

Asit Nedeni Olarak Kist Hidatik Ruptürü Olgusu

Dr. Naciye DEMİREL (1), Dr. Hayri POLAT (2), Dr. A. Naim KESKİN (3)

ÖZET

Bu yazıda kist hidatik ruptürü sonucu gelişen asit olgusu incelenmiş ve asit nedenleri yeniden gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ekinokok, Ruptür, Asit

SUMMARY

A case of ascites due to hydatid cyst rupture.

In this article a case of ascites due to hydatid cyst rupture has been presented and reviewed.

Key Words: Echinococcosis, Rupture, Ascites

GİRİŞ

Kist hidatik Echinococcus granulosusun sebep olduğu paraziter bir hastalıktır ve ülkemizde sık görülür. Bunun sebebi dünyanın bazı bölgelerinde ve ülkemizde endemik olarak bulunmasıdır (1, 2).

Olgu Sunusu

17 yaşında bayan hasta, 2 hafta öncesine dek bir şikayeti yokken ani gelişen karında şişlik, gerginlik, halsizlik şikayeti ile başvurduğu poliklinikten tetkik amacıyla yatırıldı. Fizik muayenede; TA: 110/80 mmHg, nabız: 78 dk./ritmik, solunum sesleri bilateral bronkoveziküler kalp sesleri doğal bulundu, ek ses alınmadı. Batın muayenesinde; batın distandü, umblicus silinmiş ve batında açıklığı yukarı bakan serbest asit matitesi mevcuttu. Traube açık, dalak nonpalpabldı. Karaciğer muayenesinde; 4 ve 5nci interkostal aralıkta submatite, 6. aralıkta ise matite beklenirken sonorite saptandı. Laboratuvar bulguları;

Eritrosit sedimentasyon hızı 65 mm/h, lökosit 8500 mm³, eritrosit 425x10⁴ mm³ Hb 10.8 gr/dl, Htc %36 MCV: 78 fl PIt: 35 x10⁴. Tam idrar tetkikinde her sahada 6-7 lökosit, 7-8 epitel hücresi görüldü, bilirubin, protein, keton, urobilürinogen saptanmadı. Kan biokimyasında ise Glikoz: 92 mg/dl, Üre: 14 mg/dl, Kreatinin: 0.7mg/dl, Ürik asit: 3.0 mg/dl, T.protein 6.4 g/dl, Albümin 2.3 g/dl, AST: 18U/L ALT: 104 U/L, LDH: 79 U/L, T.Bil: 1.54 mg/dl, D.Bil: 0.47 mg/dl, Ca⁺⁺:8.8 bulundu.

Hastaya asit tetkiki için parasentez yapıldı, kirli sarı renkte 800 cc asit mayii boşaltıldı. Parasentez mayinin biokimyasal incelemesinde, Rivalta (+), Dansite 1014, Glikoz; 89mg/dl T.Protein:4.2 gr/dl, Alb: 1,5g/dl, Glob.: 2.7g/dl LDH: 201 U/L, T.Bil.: 13.44mg/dl, D.Bil.: 8.94 mg/dl bulundu. Parasentez mayii Light kriterlerine göre exuda vafında idi. Asit mayinin bilirubin yönünden zengin olması safra yolları ile bir temasın olabileceğini düşündürdü. PA akciğer grafisinde her 2 diafragma yükselmişti, parankim lezyonu saptanmadı. Hastada PPD (-), Antitbc IgG(-) bulundu. Ayakta direk batın grafisinde hava-sıvı seviyesi yoktu. Parasentez mayii kültüründe üreme olmadı. AntiDNA (-), ASO 200 altında, CRP (++++), RF (-) bulundu. Kadın Doğum konsültasyonu sonucu patoloji saptanmadı. Periferik yaymada parçalı: %52, lenfo: %18 stab:%2 mono:%5 eosinofil: %21, bazofil: 52, eritrositler normokrom normositer, trombositler yeterli bulundu.

Batın USG: Karaciğerde sağ lopta 107x92 mm boyutunda kenarları sınırlı kıvrıntılı oluşumlar ve anekoik alanlar içeren kitle lezyonu veren, sol lop lateral kesiminde sağ konturu kenarları sınırlı ve net olarak izlenen sol konturu izlenemeyen longitudinal uzunluğu 101 mm anekoik alan izlenmiştir. Batında ve pelviste serbest sıvı izlenmemektedir (Foto 1).



