

Kist Hidatikli Olgularda Cerrahi Deneyimimiz

Our Surgical Experience with Hydatid Cyst Cases

Fuat Sayır¹

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

Yazışma Adresi: Fuat Sayır, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van, Tel: 0. 505. 5819300, e-posta: sayirfuat@yahoo.com

Özet

Amaç: Yurdumuzda akciğer hidatik kist olgularına hayvancılığın yoğun olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sıklıkla rastlanmaktadır. Biz, bu çalışmada 5 yıllık süre zarfında opere ettiğimiz 176 hidatik kist olgusunu değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Olguların tanısı, klinik ve radyolojik değerlendirmeyle konuldu.

Bulgular: Ortalama yaş 21 idi (3-75 yaş arası). Tüm olgulara torakotomi uygulandı. Kist lokalizasyonu 158 olguda unilateral, 18 olguda bilateral idi. 14 olguda karaciğerde de kist mevcuttu. Olguların % 54'ünde kist rüptüre olmuştu. 164 (% 93.2) olguya kistotomi+kapitonaj, 7 (% 4.0) olguya kistektomi ve 5 (% 2.8) olguya enükleasyon uygulandı. Bilateral olgularda dört-altı hafta sonra diğer akciğerdeki kiste de cerrahi uygulandı. Karaciğer yerleşimli uygun olgularda radyolog eşliğinde perkütan drenaj uygulandı. Tüm olgulara operasyon sonrası albendazol tedavisi verildi. 3 olguya lobektomi yapıldı.

Sonuç: İşleme bağlı mortalite gözlenmedi. Mümkün olduğunca pulmoner rezeksiyondan kaçınılarak uygulanan kistotomi+kapitonaj, akciğer kist hidatik olgularında hala en geçerli tedavi metodudur.

Anahtar Kelimeler: Hidatik kist, Kistotomi, Kapitonaj

Abstract

Objective: The cases of pulmonary hydatid cysts are frequently seen, especially in Eastern Anatolia Region because livestock breeding is the main source of life in the region. We aimed to discuss 176 patients operated for the diagnosis of pulmonary hydatid cysts in a 5-year period.

Materials and Methods: The patients with hydatid cyst disease, who applied to our clinic, were evaluated in the light literature.

Results: Hundred and seventy-six patients were diagnosed with hydatid cysts clinically and radiologically between August 2003 and August 2008. The age range of the patients was 3-75 years with the mean age of 21 years. Thoracotomy was applied in all the patients. Cyst location was unilateral in 158 and bilateral in 18 of the patients. Fourteen patients also had a cyst in the liver. The cysts of 54% of the cases were perforated. Enucleation was performed in 5 cases; cystectomy, in 7 patients, and cystotomy+capitonage, in the others. In the bilateral cases, the opposite side was operated 1-1.5 months after the first operation. Percutaneous drainage was applied in coordination with radiology department in the presence of hepatic hydatid cyst. Albendazole treatment was applied in all of the cases.

Conclusion: No mortality was observed. Cystotomy+capitonage is still the most valid method in pulmonary hydatid cyst cases because it is a method of preserving the parenchyma.

Keywords: Hydatid cyst, Cystotomy, Capitonage

Giriş

Hidatik kistin etkeni bir sestod olan *Echinococcus granulosus*'dur. Hastalık hayvancılığın yaygın olduğu toplumlarda önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Ülkemizde görülme sıklığı geçmiş yıllara nazaran azalsa da yine de önemini korumaktadır. Vücutta en sık karaciğer, ikinci sıklıkta akciğer olmak üzere tüm organlara yerleşebilmektedir. Ülkemizdeki prevalansı 100.000'de 50-400, insidansı ise 100.000'de 3, 4'tür [1-3].

