



Alışılmadık Bir İntratorasik Ekstrapulmoner Hidatik Kist Olgusu

An Extraordinary Case of Intrathoracic Extrapulmonary Hydatid Cyst

Halil Tözüm,¹ Haydar Yalman,² Canan Eren,³ Salih Bölük,² Tahir Şevval Eren¹

Özet

On iki yıl önce kist hidatik tanısı ile sol alt lobektomi ve splenektomi yapılmış olan yirmi dört yaşındaki erkek hasta, sol yan ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Yapılan radyolojik incelemelerde, üzüm salkımı görüntüsü olarak tariflenebilecek görüntüler elde edildi. Hastaya bu halde nüks kist hidatik ön tanısı ile sol eksploratif torakotomi yapıldı. Üst lob altında, diafragma ile çok sıkı yapışıklıklar geliştirmiş ve içi yüzlerce kız vezikülle dolu büyük bir poş bulundu. Poş temizlendiğinde diafragmanın orta kısmının da erimiş olduğu ve buradan batına açılan bir ağızla benzer bir kist poşunun da retroperitoneal bölgede yerleşmiş olduğu tespit edildi. Diafragma açılarak retroperitoneal poş da uygun şekilde boşaltılıp, temizlendi. Hasta postoperatif 16. ayda sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hidatik kist, intratorasik ekstrapulmoner, kistektomi, albendazol.

Abstract

A 24-year-old male, who had a history of left lower lobectomy and splenectomy due to hydatid cyst 12 years ago, applied to our clinic with a severe pain localized in the left hemithorax that had continued for approximately six months. Radiological studies displayed interesting images resembling "a bunch of grapes". An exploratory thoracotomy was performed with an initial diagnosis of recurrent hydatid cyst. Beneath the left upper lobe, a giant pleural pouch with tight adhesions extending to the diaphragm was present. Inside the pouch, hundreds of daughter cysts were observed. In the middle of the diaphragm there was a dissolved area and with an opening from this point, a similar pouch located at the retroperitoneal space was found. With a transdiaphragmatic approach, both pouches were drained and cleaned appropriately. At the 16th month of postoperative follow-up, patient had no complaints.

Key words: Hydatid cyst, intrathoracic extrapulmonary, cystectomy, albendazole.

¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

¹Department of Thoracic Surgery, Medeniyet University Göztepe Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

²Department of General Surgery, Medeniyet University Göztepe Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

³Department of Clinical Microbiology, Marmara University Pendik Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

* Türk Toraks Derneği 16. Yıllık Kongresi'nde sunulmuştur.

Submitted (Başvuru tarihi): 29.11.2013 Accepted (Kabul tarihi): 13.03.2014

Correspondence (İletişim): Halil Tözüm, Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

e-mail: dr.thorax@gmail.com



Ülkemiz için endemik bir hastalık olan hidatitoz, ilk olarak Thebesius tarafından 17. yüzyılda tanımlanmış olmakla birlikte, Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. Özellikle kırsal alanda sık görülen hastalığın ülkemizdeki insidansı 100.000’de 12 olarak bildirilmiştir (1). Sıklıkla karaciğer ve akciğer tutulumu görülmekle birlikte, hemen her organın ekinokoklar tarafından tutulması mümkündür. Ancak organ tutulumu olmadan, vücut boşluklarında, multiple küçük kist vezikülleri ile dolu poşlara rastlanması pek nadirdir. Genel olarak kist hidatiğin cerrahi tedavisinde, kistotomi-kapitonaj veya kistektomi gibi teknikler yeterli olsa da; intratorasik ekstrapulmoner hastalığın tedavisinde çevre dokuların geniş rezeksiyonu ile beraber kistektomi önerilmektedir (2). Ancak poşların yerleştiği anatomik lokalizasyona bağlı olarak her zaman kistektomi yapılabilmesi mümkün olmamaktadır.

