

İzole dalak kist hidatiği

Gökhan DEMİRAL (*), Bertan KÜÇÜK (*), Fikret AKSOY (*), Oktay YENER (*), Özgür EKİNCİ (**),
Canan ERENGÜL (*)

SUMMARY

Isolated splenic hydatid cyst: A case presentation

Hydatid cyst disease is a parasitic infection mostly involves the liver and the lung. The spleen is one of the rare sites involved in hydatid cyst disease. The clinical presentation of the splenic hydatid cyst disease is often vague. Splenic hydatidosis is a rare site of presentation of hydatid disease and should be suspected on detection of a splenic cyst in endemic areas of hydatid disease. Computed Tomography is the most sensitive investigation for diagnosis. Mostly splenectomy is the treatment of this rare disease. A 42 year old female patient of hydatidosis with isolated spleen involvement which were treated surgically are reported. The patients is under control for 24 months without an event.

Key words: *Echinococcus granulosus, spleen, splenectomy*

Anahtar kelimeler: *Ekinokokkus granülosis, dalak, splenektomi*

Kist hidatik (hidatozis), sıklıkla echinococcus granulosus' un neden olduğu eski çağlardan beri bilinen parazitik bir hastalıktır. Afrika, Güney Amerika, Avustralya'nın bazı bölgeleri ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu bazı Akdeniz ülkelerinde endemik bir sağlık sorunudur (1). İnsan, bu hastalıkta ara konakçısıdır. Sıklıkla karaciğeri ve akciğerleri tutarken, nadiren insan vücudundaki tüm doku ve organlarda yerleşebilir. Dalak, üçüncü sıklıkta tutulan organ olsa da izole olarak tutulumu, endemik bölgelerde bile nadirdir (2).

OLGU SUNUMU

42 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 aydır mevcut bulantı, kusma, ağzına acı su gelmesi, son 2 ayda 5

kilo kaybı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde kedi-köpek besleme hikayesi olduğu öğrenilen daha önce geçirdiği bir ameliyat ve sistemik bir hastalığı olmayan hastanın Ta 110/70 mm/Hg, nb 74/dk. olup sistemik fizik muayenesinde bulguları doğaldı. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde anormal bulgu yok idi. Tüm batın ultrasonografide (USG) dalak komşuluğunda solid kistik kitle mevcut ve rezorbe kist hidatik ile uyumluydu. Ekinokokkus hemaglutinasyon testi 1/32 titrede pozitif idi. Tüm batın bilgisayarlı tomografide (BT) dalak orta kesimi ile komşu yerleşimli, batın yan duvarı ile komşuluk gösteren, mideye büyük kurvatur düzeyinde hafifçe bası yapan ileri evre kist hidatik ile uyumlu kitle tesbit edildi. Sol subkostal insizyonla laparotomi yapılan hastada dalak hilusunu içine almış, medialde karaciğer sol lobunu kendine çekmiş, proksimalde diyafragmaya yapışmış, pankreas kuyruğuna yakın komşulukta 10x8x6 cm'lik hidatik kitle mevcut idi (Şekil 1,2). Kistin büyüklüğü nedeniyle splenektomi yapılmadan çıkarılamayacağına karar verildi. Splenektomi yapılarak operasyon sonlandırıldı. Kitlenin histopatolojik incelemesi kist hidatik ile uyumlu geldi.

Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon bulgusu görülmemekle taburcu edilen hastanın 24 ay sonra çekilen kontrol ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografisinde patolojik bulgu tesbit edilmedi.

Geliş tarihi: 24.02.2009

Kabul tarihi: 03.05.2009

SB İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği*; 3. Genel Cerrahi Kliniği**



Şekil 1. Splenektomi materyalinin makroskobik görünümü.



Şekil 2. Ortasından kesilmiş splenektomi piyesinde kız vezikülleri ve germinatif membranın görünümü.

