

AKCİĞER KİST HİDATİĞİ -36 OLGUNUN SONUÇLARI-

Mehmet Ali BEDİRHAN*, Yener YÖRÜK, Rüstem MEHMET***
Tuncay ÇAĞLAR******

ÖZET

Ocak 1990-Nisan 1993 tarihleri arasında kliniğimizde tetkik ve tedavisi yapılan 36 akciğer kist hidatigi olgusu, retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş ortalaması 32, kadın: erkek oranı 17:19 idi. Tanı yöntemi olarak indirekt hemaglutinasyon, akciğer grafisi, batin ultrasonografisi ve gerek duyulan olgularda bilgisayarlı tomografi uygulandı. Beş olgu müracaat anında rüptüre idi. Hastaların 18'i (%50) öksürük, 12'si (%33) ağrı, 7'si (%20) hemoptiziyle müracaat etti. Beş olguda saptanan karaciğer kist hidatiginin dördü, ileri bir tarihte ameliyat edildi. Beşinci olguda ise, sağ akciğer ve karaciğerdeki kiste aynı operasyonda müdahale edildi. Olguların 27'sine kistotomi+kapitonaj, üçüne akciğer plasti, beşine kistotomi+wedge rezeksiyon, bir olguya ise lobektomi uygulandı. Mortaliteye rastlanılmadı.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, ekinokok.

SUMMARY

Thirty-six patients with hydatid cyst of the lung were diagnosed and operated between January 1990 and April 1993 in our department. Median age was 32 and male: female ratio was 17: 19. Indirect hemagglutination, chest x-ray, abdominal ultrasonography and CAT, when necessary, were used for diagnosis. Five cases had been ruptured at admission. Liver hydatosis was also diagnosed in 5 cases and four of them were operated after recovery of lung operation. Combined operation was performed to the fifth case because of liver and right lung disease. Cystectomy+capitonage, in 27, lung plasty in 3, cystotomy+wedge resection, in 5 and lobectomy, in 1, were performed. There was no operative mortality.

Key Words: Hydatid cyst, eccinoccosis.

* Trakya Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, Yard. Doçenti.

** Trakya Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, Araştırma Görevlisi.

*** Trakya Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, Uzm. Dr.

**** Trakya Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Yard. Doçenti.

GİRİŞ

Kist hidatik, Ekinokokus Granülosus'un etken olduğu paraziter bir enfeksiyondur. Hippokrat zamanından beri bilinen bu hastalık, halen ülkemizde büyük bir sağlık sorunudur (1). Günümüzde kemoterapinin de kullanılmaya başlamasına rağmen, akciğer kist hidatığının seçkin tedavisi cerrahidir. Ülkemizde insidansı 100.000'de 20 oranındadır (2). Kist hidatik büyük oranda karaciğerde yerleşim gösterir. İkinci sıklıkta akciğer tutulumu görülür (2,3). Bu yazımızda akciğer kist hidatik nedeniyle son üç yıl içerisinde opere edilen olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

MATERYAL VE METOD

Otuzaltı hasta akciğer kist hidatığı nedeniyle Ocak 1990-Nisan 1993 tarihleri arasında opere edildi. Yaşları 7-65 arasında ve ortalaması 32 idi. Hastalardan 17'si bayandı (%46). Olgularda kist hidatik lokalizasyonu Tablo I'de gösterilmiştir. Tüm olgulara preoperatif Casoni, Weinberg ve İndirekt Hemaglutinasyon testleri yapıldı.

Tablo I: Akciğerde kist hidatik lokalizasyonları

Sağ alt lob	17
Sol alt lob	9
Sağ üst lob	5
Sol üst lob	4
Sağ orta lob	1

BULGULAR

Hastaların 18'inde öksürük (%50), 12'sinde ağrı (%33), ve 7'sinde hemoptizi (%20) semptomları vardı. 9 hasta asemptomatik idi. Bir hasta spontan pnömotoraks ile başvurdu. Tüp drenajından sonra persistan hava kaçağı nedeniyle çekilen klasik tomografide rüptüre kist hidatik saptandı. Olguların 5'inde radyolojik olarak rüptüre kist hidatik bulguları mevcuttu (%14). Bir olgu masif hemoptizi nedeniyle acil torakotomiye alındı (Resim 1).

Casoni testi %52 olguda, Weinberg %60, indirekt hemaglutinasyon ise %90 olguda pozitif bulundu.



Resim 1. Sol akciğer alt loba 12x12 cm boyutlarında, hemoptiziyile müracaat eden bir hastaya ait akciğer PA grafi.

Bütün hastalara operasyondan önce batın ultrasonografisi çekildi. Beşide karaciğerde de kist görüldü (%14). Bunlardan karaciğer sol loba yerleşimli bir olgu akciğer sağ üst loba kist opere edildikten sonra, transdiyafragmatik yaklaşımla girişimde bulunuldu. Diğer 4 hastaya akciğerdeki kist opere edildikten ortalama 2 ay sonra, Genel Cerrahi kliniğinde kistektomi+omentoplasti uygulandı. Hastalarda uygulanmış tek-nikler Tablo II'de gösterilmiştir. Otuzaltı torakotomide hiç mortalite olmadı. Beş olguda uzamış hava kaçağı (%14), 2'sinde ampiyem (%5.5) gelişti. Bu olgulara ikinci cerrahi girişim gereği olmadı.

