

Atipik Yerleşimli Kist Hidatik

HYDATID CYST WITH UNUSUAL LOCALIZATION

Ahmet Tansel Çörtelekoğlu, Kazım Beşirli, **Lale Yüceyar, Kürşat Bozkurt, *Kamil Kaynak, Hasan Tüzün,
Ayla Gürel Sayın

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

***İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Özet

Kist hidatik en sık karaciğerde (%70), ardından akciğerde (%20) görülmektedir. Bu iki organ dışında vücudun tüm bölgelerinde atipik lokalizasyonlarda karşımıza çıkabilir. Bu çalışmada kliniğimizde takip ettiğimiz sekiz adet atipik yerleşimli kist hidatik olgusu gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, atipik yerleşim

Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2003;11:195-197

Summary

Hydatid cyst is mostly seen in the liver (70%), followed by the lung (20%). It may also be seen in the other areas as atypical localisations. In this study, eight atypically localised hydatid cyst cases are presented.

Keywords: Hydatid cyst, unusual localization

Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2003;11:195-197

Giriş

Kist hidatik, echinococcus granulosus larvası tarafından oluşturulan bir doku enfestasyonu olup, genel olarak sanitasyon kurallarına iyi uyulmayan ülkelerde daha sık görülür. Hayvancılığın yoğun olduğu bölgelerde önemli bir sağlık sorunudur [1,2]. Daha çok karaciğerde yerleşmesine rağmen, vücudun her bölgesinde görülebilir. Bu çalışmada 1990-2001 yılları arasında ameliyat edilen sekiz atipik yerleşimli, kist hidatik olgusu sunulmuş ve literatür eşliğinde irdelenmiştir.

Olgu 1

Üç yaşında kız çocuğunda yapılan tetkikler sonucu karaciğerde en büyüğü 1 cm çaplı toplam 5 adet, sol akciğer üst lobda yaklaşık 3 cm ve sol ventrikül postero-supero-lateral yüzeyde miyokard içerisinde 2.5x2 cm boyutlarında kist bulunmuştur. Medyan sternotomi ile sol akciğer üst lobuna kistektomi+kapitonaj ve aynı seansta sol ventrikülde lokalize kiste kardiyopulmoner bypass kullanılmaksızın kistektomi yapılmıştır. Hastanın 12 ay sonraki kontrol kardiyak manyetik rezonans incelemesinde nüks saptanmamıştır.

Olgu 2

Üç yıl önce sağ akciğer ve karaciğerde kist hidatik sebebiyle torakofrenolaparotomi ile kistotomi kapitonaj yapılmış 28

yaşında kadın hastanın torakotomi insizyonunda cilt altında, sağ akciğerde ve karaciğerde nüks kist hidatik tespit edilmiştir. Eski torakotomi insizyonu üzerinden yapılan insizyon ile öncelikle cilt altındaki kist patlatılmadan çıkarılmıştır. Daha sonra akciğerdeki kist için posterolateral torakotomi ile kistotomi kapitonaj yapılmıştır.

Olgu 3

Yirmiyedi yaşında bayan hasta intraabdominal cerrahi girişim sonrası bilateral alt ekstremitelerde soğuma ve ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurmuştur. Şikayetleri on gündür devam etmekte olan hastada ekstremitelerde his ve motor kusur bulunmamıştır. Fizik muayenede alt ekstremiteleri soğuk ve soluk olan hastanın parmak uçlarında siyanoz tespit edilmiştir. Femoral ve distal nabızlar her iki alt ekstremitede de alınamamıştır. Yapılan anjiyografi görünüm olarak saddle emboliyi düşündürmüştür. Hastaya bilateral femoral embolektomi yapılmış ve her iki bacağa fasyotomi açılmıştır. Ameliyatta çıkarılan emboli materyalinin histopatolojik incelemesi sonucu kist hidatiğe ait olduğu anlaşılmıştır. Tüm sistemlerin kist hidatik açısından tetkiki sonucu hastada herhangi bir kiste rastlanmamıştır. Hasta fasyotomileri kapatıldıktan sonra bilateral femoral, popliteal ve sağda distal nabızları palpabl taburcu edilmiştir.

