

## Akciğerin Dev Kist Hidatiği: 10 Olgu Sunumu

Ahmet Önen<sup>1</sup>, Aydın Şanlı<sup>1</sup>, Birgül Yılmaz Avcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, İzmir

<sup>2</sup>SSK İzmir Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

### ÖZET

1998-2002 yıllarında SSK İzmir Eğitim Hastanesi ve İzmir Alsancak Devlet Hastanesi'nde kist hidatik tanısı ile opere edilen 65 kist hidatik olgusundan, herhangi bir ekseninde çapı 10 cm'nin üstünde olan 10 olgunun sonuçları geriye dönük olarak incelenmiştir. On olgunun sayısal olarak az olmasına karşın dünya literatürü incelendiğinde, dev akciğer hidatik kistleri konusunda iki seri dışında kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle olgularımız sunulmuş ve ilgili literatürler eşliğinde tartışılmıştır.

Olguların yedisi kadın, üçü erkekti. En genci sekiz, en yaşlısı 46 yaşında olup, ortalama yaş 21.7 olarak bulunmuştur. Dev kist hidatiklerin görülme yaşları, diğer hidatik kistlerine göre daha genç olarak saptanmıştır. Dev kist hidatiklerin sağ akciğerde, sola göre daha sık ortaya çıktığı görülmüştür. Olguların hepsinde ortak yakınma; göğüs ağrısı, öksürük ve halsizliktir.

Olguların hepsine torakotomi yapılmıştır. Yedi olguya kistotomi+kapitonaj ve geri kalan üç olguya da, sırasıyla perikistektomi, perikistektomi+kapitonaj ve lobektomi uygulanmıştır. Kistotomi+kapitonaj yapılan olgulardan birine "wedge" rezeksiyon gerekmiştir. Operatif mortalite gözlenmemiştir. İki olguda postoperatif uzamış hava kaçağı, birer olguda pnömoni ve ampiyem dışında komplikasyona rastlanmamıştır. Uzamış hava kaçağı olan iki olguya ikinci kez torakotomi yapılmıştır.

Kist hidatiklerde olduğu gibi, dev kist hidatiklerin tedavisinde de, seçilecek ilk yöntem cerrahi tedavi olmalıdır. Ancak, cerrahi tedavi risklerinin, dev kist hidatiklerde daha fazla olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: akciğer dev kist hidatiği, akciğer kist hidatiği

*Toraks Dergisi, 2004;5(2):106-109*

### ABSTRACT

#### Giant Hydatid Cyst of the Lung: Presentation of 10 Cases

Of the 65 hydatid lung cyst cases operated at SSK Izmir Educational Hospital and Izmir Alsancak State Hospital between 1998 and 2002, 10 cases with a cyst diameter of more than 10 cm in any axis were studied retrospectively. These 10 cases were few in number, however, when the world literature was investigated, no detailed studies, except for 2 series, have been encountered on giant hydatid lung cysts. Hence, in this paper, our cases with giant hydatid lung cysts were presented and discussed based on the literature.

Of the 10 cases, seven were female and three were male. They were aged eight to 46 years and the mean was found to be 21.7 years. In our series, the onset age of the giant hydatid cysts were determined to be younger as compared to that of other hydatid cysts. It was observed to be more frequent in the right hemithorax than in the left. In all the cases, the common complaints were chest pain, cough and fatigue.

All the cases were approached with thoracotomy. Cystotomy+capitonage was performed in seven cases and pericystectomy, pericystectomy+capitonage and lobectomy, respectively in other three cases. Wedge resection was required in one of the patients performed cystotomy and capitonage. No operative mortality was encountered. Complications were postoperative prolonged air leakage in two cases and pneumonia in one case. To the two cases with prolonged air leakage, thoracotomy was applied twice.

As in the hydatid cysts, in the treatment of giant hydatid cysts as well, the treatment to be chosen should be surgical. It should also be considered that the risks of surgical treatment are greater than those of the normal hydatid cysts.

