

## DALAK HİDATİK KİSTİNİN TRAVMATİK RÜPTÜRÜ

## TRAUMATIC RUPTURE OF SPLEEN HYDATIC CYST

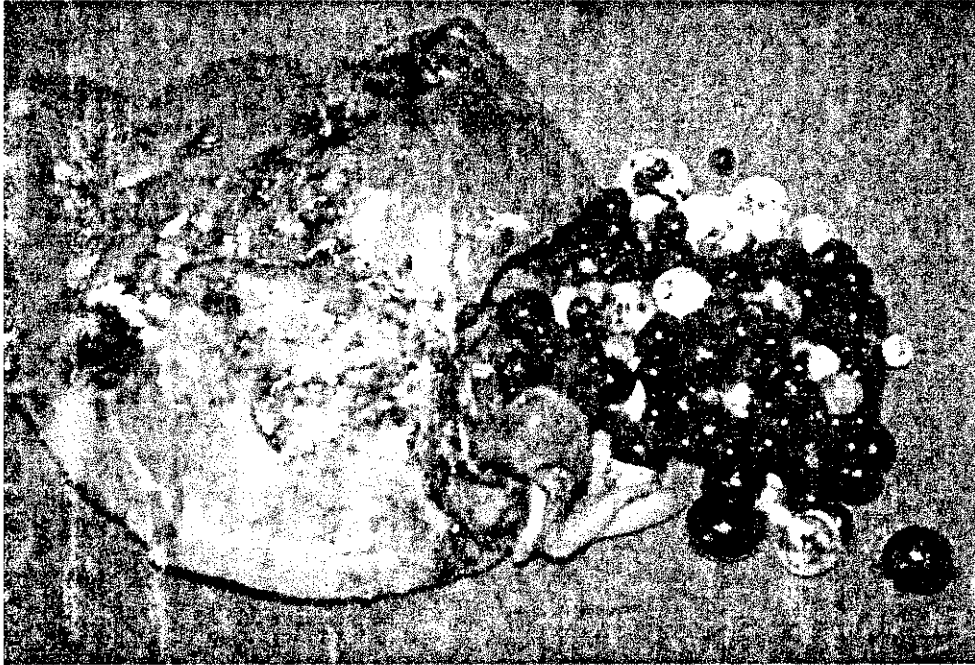
Dr.Harun ANALAY Dr.Cihan YILDIRIR Dr.M.Şehsuvar GÖKGÖZ Dr.Mustafa TURAN

**SUMMARY:** *Hydatid cyst is endemic in our territory, but its location in spleen is rare. The diagnosis and treatment of spleen hydatid cyst was argued on account of a case with traumatic rupture of spleen hydatid cyst.*  
**Key Words:** *Spleen, Hydatid Cyst, Trauma, Rupture.*

## OLGU TAKDİMİ

MG. 31 yaşında, 73719 protokol numaralı erkek hasta. Onbeş yıl önce akciğer, dört yıl önce de karaciğer (KC) kist hidatiği nedeniyle ameliyat olan hasta, künt travma sonrası giderek artan karın ağrısı şikayeti ile travmayı takip eden 20 dakikalık süre içinde acil serviste görüldü. Yapılan

**Resim-I:** Rüptüre uniloküler dalak kisti ve kız veziküller.



fizik muayene'de genel durum orta, bilinç açık, koopere ve oryente, TA: 90/40mmHg, N:110/dk, Solunum sayısı:28/dk, karında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Parasentezde pıhtılaşmayan kan aspire edilen ve hipotansif olan hasta intraabdominal kanama ön tanısıyla acil olarak ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda; karın içinde

yaklaşık 1.5 Lt. serbest kan ile birlikte çok sayıda hidatik kiste ait kız veziküller mevcuttu. Dalak normalden büyük ve rüptüre olmuş uniloküler hidatik kist içermekteydi. Dalak kisti haricinde omentum majusta, Karaciğer (KC) de multipl hidatik kistlere rastlanıldı. Hastaya splenektomi yapıldı (Resim-I). Karın içi tüm kız veziküller temizlendikten sonra serum fizyolojik ile yıkandı, omental kistler (Resim-II) rezeke edilirken hastayı acil şartlarda ameliyata aldığımızdan dolayı karaciğerdeki kistlere her-

hangi bir müdahale yapılmadı. Ameliyat sonrası ikinci gününde hastaya Albendazol 10mg/kg/gün iki eşit dozda başlandı ve hasta hiçbir komplikasyon gelişmeden 7.gün taburcu edildi. KC'deki kistler için elektif şartlarda operasyon düşünülmektedir.

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

**Yazışma Adresi:** Dr.Harun ANALAY

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı 58140, Sivas.

Resim-II: Omentum majustan rezeke edilen hidatik kist.