Olgu 4

Otuziki yaşında bayan hasta sağ kolda ve elde ani başlayan soğuma ve ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurmuştur. Fizik muayenesinde sağ aksiller, brakial, ve distal nabızları alınamamıştır. Çekilen anjiyografide sağ subklavyan arterde tıkanıklık görülmüş ve emboli kuşkusunu uyardırıştır. Sağ aksiller embolektomi yapılan hastadan alınan emboli materyalinin histopatolojik incelemesi sonucunda kist hidatiğe ait olduğu anlaşılmıştır. Hastanın tüm vücut bilgisayarlı tomografisi ve ekokardiyografisinde herhangi başka bir kiste rastlanmamıştır. Hasta tüm nabızları palpabl taburcu edilmiştir.

Olgu 5

Yüz metrede klodikasyon intermittan ve impotans şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayenesinde bilateral femoropopliteal seviyede tıkanıklık tespit edilmiştir. Anjiyografide abdominal aort infrarenal seviyeden bifurkasyona kadar tam tıkalı bulunmuştur. Oklüzyonun dışında iki bacak arteriyel sisteminde aterosklerotik değişikliklere rastlanmamıştır. Leriche sendromu tanısı ile hastaya mediyan laparotomi yapılmış, infrarenal aortası açıldığında multipl kistler ile karşılaşmıştır. Kistler tümüyle çıkarılıp saha betadinli solusyonlar ile iyice yıkanmıştır. Hastaya daha sonra 14 x 7 Dacron greft ile aorta biiliyak bypass yapılmıştır. Patolojik inceleme sonucunun kist hidatik olarak bildirilmesi üzerine hastanın tüm sistemleri incelenmiş, ancak herhangi bir kist odağına rastlanmamıştır.

Olgu 6

½iddetli eforda çarpıntı şikayeti ile kardiyoloji polikliniğine başvuran 18 yaşında kız hastada yapılan tetkikler sonucu perikardiyal kist hidatik tanısı konmuş ve servisimize refere edilmiştir. Hastaya sol anterolateral torakotomi ile perikardiyektomi ve kistektomi operasyonu yapılmıştır. Postoperatif takiplerinde nöks ve başka yerinde kist hidatik oluşumu tespit edilmemiştir.

Olgu 7

Göğüs ağrısı yakınmasıyla kardiyoloji polikliniğine başvuran 42 yaşında bayan hasta, yapılan fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri sonucunda ileri derecede perikard kalınlaşması tespit edilmiş ve konstriktif perikardit tanısıyla ameliyatı planlanıp servisimize transfer edilmiştir. Hastaya konstriktif perikardit için kliniğimizin klasik yaklaşım şekli olan sol anterolateral torakotomi ile perikardiyektomi yapılmıştır. Perikard boşluğundan bol miktarda dejenere ve canlı kist boşaltılmıştır. Sol ventrikül apeksinden perikard boşluğuna uzanan 2-3 cm çapındaki intramüral kısmı da olan bir kist patlatılmadan çıkarılıp kapitone edilmiştir. Postoperatif dönemde yapılan incelemelerde başka organda kiste rastlanmamıştır. Hasta 2 yıl sonra düşük kalp debisi nedeniyle kaybedilmiştir.

Olgu 8

Perikardiyal tamponad bulgularıyla gönderildiği özel bir

hastanede yapılan ultrasonografide perikard içerisinde bol mayi ve irili ufaklı kistler saptanan hastanın yaptırılan ekokardiyografisinde bol perikardiyal sıvı dışında bir patoloji saptanmamıştır. Tamponad için subsifoidal drenaj uygulanan hastada çok sayıda kistin drene olduğunun görülmesi, kliniğinin düzelmemesi ve santral venöz basıncın düşmemesi üzerine sol anterolateral torakotomi ile perikardiyektomi yapılmıştır. Postoperatif yapılan tüm vücut taramasında diğer organlarda patolojiye rastlanmamıştır. Bir yıl sonra yapılan kontrolde hastanın asemptomatik olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Kist hidatik, %99 Echinococcus granulosus ve %1 Echinococcus multilocularis tarafından oluşturulan bir parazitozdur. Ekinokok türleri ile oluşan enfestasyonlarda insan rastlantısal ara konaktır. Erişkin parazit son konak olan etobur hayvanların ince bağırsağına yerleşir. Yumurtalar söz konusu hayvanların dışkıları ile çevreye yayılır. Ara konaklara sindirim yolu ile bulaşır. Yumurtadan çıkan embriyolar duodenumdan kana geçer ve tüm vücut dokularına yayılabilir [1]. Kaynaklarda karaciğere %70-%50, akciğere %11-17, yumuşak dokulara %2.4-5.3, kalbe %0.5-3, perikarda %5, kas ve subkutan dokulara %0.5-4.7 yerleşim bildirilmiştir [2-5].