Kist hidatik olgularına genç yaşlarda daha sık rastlanmaktadır [4]. Akciğer dokusunun süngerimsi yapısı nedeniyle kist, akciğerde diğer organlardakinden daha büyük boyutlara ulaşip daha erken belirti verebilir [2,5]. Kistin hızlı büyüme eğilimi çocuk ve gençlerde daha fazladır [6]. Akciğerde sıklıkla sağ akciğere yerleşip genellikle her iki akciğerde de alt lobları tutmaktadır [7]. Bu çalışmada Ağustos 2003-Ağustos 2008 tarihleri arasında opere ettiğimiz 176 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Ağustos 2003-Ağustos 2008 tarihleri arasında tanı konulup cerrahi tedavi uygulanan 176 olgu değerlendirildi. Olguların 96'sı (% 54.5) erkek, 80'i (% 45.5) kadındı. Ortalama yaş 21 olup, yaş aralığı 3-75 arasında değişmekteydi. Olguların % 54'ü (95 hasta) perfore, % 46'sı (81 hasta) intakttı. Bütün hastalara torakotomi uygulandı. 164 (% 93.2) olguda kistotomi+kapitonaj en sık uygulanan cerrahi işlemdi. İntakt kistlerde kist sıvısı aspire edildikten sonra skolisid ajanlar verildi. Hipertonik salin 30 olguya verilirken, 146 olguda ise batikon solüsyonu verilerek skolisid etki sağlandı. Batikon irrigasyonuna bağlı herhangi bir komplikasyon gözlemlenmedi. Parankimal destrüksiyonu olan ve ekspansiyon kusuru gelişeceği düşünülen üç olguya lobektomi uygulandı.

Opere edilen 176 olgudan 23'ünde dev hidatik kist mevcuttu. Bu olgular genç yaş grubunda olup kist lokalizasyonu % 72 oranında sağ akciğerdeydi. 6 olgu hidropnömotoraksla acil kliniğe müracaat etmişti. Bunlara önce tüp torakostomi uygulanıp daha sonra operasyona alındı. Dev hidatik kistli 2 olguda masif hemoptizi oldu. Bu iki olguya rezeksiyon uygulandı. Akciğer ve karaciğer kistinin birlikte bulunduğu 6 olguya transdiyafragmatik yaklaşım uygulandı.

Bulgular

En sık karşılaşılan bulgu, göğüs ağrısı (% 75) idi. Daha az sıklıkla kuru öksürük, hemoptizi, dispne eşlik etmekteydi. 2 olguda masif hemoptizi mevcuttu. 3 dev kist hidatik olgusunda akciğer harabiyeti mevcuttu ve bunlara rezeksiyon uygulandı. Kist 158 (% 89.8) olguda unilateral, 18 (% 10.2) olguda bilateral yerleşim göstermekteydi. 14 olguda (% 7.9) akciğer ve karaciğer kisti birlikte bulunmaktaydı. Hidatik kist sıklıkla sağ alt loba yerleşmişti (Tablo I). Radyolojik olarak 23 (% 13.1) olguda dev kist hidatik

tespit edildi. 52 (% 29.5) olguda nilüfer çiçeği manzarası ve 12 (% 6.8) olguda hilal arazi görünümü mevcuttu. 164 (% 93.2) olguya kistotomi+kapitonaj, 7 (% 4.0) olguya kistektomi ve 5 (% 2.8) olguya enükleasyon uygulandı. Bilateral olgularda dört-altı hafta sonra diğer akciğerdeki kiste de cerrahi uygulandı. Ortalama hastanede kalış süresi 7 gün idi. Daha önceden perfore olmuş ve operasyon sırasında canlı kız vezikül saptanan 2 olgumuzda sonradan nüks gözlemlendi. Bu iki hasta tekrar opere edildi.

Tartışma

Kist hidatik çok eski zamandan beri bilinen gelişmemiş ve gelişmekte olan toplumlar için ciddi bir sağlık sorunudur. Kist hidatikte insan ara konaktır. Erişkin parazit son konak olan etoburların ince barsaklarına yerleşir. Yumurtalar bu hayvanların dışkıları ile çevreye yayılır. Sindirim yolu vasıtasıyla ara konağa bulaşır. Embriyolar yumurtadan çıkarak duodenumdan kana geçer ve vücuttaki herhangi bir dokuya yayılabilir. Hidatik kistin en sık yerleşim yeri % 50-60 oranında karaciğer, ikinci sıklıkta ise % 10-30 oranında akciğerdir [7]. Çocuklarda ise hidatik kistin en sık yerleşim yeri akciğerlerdir [1]. Çalışmamızda 14 (% 7.9) olguda karaciğerde de kist saptandı.

