

Primer İntraperitoneyal Pelvik Kist Hidatik Rüptürü: Olgu Sunumu

Aziz Sümer¹, Kasım Çağlayan², Atilla Çelik³, Ediz Altınlı³, Neşet Köksal³

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van,

²Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yozgat,

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Primer intraperitoneyal pelvik kist hidatik rüptürü: Olgu sunumu

Kist hidatik Türkiye'de endemik bir hastalıktır. Çoğunlukla karaciğer yerleşimlidir. Primer peritoneyal kist hidatik nadirdir ve bunun mekanizması bilinmemektedir. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi hidatik kist hastalığının tanısında temel tanı araçlarıdır. Cerrahi tedavi esastır. Bu makalede biz karın ağrısı hikayesi ile acil servise başvuran 25 yaşında primer peritoneyal pelvik kist hidatik rüptürü olan erkek olguyu sunduk. Ameliyatta pelvik kist hidatik rüptürü saptandı ve çıkartıldı. Kısmi omentektomi uygulandı. Peritoneyal kavite hipertonic NaCl ile yıkandı. Albendazol ile medikal tedaviye başlandı. Olgunun postoperatif dönemi sorunsuzdu. Endemik bölgelerde kist hidatik pelvik kistlerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Primer hidatik kist, pelvik bölge, rüptür

ABSTRACT

Primary intraperitoneal pelvic hydatid cyst rupture: case report

Hydatid disease is an endemic disease in Turkey. It is located mostly in the liver. Primary peritoneal hydatid cyst is rare and the mechanism of this infection is unknown. Ultrasonography and computerized tomography are the main diagnostic tools in identifying hydatid cyst. Surgical treatment is mandatory. In this article we report a case of primary intraperitoneal pelvic cyst hydatid rupture in a 25 years old male who admitted to the emergency department with a history of abdominal pain. At operation, ruptured pelvic hydatid cyst was found and excised. Partial omentectomy was applied. Peritoal cavity was lavaged with hypertonic saline solution. Medical therapy with albendazole was started. The postoperative course of the patient was uneventful. In endemic regions, hidatid cyst should be thought in differential diagnosis of pelvic cyst.

Key words: Primary hydatid cyst, pelvic region, rupture

Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:35-38

GİRİŞ

Kist hidatik (KH) *Echinococcus granulosus* larval formunun neden olduğu bir hastalıktır. KH hastalığının karaciğerde yerleştiği ve o dönemdeki tedavi şekli ilk olarak Hipokrat tarafından tarif edilmiştir (1). KH için kesin konak köpekler, ara konak ise insanlardır (2,3,4).

KH dünyanın bir çok ülkesinde en önemli medikal ve toplum sağlığı problemini oluşturmaya devam etmektedir. KH Türkiye, Ortadoğu, uzak doğu, Güney Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda, Çin ve Kenya gibi ülkelerde endemiktir (4,5). Seyahat olanaklarının artmasına, özellikle tropikal ve endemik bölgelere seyahatlerin artması ile birlikte,

KH görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde de artmaktadır (6,7,8).

KH sıklıkla karaciğer (%70) ve akciğeri (%10-15) etkiler. Daha az sıklıkta ise dalak, böbrekler, kalp, kemikler, santral sinir sistemi v.b bölgeleri de etkileyebilir (5,6). Peritoneyal/pelvik KH ise nadirdir ve rastlantısal olarak bulunmaktadır (9). Primer peritoneyal KH ortalama %2 oranında görülmektedir ve mekanizması tam olarak bilinmemektedir (5).

Bu yazıda amaç minimal travmaya bağlı gelişen primer intraperitoneyal pelvik kist hidatik rüptürü olgusunu sunmak ve literatür eşliğinde incelemektir.

OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşında erkek olgu bir günlük ağırlık kaldırma sonrasında gelişen ani, kendi deyimi ile bıçak saplanır tarzda ve yaklaşık olarak beş dakika süren karın ağrısı şikayeti ile. acil servise başvurdu. Olgunun fizik muayenesinde TA:120/70 mmHg, Nb: 80/dk ritmik,

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Aziz Sümer
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van
Telefon / Phone: +90-533-744-2167

Elektronik posta adresi / E-mail address: azizsumer2002@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 1 Kasım 2009 / November 1, 2009