Karaciğer tutulumunda manyetik rezonans görüntüleme malign tümörler ile ayırımında spesifiktir [6]. Diğer spesifik tanı testleri Weinberg kompleman fiksasyonu, indirect hemaglutinasyon, Elisa ve Casoni deri testidir. Tedavide medikal olarak benzoimidazol carbamatlar kullanılabilir. Yetersiz kalırsa albendazol, rezistan vakalarda praziquantel, isoquinolin derivesi de tedaviye eklenebilir.

Müsküler ve derialtı hidatidoz insidansı %0.5'ten %4.7'ye kadar değişir. Bu sıklık karaciğer ve akciğer hidatidozlarından az, ancak böbrek, kemik, pankreas, dalak ve mezenter hidatidozlarından fazladır. Uygun tedavi cerrahidir. Ancak kist çok büyük ve çevre dokulara yapışık ise cerrahi zorlaşır [7]. Genelde cilt tutulumlu hidatidoz primer olarak başka bir organı da tutar. Ancak literatürde internal organ yerleşimi olmadan primer cildi tutmuş kist hidatik olgusu da bulunmaktadır [8].

Japonya'dan Ambo ve arkadaşları [9] daha önce sekiz adet derialtı kist hidatik olgusu bildirmişlerdir. Ancak genel olarak kas iskelet sistemi ve adipöz dokularda ameliyattan belli bir süre sonra tutulum görülüyorsa iyatrojenik kontaminasyondan bahsedilebilir [10]. Yukarıda sunulan hastadaki derialtı hidatidoz da iyatrojenik kontaminasyon düşündürmektedir.

Kardiyak kist hidatiklere tüm kist hidatikler arasında %0.5-2 gibi az bir oranda rastlanır. Perikardiyal yerleşimleri son derece nadirdir ve asemptomatik olabilirler. Ancak rüptüre olduklarında akut tamponada neden olabileceklerinden çok tehlikelidirler [11,12]. Bizim kliniğimize gönderilen üç perikardiyal kist hidatik vakasından biri akut tamponad, biri konstriktif perikardit olarak refere edilmiş ve hidatidoz oldukları operasyon sırasında anlaşılmıştır. Perikardiyal ve kardiyak kist hidatiklerde operasyon planlarına kardiyopulmoner bypassda alınmalıdır. Fatal komplikasyonların fazla olmasından dolayı kardiyopulmoner bypass altında cerrahi girişim gerekliliği Vicol ve arkadaşları [13] tarafından vurgulanmıştır. Ülkemizden de 1990 yılında Bayezid ve arkadaşları [14] tarafından interventriküler septuma lokalize olan ve pulmoner emboliye yol açmış bir kardiyak

yerleşimli kist hidatik olgusunun kardiyopulmoner bypass ile başarılı cerrahi tedavisi bildirilmiştir. Kliniğimizde miyokard yerleşimli kist hidatik olgusunda kalp akciğer pompası standby olarak tutulmuş, ancak kistotomi da çalışan kalpte yapılmıştır. Perikardiyal kist hidatiklerde tamponad haricinde bir diğer komplikasyonda akut miyokard infarktüsüdür [15]. Alışılmamış lokalizasyonlu kist hidatik olgularının cerrahisi bazen teknik olarak zor olabilir. Burada amaç kistin rüptürü durumunda sekonder yayılımı önlemek olmalıdır.

