

Anafilaktik şok ile başvuran spontan karaciğer kist hidatiği rüptürü

Gökhan DEMİRAL (*), Ahmet YILMAZ (*), Alp ÖZÇELİK (*), Mustafa KUŞAK (*), Canan ERENGÜL (**)

SUMMARY

Spontaneously ruptured hepatic hydatid cyst presented with anaphylactic shock: A case report

The hepatic hydatid cyst is a progressive type of benign disease caused by Echinococcus granulosus and may cause such complications that result in serious morbidity and mortality including suppuration of cyst, compression of surrounding tissues and rupture into adjacent structures. Rarely anaphylactic reactions due to traumatic or spontaneous rupture of hepatic hydatid cyst may occur and death ensue. Therefore, timely diagnosis and treatment are very important to prevent the morbidity and mortality associated with the anaphylaxis. Nontraumatic leakage of cyst contents into the blood circulation is an uncommon triggering factor for anaphylaxis. Unless treated surgically, rupture can result in death.

In this case report, we present a 28 year old male patient in order to emphasize the hydatid disease in the differential diagnosis of anaphylaxis who was admitted to the emergency room with urticaria and respiratory distress and operated for ruptured hepatic hydatid cyst.

Key words: Hepatic hydatid cyst, anaphylactic reaction.

Anahtar kelimeler: Hepatik kist hidatik, anafilaktik reaksiyon

Kist hidatik hastalığı günümüzde dünyada ve ülkemizde halen önemli bir sağlık sorunu olup özellikle hayvancılıkla uğraşılan bölgelerde sık rastlanılmaktadır (1). *Echinococcus granulosus* paraziti neden olduğu hastalık çoğunlukla karaciğer ve akciğerlerde görülmekle birlikte bütün organlar tutulabilir. Köpekler asıl konak iken koyun, sığır gibi otoburlar ve insanlar ara konakçıdır. İnsan tesadüfi ara konaktır (1,2). Biyolojik döngüde rol oynamaz ve insandan insana bulaşma olmaz.

Erişkin parazit asıl konağın ince barsağına yerleşir ve sayısız yumurta oluşturur. Bu yumurtalar dışkı ile atılıp ara konakçılar tarafından alındığında portal sirkülasyon yoluyla karaciğer veya akciğere yerleşir. Parazit burada büyüyerek içi sıvı dolu kistler meydana getirir. İnsanlar infekte köpekler ile temas, kontamine yiyecekler, su veya toprakta bulunan yumurtaların ağızdan alımı ile infekte olur. Bulaşma genellikle embriyonlu yumurtaların oral yolla alınmasıyla olur. Sindirim yoluyla alınan ekinokok yumurtaları duodenumda açılır. Sonra embriyo invazyonla mukozaya girer. Portal ven dallarına girerek karaciğere taşınır ve burada hidatik kist hastalığına neden olur (1-3).

Hepatik hidatik kist genellikle asemptomatiktir. Semptomlar kist ileri derecede büyüyüp yer kaplayan bir oluşum olduğunda ya da kist komplike olduğunda başlar. Bununla birlikte kistin kendiliğinden veya travmaya bağlı rüptürü sonucu protein yapıdaki antijenik içeriğin sistemik dolaşıma karışması ile nadiren ürtiker, anjiyonötik ödem, astma, anaflaksi gibi allerjik reaksiyonlar gelişebilir. Hepatik hidatik kist rüptürü insidansı % 3-17 arasındadır (4). Travma olmaksızın kist içeriğinin sistemik dolaşıma geçmesi ve buna bağlı anaflaksi gelişmesi oldukça nadir görülür. Eğer tanı konulmazsa ve cerrahi olarak tedavi edilmezse hidatik kist rüptürü ölümlü sonuçlanabilir. Acil servislere anafilaksi bulguları ile başvuran ve özgeçmişlerinde atopik kişilik, astım, ilaç, polen alerjisi olmayan hastalarda ön tanımlar arasında hidatik kist rüptürü

