

Altmışdört hidatik kistli olgunun analizi

Ünal ZORLUDEMİR, Hasan OKUR, Selçuk YÜCESAN, Işık OLCAY

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana

Özet

Hidatik kistli 64 olgunun kayıtları gözden geçirilerek fizik muayene, tanı ve tedavi yöntemlerimiz tartışıldı. Hastaların 38'inin kız, 26'sının erkek olduğu belirlendi. Kistin akciğerde yerleşim gösterdiği çocuklarda, tablonun infeksiyon bulguları ile ortaya çıktığı ve muayenede patolojik seslerin bulunduğu gözlemlendi. Kistin karaciğerde ya da karın içinde bulunduğu olgularda, önde gelen belirtinin karında kitle olduğu saptandı. Bu arada, çocuk yaş grubu hidatik kistlerinde ameliyat öncesi ve sonrası tanıları arasında farklılıklar bulunabileceği, ameliyat öncesinde yanlıgilara düşülebileceği gösterildi. Akciğer hidatik kistleri, grubun büyük bir bölümünü oluşturmaktaydı. Ameliyat sırasında skolisidal ajan olarak daha çok sodyum klorür solüsyonlarının kullanıldığı belirlendi. Parsiel kistektomi ve omentopeksi en çok uygulanan cerrahi girişim türüydü. Hastanede ortalama kalış süresi 10 gündü. % 10.9 olguda ameliyat sonrası komplikasyon; % 3 olguda ise mortalite gözlemlendi.

Anahtar kelimeler: Hidatik kist, echinococcus granulosus

Summary

Analysis of 64 patients with hydatid disease- A retrospective study

In this retrospective study, symptoms, diagnostic methods and treatment modalities were analyzed in 64 patients with hydatid disease. 26 were male and 38 were female. Major site of localization was the lung and thus presenting symptoms included recurrent pulmonary infections and abnormal auscultatory sounds. Abdominal mass was the initial symptom in abdominal or hepatic localization. In pediatric age group, pre and postoperative diagnosis might differ in hydatid disease. During the operation NaCl solutions were used as a scolicedal agent. Partial cystectomy and omentopexy was the main surgical method applied. Mean duration of hospitalization was 10 days. Mortality rate was found to be 3 %. In 10.9 % various complications were seen.

Key words: Hydatid disease, echinococcus granulosus.

Giriş

Echinococcus granulosus ülkemizde endemik olarak bulunur⁽¹⁾. Çukurova yöresinde sık gözlenen bir infestasyon türüdür. Bu durum çocuk yaş grubu için de geçerlidir. Araştırmalarımızda Mart 1976-Ağustos 1986 yılları

arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'na hidatik kistli 64 hastanın başvurmuş olduğunu gördük. Bu hastalarımızda bulgular, tanı ve cerrahi tedavi yöntemlerimizi gözden geçirecek sonuçlarını ortaya koymak, elde ettiğimiz sonuçları literatürle kıyaslamak istedik.

Gereç ve yöntem

10 yıllık süre içinde başvurmuş olan 64 hastanın kayıtları gözden geçirildi. Hastaların 38'i kız 26'sı er-

Adres: Ünal ZORLUDEMİR, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana.

TABLO I. Altmışdört kist hidatikli çocukta fizik muayene bulguları.

	Hasta Sayısı	Yüzde
Akciğer seslerinde değişiklikler	25	39.0
Karında palpabl kitle	20	31.2
Akciğerde perküsyonda matite	14	21.8
Hepatomegali	13	20.3
İnspeksiyonda kitle	3	6.2
Situs inversus totalis	1	1.5

TABLO III. Hidatik kistli hastalarda uygulanan cerrahi girişimler.

