

Primer Dalak Kist Hidatiği; İki Farklı Olgu, İki Farklı Klinik

Primary Splenic Hydatid Cyst; Two Different Cases - Two Different Clinic Presentations

Mustafa ÖZSOY,¹ İsmail ÖZSAN,² Bahadır CELEP,¹ Yüksel ARIKAN¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Afyon;

²İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Özet

Echinokokkozis, diğer adı ile kist hidatik hastalığının etkeni *Echinococcus granulosus*'dur. Tanı ve tedavisindeki ilerlemelere rağmen hastalık halen Türkiye'nin de içinde bulunduğu Orta ve Doğu Avrupa, Güney Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda ve Güney Afrika gibi endemik ülkelerde ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Hastalık en sık karaciğeri ve akciğeri etkilemekle birlikte dalak üçüncü sıklıkta etkilenen organdır. Dalak tutulumu genellikle karaciğer ve akciğer tutulumu ile birliktelik göstermektedir. Dalağın primer izole tutulumu oldukça nadir görülür. Hastalar genellikle semptomsuzdur. Farklı nedenlerle yapılan incelemeler esnasında rastlantısal olarak tanı koyulur. Bu makalede oldukça nadir rastlanan izole dalak kist hidatikli iki olguyu ve normalden farklı klinik presentasyonlarını sunmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: *Echinococcus granulosus*; izole dalak kist hidatiği; splenektomi.

Summary

Echinococcosis, also known as hydatid disease, is caused by *Echinococcus granulosus*. Despite advances in diagnosis and treatment, hydatid disease leads to serious health problems in the endemic countries such as Central and Eastern Europe, South America, Australia, New Zealand and South Africa, including Turkey. The most common affected organs with hydatid disease are the liver, then lung, with the spleen being the third most frequently affected organ. Splenic involvement is usually seen with liver and lung diseases. Primary isolated involvement of the spleen is a rare occurrence. These patients are typically asymptomatic. Generally, diagnosis is made incidentally during investigations for various reasons. In this article, we aimed to present two cases that have isolated splenic hydatid cysts and their unusual clinical presentations.

Key words: *Echinococcus granulosus*; isolated hydatid cyst of the spleen; splenectomy.

Giriş

Echinokokkozis, daha iyi bilinen adı ile kist hidatik hastalığı parazitik bir hastalıktır. Hastalığın tarihçesi Hipokrat zamanlarına kadar uzanmakla birlikte parazit ilk kez Basch tarafından tanımlanarak "*Echinococcus Granulosus*" adı verilmiştir.^[1,2] Tanı ve tedavisindeki

ilerlemelere rağmen kist hidatik hastalığı halen ülkemiz gibi endemik bölgelerde ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Görülme sıklığı kesin olarak bilinmemektedir.^[3] Ancak Türk toplumunda kist hidatik hastalığın görülme oranının 1/2000 olduğu tahmin

İletişim: Dr. Mustafa Özsoy,
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Kliniği, Afyon
Tel: 0272 - 246 33 04

Başvuru tarihi: 15.08.2012
Kabul tarihi: 26.02.2013
Online baskı: 17.04.2014
e-posta: dr.mustafaozsoy@gmail.com

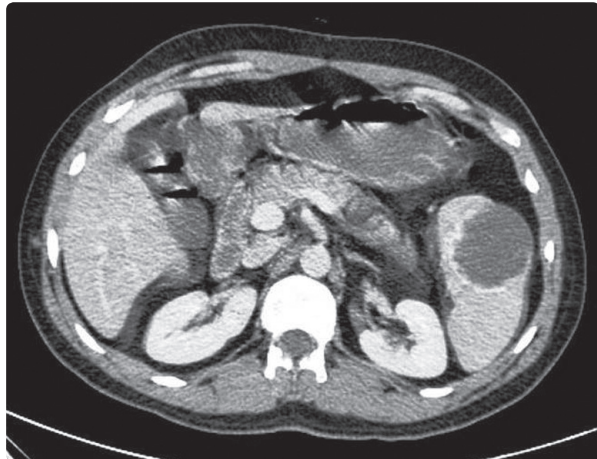


edilmektedir.^[4] Kist hidatik hastalığı her türlü organı etkileyebilmekle birlikte en sık karaciğer ve akciğer etkilenir. Dalak tutulumu sıklıkla karaciğer tutulumu ile birliktelik gösterir. Dalağın izole tutulumuna ise oldukça nadir rastlanmaktadır. Bu makalede dalağın izole tutulum gösterdiği, farklı klinik tablolar ile başvuran iki olguyu literatür verileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

