

Çocukluk Çağı Akciğer Kist Hidatik Tanı ve Tedavisinde Torakoskopik Cerrahi

THORACOSCOPIC SURGERY IN THE MANAGEMENT OF PEDATRIC PULMONARY HYDATID CYST

Gülşen Ekingen, Ayşe Tuzlacı, Haluk Güvenc

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Özet

Akciğer kist hidatik tedavisinde cerrahi yaklaşım halen ilk seçenek olarak kabul edilmektedir. Günümüzde video-endoskopi alanındaki gelişmeler sonucu çocuk yaş grubu akciğer kist hidatiği tedavisinde, torakoskopik girişimler güvenli ve nisbeten kolay bir yaklaşım olarak uygulanabilmektedir. Bu çalışmada, birisi komplike olmuş ve akciğer absesi ön tanısıyla girişim yapılmış olan iki olguya ait farklı iki torakoskopik yaklaşım bildirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, torakoskopi, göğüs cerrahi

Summary

Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2005;13:62-64

The choice of treatment is still surgical approach in the management of pulmonary hydatid disease. Video-asisted thoracic surgery is recently popularized in the management of pediatric pulmonary hydatid disease. In this study, two different technical modifications of thoracoscopic approach is discussed with respect to two patients, one of which presented as pulmonary abscess.

Keywords: Pulmonary hydatid disease, video-asisted, thoracic surgery

Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2005;13:62-64

Geliş Tarihi: Şubat 2004

Revizyon: -

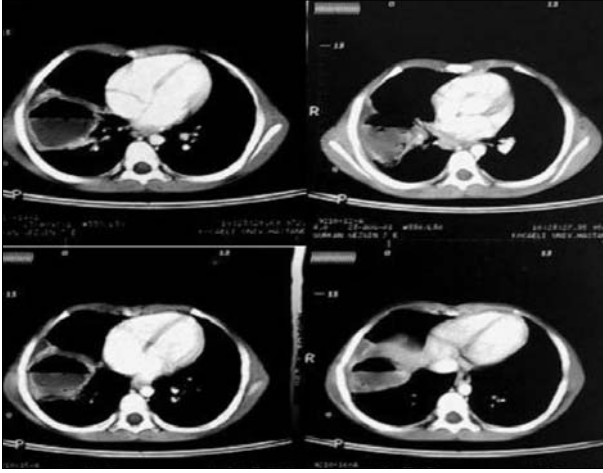
Kabul Tarihi: 13 Mayıs 2004

Giriş

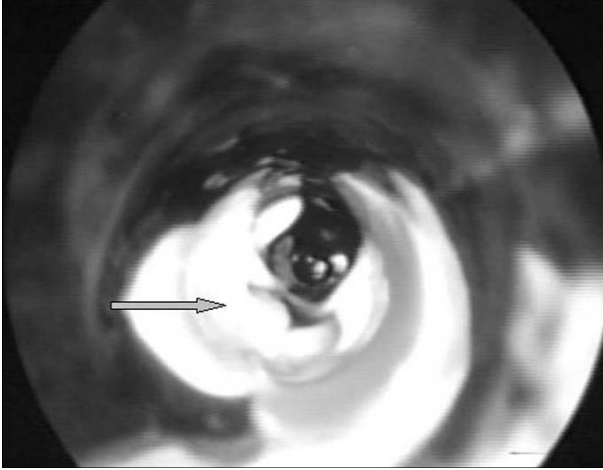
Echinococcus granuloza patojeninin etken olduğu kist hidatik hastalığı öncelikle Akdeniz ülkeleri olmak üzere, pek çok bölgede endemik olarak görülen paraziter bir hastalıktır [1,2]. Erişkinlerde daha sık görülmekle birlikte, çocukların da sık olarak etkilendiği bildirilmektedir [2]. Erişkin yaş grubu ile karşılaştırıldığında, kistin civar dokuya yaptığı bası veya rüptür nedeniyle çocuklarda klinik bulgular daha erken dönemde tespit edilmektedir [3]. Özellikle akciğer kist hidatiğin teşhisinde radyolojik görüntüleme yöntemleri, serolojik testlerden daha güvenilir bir tanı yöntemidir. Fakat rüptüre veya enfekte olmuş komplike akciğer kist hidatik olgularında radyolojik görüntüleme yöntemlerinin de bazen tanıda yetersiz kaldığı bildirilmektedir [3]. Günümüzde akciğer kist hidatiği olgularında olduğu gibi tanı güçlüğü yaşanan diğer toraks patolojilerinde video destekli minimal invaziv torasik cerrahi güvenilir bir tanı ve tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir [4]. Çalışmamızda torakoskopik girişim ile cerrahi tedavi uygulanan iki akciğer kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu 1