A-Kist Boşaltılması	
a-) Kapitonaj	
a ₁ -) Eksternal	7
a ₂ -) İnternal	34
b-) Marsupializasyon	
c-) Açık bırakma	5
d-) Fistül ligasyonu	1
e-) Tüp drenajı	4
B- Parsiyel Kistektomi ve omentopeksi	47
C- Lobektomi (Akciğer)	
c ₁ -) Sağ orta	2
c ₂ -) Sağ alt	1
c ₃ -) Sol üst lobektomi	1
E- Segmentektomi (Akciğer)	4
F- Dekortikasyon	1
G- Torakostomi	1
H- Parsiyel Hepatektomi	2
I- Nefrektomi	2
J- Splenektomi	1

kekti. Kız erkek oranı 1.4'dür. En küçüğü 4 en büyüğü 14 yaşındadır. Çoğunluk 8-13 yaş grubundadır. Hastaları kliniğe getiren başlıca şikayetler arasında: ateş, istahsızlık, zayıflama, dispeptik yakınmalar, öksürük, karında kitle, hemoptizi, göğüs ağrısı, nefes darlığı ön planda gelmekteydi. Başlıca fizik muayene bulguları ise Tablo-1'de özetlenmektedir. Casoni testi uygulanan 16 çocukta sadece 7'sinde (% 44); Weinberg testi yapılan 17 olgudan ise yalnız 8'inde (% 47) pozitif sonuç alınmıştır. Eosinofiliye olguların 5'inde (% 8) rastlanmıştır.

Direkt radyolojik incelemeler tanıya varmada yararlı olmuştur. Çekilen akciğer grafilerinde altı çocukta kalsifikasyon, dördünde perikist görünümü, diğer dördünde ise sıvı seviyesi saptanmıştır. Ayakta direkt karın grafisinde ise iki olguda kalsifikasyon, iki çocukta perikist görünümü, diğer ikisinde ise sıvı seviyesi görülmüştür. 14 olguda karaciğer sintigrafisi, 9 olguda ultrasonografik araştırma, 4 çocukta İVP, 1'inde de sistogram tanıya varmada yardımcı

TABLO II. Preoperatif ve postoperatif tanıları farklı olan hastalarımız.

Ameliyat öncesi tanı	Ameliyat sonrası tanı
Pnömatosel	Akciğer hidatik kisti
Sol pyopnömotoraks	İnfekte rüptüre hidatik kist
Over teratomu	Pelvik hidatik kist
Anterior meningosel	Lombo-sakral hidatik kist
Karaciğer absesi	İnfekte hidatik kist
Situs inversus totalis	Böbrek hidatik kisti
Karaciğer ya da böbrek hidatik kisti	Böbrek hidatik kisti
Karaciğer hidatik kisti	Karaciğer ve böbrek hidatik kisti

olmuştur. 1 olgumuzda tüm vücut tomografisi gerekmiştir.

Hastaların bir bölümünde ameliyat öncesi tanıları, ameliyat sonrası tanılarından farklılıklar göstermiştir. Bu bulguların dökümü Tablo-II'de sunulmaktadır. Olguların hiçbirinde ameliyat öncesi medikal tedavinin uygulanmamıştır. 29 çocukta torakotomi (17 sağ, 12 sol) uygulanmıştır. Diğer 35 olguda ise çeşitli karın insizyonları ve lomber kesiler yapılmıştır.

Göğüs yerleşimli 29 kistten 17'si sağ akciğerde (4 üst lob, 7 orta lob, 6 alt lob) yerleşmişti ve soliterdi. Buna karşın 12 kiste soliter olarak sol akciğerde (6 üst lob, 6 alt lob) rastlanmıştır. Karın içi yerleşim gösteren kistlerin ise buldukları organa göre dağılımları şöyle sıralanmaktaydı: 17 karaciğer sağ lobunda, 3 karaciğer sol lobunda, 3 karaciğerde multipl kist, böbrekte yerleşim 3 (2 sağ, 1 sol), 1'er tane dalak, çekum mezosu ve pelvis içinde kist.

Yapılan eksplorasyonlarda 11 olguda akciğer içi kistlerin ameliyat öncesi dönemde rüptüre oldukları, 1 hastada da karaciğer kistinin açılmış olduğu gözlenmiştir. Ameliyat sırasında, kist çevresi skolosidal ajanlarla ıslatılmış kompres ve tamponlarla korunmuştur. Skolosidal ajan olarak 22 çocukta (% 3'lük ya da % 30'lük) sodyum klorür solüsyonu, 11'inde betadin solüsyonu, 5'inde formol, 4'ünde % 30 dekstrozu solüsyonu kullanılmıştır. Bir olguda formole bağlı allerjik reaksiyon gelişmiştir. 64 hastamızda uygulanan çeşitli cerrahi girişimlerin dökümü ise Tablo-III'de gösterilmiştir. Buna göre en sık uygulanan işlemin parsiyel kistektomi + omentopeksi olduğu gözlenmektedir. Kistotomi ve kapitonaj yöntemi ise ikinci sırayı almaktadır. Hastanede kalış süresi genellikle 5-15 gün arasında değişmektedir. Bununla birlikte infekte kistlerde ya da spontan olarak perfore olmuş kistlerde bu süre 5 olgumuzda 22-63 güne kadar çıkmıştır. Yedi olguda (% 11) subfrenik

