

Eş Zamanlı Ciltaltı ve Akciğerin Kist Hidatik Hastalığı

Simultaneous Subcutaneous and Lung Hydatid Disease

Kerem Karaarslan, Sedat Koçal, Tülin Durgun Yetim

Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

ÖZ

Kist hidatik hastalığı ülkemiz için hala endemik olma özelliğini taşıyan bir hastalıktır. En sık karaciğer, ikinci sıklıkla akciğerde görülmekle birlikte daha nadir olarak vücudun diğer kesimlerinde de görülebilmektedir. Bu olgumuzda sağ akciğer yerleşimli kist hidatik ile eş zamanlı olarak supraklavikular bölgede cilt altına yerleşmiş kist hidatik olgusu sunulmuştur. Akciğerdeki kist için sağ minitorakotomi ile kistotomi ve kapitonaj uygulandı. Cilt altında lokalize kist tamamen eksize edildi. Histopatolojik olarak tanı teyit edildi. Vücutta karaciğer ve akciğer dışında lokalize kistik lezyonlar değerlendirilirken kist hidatik hastalığı her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Parazitik enfeksiyon, kistotomi, kist hidatik hastalığı

Geliş Tarihi: 23.10.2015

Kabul Tarihi: 22.11.2016

ABSTRACT

Hydatid disease is still endemic in Turkey. The most common site is the liver, followed by the lungs; it is rarely observed in the other parts of the body. In this case, right lung and subclavicular subcutaneous hydatid cysts were simultaneously observed. Cystotomy and capitonnage via minithoracotomy were applied for the cyst in the lung, and the subclavicular subcutaneous hydatid cyst was completely excised. Histopathological diagnosis was confirmed. Cystic lesions localized in the body except the liver and lung hydatid disease should always assessing kept in mind. It should not be forgotten that the cyst in the lung and liver may be detected simultaneously in other parts of the body.

Keywords: Subcutaneous, lung, parasitic infection, cystotomy, hydatid disease

Received: 23.10.2015

Accepted: 22.11.2016

GİRİŞ

Kist hidatik hastalığı, ülkemizde endemik olarak izlenen özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerimizde sıklıkla görülen bir paraziter enfeksiyondur. En sık karaciğer ve ikinci sıklıkta akciğeri tutmakla birlikte vücudumuzda hematolojik yolla ulaşabileceği her yerde nadiren de olsa enfeksiyon oluşturabilir. Eş zamanlı olarak sıklıkla karaciğer ve akciğerde birlikte karşımıza çıkmaktadır. Yumuşak doku, cilt altı ve kas içinde nadiren karşımıza çıkabilen bu hastalık daha nadir olarak da sunduğumuz olguda olduğu gibi eş zamanlı başka dokuları da tutabilir. Bu yazıda akciğer ve eş

zamanlı olarak cilt altında yerleşik olarak tespit edilen kist hidatik hastalığının tanı ve tedavisi literatür eşliğinde ve hastadan gerekli onam alınarak tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Göğüs ağrısı ve sağda klavikulanın inferiorunda şişlik nedeniyle başvurduğu merkezde çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ akciğer üst lob lateralde ve subklavikular bölgede cilt altında kist hidatik ile uyumlu lezyon saptanan 28 yaşındaki erkek hasta ileri tetkik ve operasyon için yatırıldı (Resim 1, 2). Fizik muayenesinde sağ klavikulanın hemen altında ciltten inspeksiyonla fark edilebilen palpasyonda hafif fluktuasyon veren

Bu çalışma Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği 37. Ulusal Kongresi'nde Poster bildiri olarak sunulmuştur, 17-21 Ekim 2015, İzmir, Türkiye.

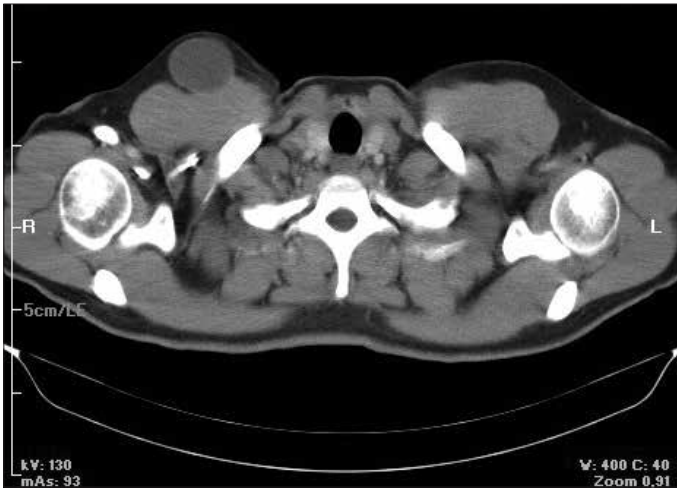
This study was presented as a poster at the 37th National Congress of Turkish Respiratory Research Society, 17-21 October 2015, İzmir, Turkey.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Kerem Karaarslan E.posta: dr.kerem@hotmail.com

DOI: 10.5152/tpd.2017.4570

©Telif hakkı 2017 Türkiye Parazitoloji Derneği - Makale metnine www.tparazitolog.org web sayfasından ulaşılabilir.