TARTIŞMA

Hidatik hastalık çok eski çağlardan beri dünya genelinde görülen bir hastalıktır. Berlot 1790 yılında ilk splenik hidatik kisti bir otopsi çalışmasında tanımlamıştır (3). Hidatik kiste sebep olan parazitik organizma *Echinococcus granulosus* olup dalak karaciğer ve akciğerden sonra etkilenen üçüncü organdır. Tüm kist hidatikler içindeki insidansı % 0.5-4 arasındadır (4). Özellikle Akdeniz, Doğu Avrupa, Ortadoğu, Güney Amerika, Avustralya ve Güney Afrikada tarım bölgelerinde endemik olarak görülmektedir (1). *Echinococcus*un erişkin formu köpek gibi etçil konak hayvanların ince barsaklarını enfekte eder. Bu hayvanların dışkıları ile *Echinococcus* yumurtaları çevreye yayılarak inek, koyun, geyik

gibi otçul hayvanların sindirim sistemine geçer (1,5). Otoburların duodenumundaki enzimatik sindirim ile embriyonik formlara dönüşür. Bu embriyonik formlar barsaklardan portal dolaşıma oradanda karaciğer ve akciğere geçer. Buralara hapsedilen ve dolaşım ile buralardan alınan embriyonik formlar mikroskopik larva formları olan protoskoleks veya skolekse dönüşür. Bunlar etkilenen organlarda aseptik olarak çoğalma özelliğine sahiptir (1,5).

İnsan rastlantısal ara konaktır. Kirli sebze veya etin yenmesi insanın larvalarla temas etmesine sebep olur. Bir başka alternatif bulaş formu ise köpek tüylerinin arasındaki larva yumurtalarıdır. Larva barsaklara girdikten sonra embriyonik formlar portal dolaşıma geçer. Başta karaciğer, akciğer, pankreas, dalak olmak üzere organlara yayılır. Ayrıca tiroid, omentum, safra kesesi, santral sinir sistemi, böbrek, psoas kılıfı, retroperiton, orbita, servis, adduktor longus kası, kalp ve memede de çok nadiren gösterilmiştir (1,5). Dalak üçüncü sıklıkta tutulan organ olsa da, dalak tutulumu endemik bölgelerde bile az görülen bir durumdur. Yapılan çeşitli çalışmalarda dalak tutulum oranları % 2-6 arasında gösterilmekte, sadece dalağın tutulduğu izole vakaların oranının ise daha az olduğu belirtilmektedir (2,6,7).

Dalak kist hidatikleri genelde sol üst kadranda ağrısı, dolgunluk, karında kitle ya da bası semptomları ile kendini gösterirken, bazen de asemptomatik olup rastlantısal olarak tespit edilebilir. Fizik muayenede splenomegali tespit edilebilir (6,8). Yakınmalar kişinin günlük yaşamını etkileyecek kadar şiddetli değilse tedaviye kadar geçen süre çok uzun olabilir. Diğer taraftan bazen hastalar bizim olgumuzda olduğu gibi bulantı, kusma, ağza acı su gelmesi ve kilo kaybı gibi atipik semptomlar ile başvurabilir.

Hidatik hastalık tanısında laboratuvar tetkiklerinde spesifik olmayan bulgular gözlenir. Endemik bölgelerdeki hastalarda eozinofilinin anlamı yoktur. Bazı serolojik testler kullanılabilir. Fakat USG, BT ve magnetik rezonans gibi ileri görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle bunların önemi azalmıştır.

Yüksek serum Ig E düzeyleri parazitik organizmalarda nonspesifik bir bulgudur. Ancak serum Ig M düzeyleri ekinokokal organizmaların yaptığı enfeksiyonlarda anlamlı olabilir. Hidatozis tanısında pek çok serolojik test kullanılabilir. Serum immünoelektroforez % 90 sensitiviteye sahip olup en güvenilir testtir. Organizmanın eradikasyonundan 1 yıl sonraya kadar pozitif kalır. İndirekt hemaglutinasyon testi (İHT) % 85 sensitiviteye sahiptir. Eradikasyon sonrası yıllarca pozitif kalabilir. Bu yüzden endemik bölgelerde kullanışlı değildir. Hastamızda serolojik testlerden İHT uygulanmış ve 1/32 titrede + saptanmıştır. Bunların yanı sıra kompleman fiksasyon testi, elisa, Western-Blot diğer kullanılabilen testlerdir. Cassoni deri testi sensitiftir fakat spesifik değildir. Eradikasyon sonrası yıllarca pozitif kalır (9,10).