Geliş tarihi: 01.05.2009

Kabul tarihi: 12.08.2009

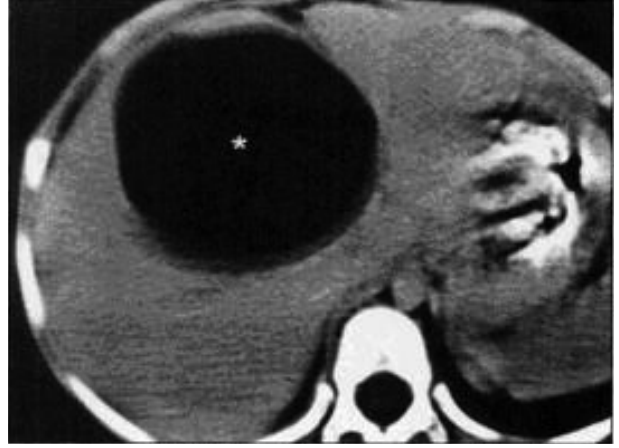
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Uz Dr.*; Klinik şefi**

gibi oldukça nadir görülebilecek bir hastalığın da düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için bu olgu sunumunu hazırladık.

OLGU SUNUMU

28 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 saat önce başlayan şuur bulanıklığı, vücutta yaygın morarma ve nefes darlığı şikayeti ile hastanemiz Acil Dahiliye Kliniğine getirildi. Anamnezinde kısa süreli baygınlık olduğundan, epilepsi ön tanısı ile Nöroloji kliniğince takibe alınan hasta karın ağrısı ile tarafımıza konsülte edildi. Fizik muayenesinde şuuru açık, koopere, oriente, tansiyon 120/70 mmHg, nabız 86/dk, solunumu zorlu, tüm vücutta yaygın kızarıklık, periorbital minimal ödem, dudaklarda hafif siyanoz ve batın sağ üst kadranda palpasyonla minimal hassasiyet mevcut idi. Rebound ve defans yoktu. Tetkiklerinde kan lökosit değeri 26500 olup, hemoglobin, hematokrit, trombosit, glukoz, üre, kreatinin, sgot, sgpt, amilaz, Na ve K değerleri normal idi. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Alerjik reaksiyon düşünülmeyle birlikte Nöroloji kliniğince ayırıcı tanıya yönelik beyin magnetik rezonans görüntüleme tetkiği istenen hastaya olası karın içi patolojiyi ekarte etmek için tüm batın bilgisayarlı tomografi (BT) istendi.

Görüntüleme merkezinde solunumu zorlaşan ve genel durumu bozulan hastanın çekilen tüm batın BT'de karaciğer sağ lobda yaklaşık 15x10 cm boyutunda kistik kitle ve batın içerisinde az miktarda serbest sıvı gözlemlendi (Şekil 1). Bu arada şuur bulanıklığı artan ve anafilaktik şok tablosu gelişen hasta entübe edildi. Mevcut klinik durumu açıklayacak tesbit edilen başka bir etiyolojik sebep olmaması üzerine hasta karaciğer kist hidatik perforasyonu ön tanısı ile acil olarak ameliyathaneye alındı. Laparotomide batın içerisinde 100 cc berrak sıvı aspire edildi. Karaciğer sağ lob 7-8. segmentlerde batın ön duvarına yapışık rüptüre olmuş kist açılıp içeriği temizlendi. Germinatif membran çıkarılarak kist içi serum sale ve batikonla yıkandı. Kist introfleksiyonla daraltılıp lastik diren konularak operasyon sonlandırıldı. Ameliyat sonrası 24



Şekil 1. Karaciğer sağ lobda rüptüre kist hidatiğin tomografi görüntüsü.

saat yoğun bakım ünitesinde takip edilen ve komplikasyon bulgusu gözlenmeyen hasta post op 6. gün Albendazol ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Etkeni *Echinococcus granulosus* olan kist hidatiğin en sık görüldüğü organ % 63 ile karaciğer olup bunu akciğer, kas, kemik, böbrek, dalak, beyin ve diğer organ tutulumları izler (2,3,5). Bulaşma genellikle embriyonlu yumurtaların oral yolla alınmasıyla olup nadiren solunum yolu, ısırılma ve placentar yolla geçiş bildirilmiştir (2).

