

# Dev intraabdominal hidatid kist: Preoperatif tanı zorluğu ve tedavisi

Giant intraabdominal hydatid cyst: Preoperative diagnostic difficulties and treatment

Nazif ERKAN, Mehmet YILDIRIM, Durmuş Ali ÖZDEMİR, Servet AĞDENİZ, Alper BOZ, Alper Firat POLAT

SSK İzmir Eğitim Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Hidatid kist, Ekinokokkus granulosus'un yaptığı paraziter bir hastalık olup, ülkemiz dahil olmak üzere bir çok ülkede endemik ve ciddi bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada preoperatif tanı zorluğuna neden olan, izole intraabdominal yerleşimli dev bir hidatid kist olgusu sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Hidatid kist, dev, intraabdominal

Hydatid disease, caused by the tapeworm Echinococcus granulosus, continues to be a serious public health problem throughout many countries, including Turkey. Here we report a case of giant intraabdominal hydatid cyst that caused preoperative diagnostic difficulties, and discuss its treatment.

**Key words:** Hydatid cyst, giant, intraabdominal

## GİRİŞ VE AMAÇ

Hidatid kist, Ekinokokkus granulosus'un yaptığı paraziter bir hastalık olup, ülkemiz dahil olmak üzere hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde, halen ciddi bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Bu çalışmada preoperatif tanı zorluğuna neden olan, izole intraabdominal yerleşimli dev bir hidatid kist olgusu sunulmuştur.

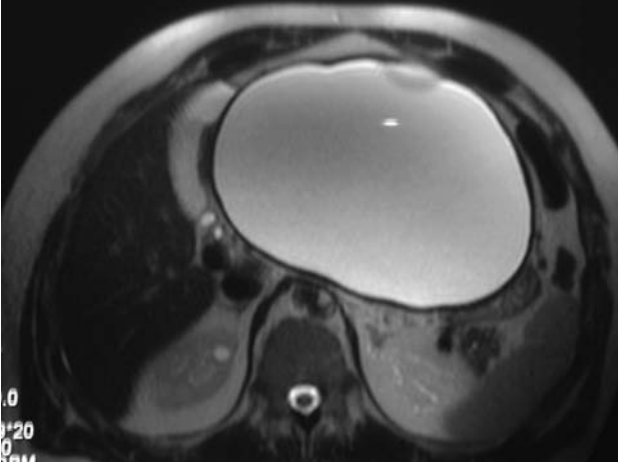
## OLGU

Elli yedi yaşında, erkek hasta, epigastrik bölgede 2 yıldır süren ağrı, bulantı, kusma ve ele gelen kitle şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde epigastriumda 10x15 cm boyutlarında, yumuşak kıvamda, mobil kitle palpe ediliyordu. Özgeçmişinde alkol, ilaç bağımlılığı, geçirilmiş batin operasyonu yoktu. Hastanın yapılan tam kan sayımı (hemoglobin, hematokrit, beyaz küre, trombosit), biyokimyasal tetkikleri (Üre, kreatinin, SGOT, SGPT, GGT, Alkalin fosfat, total bilirubin, direkt bilirubin) normal sınırlardaydı. Radyolojik incelemelerinde; PA Akciğer grafisi normaldi. Batin ultrasonografisinde: Epigastriumda yerleşen 19x14x16 cm boyutlarında, düzgün konturlu, ince duvarlı, minimal septasyon gösteren kitle tespit edildi. Ayırıcı tanı amaç-

lı yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi (Resim 1), manyetik rezonans (Resim 2) ve MRCP'de pankreastan köken aldığı düşünülen psödokist yada kistik neoplazi olabileceği düşünüldü. Operasyonda, karaciğer sol lobuna yapışıklar gösteren, küçük kurvaturu tamamen dolduran, mide, transvers kolon, duodenuma basıyapan, pankreasın üst kenarına oturmuş, ancak



**Resim 1.** Abdominal bilgisayarlı tomografi bulguları



**Resim 2.** Abdominal manyetik rezonans görüntüleme bulguları

parankimle ilişkisi olmayan kapsüllü kistik kitle ile karşılaşıldı. Diğer batin içi organlar normaldi. Kitlenin etraf dokularla olan yapışıklıkları (özellikle transvers mezokolon, mide küçük kurvaturu, pankreas korpus kapsülü) dikkatlice ayrıldı. Diseksiyonda kistik kitlenin alt kenarının serbest olduğu görüldü. Ancak karaciğer 2. ve 3. segmentlerini yukarı doğru iten kitlenin bu lokalizasyonda yapışıklarının daha fibrotik ve dens olduğu izlendi. Bir miktar karaciğer parankiminide içine alacak tarzda kitle, rüptüre olmadan total olarak eksize edildi. Histopatolojik olarak makroskopik (Resim 3-4) ve mikroskopik incelemede hidatid kist olduğu belirlendi. Hasta postoperatif 4. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Dokuz aydır sorunsuz olarak izlenmekte olan hastaya, adjuvan amaçlı 4'er haftalık iki kür Albendazole (10 mg/kg/gün) tedavisi uygulandı.



**Resim 3.** Kitlenin eksizyonu sonrası makroskopik görünümü



**Resim 4.** Kitlenin makroskopik incelemesinde, kesim sonrası kalın kist duvarı ve kız veziküllerinin görünümü

## TARTIŞMA

Ekinokokus özellikle Avrupa, Asya, Akdeniz, güney Amerika ve Afrika ülkelerinde endemik olarak görülmektedir (2). Türk toplumunda hidatid kist hastalığı görülme sıklığı 1/2000 olarak bildirilmiştir (3). Parazit özellikle karaciğer (%50-70) ve akciğerde (%20-30) yerleşmesine rağmen, insan vücudunda beyin dokusundan yumuşak dokuya kadar tüm dokularda görülebilir (4). Bununla beraber izole ekstrahepatik dalak, böbrek, kalp, kemik ve santral sinir sistemi tutulumu oldukça nadirdir. Intraabdominal hidatid kist hastalığı ise çoğunlukla diğer batin içi solid organ tutulumuyla beraberdir. Komşuluk yoluyla disseminasyon ya da önceki hidatid kist hastalığı nedeniyle yapılan operasyonlar sonrası kontaminasyon hastalığın patogenezinde savunulmaktadır (5).

