

Albendazol Kullanımý Sonrasý Nadir Bir Komplikasyon: Kronik Granulamatöz Ýnflamasyon (Olgu Sunumu)

AN UNUSUAL COMPLICATION AFTER ALBENDAZOLE USAGE: CHRONIC GRANULAMATOUSE INFLAMMATION (CASE REPORT)

Ahmet Feridun İlçık, Metin Er, *Ýrfan Bayram

Yüzüncü Yýl Üniversitesi Týp Fakültesi, Göðüs Cerrahisi Ana Bilim Dalý, Van
*Yüzüncü Yýl Üniversitesi Týp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalý, Van

Özet

Akciðer hidatik kistleri halen ülkemiz için önemli bir sorun olarak durmaktadır. Tedavisinde öncelik cerrahi yöntemler kullanılırken, son 15 yılda benzimidazol karbamat grubu ilaçlar denenmektedir. Ancak bu tedavi, akciðerlerin dýþarıya açık organlar olması nedeniyle tam kür sağlamayabilmektedir. Canlılýðını yitiren kistler komplikasyonlara açık hale gelmektedir. Bunlar tekrarlayan enfeksiyon, apse, bronþektazi, hemoptizi ve ağır pnömoni olarak sayılabilir. Patoloji raporunda eþlik eden kronik kazeifiye granulamatöz iltihap bildirilmesi üzerine, akciðer hidatik kistlerinin ilaçla tedavisinin yol açabileceði komplikasyonları vurgulamak amacıyla olgumuzu paylaşmak istedik.

Anahtar kelimeler: Hidatik kist, albendazol, kronik granulamatöz inflamasyon

Türk Göðüs Kalp Damar Cer Derg 2004;12:202-204

Summary

Pulmonary hydatid disease is still a serious problem for our country. Surgery is the principal mode of treatment, but medical therapy have been tried for 15 years. Because of lungs are opened organs to atmosphere, this treatment modelity is not sufficient for complete cure even if some authors say the opposite. Hydatid cysts which loose their liveliness become more complicated. These complications can be sorted as, recurrence infections, abscess formation, hemoptysis and bronchiectasy. In our case, we found out chronic granulamatouse inflammation in cystic cavity after albendazol therapy.

Keywords: Hydatid cyst, albendazole, chronic granulamatouse inflammation

Türk Göðüs Kalp Damar Cer Derg 2004;12:202-204

Giriş

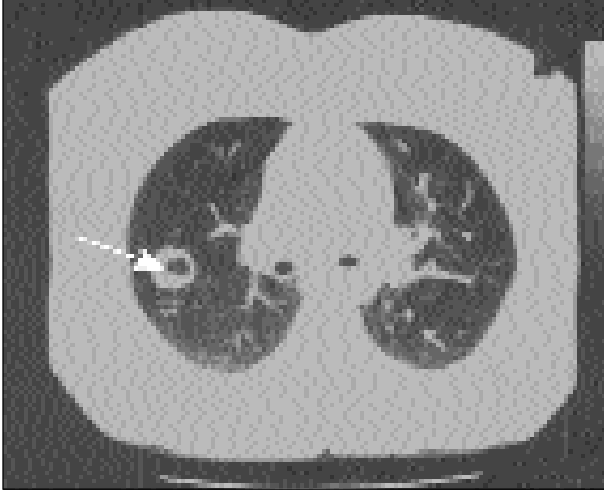
Hidatik kistler geliþmekte olan ülkelerde halihazırda önemli bir sorundur [1-3]. Ülkemizde de hem sağlık, hem de ekonomik bir problem olarak karþımızda durmaktadır. Galen'den beri bilinmekte olup, ilk olarak Thabesius tarafından 17. yüzyýlda tanımlanmıştır [1]. Hastalıktan ekinokokkus granulosus adlı parazit sorumludur. Ana konakçı olarak köpekgiller ailesinden özellikle kurt, çakal ve köpekler sayılabilir. İnsana bulaşma yolları ise kist yumurtaları ile bulaşmış sebze, meyve ve suyun ağız yolu ile alınmasıyla olur [1-4]. En çok karaciðer (%45-60) ve akciðerde (%30-40) yerleşir. Akciðer hidatik kistlerinde temel tedavi cerrahidir. Son 15 yılda, benzimidazol karbamat grubu ilaçlar tedavi macıyla denenmektedir [2-5].

