

İLGİNÇ BİR NÜKS OLGUSU: İNSİZYONAL HİDATİK KİST

Mustafa CANDAN¹

Bir yıl önce başka bir merkezde splenik hidatik kist nedeniyle opere edilmiş bir hasta, bir yıl sonra operasyon hattında giderek büyüyen şişlik nedeniyle başvurmuş olup, yapılan incelemelerde karın duvarında yeni bir kist saptanmıştır. Hasta bunun üzerine yeniden opere edilmiş, insizyon katları arasına yerleşmiş hidatik kist total olarak eksize edilmiştir. Olgumuz alışılmadık yerleşim yeri ve operatif yayılıma dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, Nüks, Dalakta kist

UNUSUAL RECURRENCE CITE: AN INCISIONAL HYDATIC CYST.

An insicional swallowing was detected in a patient who was oparedted for a splenic hydatic cyst in a different center one year ago. The cyst placed within the abdominal wall through the old insicion, was excised completely. A rare case of a recurrent incisional hydatic cyst was presented in this paper because of noticable and unusual localisation and operative spillage.

Key Words: Hydatic cyst, Hydatid disease, Splenic cyst, Recurrence.

Kist hidatik *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu progressif kistik bir hastalıktır. Hastalıktan sorumlu olan parazit yaklaşık 2-6 mm boyunda bir tenyadır. Gelişmesi 7 hafta sürer ve yaklaşık 6 ay yaşarlar. *Echinococcus granulosus*'un hayat siklusunda konak hayvan sıklıkla köpektir. Konak barsağında yaşayan parazit sürekli olarak hayvanın dışkılarıyla yumurtalarını dışarıya bırakır. Ara konak tarafından alınan bu yumurtaların yerleştikleri doku içinde gelişmesi sonucunda kistler ortaya çıkarlar. Ara konak koyun ve sığır türleri olup, nadiren insanın ara konak olması sonucu hastalık insanlarda ortaya çıkar.

Dokularda gelişen kist dıştaki dış lamina ve içteki germinatif membran olmak üzere iki tabakadan oluşur. Organizma kistin dış laminası etrafında fibröz bir kapsül oluşturur. İçinde ise yavru kistlerin de yüzdüğü, klasik olarak "*kaya suyu*" olarak tanımlanan berrak bir sıvı bulunur. Operasyon sırasında kistin dikkatle boşaltılmaması durumunda, etrafa yayılan her bir yavru kist gelişerek yeni kistler oluştururlar.

Olguların % 65-70'inde kist ya da kistler karaciğerde yerleşir. Karaciğerden sonra en sık yerleşim yeri akciğerlerdir. Dalak, böbrek, beyin, kalp gibi ender yerleşim bölgeleri yanında vücudun hemen her yerinde, örneğin tiroid, vertebralar ve çeşitli kemikler, kolon, koledok, uyluk ve psoas gibi alışılmadık doku ve organlarda da görülebilmektedir^{1,2,3,4,5}.

OLGU

8 yaşında, kız hasta. Eski ameliyat yerinde şişlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde bir yıl önce dalakta hidatik kist saptanarak opere edildiği

ve sorunsuz iyileştiği bildirildi. Ancak operasyondan yaklaşık 10 ay sonra, ameliyat yerinde şişlik belirlediği ve giderek büyüdüğü fark edilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde karında sol paramedian bir insizyon ve insizyonun ortasında, deriden hafifçe kabarık, palpasyonla yumuşak kıvamda ve mobil olmayan 3x2x2 cm boyutlarında olduğu tahmin edilen bir kitle saptandı.

Yapılan ultrasonografik incelemede karın ön duvarında 2 cm çapında kistik oluşum rapor edildi. Laboratuar incelemelerinde herhangi bir problemle karşılaşılmadı. Preoperatif hazırlığın ardından hasta operasyona alındı. Eski insizyon yerinden girilerek kitleye ulaşıldı. Kitle fasya altında ancak periton üzerinde yer almakta idi. Çepeçeve diseke edildi. Çevresine % 3 NaCl solusyonu ile ıslatılmış steril gazlar dizilerek kist açıldığında hidatik kiste ait germinatif membranla karşılaşıldı. Bunun üzerine kist total olarak eksize edildi, insizyon bölgesi temizlenerek operasyona son verildi. Postoperatif dönemde herhangi bir problemle karşılaşılmadı ve hasta ikinci gün evine gönderildi.