Kabul tarihi / Date of acceptance: 27 Aralık 2009 / December 27, 2009

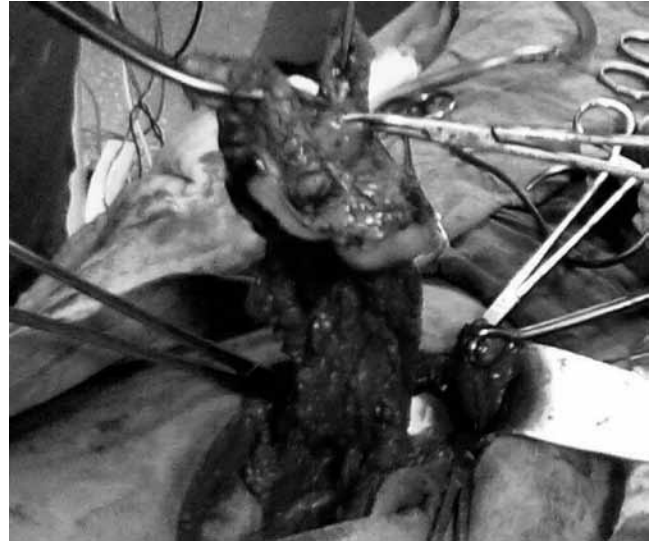
aksiller ateş:37.6°C, rektal ateş 37.3°C olarak tespit edildi. Batın muayenesinde; her iki alt kadranda hassasiyet mevcuttu, defans ve rebound saptanmadı. Başvuru sırasında yapılan tetkiklerinde; tam idrar tetkiki normal, Hb:13,2 g/dl, Htc: 39, Lökosit:16600mm³ olarak bulundu. Batın ultrasonografisinde (USG) perihepatik serbest sıvı saptandı. Batın içi başka patoloji tespit edilmedi. Olgu bu bulgularla karın ağrısı etyolojisi araştırılmak üzere yatırıldı. Olgunun takiplerinde bir sonraki gün karın ağrısında artma oldu ve kusma şikayeti gelişti. Kontrol fizik muayenesinde; barsak seslerinin azaldığı tespit edildi ve batında her iki alt kadranda rebound olduğu tespit edildi. Lökosit takiplerinde artış saptandı (lökosit 2:19000mm³). Ayakta çekilen direk batın grafisinde



Resim 1: Hava sıvı seviyeleri



Resim 2: Sağ pelvik bölgede kist hidatik ile uyumlu görünüm



Resim 3: Peroperatif rüptüre pelvik KH görünümü

hava-sıvı seviyesi tespit edildi (Resim 1). Bu bulgularla olguya bilgisayarlı batın tomografisi (BT) çekildi. Batın BT'de perihepatik serbest sıvı, batın alt kadranda mesane sağ süperoposterioruna lokalize serbest sıvı ve skoleks/komplike kist ile uyumlu olabilecek hiperdens lezyon tespit edildi (Resim 2). Olgu intraabdominal kist rüptürü veya içi boş organ perforasyonu ön tanıları ile acil ameliyata alındı. Eksplorasyonda; batında yaklaşık 150-200 cc hafif pürülan karakterde sıvı saptandı ve aspire edildi. Eksplorasyonun devamında sağ pelvik alanda mesane posterior yerleşimli rüptüre, omental yapışıklıklar içeren kist hidatik tespit edildi (Resim 3). Batında başka bir alanda kist saptanmadı. Kistektomi ile birlikte yapışık olan omentum kısmını da içerecek şekilde parsiyel omentektomi yapıldı ve peritoneyal kavite hipertonic NaCl solüsyonu ile yoğun bir şekilde yıkandı. Sağ alt kadrana bir adet dren konularak ameliyat sonlandırıldı. Olguya postoperatif dönemde 10mk/kg/gün dozunda albendazol (Andazol; Biofarma, İstanbul, Türkiye) tedavisi başlandı. Dren postoperatif ikinci gün çekildi ve olgu postoperatif yedinci günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Çekilen posterior anterior akciğer grafisi, batın USG ve batın BT tetkiklerinde diğer organlarda herhangi bir odak saptanmadı. Hasta bu bulgularla primer intraperitoneyal pelvik kist hidatik rüptürü olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Ülkemiz gibi endemik olan bölgelerde KH tanı ve tedavisi halen problem olmaya devam etmektedir.

Ülkemiz tıp tarihinde ilk KH makalesi Katipyan tarafından "kyste hidatique multioculare" ismi ile 1872 yılında yazılmıştır. KH ile ilgili ilk Türkçe çalışmanın sonuçları ise 1928 yılında yayınlanmıştır. Ülkemizde KH oranı 1.3/100 000 nüfus olarak verilmektedir ve KH için hesaplanan cerrahi olgu oranı 0.87-6.6/100 000 olarak verilmektedir (4).