Hidatik kist çoğu zaman asemptomatiktir. Kistin yerleşimine, büyüklüğüne ve rüptüre olmasına göre semptomlar şekillenir. Öksürük, dispne, ateş, göğüs ağrısı, hemoptizi, deri döküntüleri görülebilir. Kiste sekonder bronşektazi ve ampiyem gelişebilir [8,9]. En tanısız semptom perforasyona bağlı kist sıvısı ve membranın ekspektorasyonudur. Kist hidatik genel olarak benign bir lezyon olmasına rağmen çevre dokulara bası yapabilmeleri, rüptüre olabilmeleri ve anafaksiye yol açabilmeleri nedeniyle ciddi morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. Bu nedenle tanı konulduğunda cerrahi tedavi endikasyonu bulunmaktadır [10].

Kist hidatik tanısı temel radyolojik incelemeler sonucu konulur. Pulmoner kistlerin teşhisinde düz toraks x-ray grafi ve bilgisayarlı tomografi gibi noninvaziv görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Basit kistler direkt akciğer grafisinde düzgün sınırlı, yuvarlak opasite şeklinde görünür. Kist rüptüre olduğunda ise nilüfer çiçeği manzarası ve hilal arazi gözlemlenir. Serolojik incelemelerin ise tanıdaki yeri kısıtlıdır [3,7].

Akciğer kist hidatiğinde tedavi öncelikle cerrahidir. Cerrahi esnasında tüm parazitik materyal çıkartılmalı ve mümkün olduğunca akciğer parankimi korunmaya çalışılmalıdır. Cerrahi metot olarak kistotomi-kapitonaj, perikistektomi, enükleasyon gibi parankim koruyucu işlemler uygulanmakta olup en çok uygulanan metot bizim de tercih ettiğimiz kistotomi-kapitonaj işlemidir [1,2,4,11,12]. Komplike olmayan küçük kistlerde, cerrahi işlemi tolere edemeyecek hastalarda ve cerrahi tedaviyi kabul etmeyenlerde medikal tedavi uygulanır [1]. Lob tamamen harap olmadıkça rezeksiyondan kaçınılmalıdır. Dev kistlerde pulmoner rezeksiyon oranı % 6.6-13 olarak bildirilmektedir [2,5]. Çalışmamızda parankim harabiyeti bulunan 3 (% 1,7) olguya lobektomi uygulandı.

Kist hidatik olgularının % 4-25'inde senkronize akciğer ve karaciğer kisti bulunmaktadır [13]. Eş zamanlı olarak görülen sağ akciğer ve subdiyafragmatik karaciğer kistlerinde zorunlu olarak sağ torakotomi yapıldığı için transdiyafragmatik yoldan karaciğer kistine ulaşılabilmekte ve iki ayrı işlem tek basamakta gerçekleş-

tirilebilmektedir. Bu metodun güvenilirliği ve kabul edilebilir morbiditesi bir çok çalışmada gösterilmiştir [13-15]. Sağ akciğer ve karaciğer yüzeyindeki kistler için cerrahi tedavide iki yaklaşım söz konusudur. Sağ 7. veya 8. interkostal aralıktan transtorasik yaklaşım çoğu cerrah tarafından geçmişte ve günümüzde kullanılan bir yaklaşımdır. Diğer yandan torakoabdominal yaklaşım son zamanlarda bazı otörlerce faydalı görülmekte ve desteklenmektedir [11]. Sağ akciğer ve karaciğer kistinin birlikte bulunduğu vakalarda torakotomi ile karaciğerdeki kistlere ulaşılması mümkün değilse öncelikle torakotomi ile akciğerdeki kiste müdahale edilmelidir. Çünkü genel anestezi altında pozitif basınçlı ventilasyona bağlı olarak akciğerdeki kist rüptüre olabilir.

Hidatik kist cerrahisi genellikle komplike olmayıp morbidite ve mortalite oldukça düşüktür [2,11,15]. Cerrahi sonrası nadiren rekürrens görülebilmektedir. Çalışmamızda 2 (% 1.1) olguda rekürrens gözlemlendi.

