

Hepatik hidatik kistin intratorasik rüptürü: olgu sunumu

H.Onur Sıldıroğlu (*), C.Çınar Başekim (*), Ersin Öztürk (*), Ergin Erginöz (*), Eşref Kızılkaya (*)

Özet

Hidatik hastalık ülkemizde sık görülen helmintik bir zoonozdur. Özellikle Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde endemiktir. En sık tutulma lokalizasyonu karaciğerdir. Akciğer ikinci sıklıkta tutulur (%10-40). Karaciğer kubbe lokalizasyonundaki hidatik kiste bağlı gelişen intratorasik rüptür plevral, parankimal ve bronşiyal hasara yol açan nadir görülen ve ciddi bir komplikasyondur. Bronkoplevral fistül hızlı cerrahi tedavi gerektirir. Bu yazıda intratorasik rüptür gelişen bir hepatic kist hidatiğin bilgisayarlı tomografi bulguları sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Bilgisayarlı tomografi, hidatik hastalık, intratorasik rüptür, kist hidatik

Summary

Intrathoracic rupture of a hepatic hydatid cyst: a case report

Hydatid cyst is a helminthic zoonosis seen frequently in Turkey. It is endemic especially in the eastern and the south-eastern regions. The most common involvement place is the liver. The second leading placement is the lung (10-40%). Intrathoracic rupture of hydatid cysts located in the hepatic dome is a rare and serious complication resulting in damage to the pleura, pulmonary paren-

chyma and bronchi. Bronchobiliary fistula requires prompt surgical treatment. In this article, we report the tomographic findings of a hepatic hydatid cyst developing into thoracic rupture.

Key words: Computed tomography, hydatid disease, intrathoracic rupture, hydatid cyst

Giriş

Kist hidatik, Hipokrat zamanından beri bilinen ve Echinococcus granulosus tenyalarıyla bulaşan bir parazitozdur. Genellikle büyükbaş ve küçükbaş hayvan besleyen toplumlarda sık görülür. Türkiye'de görülme sıklığı 1/20.000 ile 1/50.000 arasındadır (1). Ara konakçı olan etobur hayvanlarda tenya gelişimini tamamlayıp dış ortama atılır. Parazitin son halkası yumurta içerir. Feçesle atılan yumurtalar dış ortamı kontamine eder. İnsanlara bulaşım kontamine su ve yiyecek maddeleri ile olur. Önce intestinal duvara tutunan larvalar larval fazı oluşturarak başta karaciğer olmak üzere vücudun birçok yerine dağılır (2). Genellikle uzun bir süre semptom vermez. Semptomlar kist ileri derecede büyüyüp yer kaplayan bir oluşum olduğunda ya da kist kompleksi olduğunda başlar. En sık tutulum bölgesi karaciğer ve akciğerdir (3,4). Tutulum bölgesine göre değiş-

de en sık semptomlar üst abdominal ağrı, halsizlik, kilo kaybı, sarılık, göğüs ağrısı, öksürük ve hemoptizidir (3,5). Tedavi edilmeyen hastalarda mortalite %4-5'e kadar çıkabilir. Karaciğer, dalak ve böbrek tutulumunda kalsifikasyon sıktır (6).

Karaciğerdeki lezyonlar biliyer sisteme, peritoneal boşluğa ve nadiren de toraks içine rüptüre olabilir. Bu yazıda intratorasik rüptür gösteren bir kist hidatik olgusunun ince kesit bilgisayarlı tomografi ve reformat görüntü bulguları sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Karaciğer segment 8 lokalizasyonunda 2 aydır bilinen kist hidatiği olan, 21 yaşındaki erkek olgu son 6 gündür devam eden sağ üst kadran ağrısı, öksürük, ateş ve nefes darlığı semptomları ile hastanemize başvurdu. Hastanın travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede batın sağ üst kadranda derin palpasyonda hassasiyet ve sağ hemitoraksta ağrı izlendi. Hastanın ateşi 38.4°C olarak ölçüldü. Biyokimyasal tetkiklerinde lökosit: 14400/mm³ (4000-10500), hemoglobin: 9.2 gr/dl (13.5-18), hematokrit: %28.2 (42-52) olarak bulundu. Diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Sonografik incelemede karaciğer sağ

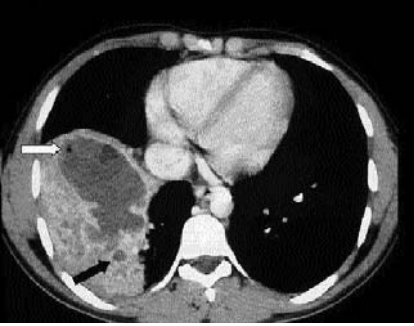
*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi

Ayrı basım isteği: Dr. Onur Sıldıroğlu, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi, Üsküdar-34668, İstanbul
E-mail: sildiroglu@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 06.06.2006
Kabul tarihi: 08.08.2006

lobda segment 8 lokalizasyonunda 8x4 cm boyutlarında, düzensiz konturlu, heterojen, hipoekoik lezyon saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirilmesi önerildi.

