurtalar koyun, sığır, keçi, insan gibi ara konak durumunda olan canlılara direk temas ya da enfekte yiyeceklerle bulaşır. Oral yolla alınan yumurtaların duodenumda açılmasıyla serbest kalan embriyolar bağırsak epiteline penetre olur. Daha sonra portal venöz sistem ve lenfatik sisteme geçerek hedef organlara taşınır. Parazit ara konağın organlarında giderek büyüyen kistlere yol açar. Kistler *Echinococcus granulosus* ve *Echinococcus vogeli* ile oluşan ünilocüler tip, *Echinococcus multilocularis* ile oluşan alveolar tip olmak üzere iki şekilde görülür. Bu kistler karaciğer ve akciğer başta olmak üzere tüm organ ve dokulara yerleşebilirler (1,2).

Olgu Sunumu

Altı yaşında erkek hasta, öksürük yakınması ile başvurdu. Öyküsünden; bir haftadır sadece öksürük yakın-

ması olan hastanın PA (posterior-anterior) akciğer grafisindeki görünümünden dolayı lobar pnömoni tanısı kondu, hastaneye yatırılarak iki hafta kristalize penisilin tedavisi verildiği, izlemde ateşinin hiç olmadığı, öksürüğünün ve PA akciğer grafisindeki görüntünün sebat etmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemize gönderildiği öğrenildi. Fizik incelemesinde sol orta ve alt lobda solunum seslerinin duyulmaması haricinde patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımı, periferik yayma, kan biyokimyası, CRP, eritrosit sedimentasyon hızı normal idi. PA akciğer grafisinde sol orta ve alt lobda yer kaplayan, homojen görünüm izlendi (Resim 1). Akciğer tomografisinde sol akciğer alt lobda kalın cidarlı, sıvı dansitesinde, düzgün sınırlı, yuvarlak kistik lezyon tespit edildi (Resim 2). İndirekt hemaglutinasyon testinde Echinococcus granulosus antikoru negatif saptandı. Batın ultrasonografisi normal idi. Kist hidatik ön tanısıyla 15 mg/kg/gün albendazol başlanıp, opere edildi. 10x10 cm boyutunda kist ve duvarı yırtılmadan çıkarıldı (Resim 3). Kavite %3 NaCl ile yıkanarak aspire edildi. Operasyon sonrası 5. günde taburcu edildi. Albendazol tedavisine 28 gün devam edilip, 14 gün ara verildi. Bu şekilde 3 kür tekrarlandı. İzlemde sorun yaşanmadı.

Tartışma

Kist hidatik hastalığı genç erişkinlerde daha sık görülmele birlikte çocukluk çağında da sıkça görülmektedir (3,4). Parazit tüm organ ve dokulara yerleşebilir. Hematojen yayılım ile embriyoların ilk uğradığı organ karaciğerdir. Bu nedenle parazitin en sık yerleştiği organ karaciğerdir. Karaciğerden sonra ikinci sırada akciğer tutulumu izlenmektedir (1). Bazen karaciğer ve akciğer tu-

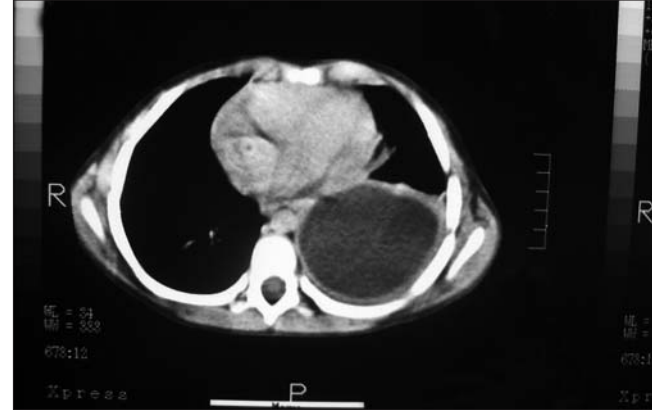


Resim 1. PA akciğer grafide orta ve alt zonu dolduran, keskin sınırlı homojen radyoopasite artımı