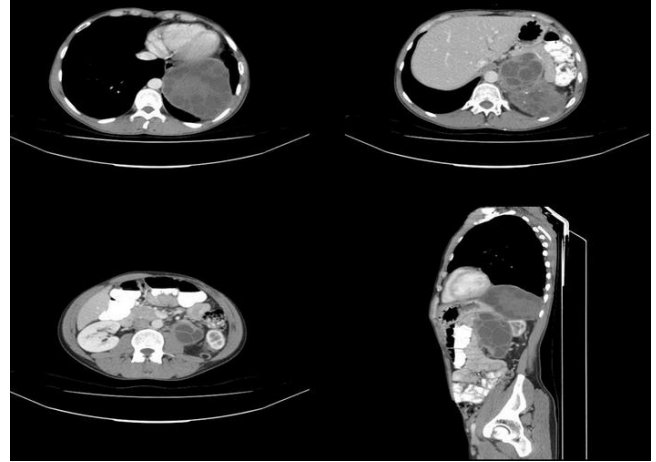
Bu hastalık yetersiz hijyenik ortam ve veteriner kontrolünün iyi olmadığı bölgelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Sıklıkla *Echinococcus granulosus*’un neden olduğu helmintik bir zoonozdur. Ağızdan alınan larvaların portal sistem yolu ile ilk göçleri karaciğere olur ve bu nedenle en sık tutulan organ karaciğerdir. Bir teori olarak larvaların lenfatik sistem veya bronş sistemi aracılığı ile doğrudan akciğere gelebilmesi mümkün olabileceği gibi, karaciğer sinüzoidlerinden direk geçişle de akciğere ulaşım mümkündür (3).

OLGU

Yirmi dört yaşında erkek hasta, polikliniğimize 6 aydır devam eden “göğsün solunda şiddetli ağrı” şikâyeti ile başvurdu. Anamnezinde, 12 yıl önce yaygın hidatik kist hastalığı nedeniyle “sol alt lobektomi” ve “splenektomi” ameliyatları geçirdiği ve antihelmintik ilaç tedavisi almadığı öğrenildi. Bu süreçte hastalığın yaygınlığı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili kayıtlara ulaşılamadı.

Sol hemitoraks bazalinde solunum sesleri duyulamamakta ve perküsyonla matite alınmaktaydı. Yine batın sol üst kadranda derin palpasyonla sınırları belli olmayan sert bir kitle palpe edilmekte idi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde, sedimentasyon 30mm/saat, lökosit 7600/mm³, Hemoglobin 14,4 g/dL, C- reaktif protein 1,00 mg/dL ve hemen tüm biyokimyasal parametreler ise normal sınırlarda bulundu. ELİSA yöntemi ile araştırılan “anti-ekinokok IgG” negatif olarak saptandı. Yapılan direk akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi gibi radyolojik incelemelerde ise sol hemitoraks bazalinden sol renal bölgeye dek uzanan “üzüm salkımları görüntüsü” denebilecek ilginç görüntüler elde edildi (Şekil 1). Ayrıca sol böbreğin lezyonun basısı altında fonksiyon kaybına uğra-

dığı tespit edildi (Şekil 2). Tc 99m- DMSA ile yapılan renal kortikal sintigrafide, sol böbreğin kortikal fonksiyonlara katkısı %10 olarak bulundu.



Şekil 1: Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde, intratorasik ve retroperitoneal poşlar içindeki kız veziküller (üzüm salkımları görünümü).



Şekil 2: Preoperatif dönemde retroperitoneal poş basısı altındaki sol böbrek.