Splenik hidatozis tanısını tek başına konvansiyonel radyografi ile koymak çok zordur. Ancak kist ileri derecede kalsifiye olursa şüphelenilebilir. ADBG de sol diyaframın yukarı, midenin sağa, splenik fleksuranın aşağı doğru yer değiştirdiği görülebilir. USG ve BT çevre doku ve organların konumlarını daha etkin gösterir. Bununla birlikte neredeyse tüm vakalarda bu iki tetkikle kesin tanı konulabilmektedir. Ayrıca bu tetkiklerde ekinokok enfeksiyonuna özgü bulgular olan kız kisti ve hidatik kum tanımlanabilmektedir. USG ayrıca ameliyat sonrası takipte de kullanılmaktadır. BT, USG ye göre daha doğru bilgi verir. Kistin büyüklüğü ve yerleşimini daha iyi gösterir. Kız vezikülleri olmayan kalsifiye olmamış kistler, diğer benign kistlerden tomografi ve USG ile ayrılamaz. Ameliyat sonrası histopatoloji ile kistin parazitik olup olmadığı anlaşılabilir (11,12). Olgumuzda USG ve BT ile tanıya gidilmiş ayrıca splenektomi materyalinin histopatolojik incelemesi ile de tanı doğrulanmıştır. .

Yakın zamana kadar splenik hidatozisin en etkin tedavisi splenektomi idi. Mebendazol (60 mg/kg/gün, 6-24 ay) veya albendazol (10 mg/kg/gün, 6 ay) denenmekle birlikte cerrahinin yerini alamaz. Hidatik kistin tedavisinde temel prensip cerrahidir. Bununla birlikte ameliyat öncesi ve sonrası dönem-

de 1 aylık Albendazol ve 2 haftalık Praziquantel kisti steril hale getirebilir, anaflaksi riskini azaltarak kist duvarındaki gerilmeyi azaltır ve post op rekürrensi azaltmak amacıyla kullanımı düşünülebilir. Sorunsuz splenektomi uygulanan dalak kist hidatiklerinde genel olarak antiparaziter tedavi verilmemektedir. Ancak ameliyat sırasında echinococcus bulaşma riski olan olgularda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde antiparaziter ilaçlar önerilmektedir (1,13,14). Kliniğimizde rutin olarak ameliyat öncesi ve sonrası dönemde 1 ay süre ile albendazol uygulanmaktadır.

Hastalığın kesin medikal tedavisi olmadığı için splenektomi bir tedavi seçeneğidir (1). 1980'lerden beri postsplenektomi enfeksiyonlarının önüne geçebilmek amacıyla dalak koruyucu cerrahiye eğilim başlamıştır. Kist içeriğinin çevreye yayılmasını önlemek için dikkat edilmelidir. % 3'lük NaCl kist içine verilerek lezyon steril hale getirilebilir. Ameliyat esnasında hipertonic salin veya 0.5% gümüş nitrat solüsyonlarının kaviteyi açmadan önce kist içine enjeksiyonu kız vezikülleri öldürerek enfeksiyonun çevre dokuya yayılmasını ayrıca anaflaktik reaksiyonu önleme amacını taşır. Kist intraperitoneal alanı kirlettikçe anaflaktik reaksiyon gelişebilir. Tek kist varsa dalağı korumak amacıyla enükleasyon tekniği kullanılarak dalak koruyucu ameliyat yapılabilir. Diğer abdominal organlardaki hidatik kistin perforasyonu ve dalağa yayılımı ile sekonder hidatik hastalık oluşabilir (15). Eğer hidatik kist rüptüre olursa her ne kadar benign özellikte olsada periton yüzeyine kist metastazı görülür ve tüm karın içi organlara yayılarak zaman içinde değişik boyutlarda kistler oluşabilir. Dalak kist hidatiklerinin tedavisinde, unroofing, kısmi sistektomi, omentoplasti, parsiyel splenektomi, laparoskopik splenektomi, hand-assisted laparoskopik splenektomi gibi cerrahi tedavi yöntemleri ortaya konmuştur (14,16).

Çocuklar postsplenektomi enfeksiyonlarına daha yatkındır. Bu enfeksiyonda fulminan bakteriyemi, DİK, multiple organ yetmezliği, ciddi hipoglisemi ve sıklıkla ölüm görülebilir. Splenektomi sonrası

insidans % 0.8-6 olup, % 50'nin üzerinde mortaliteye sahiptir. Bu nedenle postsplenektomi enfeksiyonlarından korunmak amacıyla özellikle çocuklarda dalak koruyucu ameliyatlara tercih edilmelidir (7,17,18). Bununla birlikte splenektomi uygulanan tüm olgularda pnömokok aşısı önerilmektedir.

