

PULMONER HİDATİDOZ VE CERRAHİ TEDAVİSİ

PULMONARY HYDATID DISEASE AND SURGICAL THERAPY

Dr. Maruf ŞANLI, Dr. Bülent TUNÇÖZGÜR, Dr. Levent ELBEYLİ

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, GAZİANTEP

Adres: Dr. Maruf ŞANLI, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 27070, Kolektepe / GAZİANTEP

Özet

Amaç:

Çoğunluğuna kistotomi + kapitonaj tekniği ile operasyon uyguladığımız 60 hidatik kist olgusunu operasyon sonuçları ile birlikte gözden geçirdik.

Materyal ve Metod:

Ocak 1998 - Şubat 2000 arasında kliniğimizde 60 hidatik kist olgusuna operasyon uygulandı. Olgularda tanı klinik değerlendirme, akciğer grafisi ve toraks BT ile konuldu. Operasyon sonrası hastalara kontrendikasyon olmadığı sürece 1,5 ay süreyle 10 mg/kg/gün albendazol tedavisi uygulandı.

Bulgular:

5 olguda hidatik kist bilateral, 11 olguda multipl, 3 olguda karaciğer kubbesi lokalizasyonundaydı. 29 olguda kist perfore iken 31 olguda intakttı. 55 hastaya kistotomi + kapitonaj uygulanırken, 2 olguya lobektomi uygulandı. Karaciğer kubbe hidatik kisti olan 3 olguya transdiafragmatik yolla kistotomi uygulandı. Seride erken ve geç ölüm oluşmadı. Postoperatif 3 olguda (%5) komplikasyon gelişti. Olguların hiçbirinde 2 yıllık izlemde nüks oluşmadı.

Sonuç:

Akciğer hidatik kist olgularında kistotomi + kapitonaj prosedürü ile rezeksiyon olmaksızın yeterli tedavi elde edilebileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Pulmoner, hidatidoz, cerrahi tedavi

Summary

Background:

We reviewed 60 hydatid cyst cases with results of operation whom most of them were operated by cystotomy and capitonnage technique.

Methods:

Sixty patients with hydatid cyst were operated in our clinic between January 1998 and February 2000. Diagnosis was made by clinical manifestations, chest x-ray and thorax CT. After the operation we treated the patient by 10 mg/kg/day albendazole for out 6 weeks if there were no contraindications.

Results:

In five patients the hydatid cysts were bilateral, in eleven patients the cysts were multiple and in three patients the cysts were at hepatic dome localization. Fifty-five patients underwent cystotomy and capitonnage, two patients underwent lobectomy. Three patients which the cysts were at hepatic dome localization underwent cystotomy via

transdiafragmatically. There were no early or late mortalities. Three patients had postoperative complication. There were no recurrences in these cases for two years.

Conclusion:

We concluded that the procedure of cystotomy and capitonnage without resection is an efficient therapy in the pulmonary hydatid cyst cases.

Keywords: Pulmonary, hydatid disease, surgical therapy

Giriş

Echinococcus cestodu nedenli hidatik hastalık, hidatidoz veya ekinokokkozis olarak bilinir [1]. Echinococcus granulosus, daha yaygın form olan kistik hidatik hastalığı yaparken, echinococcus multilocularis daha nadir görülen alveoler hidatik hastalığı oluşturur [1-6]. Dünyada koyun ve sığır yetiştirilen Akdeniz ülkeleri, Güney Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda, Kanada, Ortadoğu ve Kuzey Afrika'da endemik olarak görülür [1,4,5,7,8].

Echinococcus granulosus; kedi, köpek gibi hayvanların intestinal sisteminde yaşar. Parazitin son halkası yumurta içerir. Feçesle atılan yumurtalar sahayı kontamine eder ve kontamine olmuş ot, su, yiyeceklerle veya köpeklerle direk temasla arakonakçı canlılara alınarak larval faz olan kist hidatik oluşur. Enfekte organın primer konakçılar tarafından yenilmesi ile

siklus tamamlanır [1,3,8].

Kliniğimizde operasyon uyguladığımız 60 hidatik kist olgusunu operasyon sonuçları ile birlikte gözden geçirdik.

Materyal ve Metod

Ocak 1998 ile Şubat 2000 arasında kliniğimizde 60 hidatik kist olgusuna operasyon uygulandı. Olgularda tanı klinik değerlendirme, akciğer grafisi ve toraks BT ile konuldu. Ek inceleme olarak abdominal ultrasonografi tüm olgulara yapılırken, ekokardiyografi toraks BT ile şüpheli bulunan olgulara yapıldı. İki olguya median sternotomi uygulanırken diğer olgulara posterolateral torakotomi ile yaklaşımda bulunuldu. Operasyon sonrası hastalara kontrendikasyon olmadığı sürece 1.5 ay süreyle 10 mg/kg/gün albendazol tedavisi uygulandı.

