

Karaciğer kist hidatigine bağlı olarak gelişen Budd-Chiari sendromu

Dr. Mustafa YILMAZ, Dr. Zehra YILMAZ, Dr. Esin BEYAN, Dr. Uğur YILMAZ, Dr. Aysel UZUNER

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Denizli

ÖZET

Bu yazıda kist hidatiğe bağlı olarak gelişen Budd-Chiari sendromu vakası sunuldu. Kist basısına bağlı olarak gelişen vena cava inferior obstrüksiyonu Abdominal USG, Bilgisayarlı tomografi ve digital subtraction angiografi ile gösterilip, serolojik olarak doğrulandı. Kist hidatiğin sık olarak görüldüğü ülkemizde portal hipertansiyon vakalarında etioloji araştırılırken kist hidatiğin de gözden uzak tutulmaması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: **Budd-Chiari sendromu, ekinokokus, hepatik**

BUDD-CHIARI sendromu hepatik venlerin trombozu sonucu ortaya çıkan post-hepatik portal hipertansiyon olarak tanımlanırsa da tıkanma karaciğer lobülünün efferent veninden itibaren vena cava inferiorun sağ atriuma girdiği yere kadar herhangi bir bölümde olabilir. Bu sendromun etiolojisinde; polisitemiler, myeloproliferatif hastalıklar, oral kontraseptif kullanımı, maligniteler ve vena cava inferiorun suprahepatik segmentinde membranöz obstrüksiyon (web) gibi faktörler bulunmaktadır(1,2). Bunun yanında karaciğer kist hidatigine bağlı nadir vakalarda bildirilmiştir.

OLGU

AT, 28 yaşında, ev kadını, Kars'ta oturuyor. Hastanemize iki ay önce başlayan, gün geçtikçe artan karın ve bacaklarda şişlik şikayeti ile başvurdu (Hast. prot. 26353).

Fizik muayenede; genel durum orta, ateş 37°C, nabız 90/dk KB: 120/80mmHg, abdomen ileri de-recede bombe, lateralde ve umblikus üstünde venöz kollateraller mevcut. Abdomen cildi ödemli, acit (+). Karaciğer epigastriumda 10cm, kosta kenarında 6cm olarak ele geliyor. Traube kapalı. Pretibial (+++) gode bırakan ödem mevcut.

Laboratuvar tetkikinde; Hb %83, Htc %41, kırmızı küre 4.4×10^6 , beyaz küre 5600, sedimentasyon 40 mm/saat, periferik yaymada parçalı %59, lenfosit %31, monosit %4, eozinofil %6, trombosit yeterli, eritrositler normokrom normositer. İdrar tetkikinde patolojik bulgu yoktu, kan biyokimyasında üre 39 mg/dl, kreatinin 95mmol/l. Na: 137,

SUMMARY: Budd-Chiari Syndrome developing secondary to hepatic hydatid disease

In this report the Budd-Chiari syndrome case, that progresses depending on cyst hydatid is presented. Vena cava inferior obstruction that progresses depending on cyst impression has been confirmed serologically by showing with abdominal ultrasonography, computerized tomography and digital subtraction angiography. In our country where the hydatid is seen frequently, in the events of portal hypertension, while etiology is being searched, cyst hydatid shouldn't be discarded.

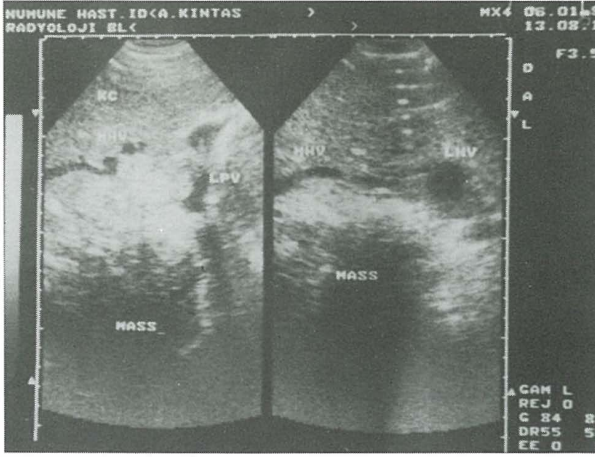
Key words: **Budd-chiari syndrome, echinococcus, hepatic**