Keywords: giant hydatid cysts, hidatid cysts of lung

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Önen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Göğüs Cerrahisi AD, 35340 Balçova, İzmir

Tel : (0232) 412 32 11

E-posta : ahmet.onen@deu.edu.tr

## GİRİŞ

Kist hidatik hastalığı, etoburların ince barsaklarında yaşayan *Echinococcus granulosus*'un larva formlarının neden olduğu paraziter bir hastalıktır. Hastalık, havyancılığın yaygın olduğu toplumlarda, veterinerlik ve koruyucu hekimlik hizmetleri de işlevsel değilse, önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Dünyada Pakistan, Hindistan, Şili, Brezilya, Kuzey Afrika, Bulgaristan, Yugoslavya, Yunanistan ve Türkiye'de yaygın olarak izlenmektedir. Ülkemizdeki prevalansı 100 000'de 50-400, insidansı ise 100 000'de 3.4'tür [1-3].

Kist hidatik hastalığına genç yaşlarda daha sık rastlanılmaktadır [4]. Akciğer dokusunun süngerimsi yapısından dolayı kist, akciğerde diğer organlardakinden daha büyük boyutlara ulaşır ve daha erken belirti ve bulgu verebilir [5,6]. Bu yazıda dev kist hidatikli 10 olgunun klinik özellikleri ve tedavileri sunulmuş ve tartışılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

SSK İzmir Eğitim Hastanesi ve İzmir Alsancak Devlet Hastanesi'nde dört yılda (1998-2002) gerçekleştirilen 65 akciğer kist hidatik operasyonu içerisinde, 10 olgudaki (%15) kistler, çapın herhangi bir ekseninde 10 cm'nin üzerinde olma-

sı nedeniyle dev akciğer kist hidatığı [5,6] olarak değerlendirilmiştir. Olguların tümüne posteroanterior (PA) akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilmiş, kist çapları toraks BT ile değerlendirilmiştir. İki olguda toraks BT ile kistik, solid ayrımı yapılamadığı için toraks manyetik rezonans (MR) incelemesine de gereksinim duyulmuştur.

## BULGULAR

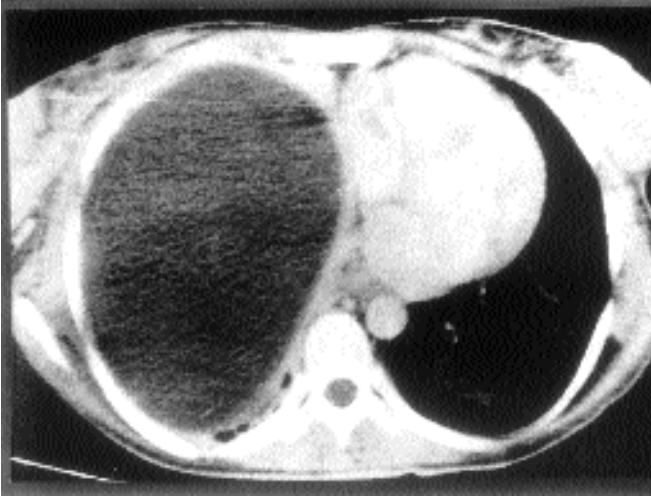
Dev akciğer kist hidatikli 10 olgunun yedisi kadın, üçü erkekti. En genç olgu sekiz yaşındaki kız, en yaşlısı 46 yaşındaki erkek olguydu. Beş olgu, 11-20 yaşlarındaydı (Tablo 1). Hepsisi de tek taraflı olan kistlerin sekizi sağ, ikisi sol akciğerde yerleşmişti (Resim 1-3). Bir hastada ek olarak karaciğerde de kist hidatik vardı.

