

Dalağın hidatik kist hastalığı: 5 olgu değerlendirmesi

Hydatid disease of the spleen: Evaluation of 5 cases

Niyazi Karaman*, Kerim Bora Yılmaz**, Lütfi Doğan*, Can Atalay*, Cihangir Özasan*, Mehmet Altınok*

Amaç: Bu çalışmada dalak tutulumu olan beş olgunun klinik ve radyolojik bulguları ve tedavileri güncel literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmiştir. Hidatik kist tüm organları tutabilmekle birlikte en sık karaciğer (%70) ve akciğeri (%15-20) tutar. Dalak tutulumu %0.9 -%8 sıklıkla bildirilirken, izole dalak tutulumu çok nadirdir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya dalakta hidatik kist saptanan 4 bayan bir erkek olmak üzere toplam 5 hasta alındı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 48.8 (39-60) olarak saptandı. En sık bildirilen klinik şikayet karın ağrısıydı. Fizik muayenede iki hastada splenomegali saptandı. Bir hastada karaciğer, akciğer ve dalak, bir hastada karaciğer ve dalak, diğer üç hastada ise izole dalak tutulumu saptandı. İzole dalak tutulumu olan hastalardan birinin özgeçmişinde üç yıl önce karaciğerin hidatik kist hastalığı dolayısıyla yapılan cerrahi tedavi hikayesi mevcuttu. Dalaktaki ortalama kist boyutu 8.4 (4-13) cm olarak bulundu. Kistler üç hastada splenik hilus bölgesinde, iki hastada ise parankim içinde saptandı. Tüm hastalar splenektomi ile tedavi edilmiş ve bir hastaya ameliyat sırasında transfüzyon gerekmişti. Ortalama ameliyat süresi 140 (65-200) dakika, hastanede kalış süresi ise 11.8 (10-13) gün olarak saptandı.

Dalak hidatik kistlerinde, infeksiyon ve rüptür riski dolayısıyla, splenektomiden parsiyel kistektomi ve omentopeksiye kadar değişen cerrahi tedaviler önerilmektedir. Ancak splenektomi yüksek morbidite (%21), mortalite (%7), hastanede kalış süresi ve nüksleri (%3.8) dolayısıyla son zamanlarda her olguda önerilmemektedir. Özellikle dört yaş altı çocuklarda parsiyel kistektomi ve omentopeksi gibi koruyucu işlemler ve laparoskopi de önerilmektedir.

Sonuç: Dalak hidatik kist tedavisinde dalak dokusunun korunması özellikle çocuklar için çok önemlidir ve mümkün olan her olguda denenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Dalak, kist hidatik, cerrahi

*Ankara Onkoloji EA Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara.

**Dışkapı EA Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara.

Dr. Niyazi Karaman
Ankara Onkoloji EA Hastanesi,
Ankara.
E-posta: niyazikaraman@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 03.02.2009
Makale Kabul Tarihi: 06.03.2009

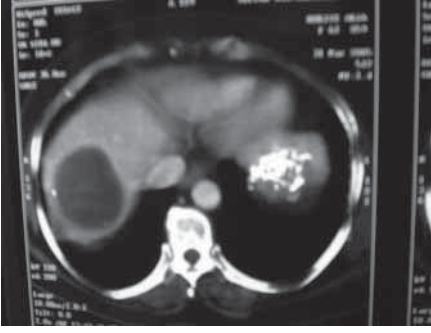
Hidatik kist tüm dünyada görülebilmekte ve olguların %95'inde Ekinokokkus granülozus saptanmaktadır (1). Hidatik kist tüm organları tutabilmekle birlikte en sık karaciğer (%70) ve akciğeri (%15-20) tutar. Dalak tutulumu %0.9 -%8 sıklıkla bildirilirken, izole dalak tutulumu çok nadirdir (2,3).

Bu çalışmada dalak tutulumu olan beş olgunun klinik ve radyolojik bulguları ve tedavileri güncel literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmiştir.

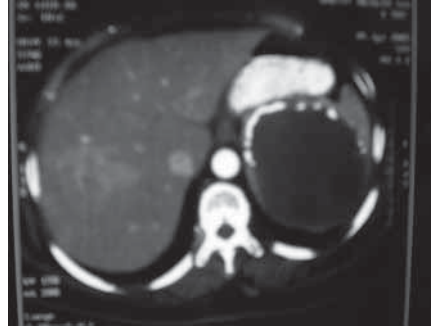
BULGULAR

Çalışmaya 4 bayan bir erkek olmak üzere toplam 5 hasta alındı. Hastaların ortalama yaşı 48.8 (39-