Üçüncü ve beşinci olgularımızdaki gibi alt ekstremitede iskemiyeye yol açmış arteriyel yerleşimli kist hidatik oldukça nadir olup, literatürde az sayıda olgu bildirilmektedir. Bildirilen 3 olgu femoral arter yerleşimli, 1 olgu iliak arter yerleşimli, 2 olgu aort-iliak arter yerleşimlidir [16]. Bizim dördüncü olgumuz Leriche sendromunu taklit ederek tabloyu daha enteresan bir hale sokmaktadır. Arteriyel yerleşimli kist hidatiğin bir başka tipinde intramural yerleşimli kistlerin yalancı anevrizma formasyonu oluşturabildiği de tanımlanmıştır [16].

Echinococcus granulosus'un her organı tutabileceği unutulmamalı ve bu yönden uyanık olunmalıdır. Karaciğer ve akciğerde kist hidatiğe rastlanmış ise diğer tüm sistemler de tetkik edilmelidir. Medikal tedavi cerrahi tedavi ile mutlak kombine edilmelidir.

Kaynaklar

1. Unat EK, Yücel A, Altaş K, Samastı M. Unat'ın Tıp Parazitolojisi. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1991:440-59.
2. Di Gesu G, Picone A, La Bianca A, Massaro M, Vetri G. Muscular and subcutaneous hydatidosis. Minerva Med 1987;30:835-40.
3. Esadki O, El Hajjam M, Kadiri R. Hydatid cyst of soft tissues, radiological aspect. Ann Radiol 1996;39:135-41.
4. Remadi JP, Al Habash O, Hage A, et al. Kyste hydatique du septum interventriculaire. Apropos d'un cas. Arch Mal Coeur 1994;87:409-13.
5. Ottino G, Viliani M, De Paulis R, et al. Restoration of atrioventricular conduction after surgical removal of a hydatid cyst of the interventricular septum. J. Thorac Cardiovasc Surg 1987;93:144-7.
6. Cherqui D. Benign liver tumors. J Chir 2001;138:19-26.
7. Di Gesu G, Picone A, La Bianca A, et al. Muscular and subcutaneous hydatidosis. Minerva Med 1987;30:835-40.
8. Öztürk S, Devec M, Yıldırım S. Hydatid cyst in the soft tissue of the face without any primary. Ann Plast Surg 2001;46:170-3.
9. Ambo M, Adachi K, Ohkawara A. Postoperative alveolar hydatid disease with cutaneous-subcutaneous involvement. J Dermatol 1999;26:343-7.
10. Iuliano L, Gurgo A, Poletti E, et al. Musculoskeletal and adipose tissue hydatidosis based on the iatrogenic spreading of cystic fluid during surgery: Report of case. Surg Today 2000;30:947-9.
11. Narin N, Meşe T, Ünal N, et al. Pericardial hydatid cyst with a fatal course. Acta Paediatr Jpn 1996;38:61-2.
12. Tedy G, Maamari S, Khoury J, Heraoui E, et al. Pericardial hydatid cysts. Value of magnetic resonance imaging. Apropos of a clinical case. Ann Cardiol Angiol 1995;44:280-3.
13. Vicol C, Rupp G, Wagner T, Sumer C, et al. Surgical treatment of acute pericardial tamponade in infestation of the heart by echinococcus. Dtsch Med Wochenschr 1998;123:250-2.
14. Bayezid Ö, Ocal A, Isık O, Okay T, Yakut C. A case of cardiac hydatid cyst localized on the interventricular septum and causing pulmonary emboli. J Cardiovasc Surg 1991;32:324-6.
15. Jamil F, Nanda NC, Thakur AC, et al. Echocardiographic detection of intramyocardial coronary obstruction produced by pericardial hydatid cyst. Echocardiography 1997;14:459-60.
16. Oz N, Turkey C, Golbasi I, et al. Primary vascular echinococcosis: An uncommon cause of chronic iliofemoral arterial occlusion. Tex Heart Inst J 2000;27:209-11.
17. Posacioglu H, Bakalim T, Cikirikcioglu M, Yuce G, Telli A. Intramural hydatid cyst of descending aorta complicated by false aneurysm. Scand Cardiovasc J 1999;33:242-4