

Primer İntraabdominal Kist Hidatik

Sezai DEMİRBAŞ (*), Osman AKTAŞ (*), İbrahim ÖĞÜN (*), Mehmet YILDIZ (**)

SUMMARY

Primary Cyst Hidatid

Hidatid disease has been known since the period when Hippocrate survived. It is fairly common disease in the mediterrenian and middle east countries. Peritoneal echinococcosis is rare even in areas where hydatidosis is endemic. Peritoneal echinococcosis representing uncommon manifestation of disease may be either primary or secondary. It could be pretty serious in cases of cystic processes of unusual origin that may be difficult to diagnose. That means a long lasting multiple cystic process contains certain risk. We report young male having hydatid cyst with unusual location. His presenting symptoms were atypical and discovered accidentally. It was necessary that CT and abdominal USG in order to diagnose cystic disease in abdominal cavity is employed. The main treatment is surgery with antihelminthic (as albendazole) drug used cyclic or continious regimen in follow up period. The reason for this case presenting symptoms below why it has been made our knowledge on peritoneal hydatidosis updated.

The patient was 26 years old male living in a little town and working for argicultural events. When the patient was examined first time in the clinic we got several symptoms such as stomach ache, weakness, vomiting, which he had experienced for almost one month. In addition the solid mass like 12x7 cm locating from umblicus to his pelvic space in his abdominal cavity was noticed. His blood samples gave us to know that all screening test were normal except SGOT (70 IU/ml) and LDH (246 U/ml) and total IgE more than 10 IU/ml that were increased and eosinophilia in his blood as well. His diagnosis was created after abdominal USG and computed tomography as hidatid cyst.

After diagnosing the mass in his abdominal space as hidatid cyst the assent about the study being held in our clinic on the hydatidosis and the consent form was taken. Cystectomy and partial omentectomy was then employed as his procedure.

There was no problem in his early postoperative period. He has taken Albendazol 800 mg/day/dose since 1st day postoperatively. Syclic drug regimen was employed for him about 4 mounths postoperatively. He was charged in 7th day after surgery with no complication. He came back to be examined in 7th-8th week. Abdominal USG done gave us normal abdominal imaging. In his examination in 1 year after surgery, June 2000, no problem with him was experienced. He

has no disease in this particular time process.

As a result EKH disease is rare established in peritoneal space as the cyst with unusual localisation (5-14 %). Firstchoise of treatment should be the surgery resecting them all. Surgery with antihelminthic drugs in cyclic or another regimen has more beneficial than surgery alone.

Key words: Cyst hidatid, ekstrahepaic localisation, albendazole, cystectomy

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, ekstrahepatik yerleşim, albendazol, kistektomi

Hipokrat zamanından beri bilinen bu hastalık daha çok hayvancılıkla uğraşan Akdeniz ülkeleri, Güney Amerika, Güney Afrika'daki ülkeler ile Avustralya da sık görülmektedir. *Echinococcus granulosus* etken olarak hastalığı meydana getirir. Karaciğer bu organizmanın en sık (% 65-75) olarak yerleştiği solid organdır. Diğer organlardan akciğerler (% 15), kas, yumuşak doku, böbrekler, dalak ve hatta kemik doku da yerleşim yeri olabilir. Çok daha az sıklık ile beyinde, tiroid bezinde, midede, orbita ve timus ile paratiroid bezinde de yerleşebildiği gösterilmiştir. Ekstrahepatik kist hidatik hastalığının (EKH) yerleşimi primer veya sekonder olabilir. Primer olarak etken parazitin peritoneal yerleşimi % 4.5-14 oranındadır. Sekonder olarak EKH hastalığı multipl yerleşimli ve sık olarak karaciğerde kistik lezyon ile beraber görülür (1,2,4,5,8-10). Sıklıkla bu tür kistler asemptomattır. Eğer semptom var ise, çoğunlukla komplikasyonlara bağlıdır.

Amaç, Mart 1999 tariinde Mevki Asker Hastanesine başvuran hastaya primer peritoneal ekstra hepatic kist hidatik tanısı konularak ameliyat edilmesinden sonra, literatürün primer EKH serileri açısından gözden geçirilerek, olgu sunumu yapılması ve hastalık hakkındaki bilinenlerin yenilenmesidir.

OLGU

Hasta 26 yaşında, erkek ve kırsal alan içinde yaşamını sürdürmekteydi. Karın ağrısı, şişkinlik, halsizlik, sık idrar yapma gibi sınıflaması zor yakınmalar ile polikliniğine başvurdu. Bulguların yaklaşık bir ay önce başladığını ve giderek daha fazla kendisini rahatsız ettiğini söyledi. Bu yakınmalar ile, sivil yaşantısında, doktora başvurduğunu, yapılan muayene ve tetkikler sonucunda karında bir kistik kitlenin olduğu ve ameliyat olması gerektiğinden sözetti.