Olgu "sol eksploratif torakotomi" ile ameliyata alındı. Retorakotomi olması sebebi ile pulmoner parankim ve göğüs duvarı arasındaki çok sıkı yapışıklıklar güçlükle ekarte edilerek toraksa girilebildiğinde, sol üst lobun intakt olduğu görüldü. Ancak hemen altında diafragma füzyon derecesinde sıkı yapışıklıklar geliştirmiş bir poş ile karşılaşıldı. Poş etrafı korunarak açıldığında tamamen küçük kist vezikülleri ile dolu olduğu görüldü. Boşaltılarak, mümkün olduğunca kistektomi yapıldı. Diafragma eksplore edildiğinde ise intakt olduğu, ancak radyolojik olarak batında tespit edilmiş olan poşun ve intratorasik poşun basısı altında orta kısımdan küçük bir noktada eriyerek, hemitoraks ve batının bağlantılı hale geldiği anlaşıldı. Bu noktada olgu, genel cerrahi ve üroloji uzmanları ile birlikte değerlendirilerek, ameliyat öncesi torakotomiye ek olarak planlanmış olan laparotomiden vazgeçildi. Batına ve retroperitoneal alana transdiafragmatik olarak ulaşılmasına karar verildi. Diafragmatik defekt genişletildi ve retroperitoneal poş transdiafragmatik yolla boşaltıldı, serum fizyolojik ile dilüe edilmiş polivinilpirolidon (betadin) ile irrigate edildi (Şekil 3). Eksplozasyonda, retroperitoneal alana yerleşmiş olan poşu dolduran irili ufaklı kist vezikülleri dışında herhangi bir ek organ ya da çevre doku tutulumu saptanmadı. Bu poş sol böbrek üstüne dek uzanmakta idi ve sert cidarlı bir kabukla çevrelenmişti. Bu bölgeye kistektomi uygulanamadığı için poş steril hale getirilerek, diafragma rekonstrükte edildi. Üroloji uzmanlarıncaya değerlendirilen sol böbrekte kistik tutulum olması sebebi ile nefrektomi olasılığı dışlandı ve böbreğin fonksiyonel olarak takip edilmesine karar verildi. Postoperatif dönemde hastaya 3 ay süresince, albendazol ile antihelmintik ilaç tedavisi uygulandı. İlaç 15 mg/kg/gün dozunda verildi ve tedavi süresince her iki haftada bir karaciğer fonksiyon testleri görüldü. Tedavinin ikinci ayında ortaya çıkan ALT ve AST yükselmesi sebebi ile tedaviye 10 gün ara verilmiş, ilgili parametrelerin normale dönmelerinden sonra tedaviye devam edilmiştir. Ameliyat sonrası 9. ayda tekrar edilen renal kortikal sintigrafide ise sol böbreğin kortikal fonksiyonlara katkısı %19,6 olarak tespit edilmiştir. Hasta ameliyat sonrası 16. ayda, nüks olmadan takip edilmektedir (Şekil 4).

TARTIŞMA

Hidatik kistler primer inokülasyon ya da sekonder yayılımla vücudun hemen her bölgesinde ortaya çıkabilirler. En sık yerleşim yeri karaciğer olup (%60-70) bunu akciğer (%20-25) izler. Dalak, böbrek, kalp ve santral sinir sistemi tutulumu daha az sıklıkla (%10) karşımıza çıkar (4).

Organ tutulumu olmadan vücut boşluklarının tutulumu pek nadirdir ve sıklıkla tekrar eden vakalarda görülür (5). Zaten primer infeksiyondan, hematojen ya da lenfojen yayılımdan başka diğer bir bulaşma yolu da herhangi bir travmatik sebeple olan inokülasyonlardır. Bu duruma cerrahi sırasındaki iatrojenik inokülasyonlar da dâhildir. Olgumuzda cerrahi eksplozasyonla organ tutulumu saptanmamış olması ve plevral boşluk ile retroperitoneal boşluklarda (önceki ameliyat sahalarında) yüzlerce küçük kist vezikülleri ile dolu poşlar halinde hastalık saptanmış olması sebebi ile ilk ameliyatlar sırasında oluşan inokülasyona bağlı bir komplikasyon olarak nüks geliştiğini düşünmekteyiz.



Şekil 3: Kistektomi sonrası ameliyat sahaya dışına alınmış olan irili ufaklı kist vezikülleri.

Primer hastalığın tedavisinde her ne kadar kistlerin uzaklaştırılması yeterli görülse de (5), nüks hastalık ve atipik yerleşimde radikal kistektomilerden çekinilmemelidir (2). Ancak olgumuzda olduğu şekilde, kistlerin yerleşiminin beklenmedik sahalarda olması halinde, hastaya özel cerrahi kararlar alınması da kaçınılmazdır. Olgumuzda tespit edilen tutulumun, iki ayrı vezikül poşu olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. İntratorasik ekstrapulmoner alanda kistektomi ve pulmoner dekortikasyon yapılarak anatomik ölü boşluk kalmasına izin verilmemiştir. Ancak retroperitoneal alanda sert ve çevre dokulara sıkıca yapışık olan poş duvarı sebebi ile kistektomi yapılmamıştır. Kistektominin hem çevre organlarda yaralanma riski oluşturacağı hem de bu duvar ile çevrilmiş olan kistlerin yayılımına da imkan tanıyabileceği düşünülerek steril bir poş haline gelmesi sağlanmaya çalışılmıştır.



