

# DAHİLİYECİ GÖZÜYLE HİDATİK KİST HASTALIĞI

## 14. BÖLÜM

Nergiz EKMEK<sup>1</sup>

### Giriş

Kistik ekinokozis (KE), 1 yaşından 75 yaşına kadar geniş bir yaş grubunda görülen, karaciğer ve akciğer başta olmak üzere birçok organ ve sistemi etkileyerek yerleştiği bölge ve komplikasyonlar ile ilişkili olarak çok çeşitli klinik bulgularla ortaya çıkabilen, maligniteler başta olmak üzere birçok hastalıklarla karışabilen, özellikle endemik bölgelerde önemli mortalite ve morbiditeye sebep olabilen kronik bir hastalıktır <sup>(1, 2)</sup>.

### Klinik bulgular

Kist hidatik yerleştiği organa göre çok farklı klinik bulgulara sebep olması nedeniyle şüpheli hastalar 5-10 yıl öncesinde, hastalığın endemik olduğu bölgeye seyahat veya göç etmiş mi? Eğer edilmiş ise hangi bölgeye seyahat edildiği? Köpeklerle, tilkilerle veya çiftlik hayvanları ile temas olmuş mu? Yabanıl hayat ile temas edebilecek pastoral (çobanlı) bir bölge ve mezbahada çalışma durumu sorgulanmalıdır.

Klinik bulgular kistin kitle etkisine ve neden olduğu komplikasyonlara bağlı olarak ortaya çıkar. Karaciğerde ve safra yollarını saran hidatik kistlerde; Geğirme, bulantı, kusma, iştahsızlık, halsizlik, karında şişkinlik şikâyetleri gibi genel semptomlar ve sağ hipokondriumda hafif veya bazen birdenbire gelen sancılı karın ağrısı görülebilir.

KE'un biliyer sisteme direkt basısı, rüptüre olması veya fistüle olması gibi sebepler ile kolestaza neden olması durumunda hastalarda; gözlerde sararma, idrar renginde koyulaşma, akolik gaita bulguları gelişir.

Kolestaz süresinin uzaması nedeniyle uzun dönemde sekonder biliyer siroz gelişirse, kompanse ve dekompanse karaciğer sirozuna ait karında şişlik, bilinç bulanıklığı (hepatik ensefalopati), özofagiyal varis kanama gibi hastalığın geç klinik belirtileri ile karşımıza çıkabilir.

Kistlerin bakteriyel enfeksiyonu sonucu abse formasyonu gelişebilir. En sık görülen semptomlar; karın ağrısı, ateş, titreme, sarılık, bulantı, kusma ve anemidir. Eğer abse diafragma boyunca uzanır ise; dispne, plevral ağrı gibi sağda plevral efüzyon belirtileri ortaya çıkabilir.

Akut abdominal rüptür ile peritoneal irritasyon, akut karın semptomları ve anafilaktik reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Anafilaktik reaksiyonun derecesi kist rüptürünün hangi organda geliştiğine bağlıdır. Hafif dereceli anafilaktik reaksiyon gelişen hastalarda ciltte eritem, kaşıntı ve bulantı görülebilir. Fatal anafilaktik şok belirtileri çeşitli olmakla beraber, sıklıkla boyun ve yüzde şişme kaşıntı, hipotansiyon, baş dönmesi, hava yolu obstrüksiyonu ve senkop görülebilir. Anafilaktik

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Görevlisi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, dr\_nergisekmen@hotmail.com

rak ilk seçenek olarak değerlendirilmelidir<sup>(23)</sup>. Preoperatif tedavi albendazol ile cerrahi ve/veya PAİR'dan asgari 4 gün ile 1 ay önce başlanır ve cerrahi sonrası 1 ile 3 ay devam edilmelidir. PAİR yapılsın veya yapılmıyın albendazol ile tedavi genellikle ikiye bölünmüş dozlarda 10-15 mg/kg/gün veya günlük 400 mg olarak verilebilir ve tedavi 10-14 gün olarak birkaç döngü (1-6) şeklinde uygulanabilir. Mebendazol, üçe bölünmüş dozda, günde 40 ila 50 mg / kg şeklinde kullanılır. Potansiyel teratojenisite nedeniyle hamilelik sırasında albendazolden kaçınılmalıdır; mümkünse tedavi doğumdan sonraya ertelenmelidir. Altı aydan fazla tedavi, çoklu kisti olan ve cerrahi şansı olmayan hastalar için yapılmasına rağmen birçok hasta için marjinaldir ve asla iyi değerlendirilmemiştir. Karaciğer, akciğer ve periton dışı organ tutulumlarında uzun süreli tedavinin yararı ile ilgili öneri vardır, ancak bu tip vakaların sayısı azdır.