TARTIŞMA

Kist hidatikte klasik tedavi kistin operatif olarak boşaltılmasıdır. Son yıllarda laparoskopik ve torakoskopik girişimlerle yapılan tedaviler ve ultrasonografi ya da tomografi klavuzluğunda uygulanan perkütanöz tedaviler sık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bugüne kadar nonoperatif medikal tedavi için pek çok ilaç denenmiş olmakla birlikte günümüzde en çok mebendazole ve albendazole ile başarılı sonuçlar bildirilmektedir^{6,7,8,9}.

Ancak hala bir çok olguda açık operasyon

¹ Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Uzmanı

kaçınılmazdır ve her operasyon da yeni yayılım riski taşır. Peroperatuar dezenfeksiyon sağlamak amacıyla kisti açmadan önce bölge ve insizyon skolesitik solüsyon emdirilmiş gazlarla koruma altına alınmalıdır. Önce skolekslerin inaktive edilmesi amacıyla kist içine skolesitik solüsyon enjekte edilir, gerekli süre beklenerek (% 3 NaCl solüsyonu için 3 dakika) ve ardından kist açılarak boşaltılır. Bu işlem dizisindeki eksiklikler kız(yavru) kistlerin yayılmasına neden olabilmektedir¹⁰. Bizim olgumuzda da ilk operasyonda bir yayılım olduğu kuşkusuzdur. Çeşitli serilerde rekürrens oranları %0,3-19,8 arasında değişmektedir^{7,2,4,11,12,13,14,15}.

Rekürrensin önlenmesi amacıyla birçok merkezde pre ve postoperatif koruyucu antihelmintik ilaç uygulamasına yer verilmektedirler. Bulaşma kuşkusu olduğunda ya da multipl kistleri aynı seansta çıkarılamayan hastalarda mebendazole veya albendazole kullanılmaktadır. 50 mg/kg/gün mebendazole 4 doza bölünerek ya da 10 mg/kg/gün albendazole 2 doza bölünerek uygulanmalıdır^{6,7,16,17}. Kullanma süresi konusunda öneriler merkezden merkeze 1-4 ay arasında değişmektedir^{16,17,18}. Ancak son yapılan deneysel çalışmalardan birinde 7 günlük albendazole tedavisinin koruma için yeterli olduğu, 14 günlük ilaç kullanımının daha etkili olmadığı bildirilmektedir¹⁹.

Laparoskopik, torakoskopik ve perkütanöz girişimlerle yapılan tedavilerden sonra oluşan rekürrenslerle ilgili henüz yeterince veri mevcut değildir^{8,9}. Fakat antihelmintik koruma bu uygulamaların daha yaygın ve güvenli kullanımını sağlayabileceği düşünülebilir.

Rekürrens yerleşiminde de abdominal ve torakal organlar başta gelmektedir. Bronşlara, karin içine ve safra yollarına rüptür olmaktadır^{2,13,19,20}. İncelediğimiz raporlarda olgumuzun benzerine rastlamadık ancak iki ayrı yayında biri sekonder olmak üzere iki rektus kası yerleşimli kist olgusu bildirilmiştir. Fakat olgularda kistlerin insizyon ilişkisi bildirilmemektedir^{3,12}.