Şekil 4: Postoperatif 3. ayda koronal planda bilgisayarlı tomografi kesiti.

Kist hidatik olgularında spontan ya da iatrojenik rüptür oluştuğunda rekürrens beklenmelidir (3). Bu tür durumlarda, antihelmintik ilaç tedavisinin postoperatif tedaviye eklenmesi önerilmektedir (6). Olgumuzda ilk cerrahi tedaviler sonrası antihelmintik tedavinin uygulanmaması, görülen nüks için açıklayıcı olabilir ancak, eski kayıtlara ulaşamamış olması sebebi ile kesin bir yargıya varabilmek mümkün değildir. Antihelmintik tedavide albendazol ya da mebendazol gibi benzimidazol kullanılır. Doz ve tedavi süresi olarak standartize edilmiş bir süreç olmamakla birlikte, haftalık dinlenme aralarıyla aylık kürler halinde 3–6 ay devam edilmesi önerilmektedir (7,8). Ameliyat sonrası dönemde cerrahi iyileşmenin hemen ardından hastamıza albendazole tedavisi başlandı ve 3 ay süre ile devam ettirildi. Bu sürede karaciğer fonksiyon testlerini ikişer haftalık aralarla takip edildi ve yükselme saptandığında tedaviye on gün süre ile ara verildi. Sonuç olarak, cerrahi sonrası nüks kist hidatikler beklenmeyen alanlarda ortaya çıkabilirler. Bu tür durumların cerrahi tedavisinde; preoperatif ayrıntılı bir değerlendirme yapılmalı ve elde edilen bulgular ameliyat sırasındaki

bulgular ile birlikte değerlendirilmelidir. Yapılacak ameliyatın büyüklüğü ve ameliyat sonrası medikal tedaviler; “nüksü önleyebilmek” prensibine dayanmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - H.T., H.Y., C.E., S.B., T.Ş.E.; Tasarım ve Dizayn - H.T., H.Y., C.E., S.B., T.Ş.E.; Denetleme - H.T., H.Y., C.E., S.B., T.Ş.E.; Kaynaklar - T.Ş.E.; Malzemeler - H.Y.; Veri Toplama ve/veya İşleme - C.E.; Analiz ve/veya Yorum - S.B.; Literatür Taraması - T.Ş.E.; Yazıyı Yazan - H.T.; Eleştirel İnceleme - H.T.

KAYNAKLAR

1. Durakbasa CU, Sander S, Sehiralti V, Tireli GA, Tosyalı AN, Mutus M. Pulmonary hydatid disease in children: outcome of surgical treatment combined with perioperative albendazole therapy. *Pediatr Surg Int* 2006; 22:173-8. [\[CrossRef\]](#)
2. Gursoy S, Ucvet A, Tozum H, Erbaycu AE, Kul C, Basok O. Primary intrathoracic extrapulmonary hydatid cysts: analysis of 14 patients with a rare clinical entity. *Tex Heart Inst J* 2009; 36:230-3.
3. Metin B, Genç N, Arıbas OK, Arıbas ET. Akciğer kist hidatidinin komplikasyonu plevral kist hidatik: olgu sunumu. *Bozok Tıp Derg* 2012; 3:55-8.
4. Fındık G, Aydogdu K, Ağackıran Y, Kaya S. İntratorasik ekstrapulmoner multiple kist hidatik. *Solunum Hastalıkları* 2008; 19:109-12.
5. Isıtmangil T, Gorur R, Yiyit N, Erdik O, Yıldızhan A, Candas F ve ark. Toraksta kist hidatik hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 308 hastanın değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2010; 18:27-33.
6. Dakak M, Yücel O, Kavaklı K, Caylak H, Gozubuyuk A, Sapmaz E ve ark. Intrathoracic extrapulmonary hydatid cysts: review of 33 cases. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2009; 26:125-9.
7. Arıbas OK, Kanat F, Gormus N, Turk E. Pleural complications of hydatid disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002; 123:492-7. [\[CrossRef\]](#)
8. Amman R. Echinococcus. *Gastroenterology Clinics of North America* 1996; 25:655-89.