Bulgular

Olguların 31'i erkek, 29'u kadındı. Ortalama yaş 27.56 (2-62) idi. Olgularda en belirgin (% 46.6), semptom öksürük iken daha sonra sırasıyla göğüs ağrısı, hemoptizi, nefes darlığı gelmekteydi (Tablo 1).

Olguların 5'inde kist bilateral, 11 olguda multipl, 3 olguda

Semptomlar	Sayı	%
Öksürük	28	46,6
Göğüs ağrısı	23	38,3
Hemoptizi	18	30
Nefes darlığı	5	8,3

Tablo 1: Olgulardaki semptomlar

karaciğer kubbesi lokalizasyonundaydı. En sık yerleşim yeri 24 (%42.1) olgu ile sağ akciğer alt lob idi (Tablo 2).

Olguların 29'unda kist perfore iken, 31 olguda intakttı.

Kistotomi ve kapitonaj 55 olguya uygulanırken, 2 olguya

Kistin Lokalizasyonu	Sayı	%
Sağ alt lob	24	42,1
Sol alt lob	9	15,7
Sol üst lob	9	15,7
Sağ üst lob	7	12,1
Sağ orta lob	5	8,7
Lingula	3	5,2

Tablo 2: Akciğer hidatik kistlerinin lokalizasyonları

lobektomi uygulandı (Tablo 3).

İki olguya median sternotomi, diğer olgulara posterolateral torakotomi kesisi ile yaklaşıldı. Operasyon sırasında kist etrafı parankim, hipertonic serum saline emdirilmiş spançlarla

Operasyon	Sayı	%
Kistotomi + kapitonaj	55	91,6
Lobektomi	2	3,3
Transdiafragmatik kistotomi	3	5

Tablo 3: Akciğer hidatik kistli olgularda uygulanan operasyon

korunarak, kistin projekte olduğu tepeden kalın kalibrasyonlu iğne sokulup, kist sıvısı aspire edildi. Daha sonra kist açıklarak germinatif membran dışarı alındı. Kist kavitesindeki bronş ağzları vikril sütürlerle kapatılarak, kavite aynı sütür materyali ile kapitone edildi. Rezeksiyon uygulanan iki olgudan birisinde kistin bulunduğu loba, lipoid pnömoni eşlik ederken diğerinde harab olmuş akciğer mevcuttu. Karaciğer kubbe hidatik kisti olan 3 olguya transdiafragmatik yolla kistotomi uygulandı. Bu olgulara karın ön duvarından çıkarılan dren yardımıyla drenaj uygulandı. Ek organ tutulumu 10 olguda karaciğer, 1 olguda beyin olarak belirlendi. Seride erken ve geç ölüm oluşmadı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişen 3 olgudan (%5) ikisinde uzamış hava kaçağı, diğerinde kapitonaj sütürlerinin açılması mevcuttu. Her ne kadar olgulardaki en uzun takip süresi iki yıl ise de, olguların hiçbirinde nüks saptanmadı.

Tartışma

Thebesius [3] tarafından 17. yy'da tanımlanan hidatik kiste ülkemizde sıkça rastlanmaktadır. Karaciğerden sonra en yaygın yerleşim yeri olan akciğer hidatik kistleri [1,7] uzun zaman asemptomatik kalabilirler [1,2]. Kistin boyutuna, yerleşim yerine, komplike olup, olmamasına bağlı olarak hastalarda öksürük, hemoptizi, membran ekspektorasyonu, göğüs ağrısı, dispne, ateş, allerjik reaksiyonlar görülebilir [1,4,7]. Olgularımızda %46.6 oranı ile öksürük en belirgin semptomdu.

Röntgenografik bulgular genellikle diagnostiktir [9]. Casoni deri testi, Weinberg reaksiyonu ve eosinofili spesifik olmayıp, tanı için güvenilir değildir [4,7]. İntakt kist göğüs röntgenogramında radyodens bir gölge olarak görülür. Pnömoerikistik imaj ve nilüfer arazi komplike kistlerde karakteristik özelliklerdir [9,10]. Hepatik kist kalsifiye olabilen yuvarlak bir gölge şeklindedir [2]. Olgularımızda tanı klinik değerlendirme, akciğer grafisi, toraks BT ile konuldu. Pulmoner hidatik kistlerin sağ alt lob lokalizasyonunda daha sık görüldüğü ve %20 civarında bilateral olduğu bildirilmektedir [1,7]. Olgularımızda %42.1 ile en sık yerleşim yeri sağ alt lob olup, %8.7'si bilateral idi.