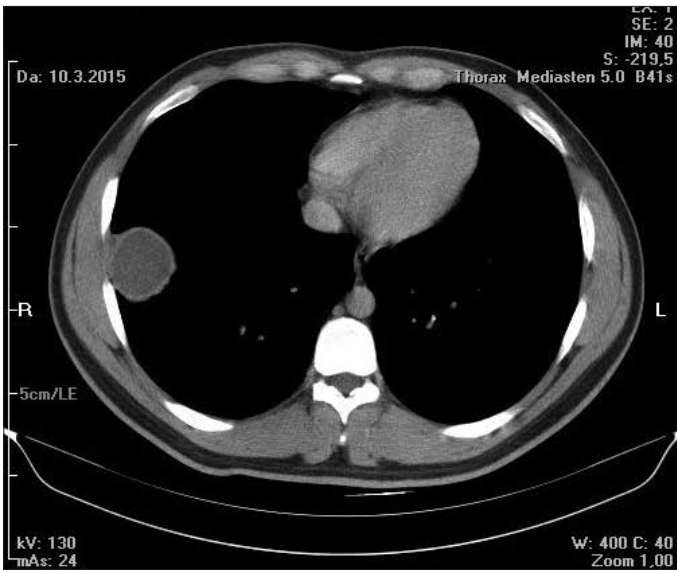
©Copyright 2017 Turkish Society for Parasitology - Available online at www.tparazitolog.org



Resim 1. Cilt altı yerleşimli kiste ait BT görüntüsü



Resim 3. Cilt altı yerleşimli kist hidatik



Resim 2. Akciğer yerleşimli kiste ait BT görüntüsü

kitle izlendi (Resim 3). Hastanın solunum sesleri doğaldı. Biyokimyasal tetkiklerinde anormallik saptanmadı, serolojik inceleme sonucu da negatif olarak geldi. Hastaya operasyon planlandı. Akciğerde izlenen kist için sağ minitorakotomi kesisi ile kistotomi ve kapitonaj uygulanırken aynı seansta cilt altında yerleşik kist üzerine yapılan insizyon ile total olarak eksize edildi (Resim 4). Her iki lezyonun da tanısı histopatolojik olarak doğrulandı. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın 4. Günde toraks dreni sonlandırıldı. Karaciğer fonksiyon testleri değerlendirilen hastaya profilaktik andazol tedavisi başlanarak taburcu edildi. Hastanın cerrahi sonrası profilaktik tedavisi; albendazol 10mg/kg/gün, günlük doz ikiye bölünerek 28 günlük kürler şeklinde toplam 3 kür devam edildi. Kürler arasında 14 gün ara verilerek karaciğer fonksiyon testlerinin normal olduğu teyit edilerek bir sonraki küre geçildi. Hastanın 6.ay kontrollerinde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Kist hidatik hastalığı *Echinococcus granulosus* parazitinin oluşturduğu, çok eski yıllardan beri bilinen bir hastalıktır. Özellikle hay-



Resim 4. Cilt altı yerleşimli kistin eksizeyonu

vancılığın daha yoğun olduğu Orta Doğu, Akdeniz, Güney Amerika ve Orta Asya bölgelerinde endemik özellik taşıyor (1). Bağırsak mukozasında mezenterik dolaşıma katılan parazitin larva formu portal sistem yolu ile karaciğere ulaşır, dolayısıyla parazitin

ilk ve en sık tutunduğu ve yerleştiği organ %50-60 sıklıkla karaciğerdir. Karaciğere gelen embriyolar burada tutunamaz ise hepatik ven ve vena kava inferiyor ile kalbe ve buradan da akciğere taşınırlar. Parazitin ikinci sıklıkla %10-20 oranında yerleştiği organ akciğerdir. Her iki organda da tutunamayan parazitler sistemik dolaşım ile vücudun diğer bölümlerine daha nadir olarak yerleşebilirler (2). Literatürde; dalak, böbrek, pankreas, intraperitoneal alan, kalp, over, prostat, insizyon skarları, retroperitoneal alan tiroid, mesane, orbita, baş-boyun, beyin, göğüs duvarı, kas ve iskelet sistemi, aksiller bölge ve yumuşak dokuda vakalar bildirilmiştir (3-13). Cilt altı yerleşimli kist hidatik olgularına literatürde nadir olarak rastlanmaktadır. Bal ve arkadaşları bölgemizde yaptıkları bir çalışmada, değerlendirdikleri 153 hastada 6 cilt altı yerleşimli kist hidatik olgusu bildirerek bunların 4 tanesinin (%2,6) primer olduğunu belirtmişlerdir (14). Yine bölgemizde yapılan bir çalışmada 368 hasta içerisinde 3 olgu (%0,8) Polat ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (15). Olgumuzda lezyonların boyutlarının birbirine yakın olması nedeniyle eş zamanlı olarak oluştukları düşünülmektedir. Akciğer kist hidatigi ile birlikte cilt altı yerleşimli kist hidatik olgusu daha da nadir bir durumdur. Kayaalp ve arkadaşları tüm literatürü taradıkları çalışmalarında 22 subkutan yerleşimli kist hidatik olgusu tespit etmişlerdir. Bu olgulardan 1 tanesinin subklavikular yerleşimli olduğu bildirilmiştir. Tedavisinde kistin total eksizeyonu en iyi cerrahi yöntem olarak belirtilmiş ve kistin rüptüre olması durumunda bölgenin skolosidal ajanlarla irrigasyonu önerilmiştir (16). Tarafımızca yapılan eksizyonda kist çevresi povidonyod emdirilen spançlar ile izole edilerek kist içeriği iğne ile boşaltılmış ve kavite içi açılarak povidonyod ile temizlenerek kist eksize edilmiştir.

