

Çocuk hastada dalak kist hidatiğinin perkütan drenajla tedavisi

Mehmet MELEK *, Serhat AVCU **, Salim BİLİCİ *, Mehmet GÖKSU *, Ufuk ÇOBANOĞLU ***

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, **Radyoloji Anabilim Dalı, ***Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

Özet

Hidatik kist hastalığı endemik bölgeler içinde yer alan Türkiye'de ve Doğu Anadolu bölgesinde ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. En sık karaciğer ve akciğer tutulumu olmakla birlikte vücudun tüm dokularında görülebilir. Dalak kist hidatiklerinde genel tedavi yaklaşımı splenektomi gibi görünmekle birlikte dalak koruyucu yöntemlere de yönelim giderek artmaktadır. Bu makalemizde multiorgan tutulumlu kist hidatik hastalığı bulunan ve dalaktaki kist hidatik lezyonu perkütan drenajla tedavi edilen 13 yaşında erkek olguyu sunmaktayız. Olgumuzda elde ettiğimiz sonuçlar göz önünde tutulduğunda, çocuk olgularda da dalak kist hidatiğinin perkütan drenajı uygun bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, dalak, perkütan drenaj

Summary

A case of pediatric splenic hydatid cyst treated by percutaneous drainage

Our country is an endemic region for hydatid cyst disease. Hydatid cyst disease is a serious problem in Eastern Anatolia. This disease involves most frequently the liver and lung, however it can be seen in all tissues of the body. General approach to treatment of splenic hydatid cyst is splenectomy. But recently, spleen protective treatments have been recommended. We present a 13-year-old male patient with multiorgan involvement with hydatid disease whose splenic lesion was treated with percutaneous drainage. Considering results in our case, percutaneous drainage of splenic hydatid disease in children is apparently an appropriate treatment option.

Key words: Hydatid cyst, spleen, percutaneous drainage

Giriş

Echinococcus granulosus ve Echinococcus multilocularis dünyadaki en yaygın ve ciddi insan sesto infeksiyonu olan Ekinokokkozis hastalığının etkenleridir. Kist hidatik (KH) % 50-70 oranında karaciğer ve % 20-30 oranında akciğerde yerleşir. Daha az sıklıkla dalak, böbrek, kalp, kemik, genitoüriner sistem, periton, santral sinir sistemine yerleşebilir⁽⁵⁻⁷⁾. Dalak kist hidatiklerinin tedavisinde konvansiyonel cerrahi yaklaşımların yanı sıra perkütan drenaj da giderek artan sıklıkta kullanılan, güvenli, alternatif bir yöntem olarak tedavide yer almaya başlamıştır. Biz karaciğer, her iki akciğer ve dalağında KH bulunan ve akciğer lezyonları cerrahi yöntemle tedavi edildikten sonra dalaktaki kist hidatiği için perkütan drenaj uygulanan çocuk olgumuzu sunmaktayız.

Adres: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Melek, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, 65200-Van
Alındığı tarih: 18.07.2011
Kabul tarihi: 23.12.2011

Olgu

On üç yaşında erkek çocuk 4 gün önce başlayan göğüs ağrısı, öksürük, solunum sıkıntısı ve karın ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenede; sol tarafta daha belirgin olmak üzere solunum sesleri her iki hemitoraksta azalmıştı ve solda krepitan ralleri mevcuttu. Palpasyonda dalak kot kenarını 2 cm geçmekteydi. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

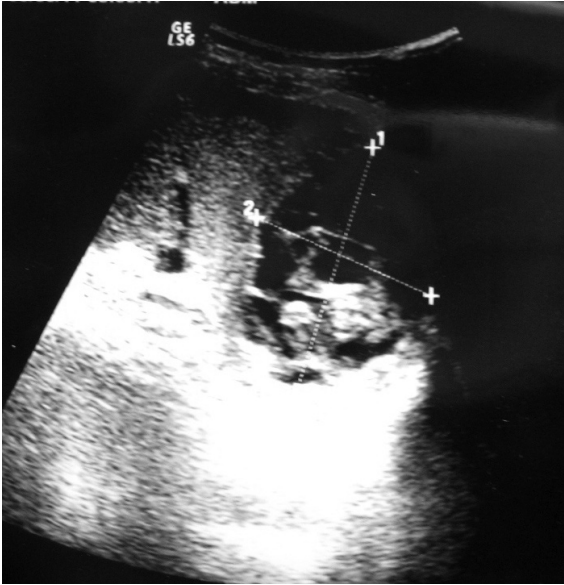
Laboratuvar tetkiklerinde; kan biyokimyası ve hemogram değerleri normal sınırlarda, kist Hidatik serolojisi (ELISA) negatif olarak saptandı.