60) olarak saptandı. En sık bildirilen klinik şikayet karın ağrısıydı. Fizik muayenede iki hastada splenomegali saptandı. Laboratuvar incelemelerinde bir hastada saptanan CRP ve sedimentasyon yüksekliği dışında başka patoloji saptanmadı. Bir hastada karaciğer, akciğer ve dalak, bir hastada karaciğer ve dalak, diğer üç hastada ise izole dalak tutulumu saptandı. İzole dalak tutulumu olan hastalardan birinin özgeçmişinde üç yıl önce karaciğerin kist hidatik hastalığı dolayısıyla yapılan cerrahi tedavi hikayesi mevcuttu. Dalaktaki ortalama kist boyutu 8.4 (4-13) cm olarak bulundu. Kistler üç hastada splenik hilus bölgesinde, iki hastada ise parankim içinde saptandı.



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide karaciğerde ve dalakta (kalsifiye) hidatik kist bulguları



Resim 2. Bilgisayarlı tomografide dalakta hidatik kist

Tüm hastalar splenektomi ile tedavi edilmiş ve bir hastaya ameliyat sırasında transfüzyon gerekmişti. Karaciğer tutulumu olan iki hastaya da aynı ameliyatta girişimde bulunulmuş; akciğer tutulumu olan hastaya ise ameliyat sonrası morbidite de düşünülerek, ikinci bir cerrahi girişim uygulanmasına karar verilmiştir. Ortalama ameliyat süresi 140 (65-200) dakika, hastanede kalış süresi ise 11.8 (10-13) gün olarak saptandı. Tüm hastalara ameliyattan sonra albendazol tedavisi verilmiştir. Tüm hastalar nüks olmaksızın izlenmektedir.

TARTIŞMA

Hidatik kist hastalığı genellikle asemptomatik ve diğer nedenlerle yapılan incelemeler sırasında tesadüfen saptanır. Karaciğer hidatik kistin karın içine rüptürü de dalak kist hidatiği ile sonuçlanabilir. Semptomlar komşu organlara bası veya komplikasyonlar nedeniyle oluşur. En sık şikayet ağrı ya da sol üst kadranda hafif rahatsızlıktır (4). Kan yoluyla gelişen infeksiyon veya rüptür sonrası şiddetli ağrı oluşabilir, fakat abse gelişimi nadirdir (5). Kist içeriğinin karın içine yayılmasına direk rüptür adı verilir. İçi boş organlara veya torasik kaviteye rüptür çok nadirdir (6-9). Kist genellikle yılda 2-3 cm büyür ve tanıdan önce 5-25 yıl asemptomatik kalabilir (1,2,4). Kistin büyüyerek damarlara bası yapması sonucu kist çevresi dalak dokusunda atrofi gelişir. Muayenede sert, yuvarlak ve düzgün kenarlı kitle ve büyümüş dalak saptanır.

Rutin laboratuvar testleri %20-30 hastada saptanan eosinofili dışında normaldir (10). ELİSA testleri yüksek sensitivite (%95'in üzerinde) ve yetersiz spesifisite ile kullanılabilir (10,11).

Radyolojik görünüm diğer organ tutulumları ile benzer şekilde yerleşim, süre

ve beraberindeki komplikasyonlara göre değişiklik gösterir (12). Direkt karın grafilerinde periferik kalsifikasyonu olan yumuşak doku kitlesi, yeri değişmiş komşu organlar, sol diafragmada elevasyon ya da plevral efüzyon görülebilir (12).

Ultrasonografi (US) tanıda en faydalı ve en yaygın olarak kullanılacak tanı aracıdır. Genellikle soliter, kısmen kalsifiye ve anekoik kistler saptanır (12,13). Çift duvarlı kistik bir lezyonun içindeki hidatik kum tanı koydurucudur (12,13). Olguların %16-30'unda ek olarak karaciğer veya periton tutulumu da görülür (4,14,15).

Tomografide kist, içeriğine bağlı olmakla birlikte, genellikle suya yakın değerler gösterir. Kist duvarı kalsifikasyonları tespit etmesi bakımından tomografi direk grafiler ve US'den daha üstündür. Tomografide ayrıca karındaki diğer kistlerin gerçek sayı ve yerleşimi hakkında da bilgi edinilir (12,16,17). US ve tomografi birbirlerini destekler şekilde kullanılabilir iki ayrı tanı aracıdır. (Resim 1 ve Resim 2)

Manyetik Rezonans (MR) kalsifikasyonları saptamak için çok uygun bir görüntüleme yöntemi değildir. Ancak tedaviye cevabı değerlendirmek için kullanılabilir.

Patolojik incelemede içte germinatif membran (intima) ve dışta lamine membran (kutikula) saptanır. En dışta ise ince fibrotik ve komprese olmuş dalaktan oluşan perikist (adventisia) bulunur.