Olguların hepsinde öksürük, göğüs ağrısı ve halsizlik yakınması mevcuttu (Tablo 1). Radyolojik olarak kist saptanan altı olguya indirekt hemaglutinasyon testi yapıldı; biri dışında, 5 (%83) olguda pozitif bulundu.

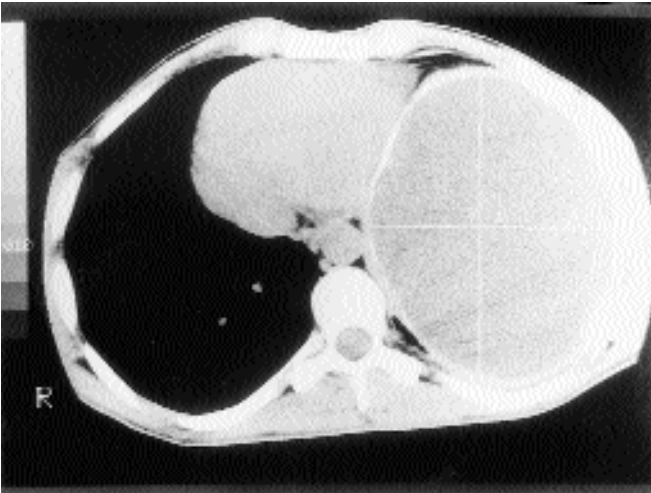
Hastaların hepsine posterolateral torakotomi kesisiyle yaklaşım sağlandı. Yedi olguya kistotomi ve kapitonaj, diğer üç olgudan birine perikistektomi+kapitonaj, birine perikistektomi ve son olguya da lobektomi uygulandı. Kistotomi ve kapitonaj uygulanan olgulardan birine ek olarak "wedge" rezeksiyon yapıldı. Kapitonaj yapılırken akciğer dokusunda

Tablo I. Dev akciğer kist hidatikli olguların özellikleri

Yaş	Cinsiyet	Kist Büyüklüğü ve Lokalizasyonu	Yakınmalar	Uygulanan Cerrahi İşlem	Cerrahi Komplikasyonlar
16	K	10x12 Sağ alt	Ağrı, Öksürük, Balgam, Ateş, Halsizlik	Kistotomi+kapitonaj	–
46	E	8x10 Sağ üst	Ağrı, Öksürük, Halsizlik, İştahsızlık	Kistotomi+kapitonaj	–
22	K	5x12 Sağ alt	Ağrı, Öksürük, Balgam, Hemoptizi, Halsizlik	Kistotomi+kapitonaj (Wedge)	–
14	E	9x13 Sağ alt	Ağrı, Öksürük, Halsizlik, İştahsızlık	Kistotomi+kapitonaj	–
26	K	8x10 Sağ üst	Ağrı, Öksürük, Hidoptizi, İştahsızlık	Kistotomi+kapitonaj	–
18	K	13x15 Sağ alt	Ağrı, Öksürük, Hemoptizi, Ateş, Halsizlik, İştahsızlık	Kistotomi+kapitonaj	Ampiyem
29	K	10x12 Sağ alt	Ağrı, Öksürük, Halsizlik	Kistotomi+kapitonaj	–
8	K	10x10 Sol alt	Ağrı, Öksürük, Hidoptizi, Halsizlik	Lobektomi	–
19	E	10x12 Sol alt	Ağrı, Öksürük, Halsizlik	Perikistektomi+kapitonaj	Uzamış hava kaçağı
19	K	10x15 Sağ alt	Ağrı, Öksürük, Balgam, Yüksek Ateş	Perikistektomi	Uzamış hava kaçağı, Pnömoni



