

AKCİĞERİN HİDATİK KİST HASTALIĞI

23. BÖLÜM

Zeynep CESUR¹

Giriş

Hidatik kist hastalığının (hidatidoz) etkeni, ses-tod grubundan bir yassı solucan olan *Echinococcus granulosus*'tur. Gelişmekte olan ülkelerde bir sağlık problemi olan akciğer kist hidatiği ülkemizde hayvancılığın yoğun olduğu bölgelerde hala sıklıkla rastlanmaktadır. Hidatidozda karaciğer (%60-80) ve akciğer (%10-30) en sık tutulan organlardır. Akciğer kist hidatiği, genelde asemptomatik halde iken tanı alır. Fakat kistin rüptürüne ya da çevre dokulardaki basısına bağlı gelişen acil klinik durumlarla da acil servislerde karşılaşılabilmektedir.

Epidemiyoloji

Hidatik kist hastalığı (HKH) zoonotik bir hastalıktır. Echinococcus'lar içinde dört tür insanda hastalık yapmaktadır; bunlar *E. granulosus*, *E. multilocularis*, *E. vogeli* ve *E. oligarthrus*'tur. *E. vogeli* ve *E. Oligarthrus* genellikle Orta ve Güney Amerika'da görülen nadiren hastalığa sebep olan türlerdir. *E. multilocularis* ise metastatik olarak nitelendirilen multipl lezyonlarla karşımıza çıkan alveolar kistik hastalığının etkenidir [1]. Bu bölümde akciğer hidatidozun en sık nedeni olan *E. granulosus*'tan bahsedeceğiz.

HKH; tarım ve hayvancılığın yaygın yapıldığı, ancak toplum sağlığı bilincinin oluşmadığı ve denetimlerin eksik olduğu yerlerde sık görülmektedir [1,2]. Türkiye'de Doğu Anadolu başta olmak üzere İç Anadolu, Trakya bölgelerinde sıklıkla görülmektedir [3]. Sağlık Bakanlığımızın 1955-2005 yılları arasındaki verilerine göre 55.000'e yakın HKH olgusu raporlandı ve her yıl bu sayıya ortalama 2000-2500 yeni vaka eklenmektedir [3].

Kist hidatik olguları ile aynı ortamda yaşayan kişilerde HKH varlığı için tarama yapılması ile ilgili çalışmalar vardır [4]. Bir çalışmada, HKH nedeni operasyona alınan 40 olgu incelenmiş ve olgular ile aynı ortamda yaşayan kişilerin %12.7'sinde asemptomatik kist hidatik olduğu saptanmıştır [3].

Bulaş ve Patogenez

Ekinokokların gelişimini tamamlamak için ana ve ara konak olmak üzere iki ayrı canlıya ihtiyacı vardır. Parazit yumurtalarının olduğu, hastalığın görülmediği köpek başta olmak üzere yabani etçiller ana konaktır. Ara konak ise hastalığın görüldüğü, yumurtadan larvaların geliştiği koyun, keçi ve büyük baş gibi hayvanlardır. Ara konağın enfekte etini ana konak çiğ olarak yediğinde, ana konağın barsaklarında parazit artık olgun larva

¹ Op. Dr. Zeynep Cesur Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, zkylnpc@gmail.com

Multipl HKH vakalarının %75'inde kistler bilateraldir [22]. İntakt bilateral HKH'da, öncelikle kist boyutu büyük olan veya sayısı fazla olan tarafın operasyonu düşünülmelidir. Komplike kist varlığında öncelikle komplike tarafa girişim önerilir, ancak perfore olmamış kistin boyutu 5 cm'den büyük ise öncelikle bu tarafa operasyon planlanması daha uygundur. Karşı tarafa cerrahi ilk operasyondan 2-4 hafta sonra yapılabilir [21]. Bilateral HKH tedavisinde, bilateral torakotomiden daha iyi tolere edilmesi nedeniyle median sternotomi iyi bir alternatif teknik olarak tercih edilebilir [23]. Fakat sternotomide özellikle posterior kısımda lokalize veya sol alt lob yerleşimli kistlerde, komplike süpüratif vakalarda alana hakimiyette sıkıntılar oluşabilmektedir [21]. Bilateral HKH'da evreli torakotomi yaklaşımında, genel durumu operasyon sırasında iyi değerlendirilen hastalara aynı seansta karşıya da torakotomi uygulaması tercih edilebilir.[24].

