

Metastatik Akciğer Hastalığını Taklit Eden Hidatik Kist Hastalığı Olgusu

Hydatid Cyst Disease Mimicking Metastatic Lung Disease: A Case Report

Nurettin Yiyit¹, Rauf Görür¹, Fatih Hikmet Candaş¹, Akın Yıldızhan¹, Vedat Turhan², Turgut Işıtmangil¹

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul, Türkiye

²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Akciğer hidatik kistleri çoğunlukla tek bir lezyon olarak, daha az oranda multipl olarak izlenebilir. Hidatik kist radyolojik olarak homojen bir opasite görünümü verdiği için maligniteler başta olmak üzere nodüler lezyonlardan ayırımında zorluklar yaşanabilir. Sağ göğüs ağrısı ile başvuran 22 yaşında erkek hastanın akciğer grafisinde bilateral pulmoner nodüller tespit edildi. Hastanın bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sağ akciğerde 34 adet nodüler dansite, sol akciğerde ise 21 adet nodüler dansite izlendi. Bu halyle lezyonlar ilk önce metastatik akciğer hastalığını düşündürdü. Yapılan tru-cut akciğer biyopsisi nondiagnostik olarak rapor edildi. Anti-*E. granulosus* IgG (ELISA) pozitif çıkması üzerine hastaya hidatik kist hastalığı (HKH) ön tanısı konuldu. Sağ torakotomi yapılan hastada BT'de izlenenden çok daha fazla sayıda kistin bulunduğu görüldü. Postoperatif 800 mg/gün albendazol tedavisi başlandı. Medikal tedavinin ikinci ayında çekilen BT'de lezyonların sayısı olarak sebat ettiği ancak boyut olarak gerilediği görüldü. Postoperatif dördüncü ayda çekilen kontrol BT'de lezyonların bir kısmının kaviter görünüm aldığı tespit edildi. Şüpheli radyolojik bulgular tespit edilen hastalarda ayırıcı tanı açısından HKH akılda bulundurulmalıdır. HKH için asıl tedavi yöntemi cerrahi olmasına karşın, kistlerin tamamının cerrahi tedavi ile çıkartılmadığı multipl kistlerin bulunduğu hastalarda medikal tedavi uygulanabilir. (*Türkiye Parazitol Derg* 2011; 35: 120-4)

Anahtar Sözcükler: Kist Hidatik, bilateral kist, multipl kist

Geliş Tarihi: 23.01.2011

Kabul Tarihi: 19.05.2011

ABSTRACT

Pulmonary hydatid cysts usually present as a single lesion, whereas multiple cases are rare. It is not easy to distinguish hydatid cyst and nodular lesions radiologically. Chest radiograph of a 22 years-old male patient who was admitted due to right sided chest pain, revealed bilateral pulmonary nodules. His computerized tomography (CT) showed 34 nodular densities in the right lung and 21 nodular densities in the left lung. At that time, metastatic lung disease was suggested. Tru-cut lung biopsy was non-diagnostic. Anti-*E. granulosus* IgG (ELISA) was positive and hydatid cyst disease (HCD) was set as a prediagnosis. A right thoracotomy was performed and more cysts in number than those in tomography were observed intraoperatively. Postoperatively, 800 mg per day albendazole treatment was started. CT at the second month of medical therapy revealed that the lesions were stable in number but their sizes were smaller. CT of the fourth month showed that some of the lesions became cavitory. HCD should be kept in to mind in case of doubtful radiological findings. Although main treatment modality is surgery for HCD, when all cysts can not remove with the surgical treatment in patient with multiple cysts, medical treatment can be administered. (*Türkiye Parazitol Derg* 2011; 35: 120-4)

Key Words: Hydatid cyst, bilateral cysts, multiple cysts

Received: 23.01.2011

Accepted: 19.05.2011

Bu olgu, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) 31. Ulusal Kongresi'nde (17-21 Ekim 2009, İzmir) sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Nurettin Yiyit, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 216 386 35 91 E-posta: drnurettinyiyit@yahoo.com

