

# Pankreatik Kist Hidatik: Olgu Sunumu

Ersen Kütükçü, Selin Kapan, Ahmet Nuray Turhan, Berge Ede, Erşan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

## ABSTRACT

### *Pancreatic hydatid cyst: Case report*

Hydatid disease is still an important problem in endemic area like South America, Middle Asia and South Europe as well as Turkey. Although the disease occurs more frequently in liver and lungs, it can be seen in any part of the body including pancreas. The incidence of isolated pancreatic hydatid disease is reported as 1-2%. In this report we presented an isolated pancreatic hydatid cyst which is a rare entity in the literature.

**Key words:** Hydatid cyst, pancreas, resection

Bakırköy Tıp Dergisi 2005;1:74-76

## GİRİŞ

Kist hidatik hastalığı günümüzde halen özellikle Güney Amerika, Orta Asya ve Güney Avrupa olmak üzere bazı bölgelerde endemik bir halk sağlığı problemi- dir (1-4). Echinococcus granulosus parazitinin neden ol- duğu kist hidatik çoğunlukla karaciğer ve akciğerde gö- rülmekle beraber nadir de olsa herhangi bir organ ve yu- muşak dokuda da görülebilir. Literatürde izole pankrea- tik kist hidatik insidansı %1-2 olarak bildirilmektedir (5). Pankreas kist hidatikleri özellikle pankreasın kistik karsi- nomları ile ayırıcı tanıda ve tedavi protokolünün belirlen- mesinde problemle karşılaşılabilir olgulardır.

## OLGU SUNUMU

55 yaşında kadın hasta Mart 2003'te ilk olarak karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma ve halsizlik şikayetleri ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuş. Hastanın yapılan USG incelemesinde pankreas lateralinde 3,3 cm çaplı kistik kitle saptanmış. Kist hidatik ile uyumlu olduğu düşü- nülüp hastaya albendazol 800 mg/gün başlanarak takibe alınmış.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Ersen Kütükçü  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi  
Kliniği, İstanbul - Turkey

Telefon / Phone: +90-212-542-6969/224

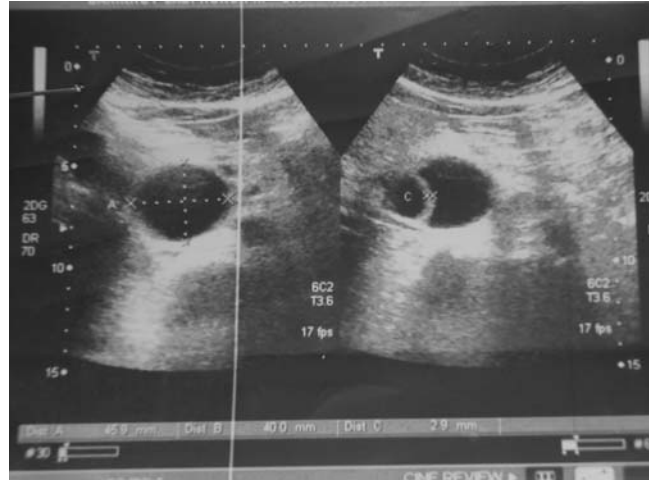
Faks / Fax: +90-216-327-7342

Elektronik posta adresi / E-mail address: ersenkutucu@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 30 Kasım 2005 / November 30, 2005

Kabul tarihi / Date of acceptance: 13 Aralık 2005 / December 13, 2005

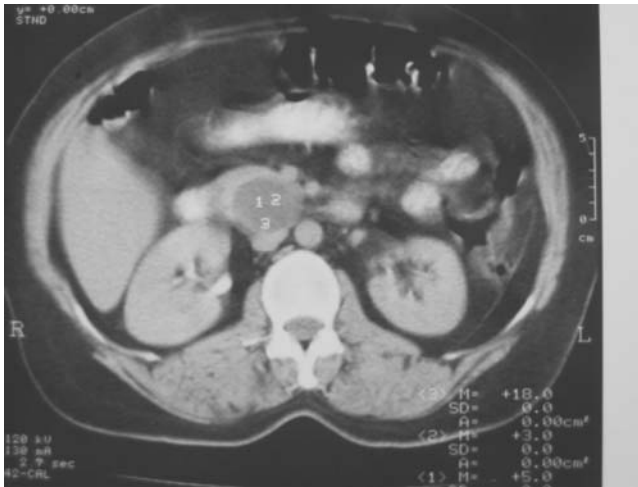
Medikal tedavi ve takiplerini düzenli sürdüremeyen hasta aynı şikayetler ile 1 yıl sonra kliniğimize başvurdu. Eylül 2004'te yapılan USG tetkikinde pankreas unsinat proçeste 48x40 mm, içinde septasyonlar içeren, düzgün konturlu kistik lezyon kist hidatik ile uyumlu değerlendirildi (Resim 1).