KH özellikle karaciğer ve akciğerde görülmekle birlikte vücudun her yerinde görülebilir. Karın içi hidatik kistlerin %14-%19 ekstrahepatik yerleşimlidir (10). İntraperitoneyal/pelvik KH hastalığı ya başka bir organda yerleşmiş bulunan KH spontan yada travmatik perforasyonu sonucu sekonder oluşmakta yada diğer organlarda herhangi bir odak olmadan primer oluşmaktadır. Primer pelvik KH görülmesi değişik patogeneze mekanizmaları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlardan birincisi larva formunun karaciğer ve akciğerde yakalanmadan kana karışarak vücudun değişik yerlerine yayılması yani kan yolu ile yayılımdır. İkinci patogenetik mekanizma; larva formunun barsak lenfatik sisteminden torasik kanala geçerek vücudun değişik yerlerine yayılması yani lenfatik yayılım, üçüncü ise Deve'nin klasik teorisidir (11). Buna göre primer karaciğer, dalak ve mezenterik kist hidatiklerin yırtılması sonucu, kist içeriği batın içine yayılmakta, daha sonra primer kistler teşhis yöntemleri ile gözden kaçmakta ve skar dokusu bırakarak iyileşmektedirler.

Diğer taraftan sekonder intraperitoneyal/pelvik KH'in en önemli nedeni travma sonrası oluşan kist rüptürü olarak Akcan ve ark. tarafından belirtilmektedir (12). Travmatik KH rüptürü incelendiğinde en sık mekanizmanın düşme olduğu Gunay ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir (13). Karaciğer kist hidatik rüptürü için yaş, kist çapının > 10 cm olması ve yüzeysel yerleşimli olması belirgin risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (12). Olgumuzda muhtemel ağırlık kaldırma sırasında meydana gelen minimal bir travmanın rüptüre neden olduğunu düşünmekteyiz.

KH bulgu ve belirtileri kistin yerleşim yerine, büyüklüğüne, diğer organlar ile ilişkisine ve komplikasyon varlığına bağlı olarak değişkenlik gösterir (2,5). Literatür incelendiğinde karaciğer, dalak, pankreas, mezenterik ve retrovezikal kistlerin gastrointestinal sisteme rüptüre veya fistüle olmasına bağlı gelişen mekanik barsak tıkanıkları bildirilmiştir (10).

KH'in periton içine rüptürü ciddi anaflaktik reaksiyonlara neden olabilir. Periton içine rüptüre olan KH hastalığında sistemik anaflaktik reaksiyon oranı %1 ile %12.5 arasında bildirilmiştir (12,14). Rüptüre vakalarda anaflaksi

ve ani ölüm oranını %25 olarak bildiren çalışmalarda mevcuttur (2). Olgumuzda herhangi bir alerjik reaksiyon olduğunu gösteren bulgu ve belirtiye (ürtiker, kaşıntı, solunum sıkıntısı v.b) rastlanmadı.

KH tanısı immünolojik testler ve radyoloji ile konulabilir. USG ve BT çok önemli tanısal araçlardır ve özellikle USG ile yapılan Gharbi sınıflaması hastalığın morfolojisi hakkında ayrıntılı bilgi verir (7,14,15).

KH hastalığının tedavisinde son yıllarda perkutanöz drenaj teknikleri gündeme gelmesine rağmen; cerrahi hala KH tedavisinde en önemli tedavi yöntemi olma özelliğini devam ettirmektedir (1,5,14,15) Cerrahi intraperitoneyal/pelvik yerleşimli KH hastalığının hem tanısında hem de tedavisinde önemlidir. İdeal tedavi; yayılımı ve bulaşmayı önleyecek şekilde, dikkatli diseksiyon ile rüptüre etmeden kisti çıkarmaktır (10).

Peritona rüptüre KH olgularında peritoneyal kavitenin skolosidal ajanlarla yıkanmasının yararlı olduğu kabul edilmesine rağmen, hangi ajanın daha etkili ve zararsız olduğu bilinmemektedir. Bazı yazarlar hipertonic NaCl solüsyonlarının etkili olmadığını belirtmektedirler ve bu nedenle povidon iyodür kullanılmasını önermektedirler (14). Her ne kadar povidon iyodür solüsyonunun skolosidal etkisi deneysel çalışmalarda yüksek bulunsu bile, toksik etkileri de göz ardı edilmemelidir (5). Komplike vakalarda hipertonic NaCl solüsyonları ile peritoneyal kavitenin yoğun yıkanmasının rekürrensi önlemek için gerekli olduğunu bildiren yazarlar da vardır (12). Bizde olgumuzda hipertonic NaCl solüsyonu ile yoğun bir şekilde peritoneyal kaviteyi yıkadık.

Cerrahi sonrası hastalara 10mg/kg/gün dozunda albendazole tedavisinin iki yada üç aylık süre için güvenilir ve etkin olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda rüptüre olmuş KH olgularında albendazolün profilaktik aktivitesi önemlidir (5,15). Biz de olgumuza cerrahi sonrası dönemde albendazol tedavisi başladık.

