

Pulmoner arterin kist hidatiği

Hydatid cyst of the pulmonary artery

Kenan Can Ceylan,¹ Deniz Akpınar,¹ Hakan Polat,¹ Özgür Samancılar,¹ Ozan Usluer,¹ Hüdaver Alper,² Şeyda Örs Kaya¹

Araştırma yapılan kurum:

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir, Türkiye

Yazar adresleri:

¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir, Türkiye
²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Pulmoner emboli ön tanısı ile bir yıl medikal tedavi uygulanan 36 yaşındaki erkek hasta hemoptizi yakınması ile kliniğimize başvurdu. Toraks manyetik rezonans görüntüleme ve anjiyo bilgisayarlı tomografide sağ pulmoner arter içinde muhtemel kistik lezyonlar ve sağ akciğer alt lobda bronşektazi saptandı. Ekokardiografide intrakardiyak kist hidatik ile ilişkili herhangi bir bulgu izlenmedi. Sağ torakotomi ile alt lobektomi uygulandı. Doku örneğinin makroskopik incelemesinde pulmoner arter içinde yerleşmiş kist hidatik görüldü. Kardiyak veya hepatik tutulum olmayan, intraarteriyel tutulumun oldukça nadir görülmesi nedeni ile bu olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik; intraarteriyel; akciğer.

A 36-year-old male patient receiving medical treatment with the preliminary diagnosis of pulmonary embolism was admitted with the complaint of hemoptysis. Thoracic magnetic resonance imaging and angiographic computed tomography revealed possible cystic lesions in the right pulmonary artery and bronchiectasis in the lower lobe. There was no finding related with intracardiac hydatid cyst in echocardiography. A right thoracotomy and lower lobectomy was applied. Gross examination of the tissue specimen revealed a hydatid cyst located in the pulmonary artery. We present this case as intraarterial hydatid cyst is extremely rare without any cardiac or hepatic involvement.

Key words: Hydatid cyst; intraarterial; pulmoner.

Pulmoner arter içinde yerleşmiş hidatik kist hastalığı oldukça nadir görülür. Kardiyak veya hepatik kistlerin rüptürü sonucu pulmoner arter içinde kist gelişebilir.^[1] Ameliyat sırasında sağ pulmoner arter içinde hidatik kist tanısı konuldu. Tanı ve tedavi yaklaşımı ile literatürde çok nadir görülmesi açısından sunulması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Balgamla karışık hemoptizi yakınması ile bir yıl önce yapılan laboratuvar incelemeleri sonucu pulmoner emboli tanısı konulan 36 yaşındaki olguya medikal tedavi (düşük molekül ağırlıklı heparinler; DMAH) uygulandı. Kontrol toraks magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT)

anjiyografisinde sağ pulmoner arter distalinde emboli ile sağ akciğer alt lobda kaviter bronşektazi saptandı (Şekil 1). Bu görüntünün pulmoner arter içinde yerleşmiş hidatik kist ile uyumlu olabileceği bildirildi. Ekokardiyografisinde pulmoner hipertansiyon izlenmedi, kardiyak veya hepatik hidatik kist görülmedi. Solunum fonksiyon testlerinde birinci saniyedeki zorlu ekspirasyon hacmi (FEV₁) %82, zorlu vital kapasite (FVC) %79 ve oranı %94 olarak hesaplandı. Arteriyel kan gazı değeri ise pO₂: 91 mmHg, pCO₂: 37 mmHg, pH: 7.36 idi. Gerekli hazırlıkları takiben sağ torakotomi yapıldı, eksplorasyonda sağ alt lobun bronşektatik olduğu görüldü. İnterlobar pulmoner arter diseksiyonu sonrasında alt lob arter dalları ve üst lob arka inen arter ortaya kondu. Alt lob “common



Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2014.6269
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 28 Kasım 2011 *Kabul tarihi:* 15 Şubat 2012

Yazışma adresi: Dr. Kenan Can Ceylan, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, 35110 Yenisehir, İzmir, Türkiye.

