

Travma, Tetkik ve Rastlantı

Trauma, Radiological examination and Coincidence
Acil Tıp

Başvuru: 31.03.2014
Kabul: 19.05.2014
Yayın: 10.06.2014

Şeyhmus Kaya¹, Filiz Baloğlu Kaya²

¹ Eskişehir Devlet Hastanesi
² Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Özet

Kist hidatik, Türkiye’de hala önemli bir sağlık problemidir. Çoğunlukla karaciğeri enfekte eden parazitik bir hastalıktır. Hastaların çoğu asemptomatik olmasına karşın, kist rüptüre olarak veya çevre dokulara bası oluşturarak semptomatik duruma gelebilir. Radyolojik olarak, soliter veya multiple, yuvarlak veya oval, düzgün sınırlı kitle lezyonu şeklinde görülür. Bu yazımızda, yakın zamanda oluşan bir travma nedeni ile çekilen akciğer grafisinin tam olarak değerlendirilmesi sonucunda rastlantısal olarak kist hidatik tesbit edilen 43 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: *Kist hidatik, Radyografi Görüntüleme*

Abstract

Cyst hydatid is still a significant public health problem in Turkey. It is a parasitic infection, which liver is the most frequently infected organ. The most patients are asymptomatic, may develop symptoms related to cyst rupture or compression of the surrounding structures. The cyst is characteristically seen as a solitary or multiple, round or oval mass that has well-defined borders on imaging. In this article, a 43 years old male patient has been presented who had a full posteroanterior chest x-ray due to a recent trauma where cyst hydatid was coincidentally detected.

Keywords: *Cyst Hydatid, Radiography Visualisation*

Giriş

Kist hidatik hastalığı günümüzde özellikle Güney Amerika, Orta Asya ve Güney Avrupa olmak üzere bazı bölgelerde endemik bir halk sağlığı problemidir ¹. Echinococcus granulosus parazitinin neden olduğu kist hidatik çoğunlukla karaciğer ve akciğerde görülmekle beraber nadir de olsa diğer organlar ve yumuşak dokuda da görülebilir ². Kist hidatik, genellikle yaşam boyu klinik belirti göstermez ³. Bu yazıda, rastlantı sonucu tesbit edilen büyük bir kist hidatik vakası sunulmuştur.

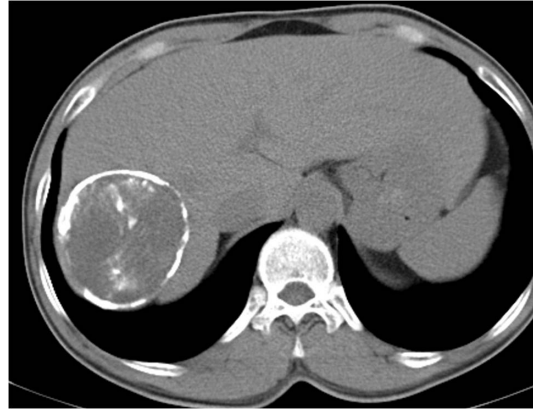
Olgu Sunumu

Kırkbeş yaşında erkek hasta (Forty five years old male patient), 3 aydır devam eden halsizlik ve zaman zaman göğüs sağ alt tarafında olan yanma şikayeti ile acil servise (AS) başvurdu. Bu şikayeti nedeni ile daha önce çeşitli sağlık kuruluşlarına başvurmuş ancak herhangi bir patoloji tespit edilmemiş. 3 gün önce futbol oynarken göğüs sağ tarafına darbe aldığını ve ağrısının olduğunu ifade ediyor. Özellikle hareket etmekle ve derin nefes almakla şikayetinde artış oluyormuş. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde arteriel tansiyon:110/70 mmHg, nabız: 82 vuru/ dk, solunum sayısı: 18/dk, SO2: %96 idi. Sağ üst kadranda ve sağ hemitoraks alt kotlar üstünde minimal bir hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Hastaya göğüs travmasından dolayı olası akciğer patolojisini dışlamak için posteroanterior akciğer grafisi çekildi. Grafide akciğer dokusu ve kas-iskelet sistemi ile ilgili bir patoloji saptanmadı, ancak sağ subdiafragmatik bölgede 95X70 mm boyutlarında, düzgün sınırlı bir radyoopasite (Şekil 1) tespit edildi.