Plevraya açılan hidatik kistlerde hızla tüp torakostomi uygulanıp, hastanın genel durumu kötü değilse enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra operasyon planlanmalıdır. Tıbbi tedaviye cerrahi işleminden en az 4 gün önce başlanması ve albendazol için en az

Tablo 1. Hidatik kistin akciğerdeki lokalizasyonları

Lokalizasyon	n	%
Sağ alt lob	82	46.6
Sağ üst lob	18	10.2
Sağ orta lob	14	7.9
Sol alt lob	42	23.9
Sol üst lob	20	11.4

bir ay, mebendazol için en az 3 ay süreyle kullanım önerilmektedir [1,12]. Hastalarımızda operasyondan sonra, aralıklı olarak toplam 3 ay süreyle albendazol tedavisi uygulandı.

Sonuç olarak akciğer kist hidatiği benign bir patoloji olmasına rağmen çevre dokulara bası ve rüptüre olup anafeksiye yol açabilmesi nedeniyle ciddi morbidite ve mortaliteye sahiptir. Kist hidatiğin küratif tedavisi cerrahi olup kistotomi ve kapitonaj en çok uygulanan metottur.

Kaynaklar

- Köktürk O, Gürüz Y, Akay H ve ark. Toraks Derneği Paraziter Akciğer hastalıkları Tanı ve Tedavi Rehberi 2002. Toraks 2002; 3:1-16.
- Halezaroğlu S, Çelik M, Uysal A ve ark. Giant hydatid cysts of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1997; 113: 712-7.
- Blanton R. Echinococcosis In: Behman RE; Kliegman RM, Jenson HB, Nelson textbook of Pediatrics. 16 th ed. Philadelphia; WB Saunders, 1079-81, 2000.
- Yalav E , Öktem İ. Akciğer Kist Hidatiklerinin Cerrahi Tedavisi Yöntemleri, Ankara Üniversitesi Yayınları Sayı 356. Ankara Üniversitesi Basımevi Ankara 1977.
- Karaoğlanoğlu N, Kürkçüoğlu İC, Görgüner M ve ark. Giant hydatid lung cysts. Eur J Cardiovasc Surg 2001; 19: 914-7.
- Lamy AL, Cameron BH, Le Blanc JG ve ark. Giant hydatid lung cysts in Canadian northwest: Outcome of conservative treatment in three children. J Pediatr Surg 1993; 27: 1140-3.
- Peleg H, Best L-A, Gaitini D. Simultaneous operation for hydatid cysts of right lung and liver. J Thorac Cardiovasc Surg 1985; 90: 783-787.
- Doğanay A, Kara M. Hayvan sağlığı yönünden ekinokokozun Türkiye’de ve Dünya’daki epidemiyolojisi ve profilaksisi. Türkiye Klinikleri Cerrahi 1998; 139:171-81.
- Merdivenci A: Türkiye’de Kist Hidatik Hastalığı: İ.Ü; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları; 111:1976.
- Boussetta K, Siala N, Brini I ve ark. The hydatid cyst of the lung in children; 54 cases. Tunis Med 2005;1:24-7.
- Ramos G, Orduna A, Garcia-Yuste M. Hydatid cyst of lung: diagnosis and treatment World J Surg 2001; 25: 46-57.
- Kutlay H. Akciğer Kist Hidatik Hastalığının Cerrahi Tedavisi. Editörler; Ekim N, Uçan ES, Toraks Kitapları. 2001; 3: 605-9.
- Sahin E, Enön S, Cangir AK ve ark. Single-stage transthoracic approach for right lung and liver hydatid disease. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003;126:769-73.
- Gezer S, Sirmali M, Göktürk F ve ark. Single stage transthoracic approach to simultaneous right lung and liver hydatid cysts. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg 2008;15:1-5.
- Erdogan A, Ayten A, Kabukcu H ve ark. One-stage Transthoracic Operation for the Treatment of Right Lung and Liver Hydatid Cysts. World J Surg 2005; 29: 1680-1686.