

Çok organ tutulumu ile seyreden Echinococcus Alveolaris enfestasyonu

Echinococcus alveolaris enfestation with multiorgan involvement

Dr. Türker MÜMIN, Dr. Yusuf BAYRAKTAR, Dr. Gürol ÖKSÜZOĞLU, Dr. Mehmet ASLAN, Dr. Ahmet ÖZENÇ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET: Ondokuz yaşında erkek bir hasta üç yıldan bu yana artan halsizlik ve karında şişlik şikayeti ile H.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş, yapılan tetkiklerde (AC grafisi, abdominal ultrasonografi, abdominal ve torakal CT) akciğer ve karaciğerde multipl kistler saptanmıştır. Hastada tıbbi tedavi ve kistlerin cerrahi olarak boşaltılması uygulanmıştır.

Anahtar kelimeler: **Kist hidatik, E. Alveolaris, tedavi**

SUMMARY: A 19-year-old, male patient presented to the H.U. Gastroenterology Department suffering from weakness and abdominal distention of 3 years duration. Chest x-ray, abdominal ultrasonography, abdominal and thoracic CT were obtained. Multiple cysts were established in the lung and liver. Medical and surgical treatment modalities were used in this patient.

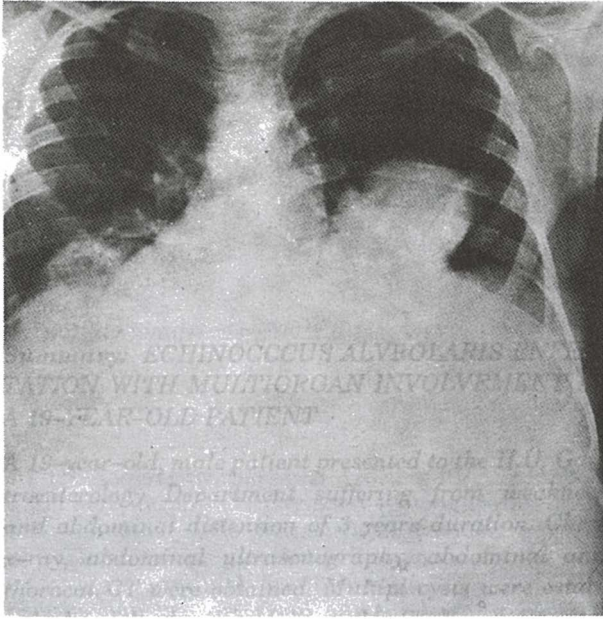
Key words: **Cyst hydatid, E. Alveolaris, treatment**

KIST Hidatik, ana konağını köpeklerin oluşturduğu enfekte yumurtaların alınmasıyla insanda ciddi enfeksiyona yol açabilen bir enfestasyondur. Sıklıkla tek organ ve tek kist oluşumuyla seyreden E. Granulozus formu görülür ve karaciğer ilk tutulan organlardan biri olmaktadır. E. Alveolaris ise nadiren görülür ve birden çok organ tutulumu ile seyreder. E. Alveolaris, E. Granulosus'a benzemekle birlikte dışta fibröz bir kapsül içermez ve içinde yüzlerce vezikül içeren multiloküler kistler oluşturur. Erişkin parazit köpeklerin, kurtların ve diğer köpekgillerin barsaklarında bulunur. Uzunluğu 3-5 mm kadar olan bu parazit bir skoleks ile üç halkadan yapıldır. Dış ortama çıkan yumurtalar koyun, geyik ya da insan gibi bir ara-konak tarafından ağız yoluyla alınır. Yumurtalar barsakta açılır ve meydana gelen embriyolar barsak çeperini delerek portal dolaşıma katılır. Böylelikle de karaciğer veya bu organı da aşarak akciğer, beyin, böbrek gibi organlara ulaşır. Hayatta kalan larvalar Hidatik kistlerini meydana getirir; bunlarda yavaş bir şekilde büyüyerek baskı semptomları oluştururlar. Tanıda serolojik testler, deri testi, x-ray, sintigrafi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır. Son yıllarda sonografi ve bilgisayarlı tomografinin yeri tanıda oldukça artmıştır. Bu yöntemlere göre kistler Tip 1 (Basit kist yapısında), Tip 2 (Germinatif membranın bir kısmı ayrılmış-Water-Lily sign), Tip 3 (Kız veziküller içeren), Tip 4 (Dejenere kist), Tip 5 (Kalsifiye kist) olmak üzere beş tipe ayrılmaktadır. Burada ondokuz yaşında birden çok organ tutulumu ile seyreden ilginç bir Kist Hidatik vakası sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Ondokuz yaşında, erkek, çiftçi, bekar bir hasta Kasım-88'de üç yıldır olan halsizlik ve giderek artan karın şişliği şikayeti ile H. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Herhangi bir sarılık öyküsü, kan transfüzyonu öyküsü olmayan hastanın hikayesinden 1985 yılında Sivas Üniversitesi Tıp Fakültesinde beyinden Kist Hidatik nedeni ile opere edildiği, bu süre içinde de (3 yıl) hiç doktora başvurmadığı öğrenildi. Bize başvurduğu dönemde bulantı kusmasının olmadığı, beslenmesinin iyi olduğu, arada bir kanlı olduğunu ifade ettiği balgam çıkardığı, üç yıldır giderek artan bir karın şişliğinin olduğu ve nefesinin bir miktar daraldığını belirten hastanın fizik muayenesinde cilt soluk, zayıf yapılı, sağ skapuler bölgede tubuler ses, her iki üst kadrani dolduran düzgün kenarlı sağda midklaviküler hattı 20 cm. solda 15 cm. geçen, karaciğer imajı uyandıran kitle mevcut idi.

