

Bronşiyal Yayılım Gösteren Pulmoner Hidatik Kist Olgusu

Mehmet SIRMALI*, Ertan AYDIN*, Ülkü YAZICI*, Ömür AYDIN**, Göktürk FINDIK*, Sadi KAYA*

* Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği,
** Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, ANKARA

ÖZET

Onüç yaşında erkek hasta, sık tekrarlayan pulmoner infeksiyon nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde hayvan teması olmayan hastanın laboratuvar incelemeleri normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde sol alt lob lokalizasyonuna uyan bölgede hilus gölgesini silen nispeten düzgün konturlu dansite artışı vardı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol alt lob lokalizasyonunda yaklaşık 5 x 6 cm boyutlarında lezyon tespit edildi. Ayrıca alt lob bazal segmentlerinde multipl nodüller vardı. Hastaneye yatırılarak yoğun antibiyotik tedavisi uygulanan hastanın akciğerdeki lezyonlarında gerileme olmaması üzerine eksploratris torakotomi yapıldı. Alt lob süperior segmentte bir tane (6 x 7 cm) ve alt lobun bazal segmentlerinde multipl hidatik kist (1-2 cm) tespit edildi. Pulmoner hidatik kistlerde perforasyon gözlenmesine rağmen, perforasyon sonrası bronşiyal yayılımla yeni kistlerin oluşması oldukça nadirdir. Bu yazımızda bronşiyal yayılım gösteren hidatik kist olgumuzu sunuyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: Pulmoner hidatik kist, perfore hidatik kist, rekürren pulmoner infeksiyon, bronşiyal yayılım

SUMMARY

PULMONARY HYDATID CYSTS SHOWING BRONCHIAL SPREAD: A CASE REPORT

A 13-year-old boy was admitted due to recurrent pulmonary infection. He had no past-medical history about contact with any animals. The laboratory findings were normal. There was a dens region in the left lower zone in the chest radiogram which was relatively well-defined and erasing the hilar shadow. Computed tomography demonstrated a lesion in the left lower lobe measured 5 x 6 cm in diameter. In addition, there were multiple nodules in the basal segments of the left lower lobe. Patient was hospitalized and administered an appropriate antibiotherapy. But pulmonary lesions showed no regression; therefore an exploratris thorachotomy was performed. There were multiple hydatid cysts (1-2 cm) in the basal segments of the left lower lobe and one hydatid cyst (6 x 7 cm) in the apical segment of the left lower lobe. Although perforation is observed in pulmonary hydatid cysts, after the perforation development of new cysts by bronchial spread is rare. We present our case with hydatid disease showing bronchial spread.

KEY WORDS: Pulmonary hydatid cysts, perforated hydatid cysts, recurren pulmonary infection, bronchial spread

GİRİŞ

Hidatik kist hastalığı Hipokrat'tan beri bilinmektedir (1). Aradan yüzyıllar geçmesine rağmen ülkemiz gibi endemik bölgelerde hala önemli bir sağlık problemidir (2,3). En sık karaciğeri etkileyen hastalık ikinci sıklıkla akciğeri etkiler. Akciğerdeki hidatik kist hastalığında esas yayılım hematogen ve lenfogen yolla olmaktadır (4). Bronşiyal yayılım, kız vezikül içeren hidatik kistin bronşiyal sisteme perforasyonu sonucu oluşur. Akciğer hidatik kistlerinde perforasyon oranları farklı serilerde %26.7-49 arasında değişmektedir (1,5,6). Bu yayınlarda perfore olan bu olgularda, perforasyon sonrası bronşiyal yayılımı yeni oluşan hidatik kistlerden bahsedilmektedir. Biz bu yazımızda bronşiyal yayılım gösteren hidatik kist olgumuzu sunuyoruz.

OLGU

Onüç yaşında erkek hasta, sık tekrarlayan pulmoner infeksiyon nedeniyle başvurdu. Yaklaşık iki yıl önce başlayan, aralıklarla olan, öksürük, göğüs ağrısı, ateş ve terleme şikayetleri oluyormuş. Her defasında hastaya üst solunum yolu infeksiyonu tanısıyla medikal tedavi uygulanmış. Bu dönemlerde çekilen akciğer filmlerinde patoloji tespit edilmemiş. Bir ay önce çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde akciğerde konsolide alan tespit edilmesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Başvurduğunda aynı şikayetleri mevcuttu. Özgeçmiş ve soy geçmişiinde özellik olmayan hastanın laboratuvar incelemeleri normaldi. Akciğer oskültasyonunda sol hemitoraks bazalinde ekspiratuar ralleri mevcuttu. Hastanın posteroanterior akciğer grafisinde, sol alt zonda hilus gölgesini silen nispeten düzgün konturlu dansite artışı vardı (Resim 1A). Lateral akciğer grafisinde, lez-