Hepatik hidatik kist genellikle uzun yıllar asemptomatik kalır. Karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık gibi şikayetler görülebilir. Zaman içinde büyüyen kist çeşitli organlarda komplikasyonlara sebep olabileceği gibi fibrosis gelişmesiyle de bası semptomlarına yol açabilir (5,6). Öncesinde hiçbir klinik belirti ve bulgu olmadan kist içindeki allerjik proteinlerin sistemik dolaşıma geçmesi ile ürtiker, dudaklarda ve göz kapaklarında şişlik, solunum zorluğu, stridor, burun akıntısı, eozinofili, karın ağrısı ve nadiren de tüm bunların ilerlemesiyle hayatı tehdit edici anafilaktik şok gelişebilmektedir (7-9). Hidatik kist rüptürüne bağlı oluşan bulguların tedavisinde antihistaminikler, kortikosteroidler ve gerekirse adrenalin gibi ajanlar kullanılabilir. Bizim olgumuzda başvuru anında şuur bulanıklığı, solunum zorluğu, tüm vücutta yaygın kızarıklık, periorbital

ödem, dudaklarda siyanoz ve batın sağ üst kadranda hassasiyet bulguları mevcut idi. Batın BT çekilmesine kadar geçen sürede kist hidatik düşünülmemişti. Başvuru öncesinde ise hidatik kiste ait hiçbir semptomun gelişmediği öğrenilmişti. Ancak ilerleyen dakikalarda anafilaktik şok tablosu gelişmişti.

Batın BT ve ultrasonografide (USG) septalı yapının ve kız veziküllerin görülmesi kist hidatik tanısında yardımcıdır (10). İlk tanı konulduğunda kist genelde 6 cm çapa ulaşmış olur. Spesifik laboratuvar testi olmamakla birlikte ELISA, indirekt aglutinasyon ve indirekt hemaglutinasyon (İHA) sık kullanılan serolojik testlerdir (11). Ayrıca eozinofil sayısı hafif yükselmiş bulunabilir. Kesin tanı cerrahi ve histopatolojik inceleme ile konur. Mebendazol ve albendazol ile yapılan medikal tedavi ve USG eşliğinde perkütan drenaj cerrahiye alternatif olmakla birlikte başarı oranları düşüktür (12). Hastamızda batın BT'de görülen 15x10 cm boyunda rüptüre hidatik kist ile anafilaksinin sebebi anlaşılabilmiş ancak kesin tanı operasyonda konulmuştur.

Hidatik kistte asıl sorun komplikasyonların sıklığı ve şiddetidir. Travmatik veya spontan rüptüre bağlı anafilaktik reaksiyonun mortalitesi oldukça yüksektir. Kist hidatiğin endemik olarak görüldüğü bölgelerde, anafilaktik şok bulguları ile gelen kişilerde altta yatan neden bulunamadığında ayırıcı

tanıda mutlaka kist hidatik düşünülmelidir. Zamanında konulan tanı ve cerrahi tedavi ile mortalitenin önlendiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Saidi F, Sayek İ.** Karacier kist hidatiği. İçinde: Sayek İ, editör. Temel cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi 1996. s. 1239-1245.
2. **Goldblatt M, Pitt H.** Hepatic echinococcosis. In: Cameron J, editor. Current Surgical Therapy, 8th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby 2004. p. 306-311.
3. **Akyol ÇV.** Hidatidoz ve halk sağlığı yönünden önemi. J Fac Vet Med 2001;20:137-142.
4. **Erdogmus B, Yazici B, Akcan Y, Ozdere BA, Korkmaz U, Alcelik A.** Latent fatality due to hydatid cyst rupture after a severe cough episode. Tohoku J Exp Med 2005;205(3):293-296.
5. **Milicevic MN.** Hydatid disease. In: Blumgart LH, Fong Y, editors. Surgery of the Liver and Biliary Tract, 3rd ed. London, England: WB Saunders 2001;1167-1204.
6. **Sayek I, Onat D.** Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. World J Surg 2001;25:21-27.
7. **Saygi G, 1998.** Temel Tıbbi Parazitoloji, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık 1998. s.158-163.
8. **Kuzucu A, Soysal Ö, Özgel M, Yologlu S.** Complicated hydatid cysts of the lung: Clinical and therapeutic issues. Ann Thorac Surg 2004;77:1200-4.
9. **Yüceyar L, Demirok M, Özdilmaç, Beşirli K, Aykaç B.** Akciğer kist hidatiği nedeniyle torakotomi uygulanan hastada anafilaksi. Solunum 2004;6:235-8.
10. **Saimont AG.** Medical treatment of liver hydatidosis. World J Surg 2001;25:15-20.
11. **Biava MF, Dao A, Fortier B.** Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. Word J Surg 2001;25:10-14.
12. **Menezsa da Silva A.** Hydatid cyst of the liver: Criteria for the selection of appropriate treatment. Acta Tropica 2003;85:237-242.