İntakt kistlerde rüptür, enfeksiyon riskleri nedeniyle zaman geçirilmeden operasyon uygulanmalıdır [4,6,11]. Bazı küçük kistlerde germinatif membranın ve kistik sıvının ekspektorasyonu nadiren spontan iyileşmeyi sağlayabilir [7]. Ancak parazit ölmüş olsa bile akciğerde kalan membran, rekürren enfeksiyonlar için kaynaktır [2]. Cerrahide amaç, parazitin eradikasyonu, intraoperatif rüptürün önlenmesi, rezidüel kavitenin kapatılmasıdır [2,3,8]. Enükleasyon, segmentektomi, lobektomi, wedge rezeksiyon, kistotomi, kistektomi uygulanan cerrahi yöntemlerdir [1-3]. Özellikle çocuklarda parankimin büyük bir ekspansiyon kapasitesine sahip olması nedeniyle akciğer parankimini koruyan konservatif cerrahi yöntemler önerilmektedir. Rezeksiyon için çok az endikasyon bulunduğu, genellikle bitişik dokuda ciddi hasara neden olan enfeksiyon durumunda düşünülmesi gerektiği bildirilmektedir [1-3,7]. Olgularımızın %91.6'sına uyguladığımız kistotomi ve kapitonaj prosedürü ile yeterli iyileşme elde ettik. Yalnızca iki olguya rezeksiyon gerekti. Bunlardan birinde kistin bulunduğu lobda lipoid pnömoninin saptanması, diğerinde enfekte kistin lobu harab etmesi nedeniyle rezeksiyon uygulandı. Karaciğer kubbesine yerleşmiş olan hidatik kistlerde transdiafragmatik yaklaşım pek çok yayında önerilmektedir [2,8,11]. Hepatik hidatidoz için kist kavitesine drenaj, kapatma veya obliterasyon uygulanabilir [5]. Transdiafragmatik yaklaşım uyguladığımız 3 olguda kavite içine yerleştirilen ve karın ön duvarından çıkarılan dren ile drenaj yaptık.

Burgos ve arkadaşları; [3] preoperatif olarak 7-10 gün, postoperatif olarak intakt kistlerde bir ay, rüptüre kistlerde ise 3-6 ay albendazol kullanımını önermektedirler. Olgularımızda postoperatif 1.5 ay süreyle albendazol kullanılırken, intakt kistlerde kist duvarını incelterek rüptüre neden olabileceği düşüncesiyle kullanılmadı.

Akciğer hidatik kist olgularında kistotomi ve kapitonaj prosedürü ile yeterli iyileşme elde edilebileceği, karaciğer kubbe lokalizasyonundaki kistlerde transdiafragmatik yaklaşımın uygun olduğu, postoperatif albendazol tedavisinin olgularda nüks oranını azalttığı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Symbas PN, Aletras H. Hydatid disease of the lung. In: Shields TW, ed. General Thoracic Surgery. Philadelphia: Williams&Wilkins, 1994.
2. Dhaliwal RS, Kalkat MS. One-stage surgical procedure for bilateral lung and liver hydatid cysts. *Ann Thorac Surg* 1997;64:338-41.
3. Burgos R, Varela E, Castedo J, et al. Pulmonary hydatidosis - surgical treatment and follow-up of 240 cases. *Eur J Cardio thoracic Surg*,1999;16:628-35.
4. Yalav E, Ökten İ. Akciğer kist hidatiklerinin cerrahi yöntemleri. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1977:64-5.
5. Langer JC, Rose DB, Keystone JS, et al. Diagnosis and management of hydatid disease of the liver. *Ann Surg* 1984;30:412-7.
6. Smego DR, Smego RA. Hydatid cyst: Preoperative sterilization with mebendazole. *Southern Medical Journal* 1986;79:900-1.
7. Aytaç A, Yurdakul Y, İkizler C, et al. Pulmonary hydatid disease: Report of 100 patients. *Ann Thorac Surg* 1977;23:145-51.
8. Kahraman C, Akçalı Y, Köseahmetoğlu M, ve ark. 152 olguluk bir seride intratorasik kist hidatiklerin cerrahi tedavisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 1989;11:190-9.
9. Kervancıoğlu R, Bayram M, Elbeyli L. CT findings in pulmonary hydatid disease. *Acta Radiologica* 1999;40:510-4.
10. Akçalı Y, Elbeyli L, Tolu İ. The roentgenodiagnosis of pulmonary hydatid disease: A review of 200 radiograms of hydatid cysts. *Erciyes Tıp Dergisi* 1992;14:495-49.
11. Ming-Gian X. Hydatid disease of the lung. *Am J Surg* 1985;150:568-73.