## GİRİŞ

Kist hidatik Güney Amerika, Uzak Doğu, Orta Doğu ve Akdeniz Ülkelerinde endemik olarak görülmektedir (1,2). *Echinococcus granulosus* için köpek, tilki ve kurt gibi hayvanlar kesin konakçılardır. Barsak mukozalarında yapışık olarak parazitin erişkin solucanını taşırlar ve dışkılarıyla bu solucanın yumurtalarını etrafa saçarlar. Bu yumurtalarla kontamine olmuş otlarla beslenen koyun ve diğer otçul hayvanlar yine kontamine meyve ve sebzeleri yiyen insanlar, parazit için ara konaklardır. Besinle alınan yumurtalar üst intestinal sistemin mukozasından geçerek portal venöz sisteme katılırlar. Bu yumurtaların tümü KC'ye gelir ve çok azı KC sinüzoidlerinden geçerek akciğerlere gider. Bunlarında bir kısmı pulmoner dolaşıma geçerek diğer periferik organlara dağılır. Parazit yumurtasının bulunduğu son organda larva dönemine değişim gösterir ve tipik bir hidatik kist gelişir (3).

Dalak Kist Hidatiği (DKH) olan hastalar genellikle asemptomatiktir, en sık belirtisi sol üst kadranda ağrıdır (4). Fizik muayenede splenomegali bulunabilir (5). Ancak kist komplike, örneğin perforasyon, enfeksiyon olduğu zaman semptom verir (6). Tanıda Casoni, Weinberg, ELISA, İmmünelektroforez ve İndirekt Hemagglütinasyon gibi immünolojik testler yanında Ultrasonografi (US) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır (4,5,7-9).

Hidatik kistin temel tedavisi cerrahidir. Medikal tedavi ameliyatı tolere edemeyecek ve kistin komplike olmadığı hastalarda, ameliyat öncesi profilaktik amaçla yada nüksü önlemek için verilebilir. Bu amaçla Albendazol ve Mebendazol kullanılmaktadır (10-12).

## TARTIŞMA

Kist Hidatiğin en sık lokalizasyonu karaciğer ve akciğerlerdir (13). KC'de en sık sağ loba yerleşim gösterir (9). Bunların yanı sıra periton, dalak, pankreas, kalp, böbrek, vertebra, overler ve beyinde de yerleşebilir (9,14). Gomez R. ve arkadaşlarının (14) incelediği 417 abdominal kist hidatikli hastaların yirmisekiz tanesinde (%6.7) KC dışı abdominal yerleşim tespit etmişlerdir ve bu hastaların 22 tanesinde hem KC hemde KC dışı yerleşim varken altı tanesinde KC'de yerleşime rastlanmamıştır. KC dışı en sık yerleşimler sırasıyla %52.7 periton, %22 dalak ve %11 oranında pelviste olarak sıralanmıştır.

Uriarte C. ve arkadaşlarının (4) 286 kist hidatikli hastada yaptıkları bir çalışmada hastaların 10 (%3.5) tanesinde dalak kist hidatiği saptamışlardır. Bu gruptaki hastaların sadece üç tanesinde tek başına dalak yerleşimi bulunmuştur.

Kellner H. ve arkadaşları (15) dalakta lokalize kist hidatiğin görülme oranının tüm organlarda görülen hidatik kist olgularının %2'sinden daha az olduğunu sunmuşlardır. Bizim olgumuz da onbeş yıl önce akciğer, dört yıl önce de KC kist hidatiği nedeniyle ameliyat olmuş ve karın içinde dalak dışında KC ve omentumda da çok sayıda ve değişik ölçülerde hidatik kistler mevcuttu.

DKH'nin en sık klinik belirtisi sol üst kadranda ağrıdır (4). Fizik muayenede splenomegali bulunabilir (9). Bununla beraber kist sekonder olarak enfekte olabilir ve kistin rüptürü neticesi anafilaktik şok tablosuna yol açabileceği bildirilmiştir (6). Hastamızda dalak kisti künt travma neticesi perforasyon olduğundan karında yaygın hassasiyet, defans ve rebound fizik muayenemizde belirgin şekilde mevcuttu.

Ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografi teşhiste en yararlı görüntüleme yöntemleridir (4,5,7-9). BT ile 1cm'ye kadar olan kistler tespit edilebilmektedir (7). Bununla birlikte BT kistin içeriği, boyutları ve lokalizasyonu hakkında ayrıntılı bilgi verebilmektedir (8). Serojik testlerin de ayırıcı tanı ve nükslerin belirlenmesinde giderek artan bir önemi söz konusudur (16).

Dalak Kist Hidatiğinin komplikasyonları; kistin enfeksiyonu, karın içine perforasyon ve kolona fistülizasyonu şeklinde özetlenebilir (8,17).

