

Angina Pectoris ile Karışan Plevral Kist Hidatik :Olgu sunumu

The Pleural Hydatid Cyst Patient Admitted to Cardiology Department with
Angina Pectoris
Göğüs Cerrahisi

Başvuru: 07.11.2012
Kabul: 02.02.2013
Yayın: 13.02.2013

Murat Öncel¹, Yusuf Aydemir²

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi
² Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları

Özet

Hidatik kistin etkeni bir sesto d olan Echinococcus Granulosus'dur. Hastalık hayvancılığın yaygın olduğu toplumlarda önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Kist hidatik en sık karaciğere yerleşmekle birlikte çocuklarda akciğer tutulumu daha sıktır. Primer kist hidatik hastalığının en sık görüldüğü yer karaciğer olmasına rağmen diğer organlar da tutulabilir. Bu organlar tutulum sırasına göre, akciğerler, kas dokusu, yumuşak dokular, böbrek, dalak, kemik ve daha az görülme sıklığında; beyin, tiroid, orbita ve pankreasır. Hidatik kist akciğerde ise birçok değişik bölgede oluşabileceği akıld tutulmalıdır. Biz bu çalışmamızda endemik bölgelerde şüpheli radyolojik ve klinik bulgularda kist hidatik akla getirilmesi gereken bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: *anjina pectoris, plevral kist hidatik*

Abstract

Echinococcosis, which is often referred to as hydatid cyst disease is a parasitic disease caused by the cestod Echinococcus Granulosus. This disease occurs commonly in areas of heavy livestock farming where it is currently an important health concern. The most commonly involved organ is the liver, although cysts can involve many other organs including the lungs. We present a patient who was admitted to the cardiology service for evaluation of atypical chest pain and subsequently was diagnosed with hydatid cyst disease of the lungs.

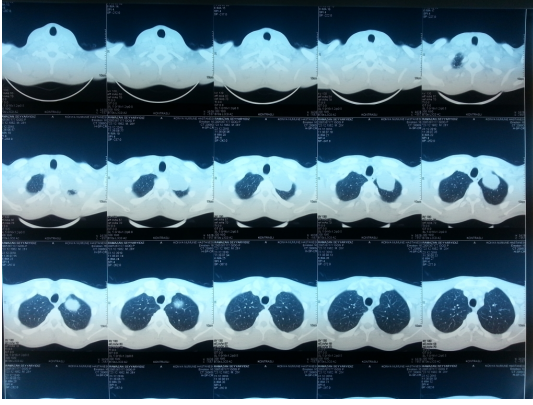
Keywords: *angina pectoris, pleural hydatid cysts.*

Giriş

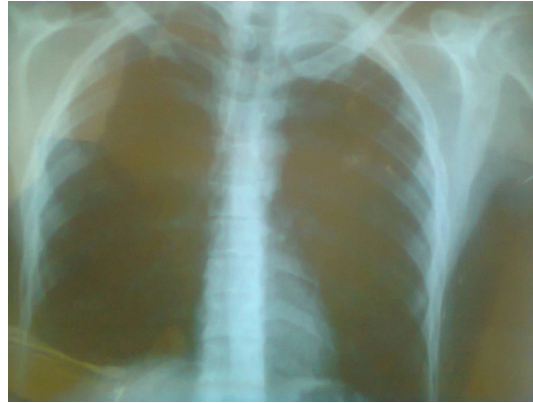
Kist hidatik ekinokok türleri ile oluşan bir zoonotik hastalıktır.¹ Tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu, koruyucu hekimliğin yetersiz olduğu ülkelerde sık görülen bir parazitozdur.² Türkiye, Akdeniz ülkeleri, Orta Doğu, Güney Amerika, Yeni Zelanda, Güney Afrika'da endemiktir. Ülkemiz ve bölgemiz için endemik olan kist hidatik hastalığı asemptomatik seyredemediği gibi organ tutulumuna göre belirti ve bulgular verebilir. Biz bu çalışmamızda endemik bölgelerde şüpheli radyolojik ve klinik bulgularda kist hidatik akla getirilmesi gereken bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

38 yaşında erkek hasta kardioloji kliniğine 2 gündür başlayan ve sol omuz ve kola yayılan ağrı şikâyeti ile gelerek angina pectoris ön tanısı ile yatırılmış. Yapılan elektrokardigrafi ve enzim çalışmaları doğrultusunda akut koroner sendromdan uzaklaşmış. Hastaya akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografi sonrası solda apikal bölgede kistik bir kitle nedeniyle (Şekil1, 2) göğüs hastalıkları polikliniğine sevk edilmiş. Göğüs hastalıkları polikliniğinde plevral kist hidatik ön tanısı konulan hasta kliniğimize operasyon için alındı. Yapılan görüntüleme yöntemlerinde primer olarak sadece akciğer bölgesinde kist mevcuttu.



Şekil 1 : Kistin tomografik görünümü



Şekil 2 : Direk akciğer grafisinde kistin görüntüsü

Hastaya sol aksiller mini torakotomi ile toraksa girilerek kist plevradan ayrıldı. Bölgesel dekortikasyonla birlikte kistotomi kapitonaj yapıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 3. gün albendazol tedavisi başlanarak taburcu edildi. Patoloji raporu kist hidatik lehine geldi. Hastanın yapılan yaklaşık 1 sene sonraki takiplerinde tetkikleri ve muaynesi doğaldı.