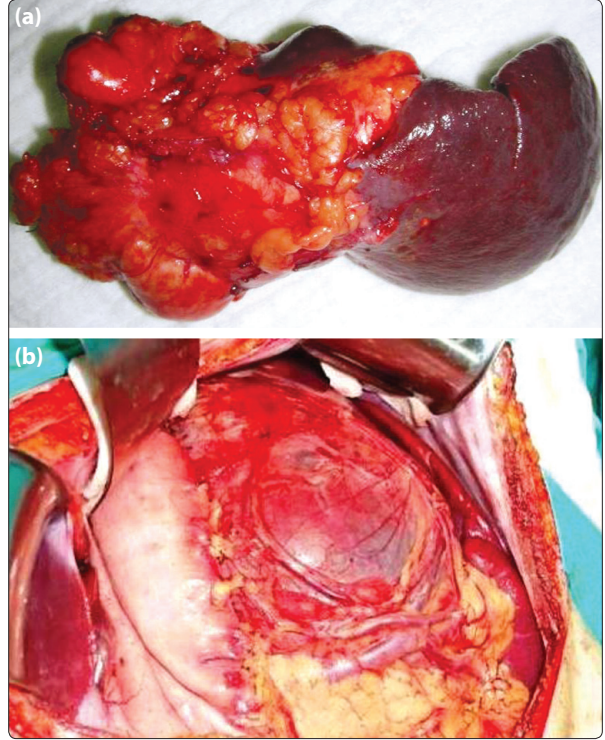
Olgu Sunumu

Olgu 1- Otuz beş yaşında erkek hasta; hazımsızlık, erken doyma ve karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmişinde yakınmalarının yaklaşık bir yıldır devam ettiği ve birkaç kez çeşitli sağlık kurumlarına başvurduğu saptandı. Fizik muayenede karın sol üst kadranda derin palpasyonda hassasiyet saptandı. Laboratuvar incelemelerinde demir eksikliği anemisi dışında ek patolojiye rastlanmadı. Karın ultrasonografisi ve tomografisinde dalak alt polu lokalizasyonunda yaklaşık 10 cm boyutunda kist hidatik ile uyumlu kistik kitle saptandı (Şekil 1). Kist hidatik için yapılan indirekt hemaglütünasyon (IHA) testinde de 1/550 pozitiflik tespit edilmesi üzerine ameliyata hazırlandı. Ameliyat öncesinde pnömokok aşısı yapıldı. Sol subkostal insizyon ile karına girildi ve dalak yerleşimi gösteren kist hidatik ile uyumlu yaklaşık 10 cm'lik kistik kitle saptandı. Total splenektomi ile ameliyat tamamlandı (Şekil 2a). Ameliyat sonrası nekahet döneminde majör cerrahi sorunla karşılaşılması üzerine antiparaziter ilaç başlanarak şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2- Otuz yedi yaşında erkek hasta; kanlı kusma şikâyeti ile acil servise başvurdu. Başvuru esnasında tansiyon 90/60 mmHg, nabız 120/dak olarak saptandı.



Şekil 1. Karın tomografisinde dalak alt polüne yerleşim gösteren izole kist hidatik görülmektedir.



Şekil 2. (a) Total splenektomi piyesinin makroskopik görüntüsü görülmektedir. (b) Sol portal hipertansiyona neden olmuş izole dev dalak kist hidatigi görülmektedir. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir (www.keahdergi.com).

dı. Karın muayenesinde karın üst kadranda periton hassasiyet bulgusu saptandı. Dijital rektal muayenesinde kan saptanmayan hastanın nazogastrik dekompresyonunda aktif kanama saptandı. İntravenöz sıvı replasmanına başlanan hastanın laboratuvar incelemesinde hematokrit: %21, hemoglobin: 7 g/dl, trombosit: 140000/mm³, protrombin zamanı: 14 sn olarak saptandı. Hasta üst gastrointestinal sistem kanamasına bağlı hemorajik şok tablosunda acil operasyona alındı. Ameliyat esnasında dalak yerleşimi gösteren yaklaşık 20 cm boyutlarında kistik kitle saptandı. Ayrıca kısa gastrik ve omental venlerde portal hipertansiyon ile uyumlu belirgin çap ve debi artışı gözlemlendi (Şekil 2b). Diğer ayrıntılı sistem bakıları olağan idi. Total splenektominin arkasından gastrotomi yapıldı. Kanama nedeni olabilecek peptik ülser veya tümoral kitleye rastlanmadı. Ameliyat materyalin patolojik incelemesinde içerisinde germinatif membranların ve kız veziküllerin olduğu kist hidatik hastalığı tespit edildi. Ameliyat sonrası cerrahi sorunu olmayan hastaya antiparaziter ilaç başlanarak taburcu edildi. Hasta takibinin altıncı ayında herhangi bir sorunu bulunmamaktadır.