Hastanın akciğer grafisinde (Resim 1) sağda üst ve alt loblarda kistik lezyon imajı veren görünüm-ler tespit edildi. Ayrıca Resim 2'de bu lezyonlar torakal tomografide yuvarlak, düzgün kenarlı, dens lezyonlar şeklinde izlendi. Karaciğerdeki tutulumu tespit etmek için yapılan abdominal tomografide ise Resim 3'te görüldüğü gibi birden çok, birbiri ile iştirakli, kalsifikasyon tipi hariç diğer tiplerin hepsini temsil eden ve sol lobta bir miktar parankim bırakan lezyonlar izlemekte idi. Laboratuvar testlerinde Hb: 9.9 gr/dl Htc: %30 BK: 10.000 mm3 SGOT: 31 u/l SGPT: 42 u/l ALP:

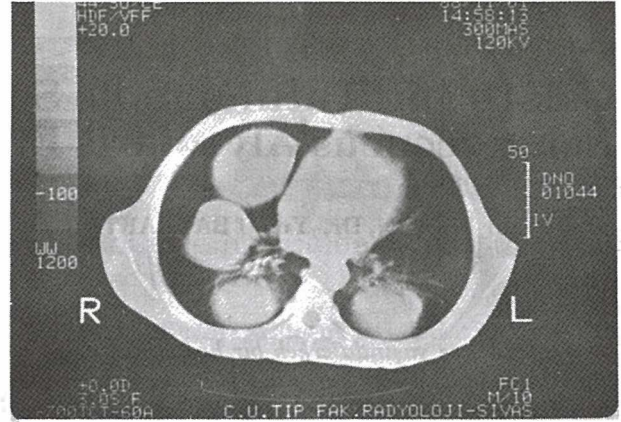


Resim 1. Hastanın akciğer grafisinde sağda üst ve alt loblarda kistik lezyonlar görülmektedir.

134 u/l Bilb: %6.5/4.5 mg (Total/Direkt) Total Protein 7.4 gr/dl Alb: 2.8 gr/dl diğer biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. PTZ (Protrombin zamanı) -13.1 sn.

Hastaya 1500 mg/gün (40 mg/kg) Mebendazol tedavisi başlandı. Genel Cerrahi ve Göğüs Cerrahisi konsultasyonu istenen hastaya operasyon planlandı. Hasata Mart 1989'da Gastroenateroloji polikliniğinde tekrar görüldü, karındaki distansiyonun bir miktar azaldığı ve ilaçları düzensiz olarak kullandığı öğrenildi. Mart 1989'da hasta cerrahi servisine yatırıldı ve 20.03.1989'da önce Göğüs Cerrahileri tarafından opere edildi. Sağ akciğer alt lob posterior segmentten 10 cm.'lik, üst lob apikal ve anterior segmentten dörder cm.'lik ikişer adet kist boşaltıldı (Kistektomi + Kopitonaj) Post-op dördüncü gün göğüs tüpü çekildi. Kontrol akciğer grafilerinde kistlerin kaybolduğu gözlemlendi. Solunum ekzersizlerine ve Mebendazol tedavisine devam edildi.

