

Bir gelişme geriliği nedeni: Karın içi yaygın hidatik kist hastalığı*

Ramazan KARABULUT, Zafer TÜRKYILMAZ, Kaan SÖNMEZ, Billur DEMİROĞULLARI,
A. Can BAŞAKLAR, Nuri KALE

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Safıralı kusma ve karın şişliği yakınmaları ile kliniğimize kabul edilen 13 yaşındaki kız hastanın öyküsünden, son 5 aydır tekrarlayan karın ağrısı ve kusma atakları olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde belirgin gelişme geriliği (boy < % 3, ağırlık % 3-10 persentil) yanında, tüm karını kaplayan, sert, lobüle ve fikse kitle palpe edildi. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi incelemelerinde karın içi yaygın kist hidatikle uyumlu lezyonlar saptandı. Kist hidatik immunhemaglutinasyon testi pozitif. Torakal ve kranial incelemelerimizde kist hidatiğe ait herhangi bir görünüm elde edilemedi. Karın içi yaygın kist hidatik nedeniyle ameliyat edilen hastanın ameliyattan çıkışta 5 kg ağırlık kaybı oldu ve hastanın 4 yıllık izleminde boyu % 75 (164 cm), vücut ağırlığı da % 75 (60 kg) persantile ulaştı.

Bu olgu sunumundaki amacımız paraziter enfestasyonlara açık bulunan ülkemizde gelişme geriliği araştırılırken kist hidatiğin de akılda bulundurulması gerektiğine işaret etmektir.

Anahtar kelimeler: Gelişme geriliği, kist hidatik

Giriş

Gelişme geriliği, yaşına uygun düzenlenmiş bir büyüme kartında yaşı için ideal kilonun %80'ninden az veya sürekli olarak %3 persantilin altında olan çocuklar için kullanılan tanımlamadır. Gelişme geriliği yetersiz kalori alımı veya kullanımının yol açtığı çok çeşitli sorunların sonucu olarak ortaya çıkar (8).

* XVIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresinde serbest poster olarak sunulmuştur (1-4 Ekim, 2000, Antalya)
Adres: Dr. Ramazan Karabulut, Gezegen Sok. 1/10
G.Osmanpaşa-Çankaya-Ankara
Yayına Kabul Tarihi: 25.04.2001

Summary

A cause of growth retardation: disseminated intraabdominal hydatidosis

A 13-year-old girl admitted with intermittent bilious vomiting and abdominal distention had a history of recurrent abdominal pain and occasional vomiting for 5 months. Physical examination revealed significant growth retardation (length < % 10, weight < % 3) and a firm, lobulated and fixed mass involving the whole abdomen. Disseminated intraabdominal cystic lesions consistent with hydatidosis were detected by ultrasonography and computed tomography.

Immunhemagglutination for hydatid disease was strongly positive. Other body cavities including head and thorax didn't show any cystic lesions. The patient who had a weight loss of 5 kg following the operation, reached 164 cm of body length (% 75) and 60 kg of weight (% 75) within the 4 years of follow-up period.

With this report we aim to emphasize the importance of hydatid disease in the differential diagnosis of growth retardation in our country exposed to parasitic infestations.

Key words: Growth retardation, hydatid disease

Kist hidatik Avustralya, Yeni Zelanda, Güney Amerika, Afrika ve Ortadoğu ülkeleri gibi Türkiye'de de endemik olarak görülen parazit enfestasyonudur. Karaciğer % 50-75 ile en çok tutulan organdır (2). Kist yılda yaklaşık 1 cm büyür ve 20 cm çapa kadar ulaşabilir. Karaciğerinde kisti olanların aynı zamanda % 17.9 oranında başka organlarında da kisti vardır (3). Akciğer, dalak, böbrek ve beyin gibi arteryel dolaşımın olduğu her yere yerleşebilir. Germinatif membrandan gelişen kız veziküller kistin rüptürüyle periton içerisinde yayılmasına yol açar (2,6). Bu durum karında şişkinlik, hepatomegali, ağrı ve kusma gibi belirti ve bulgulara yol açabilirken bazı hastalar asemptomatik kalabilir. Kistin rüptürü (travmatik

veya spontan) yaygın kist hastalığı, anafilaktik reaksiyonlar (genellikle hayatı tehdit etmeyen), safra peritoniti ve abse nedeni olabilir (2).