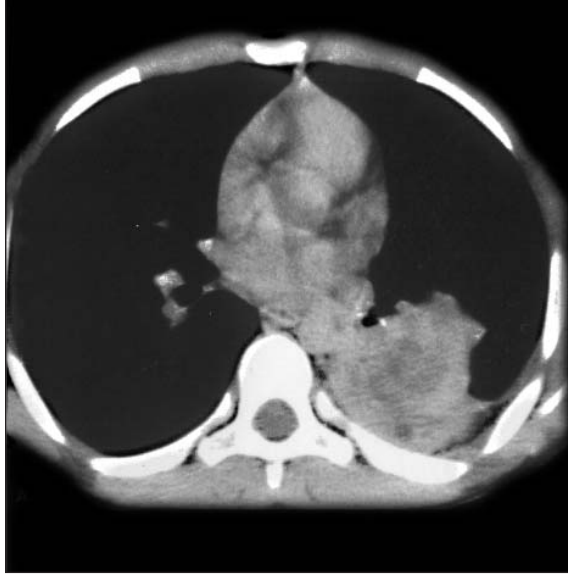
Resim 1A. PA akciğer grafisinde sol hemitoraks orta zonda, hiler bölgede heterojen dansite artışı mevcut.

yonun alt lob lokalizasyonunda olduğu izlenmektedir (Resim 1B). Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol alt lob lokalizasyonunda yaklaşık 5 x 6 cm boyutlarında kitle tespit edildi (Resim 2A). Ayrıca alt lob bazal segmentlerinde multipl nodüller (1-3 cm) vardı (Resim 2B). Hastaya uygulanan antibiyotik tedavisine rağmen mevcut lezyonlarda gerileme olmaması üzerine eksploratris torakotomiye karar verildi.

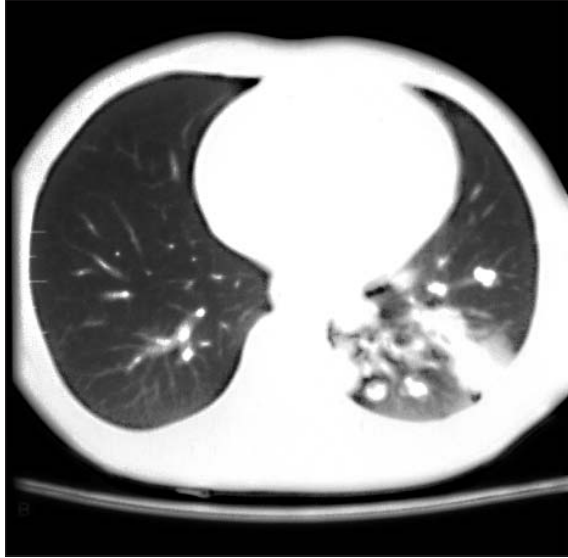
Hastaya sol posterolateral torakotomi uygulandı, sol alt lob süperior segment lokalizasyonunda yaklaşık 6 x 7 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Ayrıca alt lob bazal segmentlerinde çapları 1-3 cm arasında olan on adet kistik oluşum tespit edildi, 6 x 7 cm'lik kitleye ponksiyon yapıldı, sıvı alınamadı. Koterle insizyon yapılırken kist hidatik membranı tespit edildi ve aspire edildi. Membran aspire edildikten sonraki gözlemde, kist kavitesinin alt lob süperior segment bronşu ile ilişkili olduğu tespit edildi. Kavite içindeki bronş ağızları primer sütür ile kapatıldı ve kist kavitesine kapitonaj uygulandı. Bazal segmentlerdeki küçük kistik oluşumlara ponksiyon



Resim 1B. Lateral akciğer grafisinde sol alt lob lokalizasyonuna uyan bölgede heterojen dansite artışı mevcut.



Resim 2A. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (mediasten penceresinde), sol alt lob süperior segment lokalizasyonunda yer yer sıvı dansiteleri veren 5 x 6 cm boyutlarında heterojen vasıflı kitle görünümü mevcut.



Resim 2B. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (parankim penceresinde), sol alt lob bazal segmentlerinde çok sayıda farklı büyüklüklerde (1-2 cm) nodüller görünüm mevcut.

yapıldı, berrak vasıfta sıvı aspire edildi, koterle insizyon yapıldığında hidatik kist membranı gözlendi, membran aspire edildi ve kapitonaj işlemi uygulandı. Histopatolojik tanı hidatik kist olarak raporlandı. Postoperatif dönemde yapılan abdominal ultrasono-

gografi normaldi. Takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta albendazol tedavisi (10 mg/kg-üç ay) verilerek sekizinci günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Hidatik kist hastalığı, *Echinococcus granulosus* tarafından oluşturulan bir enfestasyondur. En sık karaciğerde ikinci sıklıkla akciğerde gözlenir (1,3,4,6). Çocuklarda ise ana lokalizasyon akciğerdir (5,7). Akciğerlerde ise en sık alt loblarda yerleşir. Hastalık her yaşta görülebilmeye rağmen genç erişkinlerde daha sıktır ve cinsiyet ayrımı görülmemektedir. Kırsal kesimde şehirlere oranla daha sık görülmektedir (3,4).