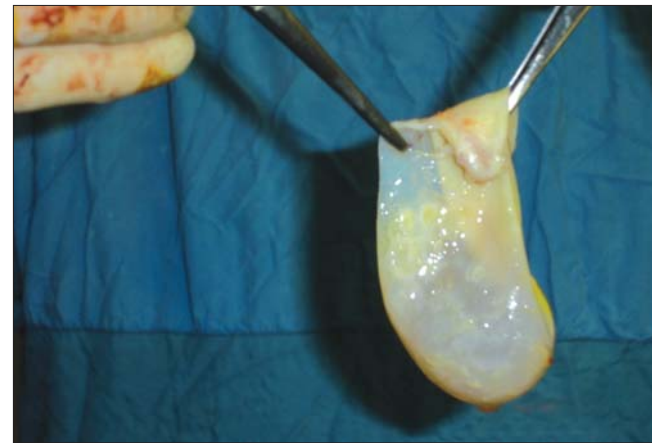
tulumu birlikte izlenir (5). Çocuklarda ise en sık yerleşim yeri akciğerdir (1,6). Akciğerde genellikle tek kist bulunur, özellikle sağ alt lobta yerleşir (3).

Başlangıçta kist boyutu küçük iken vakaların çoğu asemptomatik seyredir. Genellikle bu dönemde hastalar, başka bir nedenle görüntüleme yöntemi yapıldığında tesadüfen tanı alırlar. Kist büyüdükçe komşu dokularda bası belirtileri ortaya çıkar. Kistin büyüklüğü ve bulunduğu bölgeye göre bu bulgular değişir. Karaciğer yerleşiminde; sağ hipokondrium ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık, akciğer tutulumunda; solunum sıkıntısı, öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı, kafa içi tutulumunda; baş ağrısı, kafa içi basınç artışı, kusma, şuur kaybı, miyokard tutulumunda; ritm bozuklukları, iskemi bulguları, kemik tutulumunda; spontan kırıklar görülebilir. Kistin yırtılması durumunda ise allerjik reaksiyonlar, ikincil enfeksiyonlar, abseleşme ve yoğun kanama oluşabilir (1,3,4).

Çocuklarda elastik bir yapıya sahip olan akciğerler kistin büyümesine izin verir. Dolayısıyla kistler daha büyük boyutlara ulaşır ve daha erken tanı olanağı bulurlar. Herhangi bir ekseninde çapı 10 cm'nin üzerinde olan kist-



Resim 2. Toraks tomografide aksiyel kesitte sol akciğer alt lobda kalın cidarlı, sıvı dansitesinde düzgün sınırlı, yuvarlak kistik lezyon



Resim 3. Cerrahi işlem sonrası çıkarılan kist hidatik kesesi

ler dev kist olarak kabul edilmiştir (4,7). Dev kist hidatik semptom ve bulguları, basit kist hidatikte ortaya çıkanlardan farklı değildir. Ancak çevre dokulara daha fazla hasar verirler.

Hastalığın tanısında klinik bulgular spesifik değildir, vakaların büyük bir kısmı da asemptomatik seyrederek. Olguların %25'inde periferik kanda eozinofili görülebilir (1). Bazı serolojik testler (ELISA, Western blot, polimeraz zincir reaksiyonu, kompleman fiksasyon ve indirek hemaglutinasyon testleri) tanıda yardımcı olabilir. Ancak bu testlerin pozitif sonucu hastalığın varlığını kesinleştirmemekte, negatif sonuçlar ise hastalığı ekarte ettirmektedir. Antijenin kalitesine, saflığına, antikorun tipine, kullanılan tekniğe ve kistin bulunduğu lokalizasyona göre serolojik testin duyarlılığı ve özgüllüğü çok geniş bir aralıkta değişmektedir. Serolojik testlerin karaciğer tutulumunda %80-100, akciğer tutulumunda %50-56, diğer organ tutulumlarında %25-56 arasında duyarlı olduğu, birden fazla serolojik yöntem kullanıldığında serolojik tanının güvenilirliğinin arttığı bildirilmiştir. Bu amaçla ELISA ve indirek hemaglutinasyon testleri en sık kullanılan yöntemlerdir (1,2,8).

Tanıda en çok yol gösterici olan radyolojik görüntüleme yöntemleridir. Tomografi kistin lokalizasyonunu, büyüklüğünü, komşu yapılar ile ilişkisini, parazitik olan ve olmayan kist ayırımını daha net ortaya koyar. Kist hidatik tomografide kontrastlanan duvarı, internal septasyonları, kistin bronşa açılmasına bağlı hava sıvı seviyeleri, germinatif membrana bağlı perikist görünümü ve duvar kalsifikasyonları ile tanınır. Kist duvarındaki devamsızlık ise rüptürü düşündürür (9,10).