Hastanın fizik muayenesi yapıldığında, palpasyon ile orta hat üzerinde umblikusun hemen altından başlayarak pelvis boşluğuna kadar inen ve solunuma katılmayan, 12x7 cm büyüklüğünde, sert yapıda olarak ele gelen ve ballotman bulgusu vermeyen kitle bulundu. Karın içi solid organlara ait başka patoloji tespit edilmedi. Hasta, yatırıldıktan sonra operasyon öncesi rutin kan ve idrar tahlilleri, batin US'si, kontrastlı batin tomografisi, immünhemogglütinasyon (IHA) testi, spesifik IgE ve periferik yayma tetkikleri yaptırıldı. Bunlardan SGOT (70 IU/ml) ve LDH (246 U/ml) yüksekliği dışında IHA negatif, total IgE <10 IU/ml (norma 150 IU/ml) olmak üzere bütün diğer tetkikler normal değerler içinde bulundu. Periferik yaymada eosinofili belirginliği vardı. Akciğer grafisi normal akciğer solunum alanı olarak değerlendirildi. Batin US ile, orta hatta, umblikus altında mesane üst sınırına kadar uzanan 85x71x81 mm'lik içi kalın septalar ile bölümlenmiş kistik lezyon ve etrafında bu yapıyı saran ikinci bir duvar cidarı görüldü (multiloküle kist). Karaciğer dalak ve her iki böbrek normal yapıda idi. Batin BT'de karaciğer, safra kesesi, pankreas, dalak, böbrekler, mide ve intestinal segmentler normal olarak tespit edildi. Pelvik kesitlerde umblikusun 2 cm proksimalinden başlayan ve mesane üst kenarına kadar uzanan yaklaşık 125x75x70 mm boyutlarında kist içinde kist görünümü olan kistik kitle lezyonu mevcuttu. Mezenterik kist, urakus kisti veya kist hidatik ile uyumlu idi. Yapılan dikkatli fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik tetkikler sonunda hastaya, intraabdominal kistik kitle (kist hidatik) ön tanısı kondu. Bu tanı ile hastaya hastalığı ile ilgili tetkiklerinin, takibi ve ameliyatının kliniğimizde yapılan çalışmaya dahil edileceği ve gerekir ise hastalığı ile ilgili bilgilerin ismi verilmeden kullanılacağı anlatılarak onayı alındı. Hasta 17.03.1999 tarihinde kistektomi+parsiyel omentektomi ameliyatı yapıldı.

Postoperatif dönemi sorunsuz geçiren hastaya sıklık tedavi rejimine uygun olacak şekilde Albendazol 200 mg (400 mg/gün/doz) ilaç tedavisi başlandı. Hasta 2 ay sonra kontrol için çağrılarak postoperatif yedinci günde problemsiz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnsan *Echinococcus granulosus* ile enfekte olmuş su veya sebze ile hastalığı alır. İnfekte olmuş canlıda hastalık bir seyir takip eder. Kist hidatik hastalığının doğal seyri iki bölümde incelenir. Birincisi parazitin proliferasyonu, ikincisi ise involüsyondur. Altı çengel embriyo, pankreas enzimleri ile gastrointestinal lümeninde serbest kaldıktan sonra portal ve lenfatik sir-

külasyona katılır. Serozal yüzeyler de (periton ve plevra gibi) mukozal olanlar kadar echinococcal kistlerin gelişmesi için iyi bir ortam teşkil ederler (18). Fakat, yine de primer peritoneal kist hidatiğin oluşma mekanizması tam olarak açık değildir.

Kist en sık olarak karaciğerde ve sağ lob da yerleşir. Hastalığın semptomları geniş bir spektrum içerisindedir. Abdominal ağrı ve hassasiyet, hepatomegali ve batında palpe edilen kitle, hidatik tril (fremitus-oldukça nadir görülür-), sekonder infeksiyon eklenir ise ateş, titreme, ürtiker ve eritem, kusma (hidatiemesia), gaitada kistik membranlar (hidatidenteria), ve anaflaktik şok görülebilir. Hastalarda eosinofili % 25 oranında bulunur. IHA (% 85) ve Weinberg kompleman fiksasyon testi (CFT) pozitif olabilir ve klinik bulgular ile birlikte tanı koydurucudur. CFT postoperatif 2-6 ay sonra negatif olur. Casoni intrakütanöz testi tanıya yardımcı olan bir diğer immün reaksiyon testidir. Pozitif ise % 90 oranında tanı koydurucudur. Bütün bunlara rağmen intraabdominal kist hidatik hastalığında tanı konulması zordur. Hastalığa tanı konulmasında US ve BT'nin yeri önemlidir (6,7,14).