Biz bu çalışmada kist hidatik hastalığının gelişme geriliğine neden olabileceğine dikkatleri çekerek ülkemiz koşullarında sık görülen bu enfestasyonun gelişme geriliği nedenleri arasında yer almasını önermekteyiz.

Olgu Sunumu

Önüç yaşındaki kız hastanın 5 ay önce başlayan tekrarlayıcı karın ağrısı yanında belirgin kilo kaybı ve iştahsızlığı da vardı. Son 10 günde ise kusmaları safralı vasıf kazanan hasta acil servise başvurduğunda; genel durumu orta, solunumu rahat, bilinci açık, koopere, soluk ve kaşektik görünümde idi.

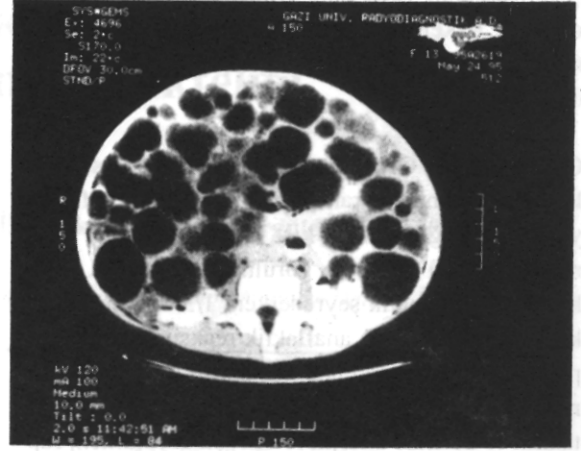
Ateşi: 38.5 (C, TA: 90/60 mmHg, nabız:110/dk, solunum sayısı: 24/dk, vücut ağırlığı 30 kg (% 3 persentil altı) ve boyu 145 cm (% 10 persentil altı) olarak belirlendi.

Fizik muayenesinde batın distandü ve hassas, solunuma katılmı azalmıştı. Her iki alt kadranı dolduran, göbek üstünde epigastriyuma kadar uzanım gösteren lobüle kontürlü, fikse, 15x20 cm boyutlarında kitle tespit edildi.

Laboratuvar incelemesinde; Hb:9.8 gr/dL, BK :12000/mm³, periferik yaymada hiç eozinofil görülmemesine karşın % 76 parçalı hakimiyeti vardı. Biyokimyasal değerleri normal bulunan hastanın kist hidatik hemaglitinasyon testi 1/2560 titrede pozitif.

Ön-arka akciğer grafisi ve beyin tomografisinde kistik lezyon tespit edilmedi. Abdominal ultrasonografisinde karaciğer, dalak ve periton içinde yaygın kist hidatik lezyonları saptandı. Karın bilgisayarlı tomografi incelemesinde karaciğerde en büyüğü sağ lob yerleşimli 10 cm çapında, septasyonlar içeren kist hidatikle uyumlu çok sayıda ve dalakta 4 cm çaplı kistik oluşumlar saptandı. Tüm karın ve pelvisi dolduran çok sayıda kistik oluşumlar izlendi (Resim 1).