doi:10.5152/tpd.2011.30

GİRİŞ

Hidatik kist hastalığı (HKH) özellikle gelişmekte olan ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık gözlenen paraziter bir hastalıktır (1). HKH insidansı 100.000'de 1 ile 150 arasında değişmektedir (2). Ülkemizde de insan ve hayvan sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur (3). HKH'nin Türkiye'deki prevalansının 100.000'de 50, insidansının ise 100.000'de 2 civarında olduğu belirtilmektedir (4). Hayvancılığın yaygın olduğu ülkemizde sero-epidemiolojik araştırmalarında prevalansı 100.000'de 291 olarak saptanmıştır (3, 5). Aynı zamanda ülkemiz için tahmin edilen cerrahi vaka oranı yıllık 100.000'de 0.87-6.6 aralığındadır (2, 6). Türkiye'de 2001-2005 yılları arasında toplam 14789 HKH olgusu saptandığı ve bunların 171 (%0.88)'nin öldüğü belirlenmiştir (7). Hidatik kistler en sık karaciğerde ikinci sıklıkla akciğerde gözlenir (2, 3, 8). Akciğer kistlerinin %72 oranında tek, %28 oranında multipl olabileceği bildirilmiştir (9). Olgumuz multipl lezyonlar halinde ve akciğer metastazını taklit eden HKH olgusu olması nedeniyle sunulmaktadır.

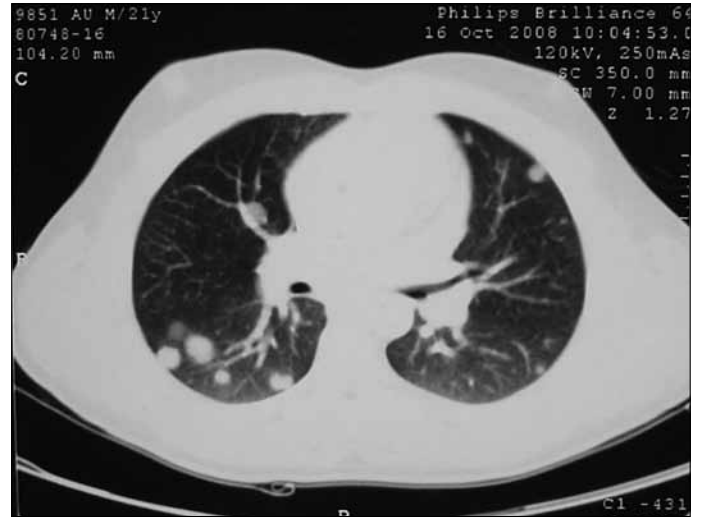
OLGU

Sağ göğüs ağrısı ile başvurduğu merkezde çekilen akciğer grafisinde bilateral pulmoner nodüller tespit edilen 22 yaşındaki erkek hasta kliniğimize sevk edildi (Resim 1). Hastanın özgeçmişinde tüberküloz ve hayvan teması hikayesi yoktu. Fizik muayenesinde koltuk altı ateşi 36.7°C, nabız 75/dk, solunum sayısı 20/dk idi. Solunum sistemi muayenesi normaldi. Laboratuvar bulgularında hemoglobin 14.7 gr/dl, lökosit sayısı 13.500/mm³, trombosit sayısı 329.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 49 mm/sa olan hastanın kan biyokimya değerleri normaldi. PPD testi 7 mm olarak tespit edildi. Hastanın bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sağ akciğerde en büyüğü 2.5 cm çapında olmak üzere 34 adet nodüller dansite, sol akciğerde ise en büyüğü 2 cm çapında olmak üzere 21 adet nodüller dansite izlendi (Resim 2a, Resim 2b). Bu nodüller metastaz olarak rapor edildi. Hastanın