Serolojik testler ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile tanı konulamayan şüpheli vakalarda cerrahi müdahale hem tanı koydurucu hem de tedavi edici olmaktadır (3). Kist hidatik hastalığının tedavisinde antihelmintik ilaç (albendazol veya mebendazol) kullanımı bir tedavi seçeneği olmasına rağmen akciğer kist hidatikli vakalarda öncelikle cerrahi tedavi önerilmektedir. Kistin total ekizyonu amaçlanırken, akciğer parankiminin korunmasına özen gösterilmektedir (3,11). Akciğer kist hidatik tedavisinde endoskopi alanındaki gelişmeler sonucu toroskopik cerrahi girişimi de giderek yaygınlaşmaktadır (3). Antihelmintik tedavi ile birlikte uygulanan cerrahi tedavi sonuçları daha başarılı görülmektedir. Tıbbi tedaviye operasyondan en az dört gün önce başlanmasının kist içi basıncı düşürerek rüptür riskini ve operasyondan

sonrada devam edilmesinin ise nüks riskini azalttığı bildirilmiştir (1). Antihelmintik tedavi süresi konusunda farklı görüşler olmakla birlikte 4 haftalık kürler arasında 1-2 haftalık ilaçsız dönemler bırakılarak tekrarlanması önerilir (1).

Bizim olgumuzun PA akciğer grafisinde konsolide görünümünden ziyade sol orta ve alt zonu dolduran keskin sınırlı, homojen radyoopasite artımının bulunması, genel durumunun iyi olması, sol orta ve alt lobda solunum seslerinin duyulmaması dışında diğer patolojik solunum seslerinin ve ateşinin olmaması, başka bir sağlık merkezinde uygun doz ve sürede antibiyotik almasına rağmen radyolojik görüntüde hiçbir değişiklik olmaması lobar pnömoni tanısından uzaklaştırdı. Hayvancılığın yoğun olduğu bir bölgede yaşamayı ve akciğer tomografisindeki görünüm nedeni ile kist hidatik hastalığı düşünüldü. Operasyon sonucu bu tanı ile uyumlu idi. Sonuç olarak akciğer grafisinde görülen yer kaplayan lezyonların ayırıcı tanısında kist hidatik hastalığının düşünülmesi; tanıda gecikmeyi, gereksiz tıbbi tedaviyi engelleyebilir, gerekli çevresel önlemlerin alınması ile insan ve hayvan sağlığı tehdidi, ekonomik kayıplar en aza indirgenebilir.

Kaynaklar

1. Köktürk O, Gürüz Y, Akay H ve ark. Toraks Derneği Paraziter Akciğer Hastalıkları Tanı ve Tedavi Rehberi 2002. Toraks 2002;3:1-16.
2. King CH. Cestodes. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. p.2962-3.
3. Ekingen G, Tuzlacı A, Güvenç H. Çocukluk çağı akciğer kist hidatik tanı ve tedavisinde toroskopik cerrahi. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2005;13:62-4.
4. Önen A, Şanlı A, Yılmaz Avcı B. Akciğerin dev kist hidatigi: 10 olgu sunumu. Toraks 2004;5:106-9.
5. Topcu S, Kurul IC, Altınok T, Yazıcı U, Demir A. Giant hydatid cysts of lung and liver. Ann Thorac Surg 2003;75:292-4.
6. Kanat F, Turk E, Aribas OK. Comparison of pulmonary hydatid cysts in children and adults. ANZ J Surg 2004;74:885-9.
7. Karaoglanoglu N, Kurkcuoglu IC, Görgüner M, et al. Giant hydatid lung cysts. Eur J Cardiovasc Surg 2001;19:914-7.
8. Gönülügür U, Gönülügür TE, Akkurt İ. Kist hidatik tanısında serolojik testlerin değeri. Akciğer Arşivi. 2004;5:158-61.
9. Erdem CZ, Erdem LO. Radiological characteristics of pulmonary hydatid disease in children: Less common radiological appearances. Eur J Radiol 2003;45:123-8.
10. Koul PA, Koul AN, Wahid A, Mir FA. CT in pulmonary hydatid disease: unusual appearances. Chest 2000;118:1645-7.
11. Kurkcuoglu IC, Eroglu A, Karaoglanoglu N, Turkyilmaz A, Tekinbas C, Basoglu A. Surgical approach of pulmonary hydatidosis in childhood. Int J Clin Pract 2005;59:168-72.