Şekil 1 : Sağ diafragmatik bölgede 95X70 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, radyoopasite

Hasta anamnezi tekrar değerlendirildi ancak öyküde hayvanlar ile temas yoktu. Tanıyı netleştirmek amacı ile hastaya kontrastlı batın tomografisi çekildi. Tetkik sonucunda karaciğer sağ lobda 75 mm çapında, çevresinde ve santralinde kalsifikasyon bulunan hipodens lezyon (Şekil 2) tespit edildi. AS' de hastanın ağrısı için medikal tedavi verildi. Genel cerrahi bölümü ile yapılan değerlendirme sonucunda hastaya elektif şartlarda ameliyat planı yapıldı. Ameliyat, kist ve ameliyat sonrası ile ilgili bilgi verilmeli.



Şekil 2 : Karaciğer sağ lobda 75 mm çapında çevresinde ve santralinde kalsifikasyon bulunan hipodens lezyon

Tartışma ve Sonuç

Ekinokok türleri ile oluşan enfestasyonlarda insan rastlantısal ara konaktır. Erişkin parazit son konak olan etobur hayvanların ince bağırsağına yerleşir. Yumurtalar söz konusu hayvanların dışkıları ile çevreye yayılır. Ara konaklara sindirim yolu ile bulaşır. Yumurtadan çıkan embriyolar intestinal mukozadan kana geçer ve tüm vücut dokularına yayılabilir³.

İnsanlarda kist hidatiğin büyüme hızı ortalama olarak ayda 1 mm ve yılda 1 cm olarak bildirilmekle birlikte^{4,5}, bazı çalışmalarda yılda 4-5 cm'ye varacak biçimde büyüme olabileceği de gösterilmiştir⁶. Bu nedenle, organ fonksiyonlarını bozmaksızın kist hidatiğin büyük boyutlara ulaşana kadar asemptomatik kalabildiği belirtilmiştir^{6,7}. Bizim olgumuzda da kistin boyutu 7.5 cm olana kadar asemptomatik bir şekilde kalmıştır.

Klinik belirti verenlerde künt sağ üst kadran ağrısı en sık görülen yakınmadır. Bizim olgumuzda da 3 aydır süren sağ üst kadran ağrısı vardı. Halsizlik, ateş, dispepsi ve bulantı nonspesifik bulgulardır. Komplike olmuş hidatik kistlerde ateş ile birlikte, sarılık oluşabilir. Hastalar hayatı tehdit eden anafilaktik reaksiyon gelişmesi sonucu da AS' ye başvurabilirler. Tanı çoğunlukla başka bir nedenle yapılan görüntüleme işlemleri sonucunda tesadüfen konur^{3,8}. Bizim olgumuzda da travmaya sekonder olarak çekilen akciğer grafisinde sağ diyafragma altında görülen kalsifik lezyon saptandı. Hastaya çekilen batın tomografisi ile rastlantısal olarak kist hidatik tanısı konuldu.

Medikal tedavi ile kür %50-80 olarak bildirilirken %30 oranında tedaviye cevapsızlık ve %10-20 oranında da nüksden bahsedilmektedir⁹. Anafilaksi ve peritoneal yayılım riskleri nedeni ile tartışma konusu olan ultrasonografi eşliğinde kistin perkütan drenajı diğer bir tedavi seçeneğidir. Hastanede kalış süresi kısa, konforlu ve ekonomik bir yöntem olan perkütan drenaj özellikle endemik bölgelerde cerrahiye alternatif olmaktadır². Karaciğer kist hidatik hastalığı için günümüzde en geçerli tedavi cerrahi olup, açık ya da seçilmiş olgularda laparoskopik yöntemle yapılmaktadır. Serbest rüptür ve/veya anafilaktik şok, enfekte kist, safra yolu obstrüksiyonu gibi durumlarda acil cerrahi girişim gerekmektedir⁸. Olgumuz tanı konulduktan sonra elektif şartlarda ameliyat edilmiştir.