Kist hidatik operasyonlarında dikkatsiz eksplorasyonun küçük kız kistlerin yayılmasına dolayısı ile nüks olgularına yol açabileceği unutulmamalıdır. Yayılma şüphesi olduğunda perioperatif koruyucu antiparaziter ilaç tedavisi ihmal edilmemelidir. Koruyucu tedavi için gereken sürenin kısa olabileceği hakkında ipuçları vardır. Bu konudaki yeni araştırmalar yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gangopadhyay AN, Sahoo SP, Sharma SP, Gupta DK, Sinha CK, Rai SN. Hydatid disease in children may have an atypical presentation. *Pediatr Surg Int* 2000; 16(1-2):89-90.
2. Salih OK, Topcuoglu MS, Celik SK, Ulus T, Tokcan A. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: analysis of 405 patients. *Can J Surg* 1998; 41(2):131-5.
3. Cangiotti L, Muiesan P, Begni A, de Cesare V, Pouche A, Giulini SM, Tiberio G. Unusual localizations of hydatid disease: a 18 year experience. *G Chir* 1994; 15(3):83-6.
4. Vafin AZ. [Prevention of recurrent parasitic infections after surgical treatment of echinococcosis]. *Khirurgiia (Mosk). Russian.* 1993; (4):70-4.
5. Fernandez-Represa JA, Rabadan Marina M, Madrigal Parrilla J, Mayol Martinez J, Dominguez Esteban I. Recurrent primary hydatid disease of the left quadriceps: the use of intraoperative ultrasonography. *Eur J Surg* 1992; 158(10):571-2.
6. Aguilar X, Fernandez-Muixi J, Magarolas R, Sauri A, Vidal F, Richart C. An unusual presentation of secondary pleural hydatidosis. *Eur Respir J* 1998; 11(1):243-5.
7. Nahmias J, Goldsmith R, Soibelman M, el-On J. Three- to 7-year follow-up after albendazole treatment of 68 patients with cystic echinococcosis (hydatid disease). *Ann Trop Med Parasitol.* 1994; 88(3):295-304.
8. Sayek I, Cakmaki M. [Laparoscopic management of echinococcal cysts of the liver]. *Zentralbl Chir* 1999;124(12):1143-6.
9. Akhan O, Ozmen MN, Dincer A, Sayek I, Gocmen A. Liver hydatid disease: long-term results of percutaneous treatment. *Radiology* 1996; 198(1):259-64.
10. Movchun AA, Koloss OE, Shatverian GA, Abdullaev AG, Alikhanov NK. [Errors and hazards in the surgical treatment of hepatic echinococcosis]. *Khirurgiia (Mosk) Russian.* 1991;(11):113-7.
11. Kunz R, Kunath U, Lackner K. [Complications and late results following surgical treatment of Echinococcus granulosus]. *Chirurg. German* 1983; 54(4):283-7.
12. Cangiotti L, Giulini SM, Muiesan P, Nodari F, Begni A, Tiberio G. Hydatid disease of the liver: long term results of surgical treatment. *G Chir.* 1991; 12(10):501-4.
13. Xynos E, Pechlivanides G, Tzortzinis A, Papageorgiou A, Vassilakis JS. Hydatid disease of the liver. Diagnosis and surgical treatment. *HPB Surg.* 1991;4(1):59-66; discussion 66-7.
14. Magistrelli P, Masetti R, Coppola R, Messia A, Nuzzo G, Picciocchi A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. A 20-year experience. *Arch Surg.* 1991; 126(4):518-22; discussion 523.
15. Erguney S, Tortum O, Taspınar AH, Ertem M, Gazioglu E. [Complicated hydatid cysts of the liver]. *Ann Chir. French.* 1991; 45(7):584-9.
16. Cossetto D, Gruenewald S, Antico V, Little JM. Albendazole treatment of recurrent hydatid disease: serial evaluation with ultrasound. *Aust N Z J Surg.* 1989; 59(12):933-6.
17. Horton RJ. Chemotherapy of Echinococcus infection in man with albendazole. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1989; 83(1): 97-102.
18. Radulescu S, Angelescu N, Horvat T, Lazar L, Cretu C, Popa L, Filiiu P, Ene V, Burcos T, Ifrim S, Popa G. Clinical study of the efficacy of albendazole treatment in human hydatidosis]. *Chirurgia (Bucur)* 1997; 92(5):331-5.
19. Morris DL, Chinnery JB, Hardcastle JD. Can albendazole reduce the risk of implantation of spilled protoscolecocytes? An animal study. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1986;80(3):481-4.
20. Mottaghian H, Saidi F. Postoperative recurrence of hydatid disease. *Br J Surg* 1978;65(4):237-42.