Benzimidazol tedavisi sırasında en sık yan etkileri izlemek için ilk 12 hafta 2 haftada bir ardından, ayda bir tam kan sayımı (nadiren agranulositoz) ve karaciğer enzimlerine bakılması önerilmektedir<sup>(24)</sup>. Aminotransferazlarda normalin üst sınırının beş katından fazla bir artış olması durumunda, albendazolün kesilmeli ve alternatif tedavi yaklaşımları (cerrahi, PAİR gibi) düşünülmelidir.

Prazikuantal, albendazole makul bir medikal tedavi alternatif olarak veya albendazolün etkinliğini artırmak için kombinasyon tedavisi olarak seçilebilir (25). Prazikuantal, her hasta için farklı rejimlerde (günlük, haftalık, iki haftalık, aylık) 40mg/kg dozunda standart albendazol tedavisi ile kombine edilir. Prazikuantal ile kombine tedavi potansiyel olarak hastalığın tekrarlama riskini kist rüptürü ve dökülme yoluyla intraperitoneal tohumlanmasını inhibe ederek azaltır. Şu anki bilgilerimizle uzun süreli kemoterapi ajanı olarak rutinde prazikuantal (cerrahinin uygun olmadığı veya yaygın şiddetli hastalıkta) kullanılmamaktadır<sup>(25)</sup>.

## D. Tedavisiz gözlem

Komplikasyon olmaması durumunda evre IV ve V inaktif kistler tedavisiz takip edilebilir.

## TAKİP

KE tedaviden yıllar sonra tekrarlayabilir. Kist hidatik hastalığı kronik bir hastalık olması sebebiyle yapılan tedavinin etkinliğini hastaları uzun dönem takip ederek belirleyebiliriz<sup>(20)</sup>. Tedavide kürü değerlendirebilecek bir test yoktur ve seroloji sonuçları başarılı bir tedaviden sonra bile yıllarca pozitif kalabileceğinden, tedavinin etkinliğini değerlendirmek için görüntüleme (USG, BT veya MRG) ile uzun süreli takip gereklidir. Görüntüleme yöntemlerinden hasta için hangisi uygun ise bulgular stabil olana kadar üç ila altı aylık aralıklar ve ardından yıllık izlem yapılabilir. Rekkürrens için beş yıla kadar takip genellikle uygun bir süredir; radyografik bulgular 12, 24 ve 36. aylarda stabil olduğu durumlarda üç yıl yeterli olabilir<sup>(26)</sup>. Bazı sınırlamaları olmasına rağmen ultrasonografi tedaviye yanıtı değerlendirmede yararlıdır. USG'de, kistin tamamen kaybolması, kist boyutunda ve hacminde azalma (%25'den fazla azalma), kistin solid komponent oranında artış, kist duvarının kalınlaşması ve düzensizliği, membran ayrılması, kistin kalsifiye olması ve multiveziküler kistlerde kistlerin boyutunda ve / veya kist sayısında azalma olması tedaviye yanıt kabul edilir.

## Kaynaklar

1. Ammann RW, Eckert J. Cestodes: echinococcus. *Gastroenterology Clinics*. 1996;25(3):655-89.
2. Pawlowski Z. Echinococcosis in humans: clinical aspects, diagnosis and treatment. WHO/OIE Manual on echinococcosis in humans and animals. 2001.
3. Martínez S, Restrepo CS, Carrillo JA, Betancourt SL, Franquet T, Varón C, et al. Thoracic manifestations of tropical parasitic infections: a pictorial review. *Radiographics*. 2005;25(1):135-55.
4. Morar R, Feldman C. Pulmonary echinococcosis. *European Respiratory Journal*. 2003;21(6):1069-77.
5. Darwish B. Clinical and radiological manifestati-