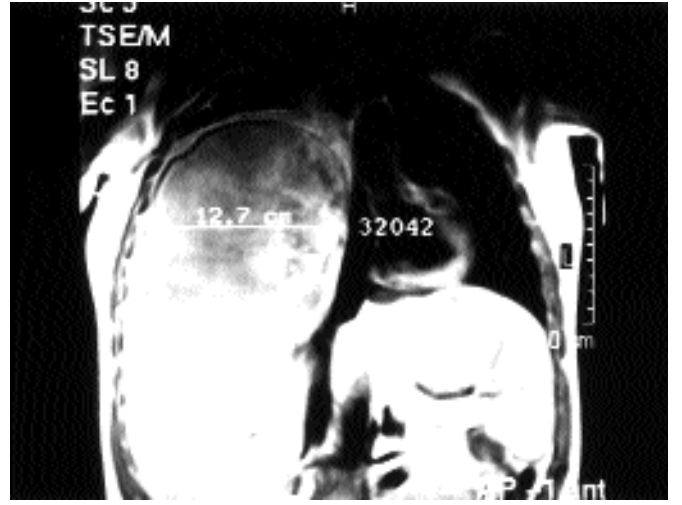
**Resim 1.** Toraks BT aksiyel kesitte sol hemitoraksı dolduran yaklaşık 17x13 cm çaplarında, kalın duvarlı, yüksek dansiteli, sıvı içeriği olan dev kistik oluşum mevcuttur. Kistin basısına bağlı olarak kalp ve mediasten sağa doğru yer değiştirmiştir.



**Resim 2.** Toraks BT aksiyel kesitte sağ hemitoraksı dolduran dev kistik kitle, bastı etkisiyle mediastende sola doğru yer değiştirme izleniyor.

rezidüel boşluk bırakılmamaya özen gösterildi. Sol alt lobektomi uygulanan olgumuz, 8 yaşındaki kız çocuğuydu. Kist bu lobu tamamen doldurmuştu. Kistotomi yapıp kaviteye açılan bronş ağızları kapatıldıktan sonra, pozitif basınçla havalandırılmasına rağmen sol alt lobun ekspansenmediği izlenmiş; kistin bu lobu destrükte ettiği görülerek olguya lobektomi yapılmıştı. İki olguda, operasyon sonrasında uzamış hava kaçağını kontrol amacıyla torakotomi tekrarlandı.

Olguların tümüne ameliyat sonrasında albendazol 10 mg/kg/gün, toplam 3 ay süreyle (üç haftalık tedaviyi izleyen bir haftalık ara dönemleri şeklinde) uygulandı. Ara dönem-



**Resim 3.** Toraks MR'de, T1 ağırlıklı koronal kesitte sağda 16 cm çaplı iyi sınırlı kistik kitle izleniyor.

lerinde karaciğer fonksiyon testleri kontrol edildi. Olgular ilk yıl üç ayda bir, daha sonraki dönemde yılda bir kez çekilen PA akciğer grafileri ile izlendi. Aradan geçen 4 yıllık sürede hiçbir olguda nüks gözlenmedi.

Olgularda operatif mortaliteye rastlanmadı. On olgunun dördünde komplikasyon gelişti; iki olguda uzamış hava kaçağı, bir olguda ampiyem ve bir diğer olguda da pnömoni izlendi.

## TARTIŞMA

Parazitin en sık yerleştiği organ karaciğerdir. Karaciğerden sonra ikinci sırada akciğer tutulumu izlenmektedir [1,7]. Çocuklarda ise en sık yerleşim yeri akciğerlerdir [1].

Elastikiyeti açısından akciğer, kistin büyümesine izin veren bir organdır [5,6]. Bu hızlı büyüme çocuklarda ve gençlerde daha fazla görülmektedir [8]. Lamy [8] 3 olgusunda, çapı 6 cm'nin üzerinde olan kistleri, Halezaroğlu [5] ve Karaoğlanoğlu [6] ise, 10 cm ve daha büyük olan kistleri dev kist olarak kabul etmiştir. Bizim olgularımızda da 10 cm ve üzerinde çapı olan kistler için bu tanım kullanılmıştır.