Biz, başka bir merkezde akciðer hidatik kisti nedeniyle albendazol tedavisi alan bir bayan hastada hidatik kist zemininde gelişmiş olabileceğini düşündüğümüz kronik kazeifiye granulamatöz iltihabı bildiriyoruz.

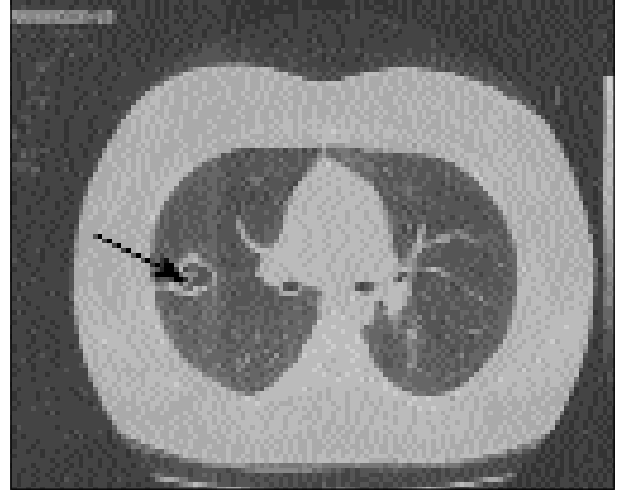
Olgu

Nisan 2003'de kliniðimize 25 yaþında bayan hasta hidatik kist ön tanısıyla başvurdu. Hastanın öyküsünde, başka bir merkezin Göðüs Hastalıkları kliniðinde yaklaşık 14 ay önce hidatik kist nedeniyle albendazol tedavisi başlandı. Yaklaşık bir yıl süren tedavi sırasında, ateş, öksürük, balgam çıkarma ve hemoptizi ile seyreden tekrarlayan enfeksiyon atakları tarif ediyordu. Lezyonun kaybolmaması üzerine hasta kliniðimize sevk edildi (Resim 1a,1b,2a). Hastaya ön-arka ve sağ yan akciðer grafileri ile toraks bilgisayarlı tomografi çekildi. Rutin biyokimya ve tam kan sayımı tetkikleri yapıldı. Özgeçmiş ve fizik muayenede özellik yoktu. Rutin biyokimya ve tam kan sayımı değerleri normaldi. Sedimentasyon 17 mm/saat olarak saptandı. Bilgisayarlı tomografide sağda alt lob superior segmentte perfore hidatik kist tespit edildi (Resim 2b). Sađ posterolateral torakotomi sonrası alt lob superior segmentte fissür kompluðunda yaklaşık 2.5-3 cm boyutlarında iltihaplı hidatik kist saptandı. Kama çıkarma uygulandı. Patolojik inceleme sonunda kist kavitesinde kronik kazeifiye granulamatöz iltihap olarak rapor edildi (Resim 3). Ameliyat sonrası antitüberküloz tedavi başlandı.

Adres: Dr. Ahmet Feridun İlçık, Yüzüncü Yýl Üniversitesi Týp Fakültesi, Göðüs Cerrahisi Ana Bilim Dalý, Van
e-mail: abaybora@msn.com



Resim 1a. Hastanın albendazol tedavisinden yaklaşık 2 ay sonraki bilgisayarlı tomografisi (Beyaz ok).

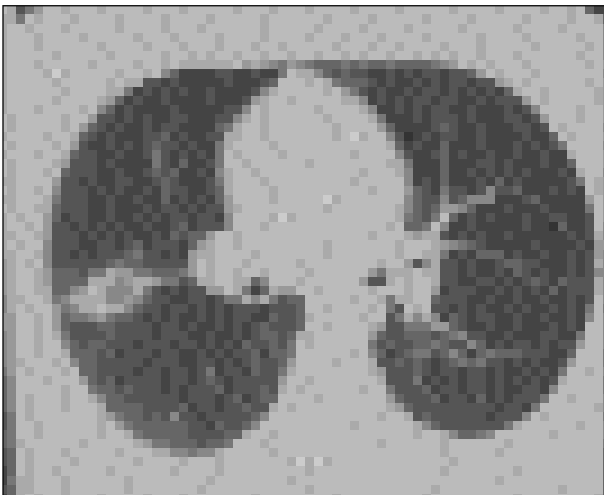


Resim 1b. Albendazol kullanımını takiben 4. aydaki bilgisayarlı tomografi (Siyah ok).