HK morbiditesinin %12 ile %63 arasında olduğu bildirilir. Perfore karaciğer kist hidatik olgularında operatif mortalite oranı %0 ile %11.8 oranında rapor edilmiştir (12). Rekürrens oranlarına baktığımız zaman; açık cerrahi uygulanan karaciğer KH olgularında %3 ile %10 arasında değişir (14,16). Perforasyon olan grupta rekürrens oranı %0 ile %13 arasında verilmektedir (12). Batın içi/pelvik KH rüptürleri sonrası rekürrens oranlarını bildiren çalışmaya literatür taramamızda rastlamadık. Bununla birlikte bir çalışmada rüptüre olmayan peritoneal KH saptanan 11 olgunun ortalama 38 aylık takiplerinde sadece bir olguda

rekürrens saptandığı belirtilmiştir (17). Fakat biz; bizim olgumuz gibi, rüptüre peritoneyal/pelvik KH olgularında rekürrens oranının daha fazla olabileceğini düşünüyoruz.

Sonuç olarak; kist hidatik olgularının sık görüldüğü ülkemizde pelvik kistlerin ayırıcı tanısında kist hidatik de ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir durumdur.

KAYNAKLAR

1. Kouskos E, Chatziantoniou J, Chrissafis I, Anitsakis C, Zamtrakis S. Uncommon locations of hydatid cysts. Singapore Med J 2007; 4: 119-121.
2. Ozturk G, Aydinli B, Yildirgan MI, et al. Posttraumatic free intraperitoneal rupture of liver cystic echinococcosis: a case series and review of literature. Am J Surg 2007; 194: 313-316.
3. Sielaff TD, Curley SA. Liver. In: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE (Eds), Schwartz's Principles of Surgery. New York: Mc Graw-Hill; 2005; p. 1139-1186.
4. Pekcici MR, Canlı AB, Uyanık İ, İnceköy M. Abdominal kist hidatik olgularımızın retrospektif değerlendirilmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi 2004; 1: 5-10.
5. Sözüer EM, Ok E, Arslan M. The perforation problem in hydatid disease. Am J Trop Med Hyg 2002; 66: 575-577.
6. Khuroo MS, Wani NA, Javid G, et al. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts. N Engl J Med 1997; 337: 881-887.
7. Goktay AY, Secil M, Gulcu A, et al. Percutaneous treatment of hydatid liver cysts in children as a primary treatment: long-term results. J Vasc Interv Radiol 2005; 16: 831-839.
8. Safioleas MC, Misiakos EP, Kouvaraki M, Stamatakos MK, Manti CP, Felekouras ES. Hydatid disease of the liver: a continuing surgical problem. Arch Surg 2006; 141: 1101-1108.
9. Tarcoveanu E, Dimofte G, Bradea C, Crumpei F, Anton R, Moldovanu R. Multiple peritoneal hydatid disease after rupture of a multivesicular hepatic hydatid cyst. Case report. J Gastrointest Liver Dis 2006; 3: 301-305.
10. Onur E, Köksal N, Uzun MA, Sümer A, Altınlı E, Çelik A. Mekanik intestinal obstrüksiyona neden olan ekstrahepatik intraabdominal dev kist hidatik. Bakırköy Tıp Dergisi 2006; 2: 28-30.
11. Balık AA, Çelebi F, Başoğlu M, Ören D, Yildirgan I, Atamanalp SS. Intra-abdominal extrahepatic echinococcosis. Surg Today 2001; 31: 881-884.
12. Akcan A, Akyıldız H, Artis T, Ozturk A, Deneme MA, Ok E, Sozuer E. Peritoneal perforation of liver hydatid cysts: clinical presentation, predisposing factors, and surgical outcome. World J Surg 2007; 31: 1284-1291.
13. Gunay K, Taviloglu K, Berber E, et al. Traumatic rupture of hydatid cysts: a 12-year experience from an endemic region. J Trauma 1999; 46: 164-167.
14. Kapan M, Kapan S, Goksoy E, Perek S, Kol E. Postoperative recurrence in hepatic hydatid disease. J Gastrointest Surg 2006; 10: 734-739.
15. Kapan S, Turhan AN, Kalayci MU, Alis H, Aygun E. Albendazole is not effective for primary treatment of hepatic hydatid cysts. J Gastrointest Surg 2008; 12: 867-871.
16. Ertem M, Karahasanoglu T, Yavuz N, Erguney S. Laparoscopically treated liver hydatid cysts. Arch Surg 2002; 137: 1170-1173.
17. Koyuncu A, Aydin C, Turan M, Taş F, Gökğöz S, Sen M. Traumatic pelvic hydatid cyst rupture: report of a case. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2003; 9: 212-214.