EKH, farklı visseral organlarda % 10 oranında yerleştiği, bunların da sıra ile dalak (% 8), periton, böbrek, kemik doku, kalp ve beyin olduğu bildirilmiştir (4). Caremani ve ark., abdominal EKH olan 81 hastada 127 kistik kitleyi US ile değerlendirmiş, US bulgularına göre bunlar 7 grup halinde toparlamıştır: Tip I basit kist, Tip II multipl kist hidatik, Tip III membran ayrılması görülen kistik lezyon, Tip IV mikst kist hidatik, Tip V heterojenöz kistik lezyon, Tip VI hiperekojenik kist ve Tip VII kalsifiye kist şeklindedir. Girişimsel yöntemler kullanılarak yapılacak tedaviler için bu sınıflama önemlidir.

Lucandri ve ark., 1949-1993 tarihleri arasında ameliyat edilen 1275 kist hidatik olgusunun % 5-30 oranında olağan dışı yerleşim gösterdiğini bildirmiştir. Sıklıkla periton, dalak, mediasten, böbrek ve kas dokusunda yerleşim ortaya konulmuştur. Aynı çalışmada, bilinen tanı yöntemlerine rağmen intraabdominal kist hidatik hastalığında kist büyüklüğü ve diğer lokal belirtiler belirgin hale gelmeden tanı koymada zorluklar olduğu bildirilmiştir (9). Karavias ve ark., son 12 yıl içerisinde ameliyat edilen 121 hastanın yalnızca 6 (% 5)'sında primer peritoneal kist hidatik hastalığı bildirmiştir. Diğerleri için peritoneal lezyon sıklıkla karaciğer kist

hidatik hastalığı ile birlikte görülmektedir (3). Gassias ve ark., US, BT ve MRG gibi görüntüleme yöntemleri ile olağan dışı yerleşim gösteren EKH'lar araştırmış ve kistik lezyonun karaciğerde % 75, akciğerde % 15 ve vücudun geri kalan bölgeleri içinde görülme oranını % 10 olarak bildirmiştir. Ekstrahepatik olgular için en sık yerleşim yeri peritondur (% 55), sonra dalak (% 10-15) ve diğer karın içi solid organlar azalan oranlar ile sıralanmaktadır (2).

Antihelmintikler küçük ve asemptomatik kistler için alternatif tedavi yöntemi olarak bildirilmiştir. Albendazol, sıklıkla kullanılan antihelmintiktir. Dozu 10 mg/kg/gün'dür. 28 günlük kullanım ve 14 gün ara verilmesi şeklinde oluşturulan bir döngü içerisinde ortalama 2-3 (1-12) kez tekrar edilerek uygulanır. Ayrıca, sürekli kullanımı öneren yazarlar ve uygulayan klinikler de vardır (3,15,16). Salinas ve ark., 26 abdominal kist hidatik olgusunu iki farklı mebendazol tedavi rejimi (sıklık ve sürekli) ile tedavi etmiş ve her iki grupta belirgin fark bulmamıştır (14). Horton tarafından, 269'u hepatik, 86'sı akciğer, 50'si peritoneal, 51 kist ise diğer dokularda yerleşmiş 500 hasta tedavi edilmiş. Bunlardan 72'si (% 28.5) tam kür olarak değerlendirilmiş; 129 hasta iyileşmiş (% 51), 46'sında değişiklik olmamış (% 18.1), 6'sı ise kötüye gitmiş (2.4).

El-Mufti ve ark., iyileşme oranını % 53-59, nüks oranını ise % 9.5 olarak bildirmiştir (15). Teggi ve ark., mebendazol ile tedavi edilen kistlerden % 50.9'unda, albendazol alan hastaların kistlerinin ise % 80'inde dejeneratif değişikliklerin oluştuğunu, nüks oranının % 30 olduğunu bildirmiştir (16). Nüks eden kistlerin % 90'ının ileri evrede albendazol tedavisine duyarlı olduğu bildirilmiştir. Her iki çalışmada da ortaya çıkan önemli ilaç yan etkileri abdominal rahatsızlık ve ağrı, transaminazların yükselmesi, hepatotoksik sarılıktır (% 5). İlaçın etkin olması için bazı faktörler rol oynar. Bunlar hastanın yaşı, kistin yaşı, kistin lokalizasyonu, kistlerin morfolojik özellikleri ve kistin benzimidazol karbamatlara göstereceği duyarlılıktır (3,15,16).