Sıvı-elektrolit kayıpları karşılanan hasta ameliyata



Resim 1. Olgunun bilgisayarlı tomografi incelemesinde karın içerisinde çok miktarda kistik lezyon izlenmektedir.

alınarak göbek üstü-altı orta hat kesisi ile yapılan eksplorasyonda irili ufaklı yaklaşık 150-200 adet kisti saran omentumun oluşturduğu konglomere yapının barsakları sola ittiği görüldü ve omentum kistlerle birlikte tamamıyla çıkarıldı. Karaciğer, dalak, pelvis ve sağ overdeki kistlerin içine % 3'lük NaCl solusyonu verildikten sonra kistotomi yapılarak germinatif membranları çıkarıldı ve kist duvarları kısmen eksize edilip açık bırakıldı. Sadece karaciğer sağ lob alt yüzdeki kist boşluğuna safralı içeriği nedeniyle tüp drenaj uygulandı. Hastanın ameliyat çıkışı vücut ağırlığı 25 kg ölçüldü. Başlangıçta kist boşluğundan gelen safralı drenaj giderek azalma gösterdi ve tamamen kesildikten sonra dren çekildi.

Hastanın albendazol tedavisine 10 mg/kg dozunda, 6 ay boyunca, birer hafta ara verilen üçer haftalık sürelerle devam edildi. Bir yıl sonra yapılan kontrollerde hastanın vücut ağırlığının 49 kiloya çıktığı, adet görmeye başladığı, 4. yıl kontrolünde 60 kg (% 75 persentil) ve 164 cm boyunda (% 75 persentil) olduğu saptandı. Bu izlem süresince nüks tespit edilmedi.

Tartışma

Gelişme geriliği yaşına uygun düzenlenmiş bir büyüme kartında yaşı için ideal kilonun % 80'inden az veya sürekli olarak % 3 persentilin altında olan çocuklar için kullanılan bir terim olup % 8 oranında görülür (8). Gelişme geriliği sosyoekonomik nedenlere bağlı olabileceği gibi gastrointestinal, üriner, endokrin ve kardiyovasküler sistemleri ilgilendiren

çeşitli organik veya fonksiyonel sebeblere de bağlı olabilir. Ülkemiz koşullarında gastroenterit, pnömoni gibi enfeksiyonlar da gelişme geriliği nedeni olabilmektedir.

Çeşitli Afrika, Ortadoğu ve Avustralya kıtası ülkelerinde endemik olarak görülen ekinokok enfestasyonlarına bağlı gelişen kist hidatik hastalığı ülkemizde 1/2000 oranında görülmektedir (2,10). Çoğu hasta asemptomatik seyrederken, 1/3 oranında abse, kist perforasyonu ve anaflaktik reaksiyon gibi komplikasyonlarla açığa çıkabilir, bazen de sağ üst kadranda ağrısı araştırılırken tesadüfen tespit edilir. Hastaların % 25'inde allerjik reaksiyon görülürken, rüptüre vakalarda bu oran % 16.7 dir (6). Allerjik reaksiyonlar genelde hayatı tehdit etmez. Hastamızda yaygın karın içi ekinokok enfeksiyonu olmasına rağmen bir allerjik reaksiyon olmaması da ilginçtir.

Kist hidatik hastalığında eozinofili % 25 oranında görülür, immunhemaglutinasyon testi ise % 82-86 oranında pozitifdir. Tanıda ultrasonografi ve tomografi % 100'e yakın sensitiftir (3). Hidatik kistin başlıca tedavisi cerrahidir. Medikal tedavi özellikle pulmoner hidatik kistlerde, yaygın hidatik kist olgularında, inopere olgularda ve nükslerde ve ameliyat sonrası kistin yayılmasını engellemek için uygulanır. Kullanılan ajanlar mebendazol veya albendazol gibi benzimidazol türevlerinin en az 1 ay-1 yıllık sürelerle kullanıldığında kist boyutlarını küçülttüğü ve kız veziküllerin canlılığını yitirdiği gösterilmiştir. Bir çok araştırmacı özellikle büyük veya çok sayıda kistlerde kist içeriğinin tam inaktivasyonunun elde edilemeyeceğini ve rezidü kist boşluğunun yabancı cisim gibi davranabileceği ve bakteriyel invazyona uğrayarak abse formasyonu gelişebileceğini söylemektedir. Bu ilaçlar hepatotoksiteleri nedeniyle bizim de uyguladığımız gibi ara verilerek kullanılmalıdır (9). Tedavinin tipini kistin yerleşimi, çapı, yaygınlığı ve semptomatik olması gibi faktörler belirler. Ayrıca literatürde olmamasına karşın gelişme geriliği cerrahi açıdan bir endikasyon nedeni olabilir. Cerrahi işlem olarak kistektomi, kapitonaj, omentopeksi, tüp drenajı gibi yöntemler uygulanırken, son yıllarda laparoskopik ve radyolojik girişimler eşliğinde tedavi yöntemleri artmıştır (1,5,7).

