

Klinik ve Radyolojik Olarak Malignite Düşündüren Kist Hidatik

Servet Civelek BULUM (*), Ö. Faruk GERGERLİOĞLU (*), A. ATASALİHİ (*), G. ÇAMSARI (**), O. TAŞÇI (**)

SUMMARY

Hydatid Cyst Cases Suggesting Malignancy

Hydatid cyst continues to be a health hazard in animal-raising countries. We encountered three male patients (ages 19, 30, and 50 years) with hydatid cysts exhibiting clinical and radiologic manifestations of malignancy. The lesions were localized on the right (n=2) and left (n=1). The patients complained of Claude-Bernard Horner syndrome, abundant hemoptysis accompanied by severe chest pain in the left hemithorax, and hemoptoic sputum and weight loss, respectively. Routine laboratory examinations and radiologic, ultrasonographic, bronchoscopic, and serologic investigations were performed in all patients. It was concluded that surgical interventions may be required in order to make a definite diagnosis when findings from clinical, radiologic, bacteriologic, and bronchoscopic examinations are not adequate.

Key words: Hydatid cyst

Anahtar kelimeler: Hidatik kist

Birçok gelişmiş ülkede artık nadir görülen kist hidatik, ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olmakta ve sık görülmektedir. Hidatik hastalık, sestodlardan *Echinococcus granulosus* ve *Echinococcus alveolaris*'in larva şeklinin neden olduğu paraziter bir enfeksiyondur. Köpek ve bazı vahşi hayvanlar, parazitin ara konağı olup, insan hastalık etkeni olan organizmayı, bu hayvanların dışkıları ve kontamine olmuş gıdalarla alır. Oral yolla alınan kistler ince barsaklarda açılır. Sistemik dolaşıma katılarak karaciğer, akciğer ve diğer organlara yayılır.

Kist, konağa ve parazite ait 3 tabakadan oluşur. Dıştaki perikist tabakası komprese edilmiş konak dokusu ve kronik inflamatuvar hücrelerden oluşan avasküler bir tabakadır. Ektokist tabakası ortada yer alır ve muko-

polisakkarit yapısında, hücresiz lamellar bir tabakadır. Endokist (germinal membran), hidatik sıvı, genç veziküller ve skoleksleri üretir. Hidatik sıvı berraktır ve antijenik özellikleri vardır. Konak kan dolaşımına geçerse, eozinofili ve anafeksiye neden olabilir. Ruptüre ve infekte kistler, klinik ve radyolojik olarak polimorfizm gösterirler. Yanlış tanıya, ciddi komplikasyonlara ve tanıda gecikmeye neden olabilirler. Tanıda esas, kist sıvısında skolekslerin görülmesi olup, direkt grafi, BT, serolojik yöntemler ve bronkoskopi tanıya götüren yardımcı incelemelerdir. Bu hastalıkta müsait olgularda kesin tedavi yöntemi cerrahidir. Biz de gerek klinik ve gerek radyolojik görünüşleri nedeniyle öncelikle malignite düşündüren 3 olguyu prospektif olarak inceledik.

OLGULAR

Olgu 1 : U.D. 19 yaşında, öğrenci olan, İstanbul'lu erkek hasta merkezimize yatmadan 20 gün önce sol hemitoraks üst kısmında ağrı, son bir haftadan beri de buna ilaveten, sol kolda uyuşukluk gelişmesi üzerine, çekilen PA akciğer grafisinde lezyon tespit edilerek, ileri tetkik amacıyla merkezimize yatırıldı.