Tartışma ve Sonuç

İntartorasik ekstrapulmoner hidatik kistler göğüs duvarı, mediastinum, lobar fissür, diafram ve plevrada bulunabilmektedirler ve intratorasik ekstrapulmoner hidatik kist görülme sıklığı %6,2 dir.^{3,4} İntratorasik ekstrapulmoner kistler genellikle bulunduğu yere göre kompresyon semptomları vermektedirler. Hastamız göğsün sol bölgesinde dayanılmayacak ağırlara sebep olması nedeniyle kardioloji kliniğine angina pektoris taklit etmesi nedeniyle başvurmuştur. Diğer intratorasik lezyonlardan ekarte edilebilmesi için radyolojik çalışmalar gerekmektedir.⁴

Dakak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ekstrapulmoner intartorasik kist hidatiklerde en sık görülen bulgunun %56 ile öksürük olduğu ve bunu %52 ile göğüs ağrısının izlediğini ortaya koymuşlardır.⁵

Özellikle ekstrapulmoner yerleşimli kistlerde efektif tedavi kistin komplet eksizyonudur. Dakak ve arkadaşları kist eksizyonunda mümkün olduğu kadar pulmoner parankimi korumayı uygun bulmuşlar ve destrüksiyon olmadığı takdirde rezeksiyondan kaçınmışlardır.⁶

Genellikle asemptomatik olan hidatik kistin yerleşimine, büyüklüğüne ve rüptüre olmasına göre semptomlar şekillenir. Öksürük, dispne, ateş, göğüs ağrısı, hemoptizi görülebilir.⁷

En tanısal semptom perforasyona bağlı kist sıvısı ve membranın ekspektorasyonudur. Genel olarak benign bir lezyon olmasına rağmen çevre dokulara bası yapabilmeleri, rüptüre olabilmeleri ve anaflaksiye yol açabilmeleri nedeniyle kist hidatik ciddi morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. Olgumuzda da çevre dokulara bası semptomlarından plevral irritasyon bulgusu ve göğüs ağrısı ön plandaydı.

Akciğer kist hidatiğinde tedavi öncelikle cerrahidir. Cerrahi esnasında tüm parazitik materyal çıkartılmalı ve mümkün olduğunca akciğer parankimi korunmaya çalışılmalıdır. Cerrahi metot olarak kistotomi-kapitonaj, perikistektomi, enükleasyon gibi parankim koruyucu işlemler uygulanmakta olup, en çok uygulanan metot bizim de tercih ettiğimiz kistotomi-kapitonaj işlemidir.⁸ Olgumuzda kist ekstrapulmoner ve plevral tabanlı olup hatta buradan interkostal mesafeye uzandığından kistin plevral kaviteye invaze olduğu bölgedeki plevraya komplet rezeksiyon yapılmıştır.

Kist hidatik hastalığında bir başka tedavi yaklaşımı da medikal tedavidir. Hastanın genel durumunun operasyon için uygun olmaması, kistin çok sayıda olması, cerrahi girişimden sonra nüksün gelişmesi medikal tedavi için endikasyon oluşturur. Medikal tedavide mebendazol ve albendazol gibi benzimidazoller kullanılabilir. Albendazol tedavisi kesintisiz verilebileceği gibi 28 günlük tedavi 14 günlük aralar halinde de verilebilir. Optimal tedavi süresi 3-6 aydır.⁹ Serolojik testler kist hidatik hastalığının endemik olduğu bölgelerde düşük maliyeti ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle tanı ve takipte kullanılmaktadır.^{7,9} Ekinokok İHA, ELISA IgG, immunelektroforez, indirekt floresan antikor testleri kist hidatik tanı ve takibinde kullanılabilen serolojik testlerdir. Bu testler karaciğer kist hidatiğinde %90, akciğer kist hidatiğinde ise %40 duyarlıdır.

Sonuç olarak Echinococcus granulosus'un her organı tutabileceği unutulmamalı ve bu yönden gelen hastada başta akciğer olmak üzere tüm sistemler tetkik edilmelidir.

Kaynaklar

1. Blanton R. Echinococcosis In: Behman RE; Kliegman RM, Jenson HB, Nelson textbook of Pediatrics. 16 th ed. Philadelphia; WB Saunders, 1079-81, 2000.
2. Ramos G, Orduna A, Garcia-Yuste M. Hydatid cyst of lung: diagnosis and treatment World J Surg 2001; 25: 46-57.
3. Oğuzkaya F, Akçali Y, Kahraman C, Emiroğulları N, Bilgin M, Sahin A. Unusually located hydatid cysts: intrathoracic but extrapulmonary. Ann Thorac Surg 1997;64:334-7
4. Isitmangil T, Sebit S, Tunc H, Gorur R, Erdik O, Kunter E, et al. Clinical experience of surgical therapy in 207 patients with thoracic hydatidosis over a 12-year-period. Swiss Med Wkly 2002;132:548-52
5. Kuzucu A, Soysal O, Ozgel M, Yologlu S. Complicated hydatid cysts of the lung: clinical and therapeutic issues. Ann Thorac Surg 2004;77:1200-4
6. Dakak M, Genç O, Gürkök S, Gözübüyük A, Balkanlı K. Surgical treatment for pulmonary hydatidosis (a review of 422 cases). J R Coll Surg Edinb 2002;47:689- 92
7. Doğanay A, Kara M. Hayvan sağlığı yönünden ekinokokozun Türkiye'de ve Dünya'daki epidemiyolojisi ve profilaksisi. Türkiye Klinikleri Cerrahi 1998; 139:171-81
8. Kutlay H. Akciğer Kist Hidatik Hastalığının Cerrahi Tedavisi. Editörler; Ekim N, Uçan ES, Toraks Kitapları. 2001; 3: 605-9.

9. Schantz PM. Echinococcus Species (Agents of Cystic, Alveolar, and Polycystic Echinococcosis). In: Long SS, Pickering LK, Prober CG. (Eds). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases Second Edition. New York; Churchill-Livingstone. 2003; 1357-61.