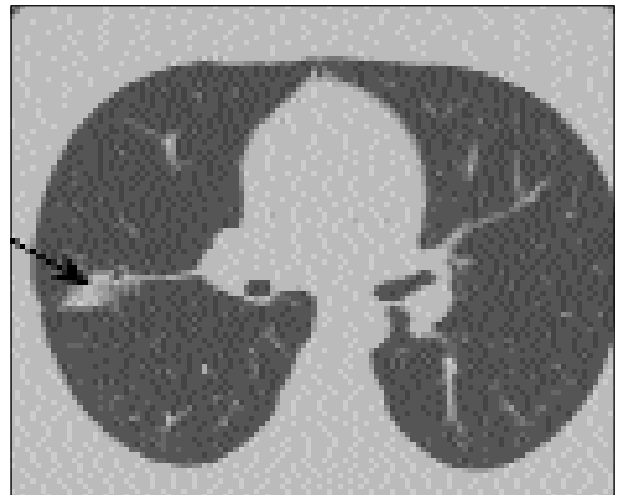
Tartışma

Hidatik kistin tedavisi temel olarak cerrahidir. Karaciğer hidatik kistleri zamanla kalsifiye olsalar da, bu akciğer hidatik kistleri için söz konusu değildir. Yine karaciğer hidatik kistlerinde cerrahi dışı yöntemler daha kolay uygulanabilmektedir. Bu yöntemlerin başlıcaları dışarıdan cilt yoluyla boşaltma ve ilaç tedavisi sayılabilir. İlaç tedavisi ile ilgili pek çok çalışma vardır [5,6]. Bu çalışmalarda, akciğer hidatik kistinin tedavi oranları oldukça geniş bir yelpaze içinde sunulmaktadır. Keshmiri ve arkadaşları [6], tedavi oranını %74-80 verirken, başka bir çalışmada Aletras ve arkadaşları [4] bu oranı %36-94 olarak bildirmiştir. Görüldüğü gibi oranlar arasında oldukça büyük farklar vardır. Ayrıca bu çalışmalardaki ortak çelişki, ana membranın nasıl atıldığının

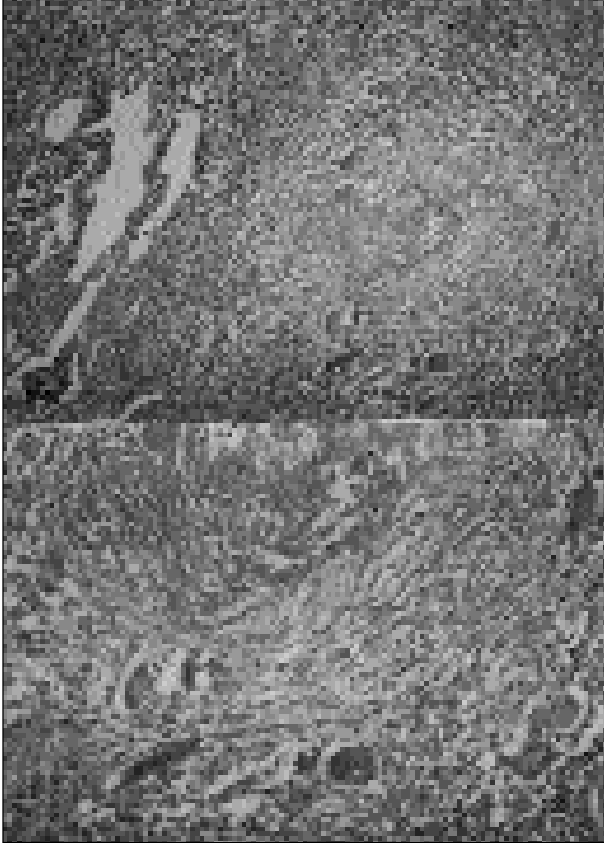
açık olmamasıdır. İlaç dozu, mebendazol için 50-200 mg/kg/gün, albendazol için 10-15 mg/kg/gün olarak belirlenmiştir. Kullanım süresi de 2 ile 6 aydır [5,6]. Ancak bu sayılan yöntemler akciğer hidatik kistleri için kanımızca geçerli değildir. Dışarıdan cilt yoluyla boşaltma çeşitli komplikasyonlara neden olabileceği gibi, hiç de istenmeyen plevral yayılımı sağlayacaktır. İlaç tedavisi ise kisti öldürmekle beraber, ana membranın atılmaması durumunda, tekrarlayan enfeksiyonlar, abse, bronhektazi, hemoptizi gibi ciddi komplikasyonlara yol açar. Çünkü akciğerler trakeobronşiyal ağaç ile dış atmosfere açıktır. Olgumuzda tıbbi yazında bulabildiğimiz kadarıyla daha önce bildirilmemiş bir komplikasyon saptadık. Enfekte hidatik kist zemininde kronik kazeifiye granülatöz iltihap görüldü. Biz, bunun kist kavitesinde eklenmiş bir enfeksiyon olabileceğini gözardı edememekteyiz. Akciğer hidatik kistleri, tedavisi öncelikle