K:4.2, AKS: 80, bilirubinler normal, alkalemi fosfat 100 U, SGOT: 24 U, SGPT: 34 U, LDH 159, albumin 28.5 gr/l (N:37-53), globulin 37gr/l (N: 23-30), GGT: 44 U/l, PT14" (N'13'), protrombin aktivitesi %84 (N: %100), aPTZ: 43" (N: 25-45), Hbs Ag(-), AARB(-).

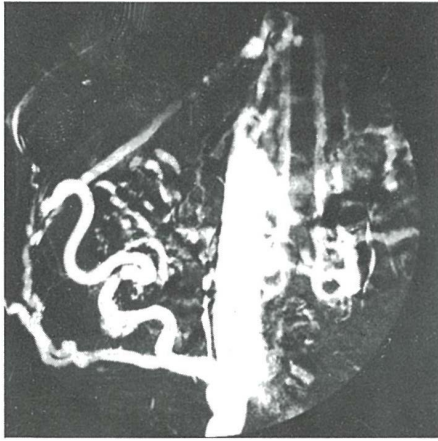
Telegrafi: Her iki diaframada asit sıvısına bağlı yükselme dışında normal, parasentez sıvısı: mukoz kıvamda, hemorajik görünümde, dansitesi 1025, rivalta (+), protein 29.7 gr/l, glukoz 115 mg/dl, LDH 72 U ADA: 5.2 U/L (N:0-15 U/l). Parasentez kültüründe üreme olmadı, tbc basili(-), sitoloji class II olarak rapor edildi. Abdominal USG: Karaciğer sağ lob posterior segmentinde lobule konturlu kalsifiye 14 cm çapında kistik oluşum, mevcut bu kitleden ötürü sağ hepatik ven ve vena cava inferior görülemiyor, dalak uniform olarak büyümüş, yaygın asit mayi mevcut, (Resim 1), Bilgisayarlı tomografi: Karaciğer sağ lobunda 12 cm. boyutunda kist hidatik ile uyumlu punktat kalsifikasyon gösteren kitle mevcut (Resim 2). Yapılan vena cava inferior selektif digital angiografisinde; vena cava inferiorun birinci lumbal vertebra hizasında tıkalı olduğu görüldü (Resim 3). Bu arada istenen kist hidatik spesifik hemaglutinasyon'u 1/100 (+) olarak geldi. Bu bulgularla kist hidatiğe bağlı vena cava inferior obstrüksiyonu tanısı kondu.

TARTIŞMA

Budd-Chiari sendromu Hepatosplenomageli, asit ve venöz kollaterallerle kendini gösteren bir post-hepatik portal hipertansiyon tablosudur. Etiolojisinde polisitemi, myeloproliferatif hastalıklar,



Resim 1. USG'de karaciğer sağ lob posterior segmente caudat lobu da içine alan yaklaşık 12 cm çapında lobule konturlu kalsifiye kistik kitle.

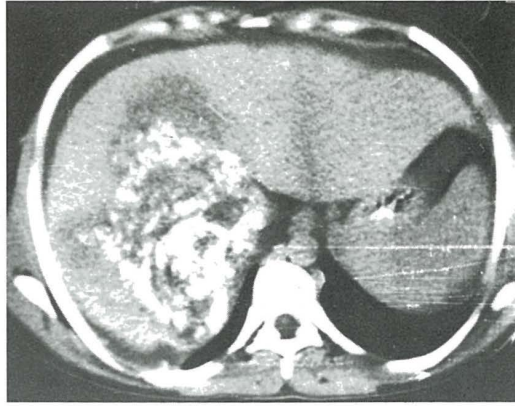


Resim 3. Vena kava inferior digital selektif angiografisinde vena cava inferiorun L1 hizasında tıkalı olduğu bu seviyeden itibaren opak ilacın sol renal vena ve iliak venadan gelişen kolleteraller aracılığı ile azygos vena sistemine katıldığı görülmektedir.