Tablo II: Yapılan operasyon teknikleri

Kistotomi+Kapitona)	27
Akciğer plasti	3
Kistotomi+Wedge rezek.	5
Lobektomi	1

TARTIŞMA

Köpeklerin ince bağırsağında yerleşim gösteren ekinokokus granulosusun ara konağı insan, koyun ve sığırdır. Özellikle hayvancılıkla uğraşılan bölgemizde kist hidatik endemiktir (1). Genellikle akciğerde periferik yerleşim gösterir. Semptom vermeden çok büyük boyutlara ulaşabilir. Kist büyürken etrafındaki bronşial ve vasküler yapılarda basınca bağlı erozyonlar oluşturur. Akciğer hidatik kisti evolüsyonu sırasında yırtılabilir. Bu durumda, oluşan bronşial açıklıklardan bronş ağacına yayılarak anafilaksi ve asfiksiye yol açabilir. Plevral boşluğa açılarak ampiyemlere neden olur. Rüptüre kist hidatikler akciğer abselelerine dönüşebilir. Vasküler erozyonlar hemoptizlere neden olur. Basıya bağlı bozulan drenajla alt solunum yolları görülür (4,5,6,7).

İmidazol grubunun kullanımı ile kemoterapi popülarite kazanmışsa da, bu ilaçların kist duvarının ince olduğu çok az bir hasta grubunda iyi cevap vermektedir. Ayrıca bunlarda da kistlerin tam yokedilememesi ve nükslerin önlenememesi ile ilaçların yüksek oranda yan etkileri kullanımlarını çok sınırlamaktadır (3,7,8). Cerrahi küratif ve primer tedavi olanağı sunmaktadır. Cerrahi tedavi yöntemleri arasında kistotomi veya enükleasyon sıklıkla yapılmaktadır. Bu tekniklerin ardından oluşan kavitenin kapitonajı önerilmektedir. Biz de olgularımızın çoğunda kistotomi+kapitonaj uyguladık. Kistin aspirasyonundan önce antiskolastik madde injeksiyonu yapmadık. Kistin çıkartılmasından sonra, mümkün oldukça destrüksiyona uğramamış akciğer dokusunun korunması esastır. Fakat irreversibl değişikliklere uğramış dokuların ve kavitelerin varlığında wedge rezeksiyondan pnömonektomiye kadar rezeksiyonlar yapılabilir (2,5,7). Bir hastamızda bu nedenlerle lobektomi yapmak zorunda kaldık. Kapitonaj yapmadan açık akciğer bronş ağzlarının kapatılması ile akciğer plasti tekniği kullanılabilir (9). Bu şekilde doku korunmasının avantajlarına karşılık, uzamış hava kaçakları ve ardışık komplikasyonlar daha sık görülür. Bizimde bu tekniğin kullanıldığı 3 hastada uzamış hava kaçakları ve bunların birinde ampiyem oluştu. Karaciğer ve sağ akciğerde aynı anda kist hidatik saptanan olgularda, akciğereki kistin operasyonunu ardından uygun lokalizasyonlarda ise transdiafragmatik yolla karaciğer kistlerine girişim yapılır (10). Bir hastamızda bu yaklaşımla aynı seansda sağ akciğer ve karaciğer sağ lobdaki kistleri opere ettik.

Akciğerde kist hidatik saptandığında hemen cerrahi girişim gereği vardır ve sifıra yakın mortalite ile küratif tedavi olanağı sunmaktadır.

Bunun yanında kist hidatiğin eradikasyonuna yönelik önlem ve çalışmalar çok önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Çetin E.T, Anđ Ö., Töreci K.: *Tıbbi Parazitoloji*, Bayda Yayınları 4. Baskı, s.230, İstanbul 1985.
2. Dođan R., Yüksel M.: Surgical treatment of hydatid cyst of the lung: report on 1055 patients. *Thorax* 44: 192, 1989.
3. Ming-qian X.: Hydatid disease of the lung. *Am J Surg* 150: 568, 1985.
4. Ayuso L.A., Deparalta G.T.: *Surgical treatment of pulmonary hydatosis*. *J Thorac Cardiovasc Surg* 82: 269, 1981.
5. Yalav E., Öktem İ.: *Akciğer kist hidatiklerinin cerrahi tedavi yöntemleri*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlarından, sayı: 356, 1977.
6. Richard J.M.: *Surgery for thoracic hydatid disease*. *Ann Thorac Surg* 43: 681, 1987.
7. Jerray M., Benzarti M., Garrouche A.: *Hydatid disease of the lungs, study of 386 cases*. *Am Rev Respir Dis* 146: 185, 1992.
8. Talwar D., Dhariwal A., Gupta B.B.: *Albendazole in pulmonary hydatid disease*. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 32: 237, 1990.
9. Karadeniz A.: *Akciğer hidatik kisti tedavisinde kistektomi ve akciğer plasti tekniği* Profesörlük tezi, İstanbul, 1982.
10. Peleg H., Gaitini D.: *Simultaneous operation for the cysts of right lung and liver*. *J Thorac Cardiovasc Surg* 90: 783, 1985.