Intraabdominal hidatid kistin klinik semptom ve bulguları, kistin lokalizasyonu ve boyutuna bağlıdır. Olguların çoğunluğunda bulantı, kusma, epigastrik dolgunluk hissi gibi non-spesifik bulgular saptanır. Bununla beraber kistin spesifik organlara olan baskısına ikicil, sarılık, pilor obstrüksiyonu, intestinal obstrüksiyon bulguları olabilir. Ayrıca kistin infekte olmasıyla abse kliniği yada peritoneal kaviteye spontan yada travmatik rüptüre olmasıyla gelişen anaflaktik şok tablosu da bildirilmiştir (1).

Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme, hastalığın tanısında kullanılan radyolojik yöntemlerdir. Karaciğer hidatid kist hastalığında tanı koymakta oldukça yardımcıdır (6, 7). Ancak, izole intraabdominal,

pankreas ya da retroperitoneal yerleşimli hastalığın preoperatif tanısı oldukça zordur (1). Bu tip olgularda kesin tanı cerrahi sırasında konulmaktadır. Bizim olgumuzda da preoperatif dönemde yapılan radyolojik tetkikler, kesin tanı koyduramamıştır.

Pankreas psödokisti, pankreasın kistik neoplazileri, konjenital mezenterik kistler ve retroperitoneal mezenkimal tümörler intraabdominal hidatid kistin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Aslında bu lezyonların radyolojik olarak ayırımı oldukça zordur. Bununla beraber hastanın endemik bölgede yaşaması, hayvan beslemesi, periferik yaymada eosinofilinin olması, (+) ekinokokkal antijen immunofloresan veya hemaglutinasyon testleri hidatid kist tanısı desteklemektedir. Serolojik testlerin duyarlılığının düşük olması preoperatif tanıyı zorlaştırmaktadır. Bizim olgumuzda da serolojik test kullanılmamıştır.

Cerrahi, intraabdominal yerleşimli hidatid kist hastalığının hem tanısında hem de tedavisinde en önemli yöntemdir (1). Özellikle lezyonun beraberindeki solid organ tutulumlarının tedavisi ve diğer kistik lezyonların ayırıcı tanısı için gereklidir. Yapılacak olan cerrahi, kistin yerleşimine bağlıdır. İdeal tedavi, tüm kistin ekinokokkusun

disseminasyon ve kontaminasyonunu önleyecek şekilde, dikkatli diseksiyon ile rüptüre etmeden çevre organlardan ayrılarak total eksizyonudur. Kistin total olarak çıkartılmadığı durumlarda, çevre organların korunmasıyla kist içeriğinin aspirasyonu, kız veziküllerinin çıkarılması ve mümkün olan maksimum kist duvarının çıkartılması ve uygunsa lojun omentumla kapatılması diğer bir cerrahi yöntemdir. Bizim olgumuzda tüm kist rüptüre edilmeden, bir parça karaciğer parankimiyle beraber total olarak çıkarılmıştır.

Hidatid kist hastalığında, özellikle cerrahi kontaminasyona bağlı olarak %10 oranında nüks olduğu bildirilmiştir (8). Cerrahi sırasında iyi ve dikkatli diseksiyon tek başına yeterli olmamaktadır. Peroperatif Albendazole tedavisinin nüksleri azalttığı gösterilmiştir (9). Bu nedenle bizim olgumuzda postoperatif dönemde kesin tanı sonrası, 8 haftalık Albendazole (10mg/kg/gün) tedavisi yapılmıştır.

Intraabdominal hidatid kistin tanısında radyolojik yöntemlerin yardımı kısıtlı olup, tanı çoğunlukla cerrahide konulmaktadır. Sonuç olarak intraabdominal yerleşimli kistik kitlelerin ayırıcı tanısında özellikle endemik bölgelerde, hidatid kist hastalığı düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Dziri C. Hydatid disease-continuing serious public health problem. *World J Surg* 2001; 25: 1-3.
2. Ammann RW, Eckert J. *Cestodes Echinococcus*. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25: 655-89.
3. Aytac A, Yurdakul Y, İkizler C ve ark. Pulmonary hydatid disease: Report of 100 patients. *Ann Thorac Surg* 1997; 23: 145-51.
4. Khuroo MS, Wani NA, Jarid G ve ark. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts. *N Eng J Med* 1997; 337: 881-7.
5. Golematis B. Hydatid disease. In : Nuchus LM, editor. *Surgery annual*, New York: Appleton Century Croft; 1978; 382.
6. Kalovidouris A, Pissiotis C, Pontifex G ve ark. CT characterization of multivesicular hydatid cysts. *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10: 428-31.
7. Lewall DB, McCorkell SJ. Hepatic echinococcal cysts : sonographic appearance and classification. *Radiology* 1985; 155: 773-75.
8. Mottahion H, Saidi F. Postoperative recurrence of hydatid disease. *Br J Surg* 1978; 65: 237-42.
9. Gil-Grande LA, Rodriguez-Caabeiro F, Prieto JG ve ark. Randomized controlled trial of efficacy of albendazole in intraabdominal hydatid disease. *Lancet* 1993; 432: 1269-72.