Ayrıca tanıda dalağın primer non-parazitik kistleri (epidermoid, dermoid, epitelyal, pseudokistler, abse, kistik neoplaziler) ve sekonder (posttravmatik) kistleri akıldan tutulmalıdır (18-20).

Dalak hidatik kistlerinde, infeksiyon ve rüptür riski dolayısıyla (2), splenektomi

den parsiyel kistektomi ve omentopeksiye kadar değişen cerrahi tedaviler önerilmektedir (21,22). Ancak splenektomi yüksek morbidite (%21), mortalite (%7), 47 güne varan hastanede kalış süresi ve nüksleri (%3.8) dolayısıyla son zamanlarda her olguda önerilmemektedir (1,4,14,23). Özellikle dört yaş altı çocuklarda kapsüllü mikroorganizmalarla gelişen infeksiyon sıklığı yüksektir. Bu yüzden parsiyel kistektomi ve omentopeksi gibi konservatif işlemler ve laparoskopi de önerilmektedir (1,2,4,21,23-25). Splenektomi ile dalağın korunduğu grup arasında ortalama hastanede kalış süresi, postoperatif komplikasyonlar ve nüks oranları açısından fark olmadığı bildirilmiştir (4). Laparoskopik girişimlerde ortalama ameliyat süresi 80 dakika, açığa dönme oranı %3 ve komplikasyon sıklığı %11 olarak bildirilmiştir (21). Ancak bu komplikasyonların tedavisinde konservatif yaklaşım genellikle başarılıdır. Büyük boyutlu dalak hidatik kistlerinde el yardımcı laparoskopik splenektomi de başarıyla uygulanabilir (25). Perkütan tedaviler de özellikle tip I ve II kistler için %0-4 gibi oldukça düşük nüks oranlarıyla önerilmektedir (26,27). Perkütan tedavilerde anafilaktik reaksiyon riski açık cerrahiye benzer şekilde %0.1-0.2 civarındadır. Cerrahi veya perkütan tedavi öncesi ve sonrası profilaktik olarak benzimidazol sınıfından geniş spektrumlu bir antihelmintik olan albendazol kullanılabilir. Albendazol parazit mikrotübül oluşumunu inhibe eder ve metafaz safhasında hücre proliferasyonunu durdurur. Vücut ağırlığı 60 kg'ın üzerinde olan hastalarda günde 2 kez 400 mg dozunda önerilirken, 60 kg altındaki hastalarda 15 mg/kg dozunda ikiye bölünerek önerilmektedir. Preoperatif ve postoperatif 3 siklus halinde 28 gün uygulanıp 14 gün ara verilmesi şeklindeki uygulama ile optimal parazit öldürme oranı sağlanacağı bildirilmektedir. Ancak uzun süre kullanımında granulositopeni, pansitopeni ve agranulositoza neden olabilir. Ayrıca hastaların %16'sında geçici transaminaz yükselmesi görülebilir. Bu nedenle her 28 günlük tedavinin başında ve ondan sonra her iki haftada bir kan sayımı yapılmalıdır. Ancak medikal tedavinin sonuçları halen tartışmalıdır (11,26).

SONUÇ

Dalak hidatik kist tedavisinde dalak dokusunun korunması özellikle çocuklar için çok önemlidir ve mümkün olan her olguda denenmelidir.

SUMMARY

Hydatid disease of the spleen: Evaluation of 5 cases

Purpose: The aim of this study was to analyse the clinical and radiological findings of five patients treated with the diagnosis of hydatid disease of the spleen and discuss their treatment in the view of current literature. The most commonly affected organs are the liver (70%) and the lung (15-20%). But almost every organ of the body can be affected. Among these splenic involvement varies between 0.9 and 8% and isolated splenic involvement is very uncommon.

Patients and Methods: Five patients (four female and one male) with hydatid disease of spleen have been enrolled to this study.

Results: The average age of the patients was 48.8 (39-60). The most frequent complaint was the pain or mild discomfort in the left upper

quadrant. Splenomegaly was found at physical examination of two patients. Three patients were presented with isolated splenic involvement. One of these patients presented with the past medical history of surgery for liver involvement. The cysts of three patients were localised at the splenic hilum and the other two cysts were within paranchima. All patients were operated with splenectomy and intra-operative blood transfusion was needed for one patient. The treatment is indicated due to the risk of infection and rupture. Average operating time was 140 (65-200) minutes and average hospital stay was 11.8 (10-13) days.

Conclusion: The preservation of the splenic tissue is especially important for children and should be tried if possible.