Resim 1. Preoperatif PA Akciğer grafisi

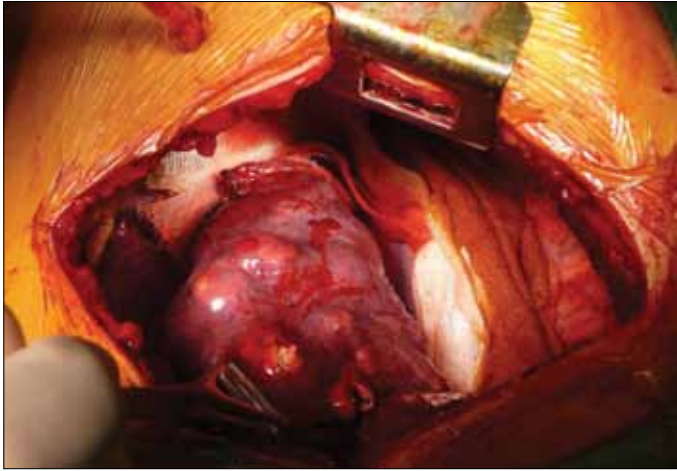
β -HCG ve α -FP değerleri normal olarak bulundu. Batın, boyun ve testis ultrason incelemeleri normal olarak gözlemlendi. Bronkoskopide intrabronşial kitle izlenmedi. Bronş lavajında AARB ve tüberküloz kültürü negatifti. Yapılan tru-cut akciğer biyopsisi nondiagnostik olarak rapor edildi. Elisa ile yapılan incelemelerde, anti-*E.granulosus* IgG antikorları (Hydatidosis Elisa IgG, Vircell Microbiologists, Granada, İspanya) 2.924 (sınır değeri: <0.381) olarak tespit edilen hastaya HKH ön tanısı konuldu. Hastaya sağ torakotomi yapıldı. Operasyon esnasında BT'de tespit edilenden çok daha fazla sayıda çapı 1 cm ile 2.5 cm arasında değişen farklı büyüklükte lezyonların bulunduğu ve bu lezyonların hidatik kistler olduğu görüldü. Akciğer parankimine verilen hasarı mümkün olduğunca azaltmak düşüncesiyle çok küçük olan ve santral yerleşimli olan lezyonlar çıkarılmazken büyük ve periferik yerleşimli olan 25 adet lezyon çıkarıldı (Resim 3a, 3b). Patolojik inceleme bu lezyonların *E. Granulosus* kistleri olduğu doğrulandı. Postoperatif albendazol (Andazol® tablet) tedavisi 800 mg/gün dozunda 21 günlük kürler ve 10 günlük ara dönemler olmak üzere toplam 4 kür olarak verildi. Medikal tedavinin ikinci ayında çekilen kontrol BT'de geri kalan lezyonların sayısı olarak sebat ettiği ancak boyut olarak



Resim 2a. Preoperatif BT



Resim 2b. Preoperatif BT



Resim 3a. İnterooperatif kistotomi öncesi lezyonların görünümü

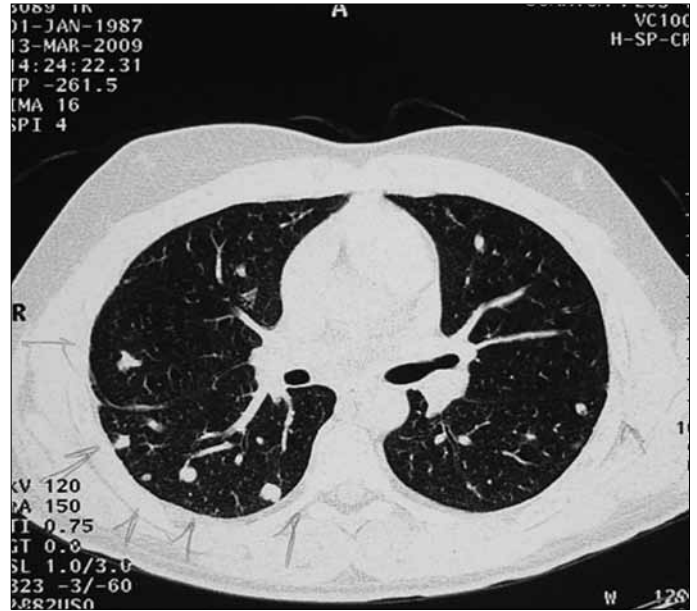


Resim 3b. İnterooperatif kistotomi sonrası lezyonların görünümü

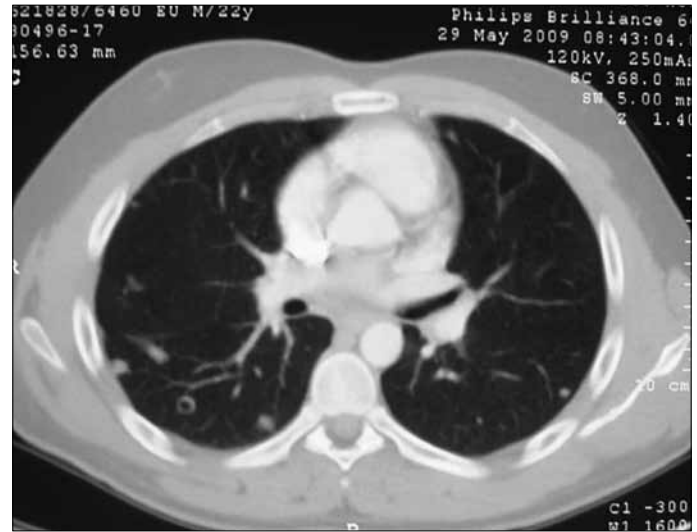
gerilediği görüldü (Resim 4). Postoperatif dördüncü ayda çekilen kontrol BT'de ise lezyonların bir kısmının kaviter görünüm aldığı görüldü (Resim 5).