Tablo-IV. Hidatik kist nedeniyle ameliyat olan hastalarımızdaki komplikasyonlar.

Kist Lokalizasyonu	Cerrahi İşlem	Komplikasyon
Karaciğer Sağ lobunda Hidatik Kist	Parsiyel kistektomi, İnternal Kapitonaj	Subfrenik Apse
İnfekte Sol Akciğer Hidatik Kisti	Sol üst lobektomi	Yara İnfeksiyonu Ampiyem Bronkoplevral fistül Septisemi
İnfekte Sol Akciğer Hidatik Kisti ve Ampiyem	Torakostomi	Bronkoplevral fistül
Karaciğer Sağ lobu Hidatik Kist	Parsiyel kistektomi İnternal Kapitonaj	Subfrenik Apse
Sağ Akciğer üst lobunda Hidatik Kist	Segmentektomi	Atelektazi
Sağ Akciğer üst lobunda hidatik kist	Kistektomi	Atelektazi
Karaciğer sağ lobunda multipl Hidatik Kist	Parsiyel Hepaktektomi	İntraabdominal Kanama

abse, yara infeksiyonu, ampiyem, bronkoplöral fistül, septisemi, atelektazi, kanama gibi komplikasyonlar ortaya çıkmıştır (Tablo-IV). 2 olgu yitirilmiştir. Mortalite oranı % 3.1'dir.

Tartışma

Komplike olmamış hidatik kistler genellikle semptomsuzdur. Parazite bağlı allerjik reaksiyonlarda ve kiste bağlı basının olduğu halde çeşitli semptomlar ortaya çıkmaktadır^(2,11,14,16). Biz de komplike olmayan olgularımızda genellikle nonspesifik bazı belirtiler saptadık. Hastalarımız arasında kırsal bölge ve kentten gelenlerin eşit oranda olduklarını saptadık. Bu da hidatik kist infestasyonun yerleşim yerinden çok, hijyenik koşullarla ilgili olduğunu göstermektedir.

Literatür verilerine göre Casoni testi % 81-87, Weinberg reaksiyonu ise % 68-69 oranında pozitif cevap vermektedir^(1,13). Bu oranlar bizim serimizde % 44 ve % 47 olarak belirlenmiştir. Eosinofili ise sadece % 8 hastada bulunmuştur. Bu veriler, belirtilen testlerin hiç değilse çocuklarda güvenilirliğinin sanılandan daha düşük oranda olacağını göstermektedir. Klasik bilgilere göre, akciğer ve direkt karın grafilerinde kiste ait kalsifikasyon, kistin bronşa ya da gastro-intestinal sisteme açılmasına bağlı hava-sıvı düzeyleri, germinatif membrana ait kaba dalgalar (perikist gö-

rünümü) saptanabilir^(3,14). Sekiz olgumuzda kalsifikasyon (%12.5), altısında perikist görünümü (% 9) ve diğer altı olgumuzda da (% 9) hava-sıvı düzeyinin belirlenmesi bu verilere uyum göstermektedir. Ancak bu bulgulara rastlanma olasılığının düşük oluşu, güvenilirlik konusunda kuşku vermektedir. Karın içi yerleşimli kistlerde ultrasonografinin % 89, karaciğer sintigrafisinin % 85-90 oranında tanı değerinin bulunduğu bildirilmiştir^(6,8,13). 22 olgumuzda ultrasonografi yaklaşık % 95 oranında pozitif sonuç vermiştir. Tüm vücut tomografisi çok değerli bir tanı yöntemi ise de, pahalı olması ve her zaman kullanım olanağının bulunmaması nedeniyle geniş ölçüde yararlandığımız bir yöntem değildir. Ancak 1 olgumuzda kullanılabilmiş ve yararlı olmuştur. Arteriografi, splenoportografi gibi tanı yöntemlerinin ise çocuklarda hidatik kist tanısına varmada pek tercih edilmeyen araştırmalar olduğu kanısındayız.