Kist hidatik hastalığı çoğu kez asemptomatiktir. Sempptomlar kistin yerleşimine ve büyüklüğüne bağlıdır [1]. Bronşiyal ve kardiyovasküler sisteme yakın komşuluğu nedeni ile akciğer kist hidatiği daha erken semptom vermektedir. Erken semptomlar, erken tanı koydurarak, kistin büyümesindeki sınırsızlığa engel olmaktadır [5]. Dev kist hidatik semptom ve bulguları, basit kist hidatikte ortaya çıkanlardan farklı değildir. Öksürük, dispne, ateş, göğüs ağrısı, hemoptizi, deri döküntüleri gözlenebilir. Sekonder bronşektazi, ampiyem, sekonder amiloidoz, vena cava superior sendromu ve Horner sendromu ile ilişkili bulgular ortaya çıkabilir [1,2,6,8]. En tanışal semptom, perforasyona bağlı

kist sıvı veya membranının ekspektorasyonudur (hidoptizi). Bizim olgularımızda sıklık sırasına göre, öksürük, göğüs ağrısı, hemoptizi, hidoptizi ve balgam gözlenmiştir.

Genç yaşlarda elastikiyeti fazla olan akciğer dokusu, kistin ekspansiyonuna izin vermektedir. Büyük kist lezyonlarının, akciğer dokusunda meydana getirdiği hasar daha fazladır. Buna karşın, dev kist hidatikli genç yaşlardaki olgularda, kalan sağlam akciğer dokusu yeterli ventilasyonu sağlamaktadır. İleri yaşlarda küçük boyutlardaki lezyonların erken semptom vermesi nedeni ile kist büyük boyutlara ulaşamaz [5].

Kist hidatik, bronş içine veya plevra boşluğuna rüptüre olabildiği ve hayati organlara bası ile önemli komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle, tanı konulur konulmaz tedavi edilmelidir [10]. Akciğer kist hidatiğinde cerrahi tedavi yöntemi seçilmelidir [1,4,5,9,10]. Komplike olmayan küçük kistlerde, cerrahi işlemi tolere edemeyecek hastalarda ve cerrahi tedaviyi kabul etmeyenlerde medikal tedavi uygulanır [1]. Dev kist hidatik olgularındaki cerrahi planı basit kistlere göre farklı olabilmektedir [8]. Kist büyüklüğüne olursa olsun, rezeksiyondan mümkün olduğunca kaçınılmalı ve akciğer dokusunu korumaya çalışmalıdır. Lob tamamen harap olmadıkça rezeksiyon önerilmemektedir; ancak dev kist hidatik cerrahisinde doku korumaya yönelik cerrahi her zaman olası değildir [1]. Kist hidatik hastalığında cerrahinin asıl amacı hastalığın total eksizyonudur [1,4-6,10]. Dev kist hidatiklerde rezeksiyon oranı %6.6-13 olarak bildirilmiştir [5,6].

Preoperatif ve postoperatif adjuvan kemoterapinin protokolleri inaktive ederek nüks riskini azaltacağı, ayrıca kist içi basıncı azaltarak kistin daha kolay çıkarılmasına yardımcı olduğu ileri sürülmekte ve rutin olarak kullanılması önerilmektedir [1]. Adjuvan kemoterapinin süresi tam olarak belirlenmiş değildir. Hastalarımızda, operasyondan sonra, aralıklı olarak toplam 3 ay süreyle albendazol kullanılmıştır. Tıbbi tedaviye cerrahi işlemden en az 4 gün önce başlanması ve albendazol için en az bir ay, mebendazol için en az üç ay süreyle kullanım önerilmiştir [1,11].

