

Tansiyon Pnömotoraksa Sebep Olan Akciğer Kist Hidatiği

Pulmonary Hydatid Cyst Causing a Tension Pneumothorax
Radyoloji

Başvuru: 04.04.2015
Kabul: 25.05.2015
Yayın: 15.06.2015

Mehmet Öztürk¹, Ahmet Sığircı¹

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Kist hidatik, Echinococcus granulosus'un neden olduğu paraziter bir hastalıktır. En sık karaciğer ve akciğerlere yerleşirler. Akciğer kist hidatiğinin en sık görülen komplikasyonu bronş içine rüptürüdür. Hidatik kist rüptürüne bağlı tansiyon pnömotoraks ise çok nadir görülen bir komplikasyondur. Tanı, klinik, radyolojik görüntüleme yöntemleri ve serolojik testlerle konulur. Akciğer kist hidatiğinin tedavisi öncelikli olarak cerrahidir. Bu yazıda, bir çocuk hastada plevral boşluğa açılmış ve tansiyon pnömotoraksa neden olmuş akciğer kist hidatiğinin klinik ve radyolojik bulgularını sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Akciğer kist hidatiği, Tansiyon pnömotoraks

Abstract

Hydatid cyst is a parasitic disease caused by Echinococcus granulosus. The most common locations are the liver and the lungs. The most common complication of hydatid cysts in the lungs is rupture within the bronchi. A tension pneumothorax due to ruptured hydatid cyst is very rare. Diagnosis is made with clinical examination, imaging methods and serological tests. The primary treatment for hydatid cysts of the lungs is surgery. Here, we present the clinical and radiological findings of a paediatric patient with a pulmonary hydatid cyst that caused a tension pneumothorax.

Keywords: Pulmonary hydatid cyst, tension pneumothorax

Giriş

Kist hidatik, Echinococcus granulosus'un neden olduğu paraziter bir hastalıktır. Vücutta en sık yerleştiği organlar karaciğer ve akciğerlerdir. Çocuklarda akciğer tutulumu daha sık olup çoğunlukla sağ akciğer alt lobu etkilenmektedir¹.

Akciğer kist hidatiğinin en sık görülen komplikasyonu kistin bronş içine rüptürüdür². Kist hidatik rüptürüne bağlı tansiyon pnömotoraks ise oldukça nadir görülen bir komplikasyondur.

Bu yazıda, bir çocuk hastada plevral boşluğa açılan ve tansiyon pnömotoraksa neden olan kist hidatik rüptürünün klinik ve radyolojik bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Kırsal bölgede yaşayan, daha önceden hiçbir şikâyeti olmayan 12 yaşındaki kız hasta 1 gün önce başlayan halsizlik, öksürük, ateş ve nefes darlığı şikâyetleri ile hastanemiz çocuk acil servisine getirildi.

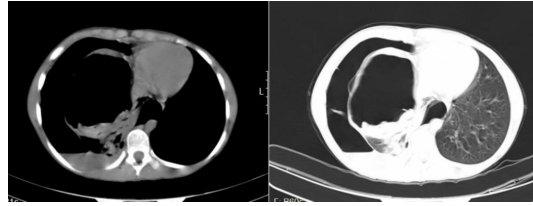
Travma hikayesi olmayan hastanın fizik muayenesinde genel durumu kötü, tansiyon 95/40 mmHg, nabız 125-130/dk ve oksijen saturasyonu % 70 idi. İncelemede takipneik, siyanotik ve interkostal çekilmeleri mevcut olup dinlemekle sağ akciğerde solunum sesleri alınamıyordu.

Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde; sağ akciğerde total kollabs, mediyastende sola şift ve trakeada sola deviasyon görüldü. Sağ akciğer alt zonda homojen, düzgün duvarlı 7x8 cm boyutlarında sıvı seviyesi bulunan ve plevral efüzyona neden olan radyolusen lezyon izlendi. Ayrıca sol AC üst zonda 6x6.5 cm boyutlarında radyoopak ikinci bir lezyon mevcuttu (Şekil 1).



Şekil 1 : Akciğer grafisinde sağ hemitoraksda pnömotoraks, sağ akciğerde total kollabs, mediyasten ve trakeada sola kısmi deviasyon, sağ akciğer alt zonda homojen, düzgün duvarlı, 7x8 cm boyutlarında santrali radyolusen duvarı radyoopak ve sol akciğer üst zonda 6x6.5 cm boyutlarında radyoopak ikinci bir lezyon izlenmekte.

Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT)'sinde; sağ hemitoraksda pnömotoraksla birlikte, 10.5 cm çapında rüptüre kist hidatik, mediastinal yapılarda sola deviasyon ve sağ akciğerde kompresyon atelektazisi saptandı. Ayrıca, sol akciğer üst lobda 6 cm ve karaciğer segment 8'de 11 cm çaplı germinatif membranlar içeren kist hidatikle uyumlu lezyonlar izlendi (Şekil 2).



Şekil 2 : Toraks BT'de, sağ hemitoraksda plevral mayi ve pnömotoraksla birlikte, 10.5 cm çapında rüptüre kist hidatik, mediastinal yapılarda sola deviasyon ve sağ akciğerde kompresyon atelektazisi izlenmekte.

Hastaya acil sağ tüp torakostomisi uygulandı. Aktif hava çıkışından sonra hasta monitörizasyon ve oksijenizasyon için çocuk cerrahi servisinde takibe alındı.