Batın tomografisinde; karaciğerde segment 8'de 3.8 x 2,5 cm boyutlarında subkapsüler yerleşimli ve bunun komşuluğunda 0.5 cm çaplı olmak üzere iki adet Tip I KH lezyonu izlenmekteydi. Dalak üst polde subkapsüler yerleşimli 9.4 x 6.4 cm boyutlarında Tip III KH mevcuttu. (Resim 1) Dalaktaki bu lezyon Tip II KH ile de uyumlu olmakla birlikte kist duvarına yakın yerleşimli kız vezikül varlığı multilokülasyon lehine

yorumlanarak Tip III kist hidatik olarak değerlendirildi.



Resim 1. Olgunun dalak ve karaciğerindeki kist hidatik lezyonlarının BT görüntüleri. (Dalaktaki vezikül görünümü ok işaretiyle belirtilmiştir).



Resim 2. Drenaj işlemi sonrası dalak kistinin ultrasonografik görüntüsü.

Toraks tomografisinde sağ akciğer orta-alt lob ve sol akciğer alt lob süperior ve posterior düzeylerinde olmak üzere iki adet Tip I KH izlenmekteydi. Kistlerin evrelenmesinde Gharbi sınıflaması esas alındı.

Hospitalize edilen olgunun 6 günlük bir klinik takip ve antibiyotik tedavisi sonrasında akciğer infeksiyonu bulguları ortadan kalktı. Akciğer lezyonlarının cerrahi tedavisi için operasyona alınan hastaya önce

sol torakotomi ile sol akciğer alt loba KH lezyonu eksize edildi. Postoperatif dönemde belirgin bir sorunu olmayan olgu taburcu edilmeden sağ torakotomi için hazırlandı. Birinci operasyondan 14 gün sonra olguya sağ torakotomi yapıldı. Sağ akciğer alt lob inferiorunda yerleşmiş olan ve arka duvarının bir kısmı perikardla yapışık halde bulunan kist, perikard yapışıklıkları giderildikten sonra perikardan tama yakın şekilde ayrıştırıldı ve eksize edildi. Bu operasyon sonrasında da önemli bir sorunu olmayan hasta 10 mg/kg/gün dozunda verilen albendazol tedavisi devam edilmek üzere taburcu edildi. Hasta taburcu edildikten 3 hafta sonra dalaktaki ve karaciğerdeki lezyonlarının tedavisi için değerlendirilmek üzere yeniden hospitalize edildi. Hastanemizin radyoloji departmanı ekibiyle birlikte değerlendirilen olgunun dalaktaki lezyonunun 5 cm'den büyük olması ve belirgin bir septalı yapı göstermemesi göz önünde tutularak drenajla tedavi endikasyonu konuldu. Karaciğerdeki lezyonları ise boyutlarının küçük olması nedeniyle perkütan drenaj için uygun bulunmadı. Dalaktaki kist hidatığın drenaj işlemi sırasında veya sonrasında gelişebilecek olası bir sorun nedeniyle splenektomi de yapılmasının gündeme gelebileceği hesaba katılarak hastaya pnömokok aşısı yapıldı. Aşı uygulamasından 12 gün sonra hastaya girişimsel radyoloji ekipmanı ile birlikte ameliyathane koşullarında ve lokal anestezi altında 18 G Chiba iğnesi ile girilerek guide wire eşliğinde dilatasyonu takiben 6 F eksternal kateter takılıp kist aspirasyonu işlemi uygulandı. Kist içi % 3'lük hipertonic salin solüsyonuyla irrije edilerek kateter serbest drenaja bırakıldı. Bu işlem sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Servis takibinde kist kavitesinin skolosidal etkiyle temizliğinin sağlanması ve kateter lümeninin açık tutulması için kist içi kateter aracılığıyla günde 1 kez % 3'lük hipertonic salin ile irrije edildi. Drenajı azalarak devam eden olgunun kateteri işlemden 7 gün sonra hiç drenaj olmaması üzerine çekildi. Karaciğerdeki kistleri için medikal tedavi uygun görüldü. Bu amaçla başlanmış olan albendazol tedavi süresinin lezyonların durumuna göre belirlenmesi planlanarak olgu taburcu edildi. Perkütan drenajdan 2 ay sonra yapılan Batın USG incelemesinde kist boyutlarının önemli ölçüde küçüldüğü ve kistin üst üste yığılmış haldeki membran çökmesi sonucu verdiği hipo ve hiperekoik iç yapılı heterojen görünümle Tip IV kist hidatik haline gerilediği saptandı (Resim 2). Olgunun son 3 aylık izleminde herhangi bir sorun tespit edilmedi.