- ons of 206 patients with pulmonary hydatidosis over a ten-year period. *Primary Care Respiratory Journal*. 2006;15(4):246-51.
6. Burgos R, Varela A, Castedo E, Roda J, Montero CG, Serrano S, et al. Pulmonary hydatidosis: surgical treatment and follow-up of 240 cases. *European journal of cardio-thoracic surgery*. 1999;16(6):628-35.
  7. Singh S. Massive hemoptysis in children-unusual presentation in pulmonary hydatid disease. 2005.
  8. Harris D, Van Vuuren W, Augustyn J, Rossouw G. Hydatid cyst fistula into the aorta presenting with massive hemoptysis: case report and literature review. *Journal of Cardiovascular Surgery*. 2001;42(4):565.
  9. Ben-Hamda K, Maatouk F, Ben-Farhat M, Betbout F, Gamra H, Addad F, et al. Eighteen-year experience with echinococcus of the heart: clinical and echocardiographic features in 14 patients. *International journal of cardiology*. 2003;91(2-3):145-51.
  10. Diaz-Menendez M, Pérez-Molina JA, Norman FF, Perez-Ayala A, Monge-Maillo B, Fuertes PZ, et al. Management and outcome of cardiac and endovascular cystic echinococcosis. *PLoS neglected tropical diseases*. 2012;6(1).
  11. Kahlfuß S, Flieger RR, Roepke TK, Yilmaz K. Diagnosis and treatment of cardiac echinococcosis. *Heart*. 2016;102(17):1348-53.
  12. Nourbakhsh A, Vannemreddy P, Minagar A, Toledo EG, Palacios E, Nanda A. Hydatid disease of the central nervous system: a review of literature with an emphasis on Latin American countries. *Neurological research*. 2010;32(3):245-51.
  13. GÖĞÜŞ Ç, ŞAFAK M, BALTAÇI S, TÜRKÖLMEZ K. Isolated renal hydatidosis: experience with 20 cases. *The Journal of urology*. 2003;169(1):186-9.
  14. Ali-Khan Z, Rausch RL. Demonstration of amyloid and immune complex deposits in renal and hepatic parenchyma of Alaskan alveolar hydatid disease patients. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*. 1987;81(4):381-92.
  15. Gelman R, Brook G, Green J, Ben-Itzhak O, Nakhoul F. Minimal change glomerulonephritis associated with hydatid disease. *Clinical nephrology*. 2000;53(2):152-5.
  16. Mongi Zlitni M, Khelil Ezzaouia M, Hamadi Lebib M, Maher Karray M, Mondher Kooli M, Mondher Mestiri M. Hydatid cyst of bone: diagnosis and treatment. *World journal of surgery*. 2001;25(1):75.
  17. Cattaneo L, Manciuilli T, Cretu C-M, Giordani MT, Angheben A, Bartoloni A, et al. Cystic echinococcosis of the bone: a European multicenter study. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2019;100(3):617-21.
  18. Lightowlers M, Gottstein B. Echinococcosis/hydatidosis: antigens, immunological and molecular diagnosis. *Echinococcosis/hydatidosis: antigens, immunological and molecular diagnosis*. 1995:355-410.
  19. Eckert J, Gemmell M, Meslin Fo-X, Pawlowski Z, Organization WH. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. 2001.
  20. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta tropica*. 2010;114(1):1-16.
  21. Stojkovic M, Rosenberger K, Kauczor H-U, Jung-hans T, Hosch W. Diagnosing and staging of cystic echinococcosis: how do CT and MRI perform in comparison to ultrasound? *PLoS neglected tropical diseases*. 2012;6(10).
  22. Özaslan E, Bayraktar Y. Endoscopic therapy in the management of hepatobiliary hydatid disease. *Journal of clinical gastroenterology*. 2002;35(2):160-74.
  23. Smego Jr RA, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *International journal of infectious diseases*. 2005;9(2):69-76.
  24. Smith AL, Rego LP, Williams R. Albendazole monitoring. *American journal of health-system pharmacy*. 1997;54(3):319-20.
  25. Velasco-Tirado V, Alonso-Sardón M, Lopez-Bernus A, Romero-Alegria Á, Burguillo FJ, Muro A, et al. Medical treatment of cystic echinococcosis: systematic review and meta-analysis. *BMC infectious diseases*. 2018;18(1):306.
  26. Brunetti E, White AC. Cestode infestations: hydatid disease and cysticercosis. *Infectious Disease Clinics*. 2012;26(2):421-35.