Pulmoner ve karaciğer kist hidatiği beraberliği %4-25 oranında görülür [25]. Akciğer ve karaciğer kubbe yerleşimli HKH'da alt seviyelerden yapılan torakotomiye ilave frenotomi ile aynı seansta opere edilmeleri tercih edilen bir tekniktir. Bunun gibi hastane yatışını kısaltan, morbidite ve mortaliteyi düşüren aynı seansta multipl organa yaklaşım içeren cerrahi teknikler tecrübeye göre tercih edilmektedir. Bu amaçla sol akciğer ve dalak HKH beraberliği olan seçilmiş olgularda ise sol torakotomi ile transdiyafragmatik yaklaşım uygulanabilmektedir [26,27].

Hidatik kistin plevral boşluğa rüptürü ile oluşan pnömotoraksa, kapalı toraks drenajı yapıldığında, masif hava kaçağı ve ekspansiyon kusuru izlenir. Tanı gecikirse ampiyem gelişebilir. Ampiyem tedavisine ilave dekortikasyon ve harap olmuş parankim için bazı vakalarda rezeksiyon bile gerekebilir.

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'ne göre HKH'da medikal tedavi; özellikle cerrahiye uygun bulunmayan hastalarda, torasentez gibi yetersiz girişimlerde ve cerrahi sonrası nüksü önlemek için tercih edilmelidir [28]. Sıklıkla tercih edilen al-

bendazol, mebendazole göre tedavi cevabı daha kısa sürede alınır ve daha etkilidir [29]. Günde iki doza bölünmüş olarak, kiloya 10-15 mg dozunda kullanılır. Tedavi süresi genellikle 3-6 aydır, ancak yan etkiler gelişmediği sürece gerekli durumlarda tedavi uzatılabilir. Medikal tedavi süresince; karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, ürtiker, sarılık, trombositopeni nedeniyle aylık laboratuvar tetkiki ile ilaç devamı değerlendirilmelidir.

Genellikle ilaçlar kist duvarına doğrudan etki gösterdiğinden küçük, ince duvarlı kistler en iyi yanıtları verirken; multipl, kalın veya kalsifiye duvarlı kistler tedaviye daha dirençlidirler. İntakt akciğer HKH'ında operasyon öncesi verilen medikal tedavi, kist germinatif membranının direncini azaltarak perforasyonuna neden olur.Bu nedenle preoperatif dönemde tercih edilmemelidir.

Sonuç

Hidatik kist hastalığı, ülkemizde kontrol altına alınamamış bir halk sağlığı problemi olarak önemini korumaktadır. Akciğer hidatik kistinde, en etkili tedavi, akciğer parankimini mümkün olduğunca koruyarak kist içeriğinin eksizyonudur. Basit intakt kistlerde, kistotomi ve kapitonaj, genellikle tercih edilen cerrahi yöntemdir. Endemik bölgelerde özellikle ekspansiyon olmayan pnömotoraks veya tedaviye cevapsız ampiyem hastalarında, perfore olmuş komplike HKH düşünülmelidir. Operasyon sonrası özellikle nüksü önlemek için medikal tedavi verilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Altintas N. Past to present: Echinococcosis in Turkey. *Acta Trop.* 2003;85(2):105-112.
2. Köktürk O. Akciğer Hidatik Kist Hastalığı. In: Ekim N, Uçan ES, eds. *Solunum Sistemi Enfeksiyonları. Toraks Kitapları* 2001; 3:557-604.
3. Cobanoğlu U, Sayır F, Mergan D. The results of radiological and serological screening in individuals sharing the same living space as patients with hydatid cysts. *Türkiye Parazitolojisi Dergisi* 2012; 36:65-70.
4. Hekimoğlu B, Akkaş Y, Koçer B. Cystic echinococcosis: Importance of family screening. *Klinik Derg.* 2018; 31(2): 165-8. Turkish. IX. Ulusal Gö-

ğüs Cerrahi Kongresi.