İzole dalak yerleşimli kist hidatiği olan hastalar olgumuzda da olduğu gibi hafif, nonspesifik, yakınmalar nedeniyle tanı konulana kadar uzun süre bekleyebilmektedir. Şüpheli yaklaşım ile radyolojik tetkiklere başvurarak erken dönemde tanı konulabilir. Literatür bilgileri eşliğinde değerlendirildiğinde standart splenektominin özellikle büyük kistlerin tedavisinde halen en uygun yaklaşım olduğu görülmektedir. Bununla birlikte son yıllarda minimal invazif cerrahideki ilerlemeler alternatif tedavi yöntemlerini beraberinde getirmiştir. Bu yöntemler ışığında dalak koruyucu metodlar özellikle genç hastalarda ön plana çıkmıştır. Uzun süreli çalışmaların yapılması ile bu yöntemlerin etkinlikleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olunabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Seymour I, Schwartz, Harold Ellis. Maingot's Abdominal Operations. Tenth edition Vol II, 1534-45.
2. Saidi F, Sayek İ. Karaciğer kist hidatiği. İçinde: Sayek İ, editör. Temel cerrahi. Ankara:Güneş Kitabevi; 1996. p. 1239-45.
3. Muro J, Ortiz-Vazquez J, Mino G, Sanmartin P. Demonstration angiografica del quiste hidatidico de bazo. Rev Clin Esp 1969;115:433-8.
4. Manouras AJ, Nikolaou CC, Katergiannakis VA, Apotolidis NS, Golematis BC. Spleen-sparing surgical treatment for echinococcosis of the spleen. Br J Surg 1997;84:1162.
5. Akyol ÇV. Hidatidoz ve halk sağlığı yönünden önemi. J Fac Vet Med 2001;20:137-42.
6. Dar MA, Shah OJ, Wani NA, Khan FA, Shah P. Surgical management of splenic hydatidosis. Surg Today 2002;32:224-9.
7. Özdoğan M, Baykal A, Keşkek M, Yorgancı K, Hamaloğlu E, Sayek İ. Hydatid cyst of the spleen: Treatment options. Int Surg 2001;86:122-6.
8. Berrada S, Ridai M, Mokhtari M. Hydatid cysts of the spleen: Splenectomy or conservative surgery? Ann Chir 1991;45:434-6.
9. Safioleas M, Misiakos E, Manti C. Surgical treatment for splenic hydatidosis. World J Surg 1997;21:374-7.
10. Lewall DB, McCorkell SJ. Rupture of echinococcal cysts. Diagnosis, classification and clinical implications. AJR 1986;146:391.
11. Uriarte C, Pomares N, Martin M, Conde A, Alonso N, Bueno MG. Splenic hydatidosis. Am J Trop Med Hyg 1991;44:420-3.
12. Franquet T, Montes M, Lecumberri FJ, Esparza J, Bescos JM. Hydatid disease of the spleen: Imaging findings in nine patients. AJR Am J Roentgenol 1990;154:525-8.
13. Hatipoglu AR, Coskun I, Karakaya K, Ibis C. Retroperitoneal localization of hydatid cyst disease. Hepatogastroenterology 2001;48:1037-9.
14. Dar MA, Shah OJ, Wani NA, Khan FA, Shah P. Surgical management of splenic hydatidosis Surg Today 2002;32:224-9.
15. Von-Sinner WN, Stridebeck H. Hydatid disease of the spleen. Ultrasonography, CT and MR imaging. Acta Radiol 1992;33(5):459-61.
16. Durgun V, Kapan S, Kapan M, Karabiçak I, Aydoğan F, Goksoy E. Primary splenic hydatidosis. Dig Surg 2003;20:38-41.
17. Holdsworth RJ, Irving AD, Cushieri A. Postsplenectomy sepsis and its mortality rate : actual versus perceived risks. Br J Surg 1991;78:1031-8.
18. Khoury G, Abiad F, Geagea T, Nabout G, Jabbour S. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen. Surg Endosc 2000;14:243-5.