lupus antikoagülanları, oral kontraseptif kullanımı gibi tromboza eğilimi artıran nedenler yer almaktadır. Vena cava inferior obstrüksiyonu ise daha ziyade bu bölgede lokalize maligniteler veya lenfadenopati basılarına bağlı olarak oluşmaktadır. Ayrıca vena cava inferiorun suprahepatik segmentindeki membranöz obstrüksiyonu (Web) özellikle Güney Afrika ve Japonya'da sık rastlanan Budd-Chiari nedenidir(1-2).

KAYNAKLAR

1. Aktan H. Gastroenteroloji. Ankara. Makro Yayıncılık A.Ş. 1988-263.
2. Sherlock S. Disease of the liver and Biliary System: Oxford, London: Blackwell Scin, Pub, 1989-213.
3. Papadimitriou J, Kannas D, papadimitriou L, Portal hypertension due to hydated disease of the Liven. J. of Royal Soc. Med. 1990; 83: 120-21.
4. Emre A, Aroğul O, Alper A., Okten A, Uras A, Yalçın S. Hydatid cysts of liver and portal hypertension. HPB surg. 1990 2(2) 129-33 (Abst).



Resim 2. Karaciğer sağ lobunu tamamen dolduran multiple punktat kalsifikasyonlar içeren kitlenin bilgisayarlı tomografide görünümü.

Vena porta'ya bası yaparak prehepatik portal hipertansiyona sebep olan bir kist hidatik vakası bildirilmiştir(3). Bunun yanında vena cava inferior'a bası yaparak post hepatik portal hipertansiyon (Budd-Chiari syd.)'a yol açan çok az sayıda kist hidatik olgusu da bildirilmiştir(4-5).

Kist hidatik en sık olarak karaciğer ve akciğerde yerleşir. Bu organlar dışında kan dolaşımıyla tüm organlara ulaşabilir. Nadir lokalizasyonlar olarak izole tiroid, orbita, böbrek, meme, kalp, aorta, retroperiton, böbrek ve seminal kesede yerleşimleri de görülmektedir(2,6-9). Bu hastalıkta klinik bulgular kistin yerleşim yerine, büyüklüğüne ve bası belirtilerine aittir.

Bizim olgumuzda; asit, hepatospleomegali, ödem ve karın yan duvarında aşağıdan yukarıya dolan kollateraller mevcuttu. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile kistin lokalizasyonu gösterildi. Kist hidatik hemaglutinasyonu testinin 1/100 (+) oluşu bu kistik kitlenin kist hidatiğe bağlı olduğunu destekledi. Ayrıca vena cava inferior selektif digital angiografisi yapılarak obstrüksiyonun bu bölgede (Kist'in bulunduğu alan) olduğu ve kollaterallerin mevcudiyeti gösterildi.

Kist hidatik benign bir hastalıktır, fakat bu vaka da anlaşıldığı gibi ciddi komplikasyonlara da sebep olabilmektedir. Ülkemiz gibi Kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde Budd-Chiari etiyolojisinde kist hidatik'de gözden uzak tutulmaması gereken hastalıklardan biridir.

5. Robotti GC, Meister F, Schreder R. Budd-Chiari-syndrome in Liven echinococcosis. Rofo 1985; 142(5): 511/3 (Abst).
6. Alkarawi MA, El-Shiekli Mohamed-A.R, Yasawy M.J. Advances in Diagnosis and Management of Hydatid Disease. (Review). Hepatogastroenterol. 1990; 37: 347-331.
7. Beggs Ian. The Rediology of Hydatid Disease. AJR: 1985; 145: 639-48.
8. Hendaoui L, Siala M, Fourati A., Thameur MH, Hamze R. Hydatid Cyst of the Aorta (case report). Clin Radiol 1991; 43: 423-25.
9. Demiryürek H, Sungur I, Hidatik kistin nadir lokalizasyonları. T Klin. Gastroenterohepatoloji 1992; 2: 213-17.