5. Unat EK. Ekinokok'ların ve enfeksiyonlarının tarihçesi. İnsanlarda ve hayvanlarda kist hidatik (Echinococcosis). İzmir: Türkiye Parazitoloji Derneği yayınları 1991; 10:1-12.
6. Merdivenci A, Aydınloğlu K. Hidatidoz (Hidatik Kist Hastalığı). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, No:97. İstanbul:Fatih Gençlik Vakfı Matbaası; 1982; p.4-10.
7. Thompson RCA. Biology and systematics of Echinococcus. In: Thompson RCA, Lymbery AJL, eds. Echinococcus and hydatid diseases, UK/Wallingford-Oxon:CAB International; 1995: 1-50.
8. Sayek İ. Kist Hidatik Hastalığı: Klinik Yönleri. Altıntaş N, Tınar R, Çoker R. Hidatoloji Derneği Yayınları, İzmir 2004:141-147.
9. Solak H, Ozgen G, Yüksel T, Eren N, Solak N, Kırca NK et al. Surgery in hydatid cyst of the lung. A report of 460 cases. Scand J Thorac Cardiovasc Surg 1988; 22:101-104.
10. Ulaşan NG, Durel K, Yıldırım E, Han S, Saygın H, Sakıncı Ü ve ark. Kist hidatikli 44 olguya klinik yaklaşım. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2002;50:65-69.
11. Kokturk O, Guruz Y, Akay H, Akhan O, Biber C, Çağırıcı U, ve ark. ToraksDerneği Paraziter Akciğer Hastalıkları Tanı ve Tedavi Rehberi. ToraksDergisi 2002; 3: 1-16
12. Santivanez S, Garcia HH. Pulmonary cystic echinococcosis. Curr Opin Pulm Med2010;16:257
13. Murray JF, Nadel JA, eds. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2010
14. Zarzosa MP, Orduna DA, Gutierrez P, et al. Evaluation of six serological tests in diagnosis and postoperative control of pulmonary hydatid disease-patients. Diagn. Microbiol Infect Dis 1999;35:255
15. Biava MF, Dao A, Fortier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. World J Surg 2001;25:10.
16. Von-Sinner WN. New diagnostic signs in hydatid disease: radiography, ultrasound, CT and MRI correlated to pathology. Eur J Radiol, 1991;12:150-159
17. Sakarya ME, Arslan H, Uzun K, Er M, Özbay B, Ödev K. Akciğer kist hidatiğindeki konvansiyonel radyografi ve bilgisayarlı tomografi bulguları. Van Tıp Dergisi Cilt: 5, Sayı: 2, Nisan/1998.
18. Oruç E, Yıldırım N, Topal NB, Kılıçturgay S, Akgöz S, Savcı G. Difüzyon ağırlıklı MR görüntülemenin hidatik kistlerinin sınıflandırmasındaki vebasit kistlerle abselerden ayırt edilmesindeki rolü. Diagn Interv Radiol 2010; 16:279-287
19. Yılmaz A, Tuncer LY, Damadoglu E, Sulu E, Takir HB, Selvi UB. Pulmonary hydatid disease diagnosed by bronchoscopy: a report of three cases. Respirology 2009 Jan;14(1):141-3
20. Köksal D, Altınok T, Kocaman Y, Taştepe I, Ozkara S. Bronchoscopic diagnosis of ruptured pulmonary hydatid cyst presenting as nonresolving pneumonia: report of two patients. Lung 2004;182(6):363-8.
21. Harlaftis N, Aletras H, Symbas P: Hydatid disease of the lung. In Shields TW(ed): General Thoracic Surgery, 6 th Ed. Lippincot Williams& Wilkins, Philadelphia, 2005, p.1298
22. Jose J. P. Camargo: Hydatid disease. P.503. In Pearson (eds): Thoracic Surgery, Churchill Livingstone 1995
23. Ceran S, Sunam GS, Gormus N, Solak H, Sahin M. Cost-effective and time-saving surgical treatment of pulmonary hydatid cysts with multiple localization. Surg Today. 2002;32(7):573-6.
24. Hasdıraz L, Onal O, Oguzkaya F. Bilateral staged thoracotomy for multiple lung hydatidosis. Journal of Cardiothoracic Surgery 2013; 8:121.
25. Sahin E, Enön S, Cangir AK, Kutlay H, Kavukçu S, Akay H, Okten I, Yavuzer S. Single-stage trans-thoracic approach for right lung and liver hydatid disease. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003 Sep;126(3):769-73
26. İncekara F, Gülhan E, Üstün LN, ve ark. Torakal yaklaşım ile akciğer, karaciğer ve dalak kist hidatiklerinin cerrahi tedavisi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2014;22(1):104-111
27. Fındık G, Kalaycıoğlu S, Öztürk F, et al. Transtorasik splenektomi. Solunum Hastalıkları 2009;57-59.
28. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Trop 2010; 114:1
29. Stamatakos M, Sargedı C, Stefanaki C, et al. Anthelmintic treatment: an adjuvant the rapetic strategy against Echinococcus granulosus. Parasitol Int 2009; 58: 115-120.