Hasata 03.04.1989'da Genel Cerrahlar tarafından karaciğerdeki kistler boşaltılmak üzere operasyona alındı. Karaciğerde sağ ve sol lobta bir çoğu birbirini ile iştirakli ve karaciğerin periferinin yaklaşık tümünü kaplayan kistler görüldü. Dalak ve diğer karın içi organlarda kist saptanmadı. Tüm kistler dikkatlice eksplere edilip boşaltıldı ve omentopeksi yapıldı. Yaklaşık beş litre içerisinde kız veziküller bulunan kıvamlı kistik materyal boşaltıldı. Sağ lobtaki iki kistin safra çamuru ile boyandığı gözlemlendi fakat bunlardan safra drenajı gözlenmedi. Yedi adet sump dren, koledoga T-

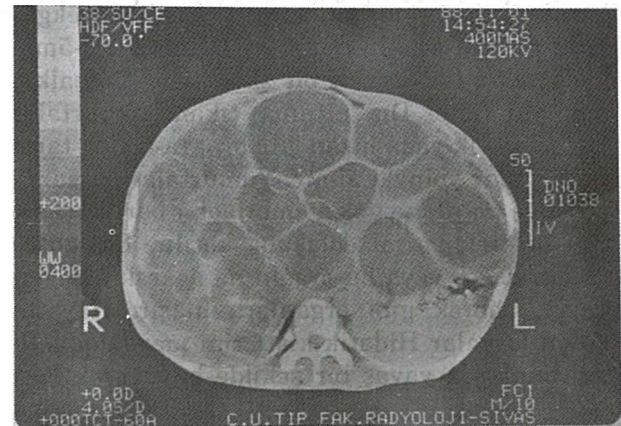


Resim 2. Torakal tomografide Resim 1'de görülen lezyonların düzgün kenarlı, yuvarlak, dens lezyonlar olduğu görülmektedir.

dreni konarak operasyon sonuçlandırıldı. Post-op drenlerden günlük yaklaşık olarak 1500-2000 cc drenaj oldu. Sekizinci günde ateşleri olan hastanın gerekli kültürleri alındı. Drenden alınan kültürlerde Enterobakter (2 kez) üredi. Ultrasonografik olarak ta enfekte kist tespit edilen hastaya uygun antibiyotik ve ultrasonografi eşliğinde kist boşaltımı uygulandı. Yaklaşık 30 cc enfekte materyal boşaltılıp 8F katater yerleştirildi. Beş gün içinde ateşleri düşen hastada yapılan ultrasonografi tekrarında kistlerin küçüldüğü ancak tam olarak boşalmadığı gözlemlendi. Hastanın takibinde drenajın günlük 50 cc'ye düşmesi sonucu drenler çekildi. Genel durumu ve vital bulguları stabil seyreden hasta ileri bir tarihte tekrar opere edilmek üzere taburcu edildi. Ancak defalarca aranmasına rağmen hastaya ulaşılamadı.

TARTIŞMA

Kist Hidatiği en sık karaciğer, daha sonra akciğerde yerleştiği bilinmektedir. Ayrıca beyinde, dalakta, böbreklerde ve nadiren de kalp valvüllerin-



Resim 3. Abdominal tomografide birden çok, birbirini ile iştirakli, kistik lezyonlar görülmektedir.

de yerleştiği gösterilmiştir. Kimi zaman karaciğer Kist Hidatiğinin herhangi bir yakınma olmadan tesadüfen teşhisi konmaktadır. Kimi zamanda duvarı kalsifiye olarak büyümesi engellenmektedir. Nadiren büyük boyutlara ulaşmaktadır. Bizim olgumuzda ise ilk boşaltma esnasında 5 litreye varan kistik materyal içermesi ve karaciğer fonksiyonlarının korunmuş olması (Bilirubin dışında tekrarlanan laboratuvar testleri normal sınırlarda bulunmuştur. Operasyon sonu bilirubin seviyesi Total: 1.02 % mg. Direkt: 0.37 % mg olarak bulunmuştur) diğer dikkate değer bir bulgudur. Bilirubinin yüksek olması basıya bağlı bir bulgudur. Nitekim operasyon sonunda (bası ortadan kalkınca) normal sınırlara inmiştir. Sunulan

olguda üç vital organın tutulması bulaşmanın nedenli fazla olduğunu göstermektedir. Genellikle inoperabl kabul edilen bu tür vakalarda literatürde polyatif amaçlı da olsa cerrahi boşaltımın yapılabileceği, bu yapılırken cerrahiden önce ve sonra Mebendazol 40 mg/kg aylarca hatta yıllarca verilebileceği belirtilmektedir.

KAYNAKLAR

1. James J. Plorde / Paul G. Ramsey: Cestode Infections Harrison's Principles of Internal Medicine 12th Edition, Volume 1, Part Five, Chapter 171, S: 827-828, 1991.
2. Kist Hidatik, The Merck Manual Fourteenth Edition 1982, S: 196.
3. CM, JHLP, IMR, DW, RW Hydatid Disease 11.16, 27.15, 15.3, 31.11 Medical Microbiology London 1993.