Fizik muayenede; sol gözde ptosis, miyosis, enoftalmus, boyunun sol yanındaki venalarda belirginleşme ve dolgunluk tespit edildi. Solunum sistemi oskültasyonunda patoloji saptanmadı. PA akciğer grafisinde sol üst zon, paratrakeal bölgede lokalize, dış ve alt sınırı muntazam, 5.5x7 cm boyutlarında, homojen dansite artışı tespit edildi. Rutin idrar, kan tetkikleri, karaciğer fonksiyon testleri, elektrolitler, EKG ve solunum fonksiyon testleri normal bulundu. Toraks CAT'ında sol üst mediastende 5.5x6x7.2 cm boyutlarında düzgün konturlu, kalın cidarlı iç yapısı homojen, dansitesi 3 HÜ olan kistik lezyon saptandı. Üst batından geçen kesitlerde, kesit alanı içerisine giren kısımlarda, karaciğer ve dalağın parankim yapısı normal bulundu. Yapılan bronkoskopisinde

Resim 1. Toraks CAT kesiti.

Resim 2. Sağ lateral akciğer grafisi.

endobronşial lezyon görülmedi. Tiroid sintigrafisinde, tiroid sol lobunda hafif hiperplazi dışında özellik tespit edilemedi. Casoni ve Weinberg negatif idi. Hastaya tanı ve tedavi amacı ile sol tanısal torakotomi uygulandı. Kistik hidatik saptanan hastaya kistektomi kapitonaj yapıldı. Operasyondan bir hafta sonra hasta şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2: M.Y. 30 yaşında erkek hasta. Mesleği nakliyat şöför-lüğü. Şiddetli sağ yan ağrısı, abondan hemoptizi, halsizlik, öksürük yakınmaları nedeniyle çekilen grafi üzerine merkezi-

Resim 3. P-A akciğer grafisi.

mize yatırıldı.

Fizik muayenede; sağ akciğerde bazal bölgede matite, vibrasyon torasik artmış tuber sufl ve matite saptandı. Grafide, sağ akciğer alt zonda kostofenik sinüsü kapatan üst sınırı muntazam homojen dansite artışı saptandı. Yapılan rutin tetkiklerinde lökositoz dışında patoloji saptanmadı. Batın US normal. Yapılan bronkoskopisinde normal vizyon sahaları görüldü. Serolojik testlerinde Casoni (+) Weinberg (+) olan hastada solunum fonksiyon testi normal bulundu. Tedavi amacıyla yapılan cerrahi müdahalede sağ longitudinal fissür alt bölümünde, portakal büyüklüğünde kist enükleasyonu yapılan hastada ameliyat piyesinin histopatolojik tetkikinde kist hidatik tanısı konularak şifa ile taburcu edildi.

Olgu 3: O.V. 50 yaşında erkek hasta çamaşır suyu imalat-hanesinde çalışmakta. 4 aydan beri nefes darlığı, sağ göğüste batma şeklinde ağrı, bazan kanlı balgam, zayıflama yakınmaları nedeniyle çekilen P-A akciğer grafisinde lezyon görülerek, tetkik amacıyla yatırıldı. 30 sene 3 paket/gün sigara içme öyküsü olan hastanın, yapılan muayenesinde patoloji saptanmadı. Rutin tetkikleri eozinofili dışında normal bulundu. Elinde getirdiği yattığı döneme ait PA grafide, sağ alt zonda diyafragma üzerinde takriben 2.5x0.3 cm çapında kalın cidarlı, içinde kaviter açıklık içeren sınırları net olmayan lezyon saptandı. Yapılan bronkoskopisinde sağda 7. segment ağzını tam tıkayan tümör saptandı. Yapılan forseps biyopsi sonucu pürülan iltihap olarak raporlanması üzerine, ikinci kez bronkoskopi yapıldı. Endobronşial normal bulundu. Eski film araştırıldığında 2 ay öncesine ait aynı bölgede 3x2.5 cm boyutlarında oval, içinde farklı açıklıklar içeren dansite artışı saptandı. Ayırıcı tanı amacıyla yapılan serolojik testlerde Casoni (+), Weinberg (+) bulundu. Batın US'de patoloji saptanmadı. Solunum fonksiyon testlerinde hafif obstrüksiyon saptandı.