Resim 2a. İlaç kullanımından sonra 10. ayda çekilmiş tomografisi. Lezyonun küçüldüğü fakat tamamen kaybolmadığı kolaylıkla görülebilmektedir.



Resim 2b. Hastanın kliniğimize yattıktan sonra çekilen tomografisi. Albendazol tedavisinin başlangıcından itibaren 14. ay.



Resim 3. Histopatolojik görünüm. Ortasında kazeifikasyon nekrozu izlenen, etrafında epitelooid histiyositler, langhans dev hücreleri ve en dışta lenfositler bulunan granülamatöz iltihap. Sol tarafta alveoler boşluklar dikkati çekmekte. (Gerçek büyütme: X 25, Hemotoksilen-Eozin boyası)

cerrahi olan paraziter hastalıklardır. Özellikle son 15 yılda artan bir ivme ile kullanılan benzimidazol karbamat grubu ilaçlar, bu kistleri komplikasyona açık hale getirmektedir. Akciğer hidatik kistlerinde ilaç tedavisinin yeri sınırlıdır kadar geniş olmamalıdır. Ülkemizde önemli bir sorun olan iki hastalığın bir arada görülebileceği olgumuzda ortaya çıkmıştır. Dış atmosfere açık olan akciğerlerde ölü hidatik kistin ana membranının atılmaması durumu oldukça sık bir durumdur. Komplike hale gelen kistlerin cerrahi tedavisi de zorlaşmakta, cerrahi morbidite artmaktadır.

Kaynaklar

1. Burgos R, Varela A, Castedo E, et al. Pulmonary hydatidosis: Surgical treatment and follow up of 240 cases. Eur J Cardiothorac Surg 1999;16:628-35.
2. Dogan R, Yuksel M, Cetin G, et al. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: Report on 1055 patients. Thorax 1989;44:192-9.
3. Yüksel M, Kalaycı G. Akciğer hidatik kistlerinin cerrahi tedavisi. M Yüksel, G Kalaycı, eds. Göğüs Cerrahisi. İstanbul: Bilmedya Grup, 2001:647-58.
4. Aletras H, Symbas NP. Hydatid Disease of the Lung. In: Shields TW, Locicero III J, Ponn RB, eds. Lippincott Williams & Wilkins, 2000:1113-22.
5. Senyuz OF, Yeşildag E, Celayir S. Albendazole therapy in the treatment of hydatid liver disease. Surg Today 2001;31:487-91.
6. Keshmiri M, Baharvahdat H, Fattahi SH, Davachi B, Baradan H, Rajabzadeh F. Albendazole versus placebo in treatment of echinococcosis. Trans R Soc Med Hyg 2001;95:190-4.