TARTIŞMA

Hidatik kist hastalığı en sık karaciğerde ikinci sıklıkla da akciğerde olmak üzere herhangi bir organda yerleşebilir (2, 3, 8-11). Akciğerinde hidatik kist tespit edilen hastaların %20-40'ında karaciğerde de kist olabilir. Hidatik kistler %60 oranında sağ akciğerde yerleşir. Hastaların %30'unda multipl, %20'sinde bilateraldir (11). Çoğunlukla soliter lezyon olarak izlenir (10, 11). Multipl akciğer hidatik kisti nadir bildirilmiştir (12). Multipl akciğer kistleri için üç patogeneze üzerinde durulmaktadır. Birincisi birden fazla yumurtanın bir veya daha fazla seferde alınması ile oluşmasıdır (12, 13). Bu ihtimal teorik olarak mümkün olsa da her iki akciğerde lezyonların bu kadar çok sayıda olması dikkate alındığında olgumuz için düşünülmesi zordur. İkinci ihtimal ise



Resim 4. Postoperatif 2. ay kontrol BT



Resim 5. Postoperatif 4. ay kontrol BT

hidatik kistin bir vane açılmasıdır ki genelde bu karaciğer, kalp veya iliak kemik yerleşimli olan hidatik kistlerde söz konusudur (12, 13). Bizim olgumuzda akciğer dışında kist bulunmaması bu ihtimalden uzaklaştırmıştır. Üçüncü olarak akciğer hidatik kistinin bronşial ağaca rüptüre olmasıdır (12, 13). Bu ihtimal bizim vakamızda her iki akciğerde multipl kistlerin bulunmasını açıklamaktadır. Çok az da olsa lezyonlar arasındaki büyüklük farkının, farklı zamanlarda oluşan parsiyel rüptürden veya birden fazla lezyonun rüptüründen kaynaklandığı düşünülebilir.

Hidatik kistlerin çoğu asemptomatiktir (8, 9, 11, 14). Pulmoner kistler, kistin büyüklüğüne göre ve lokalizasyonuna göre öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı gibi nonspesifik yakınmalara neden olabilirler. Muntazam kapsüllü olduklarından rüptüre olmadıkça ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi sistemik belirti vermezler (8, 9, 11). Hastamızın ilk başvuru yakınması sağ göğüs ağrısı olup servisine kabulünde yakınması yoktu.

Hastalığın tanısında hastalığa spesifik klinik ve laboratuvar bulgular olmadığından ve çoğu zaman da laboratuvar testleri ihmal edildiğinden radyolojik yöntemler ön plana çıkmaktadır (8, 9, 14). Komplike olmayan akciğer kistlerinde tanı, çoğu zaman nonspesifik şikayetler ve akciğer grafisindeki görüntü ile konmaktadır. Günümüzde BT daha ayrıntılı bulgular sunması nedeniyle tanıda önemli hale gelmiştir (14). Komplike kistlerde akciğer grafisindeki hava-sıvı seviyesi, nilüfer, menüsküs bulguları tanısalsam da BT ile teyit edilmesi önemlidir (9). Rüptüre olmuş kist kavitesi BT’de kitle imajı verebilir (8). BT’nin kistin lokalizasyonu ve yapısı hakkında verdiği bilgiler cerrahi tedavinin planlanmasında yararlıdır (11). Hidatik kist radyolojik olarak yuvarlak homojen bir opasite görüntüsü verdiği için ayırıcı tanıda nodüler lezyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Karsinomalar nadir de olsa benzer bir görüntü verebilirler. Sarkomlar için bu durum daha sık gözlenir. Özellikle multipl kistlerin varlığı halinde bizim olgumuzda olduğu gibi metastatik akciğer hastalığı ile karıştırılabilir (15).

HKH tanısı için bilinen bütün serolojik yöntemlerden yararlanılabileceği gibi günümüzde en çok kullanılanları; indirekt hemaglutinasyon (IHA), indirekt fluoresan antikor (IFA) ve enzimle linked immunoassay (ELISA)’dır. Bu testlerin, hepatic kistlerde pozitif sonuç verme oranı %90’larda iken, akciğer kistlerinde bu oran %50’lere kadar inebilmektedir (3, 9, 11, 16). Total IgG’den ziyade IgG1 veya IgG4 gibi spesifik antikorların test edilmesi spesifikliği arttırmaktadır (11). Olgumuzda klinik ve radyolojik bulgular yanında anti-*E. granulosus* IgG antikorlarının da ELISA ile pozitif olarak bulunması üzerine HKH tanısı üzerinde durularak operasyon kararı alınmıştır. Serolojik tanıda testlerin kombinasyonu önerilmektedir. Bilinmelidir ki negatif test sonuçları HKH tanısını dışlamak için yeterli değildir (9, 11, 16).