8 olgumuzda ameliyat öncesi tanıları, ameliyat sonrası bulgularımıza uyum göstermemiştir. Yanılgı oranımız % 12,5'dur. Bu durum bizler için eğitici olmuş ve deneyimlerimiz artması ile oranın düştüğü gözlenmiştir.

Hidatik kistli olgularda yüksek doz mebendazol ve albendazolün yararlı sonuçlar verdiği söylenmekte ise de, kesin sonuçlar için henüz zamanın erken olduğu kanısındayız.

Literatür verilerine göre bu tür ilaçlar için en önemli kullanım alanı, cerrahi olarak çıkarılması mümkün olmayan olgulardır^(7,10). Serimizdeki hiçbir hastada bu tür bir tedavi yaklaşımı benimsenmemiştir.

Çeşitli araştırmacılar, hidatik kistin daha çok karaciğerde yerleştiğini⁽²⁾, % 15-30 oranında da akciğerlerde bulunabileceğini⁽³⁾ öne sürmüşlerdir. Olgularımızın 29'unda (% 45) kist akciğerlerde yerleşmiştir. Tek ve çok sayıda olmak üzere, 23 hastada kistler karaciğerde bulunmuştur. Akciğer hidatik kistinin, hasta grubumuzda neden daha yüksek oranda bulunduğunu söylemenin güç olduğu inancındayız. Bu arada 11 akciğer kisti ve 1 karaciğer kistinin ameliyat öncesinde rüptüre olması % 18.7'lik bir rüptür oranını ortaya çıkarmaktadır. Bu oldukça yüksek sayılabilecek bir orandır. Derin inspirasyon ve ekspirasyon hareketleri, öksürükler akciğer kistlerinin delinmesinde etkili olabilirler^(1,16).

Hidatik kist ameliyatlarında skolisidal olarak hangi ajan kullanılmalıdır? Bu amaçla formalin, sodyum klorür solüsyonları, alkol, iyod, gümüş nitrat solüsyonları, povidon iodin kullanılmıştır⁽¹⁵⁾. Ancak ideal ajanın hangisi olduğu konusunda yerleşmiş bir kanı bulunmamaktadır. Biz % 3ve % 30'luk NaCl solüsyonu, % 30'luk dekstroz, formalin ve betadin kullandık. Kanımızca, betadin güvenle uygulanabilecek bir skolisidal ajandır.

Cerrahi tedavide değişik yöntemler kullanılmaktadır. Skolisidal ajanın kist içine injekte edilip, kistin boşaltılmasından sonra kistektomi, kapitonaj, omentoplasti, hepatektomi, akciğer segmentektomisi veya lobektomisi gibi yöntemlerden biri kistin büyüklüğü ve yerleşim yerine göre kullanılabilir. Marsüpiyalizasyon ya da tüb trenajı ise artık önerilmeyen yöntemlerdir^(5,9). Hidatik kist cerrahisinde, parsiel kistektomi sonrası kalan kist boşluğu temel sorunlardan birini oluşturmaktadır. Karın boşluğundaki kistlerde Papadimetriou, kavitenin pediküllü omentum ile doldurulmasını tavsiye etmektedir⁽⁹⁾.

Serimizdeki parsiel kistektomilerin % 73.4'ünde omentopeksi de uygulanmıştır. Kapitonaj özellikle karaciğer hidatik kistlerinde tercih edilebilecek yöntemlerin başında gelmektedir⁽⁴⁾. Biz, olgularımızda kapitonajı internal olarak ve kromik katgüt kullanılarak uyguladık. Buna karşın Akınoğlu ve ark.⁽¹⁾ eksternal kapitonajı önermektedirler. Biz 24 olguda internal ve 4 olgumuzda eksternal kapitonaj uyguladık. Bu grupta hiçbir komplikasyona rastlamadık. Seçilmiş olgularda, parsiel kistektomiden sonra kist boşluğunun açık bırakılabileceği kanısındayız. Nitekim 5 hastada bu yöntemi, komplikasyon olmaksızın uyguladık. İnfekte kistlerde, marsüpiyalizasyon ya da tüb drenaj zorunlu olmaktadır⁽¹³⁾. Dört hastada tüb drenaj zorunlu olarak uygulanmıştır. Bu yöntem hastanede kalış süresini çok uzatmamıştır. Periferik yerleşimli kistlerde önerilen kistektomi⁽¹⁴⁾, 6 hastamızda başarı ile uyguladık. Uygun olgularda, parsiel karaciğer rezeksiyonu⁽⁴⁾ önerilmektedir. Biz 2 olguda bu yöntemi uyguladık. Ancak, birinde ameliyat sonrası dönemde kanama nedeniyle ikincil girişim gerekli olmuştur.