Resim 1: USG'de düzgün konturlu kistik lezyon

BT tetkikinde ise yine pankreas unsinat proçeste 5x5x4 cm., düzgün konturlu kistik lezyonda belirgin solid komponente rastlanmadı (Resim 2).

Hastanın fizik muayenesinde derin palpasyonda sağ hipokondriumdaki hassasiyet dışında anlamlı patolojik bir bulguya rastlanmadı. İndirek hemaglutinasyon (İHA) testi negatif, tümör belirteçlerinde CEA, CA 19,9 ve AFP normal sınırlarda bulundu. Hastanın diğer hemogram ve



Resim 2: Kistin BT görünümü



Resim 3 a: Per-op kistin görünümü

biokimyasal tetkiklerinde anormal bulguya rastlanmadı. Pankreas kist hidatik olarak değerlendirilen hastaya albendazol 800mg./gün. başlanarak takibe alındı. Hasta, 2 ay ara ile yapılan takiplerinde 6 ay medikal tedaviye rağmen kitlede anlamlı bir gerileme olmaması ve Mart 2005'te medikal tedavi ile düzelen bir pankreatit gelişmesi üzerine 06.05.2005 tarihinde opere edildi. Per-op pankreas unsinat proçeste yaklaşık 5 cm kitleden enjektörle berrak sıvı aspire edildi (Resim 3a). Frozen için yapılan insizyonel biopside kız kistlerin ve germinatif membranın görülmesi üzerine kist hidatik olduğu onaylandı (Resim 3b). Drenaj + tüp kistostomi ameliyatı yapıldı. Per-op gönderilen sıvıda kist hidatik çengelleri görüldü. Drenden ortalama 50 cc/gün gelen hastanın drenden gelen amilaz ve lipaz ölçümleri normal sınırlarda gelmesi üzerine 5. gün dreni çekilen hasta 6. gün 3 ay daha albendazol tedavisi önerilerek taburcu edildi.



Resim 3 b: Kist içindeki germinatif membran

## TARTIŞMA

Kist hidatik hastalığı dünyanın belirli bölgelerinde yüksek oranda görülen, sosyal bir problemdir. Sindirim sistemi ile vücuda giren *Echinococcus granulosus* yumurtalarının ilk geçiş yeri olduğundan kist hidatik vakalarının yaklaşık 2/3'ü karaciğer yerleşimli olmaktadır. İkinci sıklıkta akciğerlerde oluşmakla beraber herhangi bir organ veya dokuda da kist hidatik gelişebilir. İzole pankreas kist hidatik görülme insidansı %1-2 olup bunların %50'si pankreas başında yerleşmektedir (5-7,9). Olguların çoğunluğu asemptomatik olmakla beraber karında kitle, ağrı, bulantı ve kusma bulguları görülebilir. Pankreas başına yerleşen kitleler baskı etkisi veya koledok ve pankreas kanalına fistüleze olarak sarılık, kolanjit veya pankreatit gelişimine neden olabilir (2).

Operasyon planlanan olgularda ayırıcı tanı önem kazanır. Kistik maligniteler, pankreas psödokistleri, enfeksiyon ve abseler ayırıcı tanımda önemlidirler. BT ve USG'de septalı yapının ve kız veziküllerin görülmesi kist hidatik ayrımında yardımcıdır (8,9,11). Spesifik laboratuvar testleri yoktur. Eosinofili hafif yükselmiş bulunabilir. Casoni deri testi iyi bilinen düşük duyarlılıklı ve yüksek yanlış-pozitif sonucu olan immünolojik bir testtir. Indirect immunofluorescence assay kist lokalizasyonuna bağlı olarak özgüllüğü ve duyarlılığı yüksek bir testtir. Özellikle karaciğer kist hidatiklerinde %95'den fazla duyarlılığa sahiptir. Kompleman fiksasyon testi olan Weinberg yaygın kullanılmaktadır. ELISA, indirekt aglutinasyon (LAT) ve indirekt hemaglutinasyon (IHA) sık kullanılan serolojik testlerdir. LAT ve IHA'nin %60-100 duyarlılığı olmakla beraber özgüllüğü düşüktür (3). Canlı kistlerde operasyon sırasında alınan kist

sivısında mikroskop altında skoleks çengeli görülür. Kesin tanı cerrahi ve histopatolojik inceleme ile konur (7).

Tedavide medikal, perkütan drenaj ve cerrahi seçenekleri vardır. Albendazol 10 mg/kg/gün yaygın olarak kullanılan bir tedavidir. Albendazol ile 4-6 ay tedavi edilen olgularda değişik serilerde tedaviye duyarlılık %60-90 arasında bildirilmektedir. Medikal tedavi ile kür %50-80 olarak bildirilirken %30 tedaviye cevapsızlık ve %10-20 nüks görülmektedir (10-13). Medikal yaklaşımda tedavi süresinin uzun olması ve tedavinin teratojenik ve hepatotoksik etkisi nedeniyle tedavinin sürdürülmesinde problemler görülmektedir (13).