Tel: 0232 - 433 33 33 e-posta: kcanceylan@gmail.com



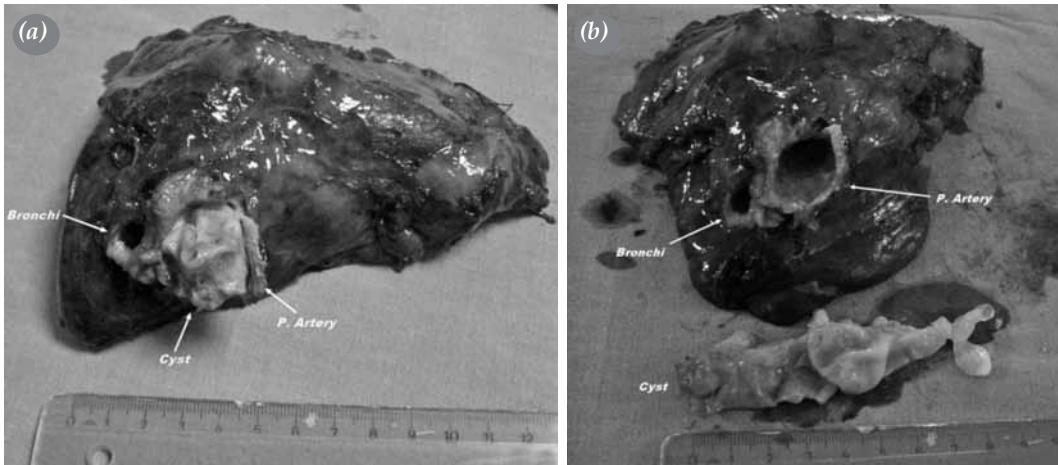
Şekil 1. Toraks anjiyo-bilgisayarlı tomografisinde (a, b) parankim kesitinde kavitasyonlar ve bronşektazik görünüm ile (c, d) mediasten penceresinde pulmoner arter içinde kistik görünüm.

bazal” arterin oldukça genişlemiş olduğu saptandı. Vasküler klemp pulmoner arter interlobar kısmının palpasyon ile salim olarak saptanan bölgenin proksimaline kondu. Pulmoner arter longitudinal olarak açıldığında arterin alt lob dalının içini tamamen dolduran kist hidatik görüldü (Şekil 2). Alt lobektomi uygulandı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren olgu altıncı gün taburcu edildi. Albendazole tedavisi uygulanan olgu halen sorunsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Kist hidatik en sık karaciğerde (%60) ve takiben akciğerde (%25) yerleşmektedir. Bu iki organın filtreleme işlevi sayesinde parazitin diğer organlarda görülebilme oranı çok düşüktür (%15). Kardiyovasküler sistemde görülme sıklığı ise %0.5-2 arasındadır.¹²¹

Akciğer veya karaciğer dışındaki bölgelerde yerleşen hidatidozda ameliyat öncesi tanı zor olabilir. Serodiagnostik testler yararlı olabilir ancak negatif



Şekil 2. Sağ alt lobektomi örneğinde kist hidatiğin (a) pulmoner arter içindeki ve (b) çıkartıldıktan sonraki görünümü.

olması tanıyı ekarte ettirmez.^[3] Görüntüleme yöntemleri ile kistik ekinokok günümüzde iyi bir şekilde saptanabilmektedir. Ultrasonografi, BT ve MRG yöntemleri sayesinde kistler; yerleşim yerleri, uniloküle veya multiloküle formlarına kadar görüntülenebilmektedir.^[2] Olgumuzda BT anjiyografi ve MRG ile arteriyel yerleşimli kist ön tanısı konulmuş idi.

Kist hidatik genelde asemptomatiktir. Semptomları genellikle öksürük, solunum güçlüğü ve göğüs ağrısıdır. Pulmoner emboliye yol açan olgularda hemoptizi sık görülen bir bulgudur.^[4] Olgumuzda bir yıl öncesinde de hemoptizi yakınması vardı ve pulmoner emboli ön tanısı ile medikal tedavi uygulanmış idi.