Hastaya 3'üncü günde sağ akciğerdeki rüptüre ve karaciğerdeki intakt kiste ve 3 ay sonra sol akciğer apekteki intakt kiste yönelik kistektomi yapıldı. Albendazol tedavisi verilerek taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç

Hidatik kist çocuklarda akciğerleri (% 64) karaciğerden (% 28) daha çok etkilemektedir³. Klinik tablo kistin perforasyonuna, plevral boşluğa veya bronşa açılıp açılmamasına göre farklılık gösterir.

Akciğer kist hidatiğinde plevral komplikasyonlar % 0,5– 18 oranında rapor edilmesine⁴ karşın Aribas ve ark.² bu komplikasyonların daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir. Sayir ve ark. 5412 hastada yaptıkları çalışmada komplike kist hidatik oranını % 43 olarak vermişlerdir⁵. Bunların % 57'nün bronşial ağaca, % 43'nün ise plevral boşluğa rüptüre olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada plevraya rüptürde tansiyon pnömotoraks görülme sıklığı ise % 1,5'dir. Cernay ve ark.⁶ rüptüre kist hidatikli 336 hastada yaptığı çalışmada tansiyon pnömotoraks oranını % 1,3 olarak bildirmiştir.

Kistin plevral boşluğa rüptürü sonucu pnömotoraks, tansiyon pnömotoraks, plevral efüzyon veya ampiyem gelişebilmektedir⁷.

Hidatik kist rüptürü spontan, travmatik ya da iatrojenik olabilir. Kist çapının ani büyümesi ve şiddetli öksürükte de rüptür gelişebilir. Periferik yerleşimli kistlerde plevral kaviteye açılım daha kolaydır^{2,5}. Hastamızda kistik lezyon periferik yerleşimliydi. Herhangi bir travma hikayesi yoktu. Sık tekrarlayan öksürük tek anamnez bulgusuydu.

Tansiyon pnömotorakslı hastalar ciddi solunum sıkıntısı, taşikardi, ajitasyon ve göğüs ağrısı ile başvurmaktadır. Çoğunlukla mediastinal kompresyon ve şift hayati tehlike oluşturur. Tüp torakostomi hayat kurtarıcıdır⁵. Hastamızda da ciddi tansiyon pnömotoraks kliniği mevcuttu. Acil şartlarda uygulanan tüp torakostomi hastanın semptomlarında belirgin düzelme sağladı.

Genellikle radyografi, tanıda yeterli olmaktadır⁸. İntakt kist, radyografilerde keskin sınırlı ve homojen yuvarlak bir radyoopasite şeklinde görülmektedir. Radyolojik olarak nilüfer çiçeği belirtisi, hava sıvı seviyesi, menisküs belirtisi, kistin çevresinde pnömonik infiltrasyon ve plevraya açılıma bağlı plevral sıvı görülebilir^{8,9}. Rüptüre hidatik kistler genellikle enfekte olur ve abseleşir¹⁰. Hastamızın radyografisinde sağ akciğer alt zonda plevraya açılan rüptüre kist ve belirgin mediastinal şifte neden olan pnömotoraks ve sol akciğer apeksde intakt kiste ait opasite izlendi.

BT, radyografik bulgulara ek olarak, hidatik kistin yoğunluğunu, perfore veya komplike hidatik kistlerin iç yapısını, radyografide görülemeyen perfore kist sıvısındaki kollabe membranı ve ana kistteki kız veziküllerini, kistlerin çevre organlarla ilişkilerini ve çekim alanına giren karaciğerdeki kistleri de göstermektedir¹⁰. Hastamızın toraks BT'de radyografiye ek olarak kistlerin iç yapısı, membranları ve duvar yapıları değerlendirildi. Ayrıca görüntü alanına giren batın kesitlerinde karaciğerdeki intakt kist hidatik de görüldü. Yoğunluk ölçümü yapılarak kistlerin içeriği hakkında bilgi edinildi.

Sonuç olarak, ülkemiz gibi kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde tansiyon pnömotoraksla gelen çocuk hastalarda çok nadir görülmesine rağmen rüptüre akciğer kist hidatiği de akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Çakır D, et al. Kist hidatikli olguların değerlendirilmesi. Çocuk Enf Derg 2009; 3: 104-8.
2. Aribas OK, et al. Pleural complications of hydatid disease. Thorac Cardiovasc Surg 2002; 123:492-7.
3. Cangir AK, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children. J Pediatr Surg 2001;36:917-20.
4. Parelkar SV, et al. Experience with video-assisted thoraco-scopic removal of pulmonary hydatid cysts in children. J Pediatr Surg 2009; 44:836-41.
5. Sayir F, Çobanoğlu U, Şehitoğulları A. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts, which perforated to

- the pleura. EAJM 2012; 44:79-83.
6. Cernay J, et al. The rupture of the pleura: a serious complication of hydatid cyst of the lung in children. Rev Fr Mal Respir 1979;7:45-7.
 7. Kuzucu A, et al. Complicated hydatid cysts of the lung: clinical and therapeutic issues. Ann Thorac Surg 2004; 77:1200-4.
 8. Aytaç A, et al. Pulmonary hidatid disease: Report of 100 patients. Ann Thorac Surg 1977;23(2):145-51.
 9. Örüç O, et al. Akciğer hidatik kist radyolojisi. Solunum Hastalıkları 1990;1(3):47-56.
 10. Sakarya ME, et al. Akciğer kist hidatiğinde konvansiyonel radyografi ve bilgisayarlı tomografi bulguları. Van Tıp Dergisi 1998; 5: 93-6.

Sunum Bilgisi

35. Ulusal Radyoloji Kongresi Elektronik Poster Bildirisi- PS- 1472. 11- 16 Kasım 2014, Antalya.