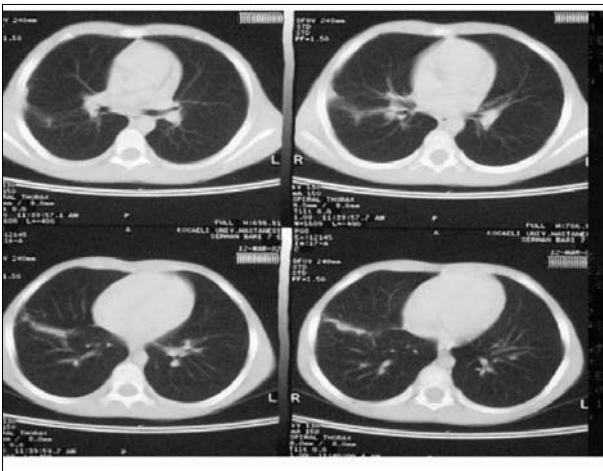
Ateş ve öksürük şikayetleri olan yedi yaşında erkek hasta pnömoni ve plevral effüzyon ön tanısı ile hastanemiz pediyatri kliniğine yatırıldı. Öyküsünde yaklaşık sekiz ay önce benzer şikayetleri olduğu ve akciğer enfeksiyonu nedeni ile tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın radyolojik görüntüleme tetkiklerinin akciğer apsesi ile uyumlu olduğu rapor edilmesi üzerine, hastaya tüp torakostomi ve parenteral antibiyotik tedavisi uygulandı. Klinik bulguların düzelmesi üzerine taburcu edilen hastanın kontrol tomografisinde akciğerdeki apse benzeri lezyonun sebat etmesi üzerine, cerrahi tedavi kararı alınan hasta kliniğimize devredildi (Şekil 1). Bu dönemde kist hidatik ayırıcı tanısı açısından yapılan serolojik test sonucu negatif bulundu. Hastaya cerrahi tedavi olarak torakoskopik girişim planlanması üzerine, toraks boşluğundaki apsenin toraks duvarına en yakın olduğu lokalizasyon ultrasonografi (USG) ile belirlenerek işaretlendi. Orotrakeal entübasyonla genel anestezi altında, ön aksiller hat hizasında sağ dördüncü interkostal aralıktan 5 mm'lik kanül ile direkt lezyon içerisine girildi. Apse içerisindeki materyal aspire edildiğinde kavitenin içinde germinatif benzeri doku artıkları izlendi (Şekil 2). Bunun üzerine kavite içi hipertonic saline ile yıkandı ve



Şekil 1. Olgu 1'in ameliyat öncesi akciğer tomografisi.



Şekil 2. Olgu 1'in peroperatif torakoskopik görüntüsü.



Şekil 3. Olgu 1'in ameliyat sonrası üçüncü ay kontrol akciğer tomografisi.

mevcut kanül deliğinden 12 F toraks tüpü yerleştirilerek, -20 cm H₂O basınçla negatif drenaja bağlandı. Kavite içerisinden aspire edilen germinatif membran benzeri doku artıklarının histopatolojik incelemesi kist hidatik ile uyumlu olduğu bildirildi. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hastaya üç ay süreyle 10 mg/kg albendazol tedavisi başlandı. Ameliyattan üç ay sonra kontrol tomografisinde daha önce belirtilen lezyonun tamamen kaybolduğu görüldü (Şekil 3).