Diğer bir alternatif tanı yöntemi hatta kesin tanı koydurucu yöntem; yapılması anafilaksi ve disseminasyona sebep olma ihtimalinden dolayı kontrendike kabul edilse de eğer bir şekilde yapılmış ise, hidatik kist sıvısı aspiratının mikroskopik incelemesinde protoskolekslerin yada çengellerinin görülmesidir (9). Bu şekilde tanı konulmuş olgular bildirilmesine karşın bizim olgumuzda yapılan tru-cut akciğer biyopsisi nondiagnostik olarak rapor edilmiştir. Bunu da, insanda özellikle de pulmoner yerleşimli kistlerin nonfertil olabileceği ile açıklamak mümkündür.

Hakim olan görüş pulmoner HKH olgularında cerrahinin ilk tedavi tercihi olduğudur (9, 11, 14, 17, 18). Karpathios ve ark. (19) iki akciğer HKH olgularında medikal tedaviyle iyi sonuç aldıklarını bildirmiş olmalarına karşın, medikal tedavinin pulmoner kistlerde kist duvarını zayıflatarak komplikasyonlara açık hale getirdiği de bildirilmiştir (17). Cerrahi tedaviyi tolere edemeyen hastalarda, kistin tamamen çıkarılmasının mümkün olmadığı hastalarda, kist rüptürü nedeniyle yayılma riski olan hastalarda, tekrarlayan HKH hastalarında ayrıca küçük ve multipl kistik lezyonlu hastalarda medikal tedavi tercih edilebilir (10, 11, 18). Bunun yanında bazı cerrahlar rekürrensi azaltmak amacıyla ameliyat esnasında infeksiyonu ve sonrasında rekürrensi engellemek için hem peroperatif hem de postoperatif medikal tedavi vermektedir (10).

Tedavide parazitini kesin eradikasyonu amaçlandığından, kistin uzaklaştırılması ve muhtemel hava kaçaklarının tamir edilebilmesi amacıyla ana tedavi yöntemi cerrahidir (10, 17). Cerrahi tedavide parankim koruyucu yöntemler seçilmelidir (10, 14). Kistotomi ve

rezidüel kavitenin kapitonajı cerrahların çoğunluğu tarafından seçilen bir yöntemdir (14). Özellikle HKH’nin endemik olduğu bölgelerde hastalığın tekrarlama ihtimalini göz önünde bulundurarak rezeksiyondan kaçınılmalıdır (10, 14).

Bilateral akciğer HKH’inde birçok yaklaşım mümkündür. Genellikle iki ayrı torakotomi uygulanırken bazı cerrahlar bilateral torakotomi, transsternal submamaryal torakotomi ve median sternotomi gibi tek girişimi benimsemektedir (10). Olgumuzda daha fazla lezyonun izlendiği sağ akciğerden cerrahi olarak 25 adet kist çıkarıldı. Parankim içinde BT’de görülmeyen çok sayıda küçük kistlerin olduğu görüldü. Bu girişim neticesinde tanı kesinleştirildi ve hastalığın akciğerlerdeki yaygınlığı ortaya konularak medikal tedavi başlandı. Hastanın tedavisinin ikinci ayında çekilen kontrol BT’si kalan kistlerin sayısında değişiklik olmamasına karşın kistlerin boyutlarında küçülme olduğunu göstermiştir. Dördüncü ayda çekilen kontrol BT’sinde ise lezyonların bazılarının kaviter görünüm kazandığı saptanmıştır.