4 akciğer kistinde parenkimin hiç kalmaması nedeniyle lobektomi uygulanmıştır. Diğer 4 hastamızda ise benzer nedenle segmentektomi gerekmiştir. İki infekte akciğer kistinde torakostomi ve dekortikasyon yapılmıştır. Üç hastada kistin parenkimi tam olarak zarara uğratması nedeniyle splenektomi (1) ve nefrektomi (1) gerekli olmuştur. Olguların hastanede kalış süreleri 10 gün dolayında olmakla birlikte, infekte kistlerde ve bronşa açılmanın görüldüğü durumlarda bu süre 63 güne kadar uzayabilmiştir.

Komplikasyonlarımız içinde infeksiyon en önemli yeri almaktadır. Genel komplikasyon oranımız % 11 olup bunun yaklaşık 3/4'ü infeksiyonlarla ilgilidir. Genel komplikasyon oranı Sayek ve Yalın'ın serisinde % 47 olarak belirtilmiştir⁽¹⁴⁾. Mortalitemiz % 3'dür ve ülkemizde verilen diğer mortalite oranları ile (% 3-% 6.3) uyum göstermektedir^(1,14).

Kaynaklar

1. Akınoğlu A, Bilgin İ, Erkoçak EU: Surgical management of hydatid disease of the liver. *Can J Surg* 28: 171, 1985.
2. Bumin O: Sindirim Sistemi Cerrahisi, 2. baskı, Ank Üniv Tıp Fak Yayını, 1969, s: 333.
3. Bumin O: Karaciğer hidatik kisti. Akata O (Ed) "Cerrahi", Ank Üniv Tıp Fak Yayını, 1975, s: 461.
4. Cohen Z, Stone RM, Langer B: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Can J Surg* 19: 416, 1976.
5. Dintsman M, Chaimoff E, Woloch Y, Lubin E: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Arch Surg* 103 76, 1971.
6. Gönen Ö: Karaciğer Hastalıklarında B-Scan Ultrasonografi (Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara, 1977.
7. Kammerer WS, Schautz PM: Long-term follow-up of human hydatid disease (*Echinococcus granulosus*) treated with a high-dose mebendazole regimen. *Am J Trop Med Hyg* 33: 132, 1984.
8. Niron EA, Özer H: Ultrasound appearances of liver hydatid disease. *Br J Radiol* 54: 335, 1981.
9. Papadimetriou J, Mandrekas A: The surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Br J Surg* 57: 431, 1970.
10. Petersen E, Thoren G, Berquist R: Mebendazole treatment of *echinococcus granulosus* infection. Report of a case. *Am J Trop Med Hyg* 32: 1071, 1983.
11. Romero-Torres R, Campbell JR: An interpretive review of the surgical treatment of hydatid disease. *Surg Gynecol Obstet* 121: 815, 1965.
12. Sabiston DC, Spencer FC: *Gibbon's Surgery of the Chest*. 3. baskı, Philadelphia, Saunders, 1969, s: 527.
13. Saidi F: *Surgery of Hydatid Disease*, Philadelphia, Saunders, 1976.
14. Sayek İ, Yalın R, Sanaç Y: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Arc Surg* 115: 847, 1980.
15. Sungur İ: Hidatik Kistin İyileştirilmesinde İdeal Skolisidal Madde Üzerine Bir Çalışma (Uzmanlık Tezi), Çukurova Tıp Fakültesi, Adana.
16. Yalın R, Bilgin N: Safra yollarına açılan karaciğer kist hidatiklerinde tedavi. *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni* 8: 395, 1975.