Kist rüptürü kist hidatiğin en önemli ve en sık komplikasyonudur¹⁰. Kistin genişlemesi veya dışarıdan bir travma uygulanması durumunda kist içi basınç artar ve bu da perforasyona neden olur¹¹. Literatürde, peritoneal veya plevral rüptür sonucu kiste bağlı anafilaktik şok nedeni ile, mortalite ile sonuçlanan vakalar yanında, anafilaktik şok gelişmeden de iyileşen vakalar bildirilmiştir^{10,11}. Kist rüptürünün morbiditesi %35-50, mortalitesi ise %23'e kadar çıkmaktadır^{10,11}. Bizim olgumuzdaki yaklaşık 8 cm'lik kistin künt travmaya maruz kalma sonucu rüptüre olma ve hastada anafilaksi oluşturma riski vardı.

Olgumuzda, yakın zamanda oluşan bir travma nedeni ile çekilen akciğer grafisinin tam olarak değerlendirilmesi sonucunda rastlantısal olarak kist hidatik tespit edildi. Hastada, tanının daha fazla gecikmesi ve de olası komplikasyonlar önlenildi. Acil servislerde en sık istemi yapılan radyolojik tetkiklerden olan akciğer grafilerinin uygun şekilde yorumlanması tanı ve ayırıcı tanıda etkin olduğu kadar, rastlantısal ancak klinik olarak anlamlı durumları ortaya koymakta da yararlı olacaktır kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Yorgancı K, Sayek İ. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver in the area of percutaneous treatment. Am J Surg 2002; 184: 63-9.
2. Kütükçü E, et al. Pankreatik kist hidatik Olgu sunumu. Bakırköy Tıp Dergisi 2005;1:74-6.
3. Milicevic M, Saidi F, Sayek İ. Karaciğer kist hidatiği. in: Sayek İ, editör. Temel Cerrahi. 3. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2004. s. 1317-24.
4. Nart D. Cystic ve alveolar echinococcosis patogenezi. Ed. Altıntaş N, Tınar R, Çoker A. :Echinococcosis. İzmir: Hidatitoloji Dern Yay; 2004 no 1; s. 149-58.
5. Von Lichtenberg F. Pathology of infectious diseases. New York: Raven Press; 1991. s. 331-5.
6. Gelen T, Elpek GÖ, Aktan S, Emek K. Antalya bölgesinde karaciğer uniloküler kistik ekinokokkozisi (73 olgu). Türkiye Ekopatoloji Dergisi 1995; 1(3- 4): 113-7.
7. Unat EK, Yücel A, Atlas K, Samastı M. Ed: Unat EK. Unat'ın Tıp Parazitolojisi. 5. baskı, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fak Vakfı Yay; 1995 no 15; s. 440-459.
8. Köksal AŞ, Arhan M, Oğuz D. Kist hidatik. Güncel Gastroenteroloji 2004;8:61-7.
9. Saimont AG. Medical treatment of liver hydatidosis. World J Surg. 2001; 25: 15-20.
10. Gunay K, Taviloglu K, Berber E, Ertekin C. Traumatic rupture of hydatid cysts: a 12-year experience from an endemic region. J Trauma. 1999; 46:164-7.
11. Derici H, Tansug T, Reyhan E, et al. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts. World J Surg. 2006;

30:1879-83.

Sunum Bilgisi

9.Türkiye Acil Tıp Kongresi(TATKON 2013) 2-6 Ekim, 2013, Eskişehir