Tartışma

Kist hidatik hastalığı en sık karaciğerde görülmekle birlikte tüm organ ve sistemleri etkileyebilir. Kist hidatik hastalığının karaciğer dışı tutulum göstermesi ekstrahepatik tutulum olarak adlandırılmaktadır. Ekstrahepatik tutulum yerlerinin en iyi bilinenleri kas, kemik, böbrek, beyin, kalp, prostat, pankreas ve dalaktır.^[5] Ancak ekstrahepatik lokalizasyonlarda izole kist hidatik hastalığının görülmesi oldukça nadirdir. Ekstrahepatik hastalık, çoğunlukla primer karaciğer tutulumunun cerrahi veya cerrahi dışı nedenlere bağlı rüptürü sonucunda ortaya çıkar.^[6] Dalağın kistik lezyonlarının %60-70'lik kısmını kist hidatik hastalığı oluşturmaktadır.^[7,8] Karaciğer ve akciğer tutulumundan sonra kist hidatiğin üçüncü sıklıkla görüldüğü organ dalaktır. Sıklıkla karaciğer ve akciğer tutulumu ile birliktelik gösterir. Yalnız bu birliktelikte bile dalak kist hidatiğin görülme sıklığı %5'i geçmemektedir.^[9,10] İzole dalak tutulumuna ise çok daha nadir rastlanmaktadır. Bilgiler literatürdeki olgu sunumlarından ibarettir. Dalak yerleşimli kist hidatik olgularında klinik genellikle sessizdir ve başka nedenlerden dolayı inceleme yapılırken insidental olarak saptanır. Klinik bulgular sol üst kadranda karın ağrısı, ateş, kitlenin lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlı bası semptomlarından ibarettir. Fizik muayenede traube üçgenin kapalı olması, derin palpasyonda hassasiyet ve splenomegali saptanır.^[11] Makalemizdeki her iki olgu birbirinden farklı klinik tabloya sahiptir. Ancak her iki olgu da kistin lokalizasyonu ve büyüklüğünden kaynaklanan bası semptomları ile başvurmuştur. İlk olgu kitlenin basısına bağlı dispeptik şikâyetler nedeniyle başvurdu. Tanı çoğu dalak kist hidatiği vakalarında olduğu gibi rastlantısal olarak konulmuştur. Oysa ikinci olgumuzda kist hidatiğin splenik vene basısına bağlı izole sol portal hipertansiyon gelişmiştir. Tanı hemorajik şok nedeniyle acil ameliyata alındığı için ameliyat sırasında bulgulara dayanılarak konulmuştur. Sol portal hipertansiyon nedenleri genellikle pankreas kaynaklıdır ve etiolojide en sık akut pankreatit sorumlu tutulmaktadır. Literatürde izole dalak tutulumuna bağlı sol portal hipertansiyon ve üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran üç olgunun varlığı bilinmektedir. Sol portal hipertansiyon nadir olarak üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvurmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi tedavi seçeneği de splenektomidir.^[11] Tanıda en önemli unsur dalakta kist hidatiğin bulunabileceğın akılda tutulmasıdır. Serolojik testler ve radyolojik yöntemler tanının konmasında yararlıdır. Düz karın grafisi, ileri olgularda kist içerisindeki kalsifikasyonların saptanması ile tanıya yardımcı olabilir. Bu