SONUÇ

Kist hidatik hastalığının ülkemizde endemik olduğu göz önünde bulundurularak tespit edilen cilt altı kitlelerin tanısında akıldan çıkarılmamalıdır. Akciğer ve karaciğerde kist hidatik hastalığı tespit edildiğinde eş zamanlı olarak vücudun başka kısımlarında da olabileceği unutulmamalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - K.K.; Tasarım - S.K.; Denetleme - T.D.Y.; Kaynaklar - S.K.; Malzemeler - S.K.; Veri Toplanması ve/veya işlemesi - K.K.; Analiz ve/veya Yorum - T.D.Y.; Literatür taraması - K.K.; Yazıyı Yazan - K.K.; Eleştirel İnceleme - T.D.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author contributions: Concept - K.K.; Design - S.K.; Supervision - T.D.Y.; Resource - S.K.; Materials - S.K.; Data Collection and/or Processing - K.K.; Analysis and /or Interpretation - T.D.Y.; Literature Search - K.K.; Writing - K.K.; Critical Reviews - T.D.Y.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Harlaftis NN, Aletras HA, Symbas PN. Hydatid disease of the lung. Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, Rusch VW, editors. General Thoracic Surgery. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins; 2005 p.1299-1307.
2. Yüncü G, Sevinç S. Akciğer hidatik kistleri. Ökten İ, Güngör A, editörler. Göğüs cerrahisi. Ankara: 2003. s. 1011-23.
3. Akbulut S, Senol A, Ekin A, Bakir S, Bayan K, Dursun M. Primary retroperitoneal hydatid cyst: report of 2 cases and review of 41 published cases. Int Surg 2010; 95: 189-96.
4. Yagmur Y, Akbulut S. Epidemiology of hydatid disease. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2010; 3: 6-8.
5. Akbulut S, Senol A, Sezgin A, Cakabay B, Dursun M, Satici O. Radical vs. conservative surgery for hydatid liver cysts: experience from single center. World J Gastroenterol 2010; 16: 953-9. [CrossRef]
6. Yang G, Wang X, Mao Y, Liu W. Case report of primary retroperitoneal hydatid cyst. Parasitol Int 2011; 60: 333-4. [CrossRef]
7. Unalp HR, Kamer E, Kilic O, Onal MA, Rezanko T, Tunakan M. Primary hydatid cyst of the axillary region: a case report. Balkan Med J 2011; 28: 209-11.
8. Yeola-Pate M, Banode PJ, Bhole AM, Golhar KB, Shahapurkar VV, Joharapurkar SR. Different locations of hydatid cysts: case illustrations and literature review. Infect Dis Clin Pract 2008; 16: 379Y384.
9. Borovik A, Massasso D, Gibson K. Axillary hydatid disease. MJA. 2006;184(11):585.
10. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Primary hydatid cyst of the axilla. ANZ J Surg 2004; 74: 393-4. [CrossRef]
11. Dilege S, Aksoy M, Okan I, Tokar A, Kalayci G, Demiryont M. Hydatid cystic disease of the soft tissues with pulmonary and hepatic involvement: report of a case. Surg Today 2003; 33: 69-71. [CrossRef]
12. Unal AE, Ulukent SC, Bayar S, Demirkan A, Akgül H. Primary hydatid cyst of the axillary region: report of a case. Surg Today 2001; 31: 803-5. [CrossRef]
13. Versaci A, Scuderi G, Rosato A, Angiò LG, Oliva G, Sfuncia G, et al. Rare localizations of echinococcosis: personal experience. ANZ J Surg 2005; 75: 986-91. [CrossRef]
14. Bal N, Kocer NE, Arpacı R, Ezer A, Kayaselcuk F. Uncommon locations of hydatid cyst. Saudi Med J 2008; 29: 1004-8.
15. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. Radiographics 2003; 23: 475-94. [CrossRef]
16. Kayaalp C, Dirican A, Aydın C. Primary subcutaneous hydatid cysts: a review of 22 cases. Int J Surg 2011; 9: 117-21. [CrossRef]