SONUÇ

HKH farklı organlarda farklı şekillerde karşımıza çıkabileceği gibi genellikle muntazam sınırlı homojen opasite görüntüsü verir. Bu nedenle tüm nodüler lezyonların ayırımında ve özellikle multipl lezyonların olduğu metastaz düşünülen olgularda ayırıcı tanıda hidatik kist akılda tutulmalıdır. HKH için asıl tedavi yöntemi cerrahi olmasına karşın, kistlerin tamamının cerrahi tedavi ile çıkartılmadığı multipl kistlerin bulunduğu hastalarda medikal tedavi de uygulanabilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Demirci M, Kaya S, Arıdoğan BC, Yönden C, Önal S. Kistik Ekinokokkozis Hastalarında Spesifik IgE Düzeyleri. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2004; 28: 21-3.
2. Delibaş SB, Özkoç S, Şahin S, Aksoy Ü, Akısü Ç. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Anabilim Dalı Seroloji Laboratuvarı’na Kistik Ekinokokkozis Şüphesiyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2006; 30: 279-81.
3. Eşgin M, Aktaş M, Coşkun Ş. İndirekt Hemaglutinasyon Testi (IHA) Yöntemi ile Kistik Ekinokokkozis Şüpheli Hastaların Serumlarında Antikor Varlığının Araştırılması. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2007; 31: 283-7.
4. Köktürk O, Gürüz Y, Akay H, Akhan O, Biber Ç, Çağrıçı U, ve ark. Toraks Derneği Parazitler Akciğer Hastalıkları Tanı ve Tedavi Rehberi. 2002; 3: 1-10.
5. Altıntaş N, Yazar S, Yolasiğmaz A, Akısü C, Şakrı N, Karacasu F, et al. A sero-epidemiological study of cystic echinococcosis in Izmir and its surrounding area, Turkey. Helminthologia 1999; 36: 19-23.
6. Altıntaş N. Past to present: echinococcosis in Turkey. Acta Trop 2003; 85: 105-12. [CrossRef]
7. Yazar S, Ozkan AT, Hökelek M, Polat E, Yılmaz H, Ozbilge H, et al. Türkiye’de 2001-2005 yılları arasında kistik ekinokokkozis. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2008; 32: 208-20.
8. Sırmalı M, Aydın E, Yazıcı Ü, Aydın Ö, Fındık G, Kaya S. Bronşiyal yayılım gösteren pulmoner hidatik kist olgusu. Solunum Hastalıkları 2004; 15: 154-7.
9. Akçay A, Özdemir Ö, Gürses D, Ergin H, Kılıç İ, Sarıoğlu-Büke A. Üç olgu nedeniyle akciğer kist hidatiğe yeniden bakış. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 3: 29-31.
10. Fatimi SH, Naureen S, Moizuddin SS, Puri MM, Yousuf MA, Javed MA, et al. Pulmonary hydatidosis: clinical profile and follow up from an endemic region. ANZ J Surg 2007; 77: 749-51. [CrossRef]

11. Morar R, Feldman C. Pulmonary echinococcosis. *Eur Respir J* 2003; 21: 1069-77. [\[CrossRef\]](#)
12. Deshmane JV. Multiple pulmonary hydatid cysts. *Postgrad Med J* 1967; 4: 774-8. [\[CrossRef\]](#)
13. Barrett NR. The anatomy and the pathology of multiple hydatid cysts in the thorax. *Ann R Coll Surg Engl* 1960; 26: 362-79.
14. Yalçinkaya I, Er M, Ozbay B, Uğraş S. Surgical treatment of hydatid cyst of the lung: review of 30 cases. *Eur Respir J* 1999; 13: 441-4. [\[CrossRef\]](#)
15. Ramos G, Orduña A, García-Yuste M. Hydatid cyst of the lung: diagnosis and treatment. *World J Surg* 2001; 25: 46-57.
16. Sarı C, Ertuğ S, Karadam SY, Özgün H, Karaoğlu AÖ, Ertabaklar H. Kistik Ekinokokkozis Tanısında ELISA (Enzym Lynked Immunosorbent Assay), Indirekt Hemagglütinasyon Testi (IHA) ve Indirekt Floresan Antikor Testi (IFAT)'nin Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitol Derg* 2009; 33: 73-6.
17. Kürkçüoğlu IC, Eroğlu A, Karaoğlanoğlu N, Polat P. Complications of albendazole treatment in hydatid disease of lung. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 649-50. [\[CrossRef\]](#)
18. Işıtmangil T, Sebit S, Tunç H, Görür R, Erdik O, Kunter E, et al. Clinical experience of surgical therapy in 207 patients with thoracic hydatidosis over a 12-year-period. *Swiss Med Wkly*. 2002; 12; 132: 548-52.
19. Karpathios T, Syriopoulou V, Nicolaidou P, Messaritakis J. Mebendazole in the treatment of hydatid cysts. *Arch Dis Child* 1984; 59: 894-6. [\[CrossRef\]](#)