Tartışma

Kist hidatik hastalığı Hipokrat zamanından beri bilinen bir paraziter hastalıktır. Türkiye, Akdeniz ülkeleri, Orta Doğu, Uzak Doğu, Güney Amerika, Yeni Zelanda, Güney Afrika'da endemiktir. Tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu, koruyucu hekimliğin yetersiz olduğu ülkemiz ve bölgemiz için halen yaygın bir sağlık sorunu olarak önemini korumaktadır ^(1,5-7).

Hastalık, insan vücudunda en sık karaciğer ve akciğeri tutmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda dalak tutulum oranları %2.5-5.8 arasında gösterilmektedir ⁽⁸⁾. En sık semptomları; sol üst kadranda ağırlı bir kitle, karın ağrısı ve ateştir. Dalağın büyümesine bağlı olarak sol üst kadranda dolgunluk ve rahatsızlık hissi gelişebilir. Ultrason (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda kullanılacak en önemli görüntüleme yöntemleridir. Tanı konduktan sonra kesinlikle sistemik inceleme yapılmalı ve diğer organlarda bir tutulum olup olmadığı araştırılmalıdır ⁽⁶⁻⁸⁾. Solunum yollarına ait yakınmalarla başvuran olgumuzda yaptığımız incelemeler sonucunda akciğer, karaciğer ve dalağı içine alan multiorgan tutulumlu KH tespit ettik. Kist hidatiğe ilişkin indirekt hemaglitüasyon testi negatif olarak saptanan olgumuzun kist hidatik yönünden endemik bir bölgede yaşıyor olması, anemnezinde küçükbaş hayvan teması olasılığının yüksek olarak belirlenmesi ve akciğer lezyonlarının operatif sonuçlarının kist hidatik lehinde olması multiorgan tutulumlu kist hidatik tanımızı doğrulayan güçlü veriler olarak değerlendirilmiştir.

Genel olarak KH hastalığında temel sağaltım yöntemi olarak cerrahi önerilmektedir. Kist hidatik hastalığının sağaltımında radikal cerrahi uygulayan gruplar olduğu gibi ^(4,5,8), konservatif girişimleri tercih eden gruplar da vardır ^(2,3,6,7). Son yıllarda abdominal ve retroperitoneal hidatik kistlerin tedavisinde cerrahi girişim yerine US veya BT eşliğinde perkütan girişim, albendazol veya mebendazol tedavileri giderek artan sıklıkta kullanılmakta; hastanede kalış süresini azaltan, güvenli ve etkin bir metod olarak bildirilmekte ve önerilmektedir. Özellikle US eşliğinde uygulanan "PAIR" (puncture, aspiration, instillation, reaspiration) ve "PAIR-PD" (perkutanöz drenaj) tedavi metodunun, anafaksi ve geç dönem yayılım gibi komplikasyonları olduğu belirtilmesine rağmen, çocuklarda başarılı bir şekilde uygulandığına dair ça-

lışmalar yayınlanmaya başlamıştır ⁽⁷⁾. Çapı 5 cm'den büyük anekoik lezyonlar, Gharbi Tip I ve II kistler, 5 cm'den büyük çaplı balpeteği görünümü olmayan multipl septalı kistler, karaciğerin değişik segmentlerindeki 5 cm'den büyük multipl kistler için PAIR endikasyonu vardır. Olgumuzun batın tomografisinde dalak lezyonu içinde izlenen kız vezikül görünümü (Resim 1) Gharbi sınıflamasına göre Tip III KH tanısı koydurmuştur. Lezyonun septal görünüm verecek şekilde çok sayıda vezikül yapısı içermemesi ve çapının yeterli büyüklükte olması PAIR uygulamasının tercih edilmesinde belirgin rol oynamıştır. Ayrıca dalağın çocukluk yaş grubunda bilinen immün fonksiyonları da dalak koruyucu yöntemin seçilmesine yönlendiren önemli bir etken olmuştur. Radyoloji anabilim dalımızla birlikte yapılan değerlendirmede dalak kist hidatiğinin perkütan drenajla tedaviye uygun olabileceği yönünde karar verilmiş ve işlem operasyona hazır ekiple birlikte ameliyat odası koşullarında yapılmıştır. Olguda perkütan drenaj işlemi sonrasında erken veya geç dönemde herhangi bir sorun gelişmemiştir. Perkütan drenaj tedavi etkinliğinin takibinde ultrasonografik değerlendirmeyi tercih ettiğimiz hastamızda işlem sonrası 2. ayda çekilen ultrasonda kistin belirgin derecede gerilediğini tespit ettik.