Kist hidatiğin veya veziküllerden kaynaklanan venöz veya arteriyel sistem embolizasyonu çok nadir görülen bir durumdur. Pulmoner embolinin kaynağı sağ atriyum, sağ ventrikül veya karaciğerdir. Kist hidatiğin pulmoner veya sistemik vasküler yapılara embolizmi kistin veya veziküllerin venöz veya arteriyel sisteme rüptürü sonucunda oluşur. Kistin perforasyonu sonrasında akut, subakut veya kronik embolizasyonuna sekonder pulmoner arter içinde yerleşim olmaktadır. Bunun sonucunda pulmoner hipertansiyona yol açabilmektedir.^[5] Olgumuzda kronik arteriyel embolizasyona sekonder parankimal kavite ve bronşektazi gelişmiş idi. Pulmoner hipertansiyonu olmayan olgumuzda kardiyak veya hepatik kiste ait bulgu saptanmadı.

Tedavide cerrahi yaklaşım ilk seçenektir. Embolektomi veya enükleasyon daha nadir olarak tercih edilmektedir. Sağ veya sol ana pulmoner arter proksimaline yerleşen kistlerde kardiyopulmoner baypas ile birlikte total sirkülatuar arrest periyodları gerekebilir.^[1] İntrakardiyak kist hidatiklerde kardiyopulmoner baypas kullanılabilir.^[1] Pulmoner arterin distalinde veya dallarında yerleşen olgularda kardiyopulmoner yaklaşım kullanılabilir. Arter duvarındaki dejeneratif değişiklikler, pulmoner arterin distal veya proksimalindeki tıkanıklık ile geridönüşümsüz parankimal değişiklikler yapılacak cerrahi girişim seçiminde etkilidir.^[1,6] Olgumuzda

sağ pulmoner arterin distal dallarında tıkanma, damar duvarında destrüksiyon ve anevrizmatik genişleme, distalindeki pulmoner parankimde kaviter bronşektaziye neden olmuş idi. Bu nedenle sağ alt lobektomi uygulandı.

Kist hidatik endemik bölgelerde halen önemli bir sorundur. Ülkemiz gibi endemik bölgelerde pulmoner embolilerin değerlendirilmesinde ve tedavinin yürütülmesinde çok nadir görülmesine rağmen ayırıcı tanıda intraarteriyel pulmoner kist hidatik akla getirilmelidir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Tanju S, Toker A, Ünal ES, Dilege Ş, Kalaycı G. Hydatid cyst in the distal pulmonary artery: A case report. *Turkish Respiratory Journal* 2005;6:102-4.
2. Men S, Yücesoy C, Edgüer TR, Hekimoğlu B. Intraaortic growth of hydatid cysts causing occlusion of the aorta and of both iliac arteries: case report. *Radiology* 1999;213:192-4.
3. Pulathan Z, Cay A, Güven Y, Sarihan H. Hydatid cyst of the abdominal aorta and common iliac arteries complicated by a false aneurysm: a case report. *J Pediatr Surg* 2004;39:637-9.
4. Erdoğan Y, Turay ÜY, Deniz PP, Biber Ç, Ergun P, Çiftçi B, et al. A case of pulmonary hypertension due to chronic pulmonary hydatid cyst embolism. *Turkish Respiratory Journal* 2007;8:105-7.
5. Buz S, Knosalla C, Mulahasanovic S, Meyer R, Hetzer R. Severe chronic pulmonary hypertension caused by pulmonary embolism of hydatid cysts. *Ann Thorac Surg* 2007;84:2108-10.
6. Aribas OK, Kanat F, Türk-Aribas E, Erayman I, Yuksek T. Embolisation of hydatid cysts in the pulmonary artery presenting with haemoptysis. *Neth J Med* 2007;65:109-11.