Olgu 2

Başka bir merkezde akciğer ve karaciğerde kist hidatik tespit edilen on yaşında erkek hasta yaklaşık bir yıldır albendazol ile tedavi edilmekteymiş. Takip sırasında medikal tedaviye rağmen akciğer ve karaciğerdeki kist boyutlarında küçülme olmayan ve mevcut şikayetleri devam eden hasta kliniğimize yatırıldı. Toraks ve abdomen tomografilerinde, sağ akciğerde 28x26 mm'lik bir adet kist ve karaciğer sağ lobda 40x28 mm'lik düzgün sınırlı hidatik kist izlendiği rapor edildi. Kist hidatik serojik test sonucu negatifti. Öncelikle akciğerdeki kiste yönelik tedavi planlanan hastaya torakoskopik cerrahi girişim uygulandı. Lezyon lokalizasyonu USG ile belirlendi. Orotrakeal entübasyonla genel anestezi altında, sol dekubitus lateral pozisyonla, orta aksiller hat hizasında sağ dördüncü interkostal aralıktan 5 mm'lik, sıfır dereceli açılı kamera ile toraks boşluğuna girildi. Selektif entübasyon uygulanmayan olguda daha iyi bir görüntü elde edebilmek amacıyla, toraks boşluğu içerisine 8 mmHg basınç altında CO₂ insuflasyonu yapılarak akciğer dokusu baskılandı. Takiben 5 mm'lik iki ayrı port kanülü ön ve arka aksiller hat hizasında ve kamera kanülünün bir kot altına yerleştirildi. Sağ alt lob üst polünde lokalize olan kist endograsper yardımıyla sabitleştirilerek, ucuna üçlü musluk bağlanmış olan 19G iğne ile kist boşluğuna girildi. Kist materyali bir miktar aspire edildikten sonra kavite içi %0.5 uar verilerek skolekslerin ölmesi için gerekli yıkama ve aspirasyon işlemleri uygulandı. Takiben kist boşluğu içine girilerek germinatif membran aspire edildi. Yıkama işlemi tekrarlandıktan sonra kamera yardımıyla kist boşluğu eksplere edildi. Kist boyutu küçük olduğu ve hava kaçağı gözlenmediği için kapitonaj işlemine gerek duyulmadı. Plevral boşluk da %0.5 cetrimide ile yıkandıktan sonra kamera kanülünden toraks tübü takılarak -20 cm H₂O basınçla negatif drenaj uygulandı. Ameliyat sonrası albendazol tedavisi devam eden hastanın üçüncü aydaki kontrol radyolojik incelemesinde tarif edilen lezyonun tamamen kaybolduğu görüldü. Hasta karaciğer kist hidatik nedeniyle yaklaşık dört ay sonra tekrar opere edildi.

Tartışma

Eninococ Parazitin akciğere %30-40 oranında ve özellikle sağ akciğer alt loba daha fazla yerleşir [3]. Akciğer kist hidatigi olgularının çoğunda klinik bulgular lezyonun çevreye yaptığı basya bağlı ortaya çıkarken, hastalar nadiren de olsa bronş içerisine rüptür nedeniyle hemoptizi veya hemoptizi olmaksızın öksürük şikayeti ile başvurabilirler [5]. Kistin plevra içine rüptüre olduğu durumlarda hidropnömotoraks, anafilaktik şok, dispne ve kistin enfekte olduğunun belirtisi olarak ateş eşlik edebilir.

Özellikle kist hidatik hastalığının endemik olduğu bölgelerde soliter pulmoner lezyon tesbit edilen olgularda aglütinasyon testi pozitif bulunmasa da kist hidatik olasılığı akılda tutulmalıdır. [2]. Serolojik testler tanıda fazla güvenilir olamamasına rağmen takip sırasında nükslerin değerlendirilmesi açısından yarar sağlamaktadır [6]. Akciğer kist hidatiğinin radyolojik incelemelerinde kiste ait kalsifikasyon, kistin bronşa açılmasına bağlı hava sıvı seviyeleri ve germinatif membrana ait perikist görünümü izlenebilir. Belirti vermeyen kistlerin akciğer grafilerinde tesadüfen görülebildiği bildirilmiştir [3,7]

Günümüzde aglütinasyon testi ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile teşhis edilemeyen şüpheli kist hidatik olgularında video-destekli cerrahi gerek tanı gerekse tedavi açısından tercih edilebilir bir girişimdir.