İnceleme Somatom Plus 4 spiral BT cihazı (Siemens Medikal Sistemler, Erlangen, Almanya) ile kV: 120, mA: 200, kesit kalınlığı: 3 mm, FOV: 312 parametreleri kullanılarak yapıldı. İnce kesit BT incelemede ve bu görüntülerden elde olunan rekonstrükte görüntülerde lezyonun bilobe olduğu ve üst yarısının toraks içine yerleştiği, bu bölümde diyafragmanın kesintiye uğradığı saptandı. İçinde yer yer kız vezikülleri de bulunan lezyonun özellikle üst bölümünde hava dansiteleri izlendi. İntratorasik bölümde kistin posteriyor konturu düzensiz olup, komşu akciğer alanlarında küçük kistik oluşumlar ve konsolidasyon tespit edildi (Şekil 1,2).



Şekil 1. Aksiyel toraks bilgisayarlı tomografi görüntüsünde, içinde kız vezikülleri (siyah ok) bulunan ve özellikle üst bölümünde hava dansitesi (beyaz ok) görülen lezyon izlenmektedir



Şekil 2. Sagittal rekonstrüksiyon görüntüsünde, lezyonun üst yarısının toraks içine yerleştiği, intratorasik bölümde hava dansitesi (beyaz ok) ve posteriyorda düzensizlik, küçük kistik oluşumlar (siyah ok) izlenmektedir

İntravenöz kontrast madde uygulaması sonrası intrahepatik bölümde minimal çepersel kontrastlanma saptandı. Bu bulgular ile karaciğer kist hidatiğine bağlı intratorasik rüptür tanısı kondu. Operasyona alınan olgunun tanısı patolojik olarak da doğrulandı.

Tartışma

Büyük boyutlara ulaşan veya komplike olan karaciğer kist hidatikleri nadiren rüptüre olabilir. Rüptür visseral organlara, biliyer sisteme olabileceği gibi, toraks içine de olabilir. İntratorasik rüptür nadir görülen bir komplikasyondur ve genellikle acil cerrahi girişim gerektirir. Rüptür sebepleri arasında kistin boyutlarının artması, travma ve öksürük gibi intratorasik basınç artışına yol açan sebepler vardır (7). Kist içi basınç, kist çapının küpü ile orantılıdır. Dolayısıyla kist çapındaki en küçük artış bile kist içi basıncı ciddi düzeyde artırarak büyük rüptür riski oluşturur (8). Rüptür, plevral alan ve parankime olabileceği gibi bronş içerisine de olabilir. Bu durumda bronş içerisine kistin sıvı komponenti geçerken genellikle solid komponenti geçmez. Kistte erozyon ile beraber perikistik inflamasyon oluşabilir (2). Plevrobiliyer veya bronkobiliyer fistül de olası komplikasyonlar arasındadır (8). Parazit ölümü olsa bile akciğerde kalan membran, rekürren enfeksiyonlara yol açabilir (5).

Mesteri ve ark. Deve klasifikasyonunu geliştirerek bronşa açılan hepatic kist hidatiği 4 tipe ayırmışlardır (2):
Tip I-A: Kistin bronş içerisine direkt ve küçük fistülizasyonu
Tip I-B: Kistin bronş içerisine büyük fistülizasyonu
Tip II-A: Fistül olmadan intraparakimal koleksiyon
Tip II-B: İntraparakimal koleksiyonun eşlik ettiği geniş fistül
Tip IIIA: İntraplevral ankiste koleksiyon

Tip III-B: İntraplevral ankiste koleksiyona eşlik eden bronş fistülü

Tip III-C: İntraplevral ankiste koleksiyona eşlik eden pariyetal fistül

Tip IV-A: Plevral efüzyonun eşlik ettiği plevral kavite rüptürü (hidatidotoraks)

Tip IV-B: Sekonder plevral hidatidoz

Tip IV A ve B haricindeki tiplerde cerrahi tedavi gerekir. Tip IV A ve B'de ise total rezeksiyon imkansız olduğunda medikal tedaviye başvurulur (2). Bizim olgumuz tip II-A olarak değerlendirilmiş olup, cerrahi tedavi gerektirmişti.