Olguların %30-50'si asemptomatiktir ve tesadüfen radyolojik olarak tanı konur (8). Pulmoner hidatik kistler kistin büyüklüğüne ve lokalizasyonuna bağlı olarak öksürük, dispne, hemoptizi, göğüs ağrısına neden olabilir. Hidatik kistler çok iyi kapsüllüdürler, perforasyon olmadıkları müddetçe ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi sistemik belirti vermezler (1,3,4). Bizim olgumuzda, öksürük, göğüs ağrısı şikayetlerinin yanı sıra hidatik kistin perforasyon olması nedeniyle ateş ve terleme şikayetleri de vardı. Ancak ateş ve terleme çok geniş bir hastalık grubunda gözlenir. Ayrıca küçük kistlerin perforasyonlarında akciğer grafisinde patoloji tespit edilemeyebilir. Sonuç olarak bu olgularda ayırıcı tanıda perforasyonlu hidatik kist atlanabilir.

Hidatik kistin spesifik klinik ve laboratuvar bulguları olmadığından, hastalığın teşhisinde en çok radyolojik yöntemler kullanılmaktadır. Ayırıcı tanıda bilgisayarlı toraks tomografisi de yardımcı olmaktadır. Özellikle perforasyonlu kistlerde membran katlantıları arasına giren hava kabarcıklarının bulunması, akciğerin benign veya malign apselerinden ayırımında önemlidir (1,4). Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi perforasyonlu hidatik kistlerde perforasyonlu kist kavitesinin enfekte olmasıyla, bilgisayarlı tomografide solid kitle görünümü verebilir. Medikal tedaviye rağmen sebat eden akciğer konsolidasyonlarında en uygun yaklaşım eksplorasyon amaçlı torakotomidir. Çoğu zaman uygulanan torakotomi hem tanı hem de tedaviye imkan tanımaktadır. Hatta olgumuzda olduğu gibi, erken dönemde tespit edilemeyip, cerrahi tedavi uygulanamayan hidatik kist olgularında, kistin perforasyon sonucu daha geniş bir akciğer sahasına yayılabileceği unutulmamalıdır. Biz olgumuzdaki sol alt lob bazal segmentler-

deki multipl hidatik kistlerin, sol alt lob süperior segmentteki kistin perforasyonu sonucu geliştiğine inanıyoruz. Çünkü bunlar sol alt lob süperior segmentteki kistten çok daha küçüktüler, muhtemelen perforasyon sonrası yerçekiminin etkisi ile kist sıvısının bazal segmentlere ilerlemesi ile oluşmuşlardı. Ayrıca karşı akciğerde de hidatik kist olmaması bu düşüncemizi desteklemektedir.

Hidatik kistin endemik olduğu bölgelerde, tekrarlayan ve medikal tedaviye rağmen geçmeyen pulmoner infeksiyonların ayırıcı tanısında perfore hidatik kist düşünülmelidir. Yapılan radyolojik incelemeler her zaman yardımcı olmayabilir. Böyle olgulara erken dönemde cerrahi müdahale yapılmadığı takdirde hastalık bronşiyal yayılımla daha geniş bir akciğer dokusunu etkileyebilir.

KAYNAKLAR

1. Dogan R, Yüksel M, Cetin G, et al. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: Report on 1055 patients. *Thorax* 1989;44:192-9.
2. Saygi A, Oztek I, Guder M, et al. Value of fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of complicated pulmonary unicellular cystic hydatidosis. *Eur Respir J* 1997;10:811-4.
3. Eroglu A, Kurkcuoglu C, Karaoglanoglu N, et al. Primary hydatid cysts of the mediastinum. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22:599-601.
4. Yüksel M, Kalaycı G. Akciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisi. In: Yüksel M, Kalaycı M, eds. *Göğüs cerrahisi*. İstanbul: Bilmedya, 2001;647-58.
5. Balci AE, Eren N, Eren Ş, Ülkü R. Ruptured hydatid cysts of the lung in children: Clinical review and results of surgery. *Ann Thorac Surg* 2002;74:889-92.
6. Topcu S, Kurul IC, Taştepe I, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;120:1097-101.
7. Gocmen A, Toppare MF, Kiper N. Treatment of hydatid disease in childhood with mebendazole. *Eur Respir J* 1993;6:253-7.
8. Aguilar X, Fernandez-Muixi J, Magarolas R, et al. Anusul presentation of secondary pleural hydatidosis. *Eur Respir J* 1998;11:243-5.

Yazışma Adresi

Mehmet SIRMALI

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Göğüs Cerrahisi Kliniği

06280, Keçiören/ANKARA

e-mail: mehmetirmsali@yahoo.com