Dalak kist hidatiklerinde, standart splenektomi uygulanmasının özellikle büyük kistlerde en uygun yaklaşım olduğu ve perkütan aspirasyon ise dissemine hastalığa yol açma ve/veya anafaktik reaksiyon oluşturma riski nedeniyle sınırlı sayıdaki seçilmiş vakalar dışında kontrendike olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur ^(1,4,5,8). Bu sayılan kontrendikasyonların tüm diğer organlardaki kist hidatikler için de geçerli olması ve literatür taramamızda da dalağa özgü başka bir kontrendikasyona rastlamamız dalak kist hidatiklerinin perkütan drenajla tedavisine yönelimde cesaretlendirici veriler olarak değerlendirilebilir. Dalak kist hidatiğinde açık cerrahi girişimler genel kabul gören ve halen çoğunlukla kullanılan tedavi yöntemi olmakla beraber son yıllarda özellikle çocuk ve gençlerde perkütan drenajın da içinde bulunduğu dalağı korumaya yönelik işlemler giderek artan sıklıkta tercih edilen yöntemlerdir ⁽⁷⁾. Benzer bakış açısıyla olgumuzda da halen bilinen en noninvazif yöntem olan perkütan drenajla tedavi seçeneği değerlendirilmiş ve olumlu sonuç elde edilmiştir.

Dalak kist hidatiğinin perkütan drenajla tedavisinin

güvenli, efektif, kolay uygulanabilir ve iyi tolere edilebilen bir metod olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur ^(2,3,5,7). Chou ve ark. dalak abselerinde Ultrason eşliğinde yapılan girişimsel işlemlerle tedavinin iyi bir seçenek olabileceğini ve dalağın korunmasını sağlayabileceğini bildirmektedir ⁽²⁾. Etlik ve ark. içinde dalak kist hidatikli olguların da bulunduğu 33 abdominal kist hidatikli hastada uyguladıkları perkütanöz tedavinin güvenli, kolay uygulanabilir, iyi tolere edilebilen ve efektif bir metod olduğunu bildirmiştir ⁽³⁾. Uygulamamızda ultrason eşliğinde kist boşaltılıp kist kavitesi % 3'lük hipertonic salin solüsyonuyla yıkanmış ve aynı solüsyonla yıkama işlemi her gün yinelenerek kaviteden drenaj kesilene kadar kateter yerinde tutulmuştur. Yaptığımız literatür taramasında Etlik ve ark.'nın çalışmasında, perkütan drenajla tedavisi yapılan dalak kist hidatikli 3 çocuk olgudan da söz edildiğini tespit ettik. Ancak, çalışmada bu çocuk olgulara yalnızca istatistiksel veri olarak tabloda yer verilmiş, olguların klinikopatolojik durumları ve takiplerine değinilmemiştir ⁽³⁾. Bu anlamda olgumuzun dalak kist hidatiği perkütan drneajla tedavi edilerek klinik durumu ayrıntılarıyla ele alınmış literatürdeki muhtemel ilk çocuk hasta olduğu kanaatindeyiz.

Olgumuzdan elde ettiğimiz verilerden hareketle uygun hastane koşullarında ve deneyimli cerrah ve radyoloğun bulunduğu, girişimsel radyolojinin etkin

olarak yapılabildiği merkezlerde dalak kist hidatiğinin çocuk olgularda da perkütan drenajla güvenli ve efektif bir şekilde tedavi edilebileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Akman H, Arslan N, Arlı AÖ, et al: Yan ağrısı ile başvuran ve karaciğerde kist hidatik saptanan çocuk olgu (A pediatric case with right-sided chest pain and hepatic cyst hydatid) DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 18:177-182, 2004
2. Chou YH, Tiu CM, Chiou HJ, et al: Ultrasound-guided interventional procedures in splenic abscesses. European Journal of Radiology 28:167-170, 1998
3. Etlik O, Arslan H, Bay A, et al: Abdominal hydatid disease: long-term results of percutaneous treatment. Acta Radiol 45:383-389, 2004
4. Hepgül G, Tihan D, Kocael P, et al: Olgu sunumu: Primer dalak kist hidatiği. Türkiye Parazitoloji Dergisi 34:184-186, 2010
5. Karakaya K: Nadir görülen primer dalak kist hidatiği: İki olgu sunumu (Primary hydatid cyst disease of the spleen; a rare entity: report of two cases) Trakya Univ Tıp Fak Derg 24:256-258, 2007
6. Koyuncu ZC, Çakır M, Lice H, et al: İzole dalak kist hidatiği: Olgu sunumu (Isolated hydatid cCyst of the spleen: A case report). Haseki Tıp Bülteni 48:41-43, 2010
7. Örmeci N, Soykan İ, Bektaş A, et al: A new therapeutic approach for treatment of hydatid cysts of the spleen. AJG 96:2225-2230, 2001
8. Yazıcı P, Aydın Ü, Ersin S, et al: Dalak yerleşimli kist hidatik: Klinik çalışma. The Eurasian Journal of Medicine (EAJM) 39:25-27, 2007