Kist hidatik hastalığı, cerrahi tedavi sonrasında sorunsuz seyrederek; morbidite ve mortalitesi son derece düşüktür [1,9,10]. Dev kist hidatik olgularında, basit kist olgularına göre %5 daha fazla morbidite izlenmektedir [4]. Uzamış hava kaçağı (%10-19), ampiyem (%7), steril hava boşluğu ve pnömoneye daha sık rastlanmaktadır [5,6,8,12]. Bizim olgu-

larımızın ikisinde 10 günü geçen hava kaçağı izlenmiş ve bu olgulara, hava kaçağını kontrol amacıyla ikinci kez torakotomi uygulanmıştır. Daha sonra bu olgulardan birinde pnömone, diğerinde ampiyem gelişmiştir.

Halezeroğlu'nun [5] 279 olguluk basit kist hidatik serisinde mortalite yokken, 50 olguluk dev kist hidatik serisinde bir olguda mortalite gözlenmiştir. Karaoğlanoğlu [6]; 67 olguluk dev kist hidatik serisinde solunum yetmezliğine bağlı bir ölüm bildirmiştir. Bizim 10 olguluk serimizde mortaliteye rastlanmamıştır. Mortalitenin olmaması sayının azlığına ve olguların yaşlarının genç olmasına ve ek sağlık sorununun olmamasına bağlanabilir.

Akciğer kist hidatikleri içinde %10-20'lik bir yer kaplayan dev kistlere yaklaşım, temel prensipler bazında aynı olmakla beraber daha fazla özen gerektirmektedir. Cerrahide kistotomi+kapitonaj sıklıkla kullanılan tekniktir [1,2,4,10]. Dev kist hidatik cerrahisinde, her zaman doku korumaya yönelik girişimler mümkün olmamaktadır. Küçük çaplı kist hidatik olgularına göre daha sık komplikasyon ve mortalite izlenmektedir. Bütün bunlara rağmen, temel ve kesin tedavisi cerrahidir.

## KAYNAKLAR

1. Köktürk O, Gürüz Y, Akay H ve ark. Toraks Derneği Paraziter Akciğer Hastalıkları Tanı ve Tedavi Rehberi. 2002. Toraks 2002;3:1-16.
2. Merdivenci A: Türkiye'de Kist Hidatik Hastalığı. İ.Ü: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları, 111:1976.
3. Doğanay A, Kara M. Hayvan sağlığı yönünden ekinokokozun Türkiye'de ve Dünyadaki epidemiyolojisi ve profilaksisi. Türkiye Klinikleri Cerrahi 1998;139:171-81.
4. Yalav E, Öktem İ. Akciğer Kist Hidatiklerinin Cerrahi Tedavi Yöntemleri. Ankara Üniversitesi Yayınları. Sayı 356. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara 1977.
5. Halezeroğlu S, Celik M, Uysal A, et al. Giant hydatid cysts of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1997;113:712-7.
6. Karaoğlanoğlu N, Kürkcüoğlu IC, Görgünler M, et al. Giant hydatid lung cysts. Eur J Cardiovasc Surg 2001;19:914-7.
7. Stafioleas M, Misiakos EP, Dosios T, et al. Surgical treatment for lung hydatid disease. World J Surg 1999;23:1181-5.
8. Lamy AL, Cameron BH, LeBlanc JG, et al. Giant hydatid lung cysts in Canadian northwest: outcome of conservative treatment in three children. J Pediatr Surg 1993;28:1140-3.
9. Ramos G, Orduna A, Garcia-Yuste M. Hydatid cyst of lung: diagnosis and treatment. World J Surg 2001;25:46-57.
10. Kutlay H. Akciğer Kist Hidatik Hastalığının Cerrahi Tedavisi. Editörler: Ekim N, Uçan ES. Toraks Kitapları. 2001;3:605-9.
11. Köktürk O. Akciğer Hidatik Kist Hastalığı. Editörler: Ekim N, Uçan ES, Toraks Kitapları. 2001;3:557-604.
12. Scarpulla M, Giuliana G, Scarpa G, et al. Giant hydatid of the left lung. Minerva Chir 2000;55:541-4.