nun dışında karın ultrasonografisi ve tomografisi kist hidatik için spesifik olmasa bile tanıya yaklaşımda en değerli bilgileri vermektedir.^[12] Dalak kist hidatiğinin primer tedavisi cerrahidir.^[13] İdeal cerrahi prosedürü ise herhangi bir kontaminasyona neden olmadan parsiyel veya total splenektomidir. Perkütan aspirasyon, kısmi kistektomi ve omentoplasti gibi cerrahi incelemeler günümüze kadar uygulanmış olmasına rağmen kontaminasyon oranlarındaki yükseklikler nedeniyle çoğu yazarlarca önerilmemektedir. Cerrahi kontaminasyona bağlı nüks oranları %10'a kadar çıkmaktadır.^[14] Cerrahi sonrasında antiparaziter ilaçların ne kadar süre ile kullanılması gerektiği halen tartışmalar içermektedir. Ancak çoğu yazarca kabul edilen görüş şayet cerrahi tedaviyi kabul etmiyorsa, eşlik eden morbiditeler nedeniyle cerrahi uygulanamıyorsa veya ameliyat esnasında kontaminasyon mevcutsa antiparaziter ilacın bir yıl süre ile sürekli kullanılması şeklindedir. Sorunsuz splenektomi uygulanan dalak kist hidatiklerinde de genel olarak antiparaziter tedavi tartışmalı bir konudur. Bizimde dâhil olduğumuz çoğu yazar dalak tutulumu olan olguların sistemik hidatidoz açısından riskli olduğunu kabul edip tüm olgulara ameliyat sonrası en az altı hafta süreyle antiparaziter tedavisi verilmesinin uygun olacağını belirtmiştir.^[15]

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Amir-Jahed AK, Fardin R, Farzad A, Bakshandeh K. Clinical echinococcosis. *Ann Surg* 1975;182(5):541-6. [CrossRef](#)
2. Bonder A, Afdhal N. Evaluation of liver lesions. *Clin Liver Dis* 2012;16(2):271-83. [CrossRef](#)
3. Mandal S, Mandal MD. Human cystic echinococcosis: epidemiologic, zoonotic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Asian Pac J Trop Med* 2012;5(4):253-60.
4. Aytac A, Yurdakul Y, İkizler C, Olga R, Saylam A. Pulmonary hydatid disease: report of 100 patients. *Ann Thorac Surg* 1977;23(2):145-51. [CrossRef](#)
5. Yazıcı P, Aydın U, Ersin S, Kaplan H. Dalak yerleşimli kist hidatik: klinik çalışma. *EJBM* 2007;37(1):25-7
6. Hepgül G, Tihan D, Kocaeli P, Doğan Y, Oztürk T, Cihan A. Case report: primary splenic hydatidosis. *Turkiye Parazitoloj Derg* 2010;34(3):184-6.
7. Durgun V, Kapan S, Kapan M, Karabiçak I, Aydoğan F, Goksoy E. Primary splenic hydatidosis. *Dig Surg* 2003;20(1):38-41. [CrossRef](#)
8. Vezakis A, Dellaportas D, Polymeneas G, Tasoulis MK, Chondrogiannis C, Melemenis A, et al. Two cases of primary splenic hydatid cyst in Greece. *Korean J Parasitol* 2012;50(2):147-50. [CrossRef](#)

9. Ozdogan M, Baykal A, Keskek M, Yorgancy K, Hamaloglu E, Sayek I. Hydatid cyst of the spleen: treatment options. *Int Surg* 2001;86(2):122-6.
10. Singal R, Goyal S, Goyal R, Mittal A, Gupta S. Primary splenic hydatid cyst in a young boy--an uncommon entity. *West Indian Med J* 2011;60(3):374-6.
11. Kantarçeken B, Çetinkaya A, Bülbüloğlu E, Demirpolat G. Splenic hydatid cyst as a cause of sinistral portal hypertension and isolated gastric variceal bleeding. *Turk J Gastroenterol* 2010;21(3):317-20.
12. Papavramidis TS, Laskou S, Michalopoulos N, Pliakos I, Kesisoglou I, Papavramidis S. Typical image of splenic hydatidosis. *Trop Doct* 2012;42(2):118-9. [CrossRef](#)
13. Dar MA, Shah OJ, Wani NA, Khan FA, Shah P. Surgical management of splenic hydatidosis. *Surg Today* 2002;32(3):224-9. [CrossRef](#)
14. Mottaghian H, Saidi F. Postoperative recurrence of hydatid disease. *Br J Surg* 1978;65(4):237-42. [CrossRef](#)
15. Gil-Grande LA, Rodriguez-Caabeiro F, Prieto JG, Sánchez-Ruano JJ, Brasa C, Aguilar L, et al. Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intra-abdominal hydatid disease. *Lancet* 1993;342(8882):1269-72. [CrossRef](#)