Kist hidatik ömür boyu yaşamı tehdit etmeyen klinik varyasyondan, sarılık ve kolanjite neden olan

intrabilier rüptüre kadar uzanan geniş bir klinik spektruma sahiptir (4). Kimi hasta ciddi bir enfeksiyon geçirirken hiç allerjik reaksiyon vermemekte, kimi ise hayatı tehdit eden anaflaktik reaksiyon ile karşılaşabilmektedir. Nadiren de, olgumuzda olduğu gibi gelişme geriliği ile seyretmektedir. Kronik ve yaygın paraziter enfestasyon hızlı büyüme sürecindeki organizmada anabolizmayı yavaşlatıp, metabolizma aleyhine çalışarak gelişme geriliğine neden olabilir. Ayrıca karın içinde böylesine yer işgal eden kistik lezyonlardan periton boşluğuna kaçan sıvının periton irritasyona yol açarak hastanın enteral beslenmesini engellediği de düşünülebilir. Yaygın hidatik kist nedeniyle oral alımı bozulan ve safralı kusan hastanın abdominal distansiyonunda olduğu göz önüne alınırsa cerrahi endikasyon açıklanabilir. Tedavi sonrası hastanın yaşa göre standart boy ve ağırlık eğrilerindeki yeri boy için <% 10, ağırlık için <% 3 (ameliyat öncesi değer olmasına rağmen) iken her iki değer kısa sürede % 75 persentile ulaşmıştır. Bu da bize gelişme geriliğinin nedeninin kist hidatik olduğunu göstermektedir. Sonuçta ülkemiz koşullarında ekinokok enfestasyonunun gelişme geriliği nedenleri arasında yer alabileceği düşünülmeli ve bu açıdan da hastalar değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Akinoğlu A, Bilgin I, Erkoçak EU: Surgical management of hydatid disease of the liver. *Can J Surg* 28:171, 1985
2. Barnes SA, Lillemore KD: Liver abscess and hydatid cyst disease, in Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H (eds): *Maingot's Abdominal Operations*. 10th ed. Stanford, Conn. Appleton&Lange 1997, p:1513
3. Başaklar AC: Hydatid cyst in children: report of 88 cases. *J Royal Coll Surg Edinburg* 36:166, 1991
4. Ceyhan M, Büyükpamukçu N: Obstructive jaundice due to hydatid cyst in a rare location. *Turk J Pediatr* 27:177, 1985
5. Filice C, Brunetti E: Use of PAİR in human cystic echinococcosis. *Acta Trop* 64:95, 1997
6. Lewall DB, Mc Corkell SJ: Rupture of echinococcal cysts: diagnosis, classification and clinical implications. *AJR* 146:391, 1986
7. Meyer V, Morger R, Müller M: Echinococcus granulosus infection of the liver and lung in an 8,5 year old boy. *Eur J Pediatr Surg* 2:144, 1992
8. Moggioni A, Lifshitz F: Nutritional management of failure to thrive. *Pediatr Clin North Am* 42:791, 1995
9. Morris DL, Dykes PW, Marriner S, et al: Albendazole: Objective evidence of response in human hydatid disease. *JAMA* 253:2053, 1985
10. Şenyüz OF, Celayir AC, Kiliç N, et al: Hydatid disease of the liver in childhood. *Pediatr Surg Int* 15:217, 1999