Anaflaksi ve peritoneal yayılım riskleri nedeni ile tartışma konusu olan USG eşliğinde kistin perkütan drenajı ile tedavi diğer bir seçenektir. Yayınlarda %4 morbidite ve %0,08 mortalite bildirilmektedir. Konforlu, hastanede kalış süresi kısa ve ekonomik bir yöntem olan perkütan drenaj özellikle endemik bölgelerde cerrahiye alternatif olmaktadır. Bir çok yayında etkinliği %100 olarak bildirilmekle beraber özellikle USG ile Gharbi tip I ve II vakalarda önerilmektedir. Drenaj öncesi ve sonrasında medikal tedavi verilmesi morbidite ve rekürensi azaltmaktadır (1,11,13).

Cerrahi tedavide birinci adım kist içeriğinin total ola-

rak çıkartılmasıdır. Perikistektomi görece komplikasyonu yüksek olmakla beraber ideal yöntemdir. İkinci adım geride kalan boşluğun değerlendirilmesidir. Omentoplasti ve kapitonaj ile boşluk kapatılabilirken eksternal veya internal drenaj da uygulanabilir. Pankreas kist hidatiklerinde üçüncü önemli nokta pankreasın endokrin ve ekzokrin fonksiyonlarının ameliyat sonrasında devamlılığının sağlanmasıdır. Korpus ve kuyruk yerleşimli olgularda distal pankreatektomi tercih edilirken baş ve unsinat proçes yerleşimli vakalarda kist eksizyonu ve internal veya internal drenaj yöntemi tercih edilmektedir (1,2,4-7,13). Biz olgumuzda unsinat proçes yerleşimli kist içeriğinin total eksizyonu sonrası olası pankreatik kanal veya safra kanalı sızıntısını kontrollü hale getirmek için kist içine tüp yerleştirilerek eksternal drenaj uyguladık. Operasyon sonrası drene olan sıvıdan pankreas enzimleri ölçümü yaparak olası sızıntıları kontrol ettik. Operasyon öncesi 6 ay Albendazol 10 mg/kg/gün alan hastaya aynı tedavi operasyon sonrası 2 ay daha uygulandı.

Pankreatik hidatik kist nadir görülmesine rağmen pankreas kistlerinin ayırıcı tanısında özellikle endemik bölgelerde öncelikle düşünülmelidir. Tanı doğrulandığında ise ideal tedavi seçeneği karın içine bulaşmayı önleyerek kistin total eksizyonu olmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Yorgancı K, Sayek I. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver in the area of percutaneous treatment. *Am J Surg* 2002; 184: 63-69.
2. Özmen MM, Moran M, Karakahya M, Coşkun F. Recurrent acute pancreatitis due to a hydatid cyst of the pancreatic head: a case report and review of the literature. *JOP* 2005; 6: 354-358.
3. Biava MF, Dao A, Fortier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. *World J Surg* 2001; 25: 10-14.
4. Erkan N, Hacıyanlı M, Yıldırım M, Yılmaz C. A case report of the unusual presence of hydatid disease in the pancreas and breast. *JOP* 2004; 5: 368-372.
5. Krige JE, Mirza K, Bornman PC, Beningfield SJ. Primary hydatid cysts of the pancreas. *S Afr J Surg* 2005; 43: 37-40.
6. Schiano di Visconte M, Lombardo C, Munegato G. Pancreatic echinococcosis. *Chir Ital* 2003; 55: 585-590.
7. Durgun V, Perek A, Kapan M, Perek S, Insel H. Hydatid cyst of the pancreas: a case report 1998; 33: 205-206.
8. Balık AA, Çelebi F, Başoğlu M, Ören D, Yıldırım I, Atamanalp SS. Intra-abdominal extrahepatic echinococcosis. *Surg Today* 2001; 31: 881-884.
9. Kireşi DA, Karabacaköğlü A, Ödev K, Karaköse S. Uncommon locations of hydatid cysts. *Acta Radiologica* 2003; 44: 622-636.
10. Saimont AG. Medical treatment of liver hydatidosis. *World J Surg* 2001; 25: 15-20.
11. Bosanac ZB, Lisanin L. Percutaneous drainage of hydatid cyst in the liver as a primary treatment: review of 52 consecutive cases with long-term follow-up. *Clinical Radiology* 2000; 55: 839-848.
12. Chai J, Menghebat M, Wei J, et al. Clinical efficacy of albendazole emulsion in treatment of 212 cases of liver cystic hydatidosis. *Chin Med J* 2002; 115: 1809-1813.
13. Menezes da Silva A. Hydatid cyst of the liver-criteria for the selection of appropriate treatment. *Acta Tropica* 2003; 85: 237-242.