DKH'nin temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi olarak önceleri splenektomi uygulanırken son yıllarda dalak koruyucu ameliyatlar tercih nedeni olmaktadır (5,18). Özellikle çocuklarda ve kistlerin polterde yerleşimi mevcutsa koruyucu işlemler daha yoğun olarak seçilmektedir (6,19).

Berada S. ve arkadaşları (5) dalak kist hidatiği bulunan

otuzaltı hastanın yirmidördüne splenektomi uygulamışlar ve mortaliteyi %8.3, morbiditeyi %37.5 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada oniki hastaya parsiyel kistektomi uyguladıkları ise %0 mortalite ve %16.6 morbidite oranlarını bildirmişlerdir. Biz olgumuza splenektomi yaptık.

Medikal tedavide en yaygın kullanılan preparatlar; Mebendazol ve Albendazol'dür. Tedavi edici dozda Albendazol'un Mebendazol'e oranla 15 ile 40 kat daha yüksek plazma konsantrasyonlarına ulaştığı ve kist içinde konsantrasyonun da Mebendazol'e göre yüksek olması nedeniyle skolekslerin canlılığını azaltmada daha etkin olduğu gösterilmiştir (10-12). Morris ve arkadaşları (10) ameliyattan bir ay önce başlanan Albendazol tedavisi ile lokal rekürensini azaldığını bildirmişlerdir. Olgumuzu acil şartlarda ameliyata almamız nedeniyle ameliyat öncesi başlayamadığımız Albendazol tedavisine postoperatif erken dönemde başladık ve halen devam etmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Yalın R, Bilgin N. Safra yollarına açılan karaciğer kist hidatiklerinde tedavi. Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni. 8: 395-401, 1975.
2. Lewis JW, Koss N, Kersein MD. A review of Echinococcal disease. Ann Surg. 181: 390-396, 1975.
3. Sayek I. Hydatid disease of the liver. Hacettepe Medical Journal 16: 84-91, 1983.
4. Uriarte C, Pomares N, Martin M, Conde A, Alonso N, Bueno MG. Splenic hydatidosis. Ann J Trop Med Hyg. 44: 420-423, 1991.
5. Berrada S, Ridai M, Mokhtari M. Hydatid cysts of the spleen: splenectomy or conservative surgery? Ann Chir 45: 434-436, 1991.
6. Bret PM, Fond A. Percutaneous aspiration and drainage of hydatid cysts in the liver. Radiology. 168: 917-620, 1988.
7. Di Palma A, Ettorre GC, Scapati C. The role of computerized tomography in the diagnosis of hydatid disease. Radiol Med. 82: 430-436, 1991.
8. Lewis JW, Koss N, Kersein MD. A review of Echinococcal disease. Ann Surg. 138: 805-808, 1979.
9. Munzer D. New perspectives in the diagnosis of Echinococcus disease. J Clin Gastroenterol. 13: 415-423, 1991.
10. Morris DL, Chinnery J, Giorgiou G. Penetration of albendazole sulphoxide into hydatid cysts and its effect on invitro cultures. Br J Surg. 72: 409, 1985.
11. Menteş A. Hydatid liver disease. A perspective in the treatment. Diges Dis Sci. 12: 150-156, 1994.
12. Taylor DH, Morris DL. Comparasion of albendazole, mebendazole and praziquantel in chemotherapy of E. multilocularis in a gerbil model. Gut. 30: 1401-1405, 1989.
13. Acunas B, Rosannes I. Purely cystic hydatid disease of the liver: treatment with percutaneous aspiration and injection of hypertonic saline. Radiology. 182: 541-543, 1992.
14. Gomes R, Marcello M, Moreno E, Hernandez D, Calle A, Palomo J, Loinaz C, Trombatore G, Alvarado A, Hidalgo M. Incidence and surgical treatment of extrahepatic abdominal hydatidosis. Rev Esp Enferm Dig. 82: 100-103, 1992.
15. Kellner H, Ziegler L, Fuessl HS, Zoller WG. Echinococcus cysticus rare differential diagnosis of a splenic cyst. Bildgebung. 57: 85-87, 1990.
16. Farroukh Saidi, Sayek Iskender. Karaciğer Kist Hidatiği. Temel Cerrahi. Sayek İ (ed). Güneş Kitabevi, Ankara, 902-908, 1991.
17. Stambuck J, Karelovic S, Chamorro M, Banse C. Colo-hepatic fistula secondary to hydatid disease. Clinical case. Rev. Med. Chil. 119: 181-182, 1991.
18. Vara-Thorbeck R, Rosell J, Ruiz-Morales M. Echinococcosis of the spleen. Its conservative surgical treatment. Zentralbl Chir. 116: 1411-1416, 1991.
19. Morris DL, Richard KS. Hydatid disease: current medical and surgical management. London, Butterworth, Heinemann, 1992.