Antihelmintikler olsa bile kist hidatikli hastalar için ilk tedavi seçeneği cerrahidir (5,7,10,14). Cerrahi teknik olarak en sık uygulanan yöntem ise total veya subtotal perikistektomidir. Parenkimal rezeksiyon ve basit kistektomi de uygulanan diğer yöntemlerdendir. Gerektiğinde kist etrafında etkilenen organ da parsiyel veya tam olarak çıkarılabilir. Postoperatif komplikasyonlar intraabdominal abse, hemoraji ve psödokisttir (% 10), mortalite (% 3-4) olarak

bildirilmiştir. Nüks oranı yaklaşık % 3-26 arasında değişmektedir (6,7,11-14,17). Cerrahi ve medikal tedavinin beraber uygulanması sonrasında nüks oranında bir düşme görüldüğü bildirilmiştir.

Sonuç olarak, EKH hastalığı sık görülmeyen ve bulguları ile kolay tanı konulamayan bir hastalıktır. Peritoneal yerleşim oranı yaklaşık % 5-14 arasındadır. İlk tedavi seçeneği büyük kistler için cerrahi olmalıdır. Cerrahi tedavi ile birlikte benzimidazol karbamak verilmesi nüks oranını azaltır.

KAYNAKLAR

1. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Katsolis C: Uncommon sites of hydatid disease. World J Surg 22(1):17-22, 1998.
2. Gossios KJ, Kontoyiannis DS, Daskalogiannaki M: Uncommon location of hydatid disease CT appearances. Eur Radiol 7(8):1303-8, 1997.
3. Karavias DD, Vagianos CE, Kakkos SK, Panagopoulos CM: Peritoneal echinococcosis. World J Surg 20(3):337-40, 1996.
4. Khiari A, Fabre JM, Domergue J, Beyrouti M: Unusual location of hydatid cysts. Anal Gastroenterol Hepatol 31(5):295-05, 1995.
5. Vara-Thorbeck C, Vara-Thorbeck R: Peritoneal echinococcosis Zentrabl. Chir 11(16):980-6, 1986.
6. Mourmen M, el Alaou ME, el Mansouri A, Mokhtari M: Peritoneal echinococcosis. Diagnostic and therapeutic problems. Apropos34 cases Chirurgie 117(10):854-9, 1991.
7. Danicic B, Mirkovic M, Ilic M: 20 years experience in the treatment of absominal echinococcosis (1966-1987) Acta Chir Jugosl 36(suppl 2):579-82, 1989.
8. Cudazo E, Capelli P, Bianchi M, Spasgiari L, Ruscani A: Peritoneal echinococcosis. Report of a Case Chir 16(6-7):302-6, 1995.
9. Luchandri Q, Diella Q, Chiavellati L, Sterpetti A, Meloni E: Unusual location of hydatid cyst: Clinical and therapeutic aspects. G. Chir 15(11-12):529-32, 1994.
10. Cangiotti L, Muiasan P, Begni A, de-Cesare V: Unusual location of hydatid disease; 18 years experience. G Chir 15(3):83-6, 1994.
11. Loi A, mannu B, Montisci R, Pinna AD, Tallouru M, Brotzu G: Surgical treatment of hydatidosis. Ann Chir Gynecol 80(1):59-64, 1991.
12. Kalovidouris A, Gouliamos A, Demou L, Papavassiliou K: Post-surgical evaluation of hydatid disease with CT: Diagnostic pitfalls. J Comput Assist Tomogr 8(6):1149-9, 1984.
13. Gomez R, Marcello M, Moreno E, Hernandez D, Hidalgo M: Incidence and surgical treatment of extrahepatic abdominal hydatidosis 82(2):100-3, 1992.
14. Gil Grande LA, Sanchez Ruano JJ, Lopez San Roman A, Garcia-Hoz F, Barcena R, Salinas F: Treatment of hepatic and intra-abdominal hydatidosis with mebendazole: prospective comparison of the cyclic and continuous regimen. Rev Esp Enferm Dig 84(6):386-9.
15. el-Mufti M, Kamag A, İbrahim H, Taktuk S, Swaisi I, Zaidan A, Sameen A, Shimbish F, Bouzghabiba H, Haasi S: Albendazole therapy of hydatid disease: 2-year follow up of 40 cases. Ann Trop Med Parasitol 87(3):241-6, 1993.
16. Teggi A, Lastilla MG, De Rossa F: Therapy of human hydatid disease with mebendazole and albendazole. Antimicrob Agents Chemother 37(8):1679-84, 1993.
17. el-Mansari O, Zentar A, Sair K, Bounaim A, Janati IM: Peritoneal hydatid cysts. Apropos of 12 cases. Ann Chir 125(4):353-7, 2000.
18. El-Mufti M: Clinical echinococcosis. In surgical management of hydatid disease. M El-Mufti, Editor, London, Butterworth .27-30, 1989.