Key Words: Spleen, hydatid disease, surgery

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Kerim Bora Yılmaz, Mehmet Altınok

Verilerin elde edilmesi:

Lütfi Doğan, Niyazi Karaman

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Niyazi Karaman, Lütfi Doğan

Yazının kaleme alınması:

Can Atalay, Cihangir Özaslan, Niyazi Karaman

İstatistiksel değerlendirme: -

KAYNAKLAR

1. Safioleas M, Misiakos E, Manti C. Surgical treatment for splenic hydatidosis. World J Surg 1997;21(4):374-377.
2. Durgun V, Kapan S, Kapan M, et al. Primary splenic hydatidosis. Dig Surg 2003;20(1):38-41.
3. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, et al. Uncommon sites of hydatid disease. World J Surg 1998 Jan;22(1):17-22.
4. Atmatzidis K, Papaziogas B, Mirelis, et al. Splenectomy versus spleen-preserving surgery for splenic echinococcosis. Dig Surg 2003;20(6):527-31.
5. Franquet T, Cozcolluela R, Montes M, et al. Abscessed splenic hydatid cyst: sonographic and CT findings. Clin Imaging. 1991 Apr-Jun;15(2):118-20.
6. Jain R, Sawhney S, Berry M. Hydatid disease: CT demonstration and follow-up of a cystogastric fistula. AJR Am J Roentgenol 1992;158(1):212.
7. Lo Casto A, Salerno S, Grisanti M, et al. Hydatid cyst of the liver communicating with the left colon. Br J Radiol 1997;70(834):650-651.
8. Barzilai A, Pollack S, Kaftori JK, et al. Splenic echinococcal cyst burrowing into left pleural space. Chest 1977;72(4):543-545.
9. Alba D, Diaz Lobato S, Garcia-Quintero Tet al. Splenothoracic fistula complicating primary splenic hydatidosis. J Thorac Cardiovasc Surg 1996 ;111(5):1103-1104.
10. Peiser J, Hertzanu Y, Barki Y, et al. Splenic echinococcosis: clinical and serologic evaluation. J Infect Dis 1992;166(3):695-696.
11. Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. Clin Microbiol Rev 2004;17(1):107-135.
12. Franquet T, Montes M, Lecumberri FJ, et al. Hydatid disease of the spleen: imaging findings in nine patients. AJR Am J Roentgenol 1990;154(3):525-528.
13. von Sinner WN, Stridbeck H. Hydatid disease of the spleen. Ultrasonography, CT and MR imaging. Acta Radiol. 1992 Sep;33(5):459-461.
14. Uriarte C, Pomares N, Martin M, Conde A, Alonso N, Bueno MG. Splenic hydatidosis. Am J Trop Med Hyg 1991 ;44(4):420-423.
15. Ibrarullah M, Sreenivasa D, Sriram P, et al. Hydatid cyst of spleen. Trop Gastroenterol 1999;20(1):55-56.
16. Pedrosa I, Saíz A, Arrazola J, et al. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographic 2000;20(3):795-817.
17. Urrutia M, Mergo PJ, Ros LH, et al. Cystic masses of the spleen: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 1996;16(1):107-129.
18. Akhan O, Baykan Z, Oğuzkurt L, et al. Percutaneous treatment of a congenital splenic cyst with alcohol: a new therapeutic approach. Eur Radiol 1997;7(7):1067-1070.
19. Robertson F, Leander P, Ekberg O. Radiology of the spleen. Eur Radiol 2001;11(1):80-95.
20. Hansen MB, Moller AC. Splenic cysts. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2004 ;14(6):316-322.
21. Khoury G, Abiad F, Geagea T, et al. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen. Surg Endosc 2000;14(3):243-245.
22. Manouras AJ, Nikolaou CC, Katergiannakis VA, et al. Spleen-sparing surgical treatment for echinococcosis of the spleen. Br J Surg 1997;84(8):1162.
23. Dar MA, Shah OJ, Wani NA, et al. Surgical management of splenic hydatidosis. Surg Today 2002;32(3):224-229.
24. Ozdogan M, Baykal A, Keskek M, et al. Hydatid cyst of the spleen: treatment options. Int Surg 2001;86(2):122-126.
25. Ballaux KE, Himpens JM, Leman G, et al. Hand-assisted laparoscopic splenectomy for hydatid cyst. Surg Endosc 1997;11(9):942-943.
26. Ormeci N, Soykan I, Palabiyikoglu M, et al. A new therapeutic approach for treatment of hydatid cysts of the spleen. Dig Dis Sci 2002;47(9):2037-2044.
27. Zerem E, Nuhanović A, Caluk J. Modified pair technique for treatment of hydatid cysts in the spleen. Bosn J Basic Med Sci 2005;5(3):74-78.