Kist hidatik tedavisinde antihelmitik (Albendazol) ilaç kullanımını kabul gören bir tedavi seçeneği olmasına rağmen pulmoner kist hidatik olgularda öncelikle cerrahi tedavi önerilmektedir [8]. Cerrahi tedavide en ideal cerrahi teknik konusu halen tartışmalıdır. Fakat çocuklardaki kist hidatik tedavisinde kistotomi ve kapitonaj gibi parankim koruyucu cerrahi teknik önerilmektedir [2,3,9]. Günümüzde videoendoskopi alanında ki gelişmeler sonucu pulmoner kist hidatik tedavisinde torakoskopik cerrahi girişim yaygınlaşmaktadır. Torakoskopik yaklaşımda genel prensipler; kontrollü olarak toraks boşluğuna girilmesini takiben üç kanül üzerinden, kistin toraks duvarından serbestleştirildikten sonra rüptüre edilmeden kısmen boşaltılması, kist içerisine girilerek Cetrimide enjekte edilmesi ve beş dakika beklendikten sonra, kistin koter yardımı ile açılmasını takiben kist içeriği ve germinal membranın aspire edilmesi olarak sıralanabilir. Daha sonra kamera ile kavite içine girilerek kız veziküllerin varlığı ve kistin içinin tamamen boşaldığı kontrol edilmelidir. Hava kaçağı olan veya büyük ölü boşluk kalabilecek olgularda perikistin endoskopik olarak kapitonajı, lokalizasyonu uygun olan olgularda stapler yardımıyla kist dokusunun tamamen rezeksiyonu tercih edilebilecek yöntemlerdir [4]. Girişim sonlandırılmadan önce plevral boşluk rutin olarak %0.5 cetrimide ile yıkanır. Kist rüptürü ve anafaktik şok, gerek torakotomi gerekse torakoskopi esnasında karşılaşılabilecek en

tehlikeli komplikasyondur. Perioperatif hava kaçakları, pnömoni, rezidüel kavitenin sekonder enfeksiyonu görülebilecek diğer komplikasyonlardır. Operasyon sonrası nüks oranı %2-12 olarak bildirilmektedir [2,3,5].

Ülkemizde olduğu gibi Echinococcus granulosusun endemik olarak görüldüğü bölgelerde, kesin tanı konulmamış akciğer lezyonlarında kist hidatik mutlaka akılda bulundurulmalı ve bu tür patolojilerde torakoskopik yaklaşım minimal invaziv bir girişim olması, hospitalizasyon süresini kısaltması ve konforlu bir postoperatif dönem sağlaması nedeni ile tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Sahin E, Enon S, Cangir AK, et al. Single-stage transthoracic approach for right lung and liver hydatid disease. J Thorac Cardiovasc Surg 2003;126:769-73.
2. Celik M, Senol C, Keles M, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children: Report of 122 cases J Pediatr Surg 2000;35:1710-3.
3. Topcu S, Kurul IC, Tastepe I, Bozkurt D, Gulhan E, Cetin G. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children. J Thorac Cardiovasc Surg 2000;120:1097-101.
4. Paterson HS, Blyth DF. Thoracoscopic evacuation of dead hydatid cysts. J Thorac Cardiovasc 1996;111:1280-1.
5. Anadol D, Gocmen A, Kiper N, et al. Hydatid disease in childhood: A retrospective analysis of 376 cases. Pediatr Pulmonol 1998;26:190-6.
6. Burgos R, Varela A, Castedo E, et al. Pulmonary hydatidosis: Surgical treatment and follow-up of 240 cases. J Eur J Cardiothorac Surg 1999;16:628-34.
7. Erdem CZ, Erdem LO. Radiological characteristics of pulmonary hydatid disease in children: Less common radiological appearances. Eur J Radiol 2003;45:123-8.
8. Senyuz OF, Yesildag E, Celayir S. Albendazole therapy in the treatment of hydatid liver disease. Surg Today 2001;31:487-91.
9. Cangir AK, Sahin E, Enon S, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children. J Pediatr Surg 2001;36:917-20.