Tanıda Casoni deri testi, Weinberg reaksiyonu ve eozinofili tanıya yardımcı bulgular olup, hepsi nonspesifiktir (5). Tanıda kullanılan radyolojik yöntemler direkt akciğer grafisi, ultrasonografi, BT ve manyetik rezonans görüntülemidir (MRG) (4). Direkt grafilerde parankimal konsolidasyon ve plevral efüzyon saptanabilir. Ayrıca kist ile akciğer dokusu arasına giren hava, menisküs belirtili denilen yarım ay şeklinde radyolüsen bir alanın oluşmasına yol açabilir (9). Bu bulgu pnömoperikistik imaj olarak da isimlendirilmekte olup, akciğer kist hidatiğinin karakteristik özelliklerindedir (4). Bütün bu bulgular BT ve manyetik rezonans görüntülerle de saptanabilir. Ultrasonografide plevral efüzyon ve bazı olgularda parankimal konsolidasyon tespit edilebilir. Ayrıca karaciğer de görüntülenerek kistin primer odağı değerlendirilebilir. BT'de akciğer alt lobda direkt grafi bulgularına ek olarak kız veziküller de saptanabilir. Ayrıca rekonstrüksiyon görüntüleri oluşturularak lezyonun primer yerleşim yeri, diyafragmatik defekt ve rüptür sonucu ortaya çıkan akciğer bulguları daha detaylı olarak saptanabilir. Rekonstrüksiyon görüntülerinin uzaysal rezolüsyonu kesit kalınlığı ile doğru orantılıdır. Bu nedenle ince kesitlerin alınması görüntü kalitesinde belirgin artışa yol açarak

diyafragmatik defektin kesin olarak gösterilmesini sağlar. Lezyon MRG'de T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens sinyal karakterinde izlenir. Ancak MRG'nin dezavantajı yaygın olmaması ve maliyetinin yüksek olmasıdır. Bu nedenle lezyon uzanımının değerlendirilmesinde BT, MRG'ye göre daha uygun bir görüntüleme yöntemidir. Tedavide antibiyoterapi ve postoperatif dönemde antihelmintik olarak mebendazol ve albendazol kullanılır. Enfeksiyon; pnömoni ve sepsise kadar ilerleyebilir (7). Cerrahi tedavide kistotomi ve kapitonaj uygulanır (7). Hastalık tedavisinde primer yöntem cerrahi olsa da, son zamanlarda evre I ve II kistlerde sonografi ya da tomografi eşliğinde yapılan perkütan drenaj ve skolosidal ajanlarla kist kavitesinin irrigasyonu cerrahiye alternatiftir (4).

Sonuç olarak, tomografik incele-

melerde görüntüler aksiyel planda alındığından rüptürün çevre parankimal dokularda oluşturduğu radyolojik bulgular doğru olarak saptanabilmekle birlikte lezyonun uzanımı ve çevre yapılarla ilişkisi değerlendirilemeyebilir. Bu nedenle ince kesit bilgisayarlı tomografi ve rekonstrüksiyon görüntülerinin, karaciğer hidatik kistlerinin intratorasik rüptürünün, hızlı ve etkili değerlendirilmesinde daha uygun bir görüntüleme yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Ünlü Y, Ceviz M, Karaoglanoglu N, Becit N, Koçak H. Arterial embolism caused by a ruptured hydatid cyst in the heart: report of a case. *Surg Today* 2002; 32: 989-991.
2. Mesteri S, Kilani T, Thameur H, Sassi S. Les migrations thoraciques des kystes hydatiques du foie: proposition d'une classification. *Lyon Chir (Paris)* 1987; 63: 160-181.
3. Isitmangil T, Sebit S, Tunc H, et al.

Clinical experience of surgical therapy in 207 patients with thoracic hydatidosis over a 12-year period. *Swiss Med* 2002; 132: 548-552.

4. Pekcici R, İnceköy M, Ünlü Y. İzole dalak kist hidatiği (olgu sunumu). *Genel Tıp Dergisi* 2004; 14: 27-29.
5. Sanli M, Tunçözgür B, Elbeyli L. Pulmonary hydatid disease and surgical therapy. *Turk J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 8: 703-705.
6. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics* 2003; 23: 475-494.
7. Balci AE, Eren N, Eren S, Ülkü R. Ruptured hydatid cysts of the lung in children: clinical review and results of surgery. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 889-892.
8. Leviav S, Weissberg D. Traumatic rupture of hydatid cysts. *Canad J Surg* 1996; 39: 293-296.
9. Hansell D, Dee P. Infections of the lung and pleura. In: Armstrong P, Wilson AG, Dee P, Hansell DM (eds). *Imaging of Diseases of the Chest*. 3rd ed. London: Mosby, 2000: 163-254.