Tedavi amacıyla yapılan cerrahi müdahalede sağ alt lob periferinde takriben 3 cm'lik oluşumun içi açıldığında perfore kist hidatik olduğu saptanarak o kısım wedge rezeksiyonu ile çıkarıldı. Ameliyat materyallerinin histopatolojik tetkikinde kutikuler membran saptandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kist hidatik ülkemizde yüzyıllardan beri endemik olarak bulunan bir hastalıktır. Akciğer gibi komprese edilebilen organlarda kolaylıkla büyür. Rüptüre ve infekte olarak ciddi komplikasyonlara ve tanıda zorluklara neden olur. Vücutta tüm doku ve organları tutan bu hastalık en çok karaciğer (% 60) ve akciğerde (% 40), ender olarak da mediasten, plevra ve diyafragmada kitle lezyonu ile görülür(1).

İnfekte ve perfore olmamış kist hidatikte direkt grafiler genellikle tanıda yeterlidir. Ancak, kitle lezyonu olarak özellikle aspirasyon biyopsisinden kaçınılması gerektiği için BT'de iç yapısının homojen kistik dansiteler vermesi veya bronşa açıldığında hava düzeyi ile solid kitlelerden ayrılır (1). Ancak, infeksiyonun eklenmesi halinde bazı olgularda lezyon çevresindeki pnömonik infiltrasyonun konturda oluşturduğu düzensizlik, infeksiyonun, kistin yoğunluklarını yükseltmesi, solid doku değerlerinin alınması, soliter kitle lezyonu olarak ayırıcı tanıda BT'de sorun olabilmektedir. Böyle durumlarda, klinik, laboratuvar bulguları ve izleme, radyolojik değerlendirmeye yardımcı olacaktır (1).

Tanıda kullanılan serolojik testler bazen yetersiz kalmaktadır. Birinci olguda, Casoni (-), Weinberg (-) olmasına rağmen, sonuçta kist hidatik tanısı konmuştur.

Preoperatif dönemde radyolojik, özellikle BT ve serolojik testlerin tanıdaki önemine karşın, sitolojik ve histo-

patolojik erken ve kesin tanı yöntemleri büyük önem kazanmaktadır. Fiberoptik bronkoskopi (FOB)'de jelatinöz beyaz sarı renkte membran görülerek tanıya gidilen az sayıda bildiri vardır (2,3). Jerray, FOB uygulanan 105 kist olgusunun 21'inde membran görmüştür (4). Saygı ve ark. ise, FOB sırasında uygulanan yöntemlerle alınan materyalin sitolojik ve histopatolojik tetkiki ile 25 akciğer komplike kist hidatiği olgusunun 14'üne erken ve kesin tanı koymuştur (6).

SONUÇ

Sonuç olarak, klinik bulgular, radyolojik, bakteriyolojik, serolojik ve bronkoskopik incelemelerin yanı sıra kesin tanı konulabilmesi ve tedavi amacıyla cerrahi müdahalenin gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Alver M: Göğüs hastalıkları tanısında röntgen ve bilgisayarlı tomografi. Logos Yayıncılık İstanbul 108-109, 1990.
2. Doğan R, Yüksel M, Çetin L, Sözen K, Alp M, Koya S, Ünlü M, Maldibi M: Surgical treatment of hydatid cyst of the lung report of 1055 patients. Torax 44:92-99, 1989.
3. Henry P, Khalfallah A, Lakhali A, Hafsa K, Karovi H: Bronchoscopy in the diagnosis of complicated pulmonary hydatid disease in. Arch Allergy Appl Immunat 87:98-100, 1995.
4. Jerray M, Benzorti M, Garrowch A, Klabi N, Hayouni A: Hydatid disease of the lungs. Study of 386 cases. Am Rev Respir Dis 146:185-189, 1992.
5. Larbagui D: Le kyste hydatiguedu pumon. Rev Pnevmal Klin 45:49-63, 1989.
6. Saygı A, Özteki Güder M, Sürgün F, Arman B: Komplike akciğer kist hidatiği tanısında fiberoptik bronkoskopik materyalin sitolojik ve histopatolojik muayenesinin önemi. Heybeliada Tıp Bülteni 2:2, 1996.