Foto 1:

Hastaya yapılan Ekinococcus Lam Agglutinasyon testi (+) bulundu. Abdominal BT istendi. Sonuç olarak karaciğerde rüptüre bir kist lezyonu, rüptüre olmayan kist, dalakta bir adet kistik oluşum saptandı.

Tanı konulduktan sonra yapılan cerrahi konsültasyon sonucu cerrahi kliniğine nakledildi.

TARTIŞMA

Ekinokokus granülosa köpeklerde yaşar, ara konak sıklıkla koyun ve sığırdır. İnsana ise genellikle köpeğin dışkısı ile saçılan yumurtaların ağızdan alınması ile bulaşır (1, 2). Yumurtaların kütinöz tabakası mide sıvısı ile eritilir. Serbest kalan embriyolar ince barsak mukozasından kan dolaşımına geçer. Portal ven yolu ile karaciğere gelir ve tek keseden ibaret kistler yapar (1-3). Embriyoların çoğu sinuzoidlerde tutulur. Bu nedenle hidatik kiste %70 karaciğerde rastlanır (1, 2). Sinuzoidlerden kurtulanlar akciğer kapiller yatağında tutulurlar. İkinci sıklıkla yerleşim yeri akciğerlerdir (2, 3). Sistemik dolaşıma geçenlerse çeşitli organlarda kist hidatiğe neden olurlar. Karaciğer ve diğer dokulara yerleşen embriyolar buralarda çengelsiz kese halindedir. Bunlar uzun süre içinde büyür (yaklaşık 6 ayda 1 cm çapa ulaşır). Bulunduğu yerde bu kist fibröz bir bağ dokusu kapsülü ile çevrilir. Bu kapsül altında kistin kütikülası, onun içinde ise germinatif tabaka yer alır.

Kistin içi berrak renksiz ve antijenik bir sıvı ile doludur. Germinatif tabakada tomurcuklar yani skoleksler vardır. Bu germinatif tabakadan yavru kistler oluşur (1, 3).

Klinik belirti ve bulgular kistin lokalizasyonu, büyüklüğü, canlı veya ölü olmasına göre değişir (1, 2, 4) B. Bostanı ve ark. 8 yıl boyunca gözden geçirdikleri 126 karaciğer kist hidatikli vakaların %60'ının yaşamın 3-4 dekadlarında olduğunu görmüşlerdir (4). Hastalarda yaygın olan yakınma sağ üst abdominal ağrı, hassasiyet, dolgunluk ve şişkinliktir (1, 2, 4). Kistler genellikle karaciğerin sağ üst lobunda multipl veya tek bulunur. Bu kistler rüptür, fistül geliştiğinde ya da enfeksiyon halinde tesadüfen saptanabilir (4). Hastaların %6 sında intraabdominal kistler cerrahi girişimler esnasında bulunur. Bazı hallerde ise abdominal grafilerde çizgisel kalsifikasyonlar şeklinde tespit edilirler (2, 3). Yine üst gastrointestinal sistem baryumlu çalışmalarında mide veya duodenuma dıştan bası şeklinde görülebilirler. Nadiren göğüs röntgenlerinde sağ diafragma yüksekliği, sağ alt lopta infiltrasyon veya atalektazi, sağ plevral effüzyon ya da pulmoner bir hidatik kist saptanabilir (4).

Kist hidatik vakalarının %24'ü multipl, %17'si kalsifiye, %12'si rüptüre kist şeklinde karşımıza çıkar. (5).

Tamamı karaciğer ve dalak sintigrafileri yer işgal eden lezyonu sıklıkla gösterir fakat sintigrafi ile tespit edilen sayı ve lokalizasyon cerrahi bulgularla karşılaştırıldığında farklılık saptanabilir (4). Tamamı batın USG ve batın CAT çok değerlidir (2, 3, 4). Serolojik test olarak kullanılan immünelektroforez, Weinberg kompleman birleşme testi, Casoni deri testi günümüzde terkedilmiştir (1, 2). Tamamı değerli olan testler indirek hemagglutinasyon ve ELISA testleridir. Genellikle rüptürlerde ortaya çıkan eosinofili ise %7-30 oranındadır. (1, 2).

Kist hidatik hangi organda olursa olsun mümkünse cerrahi girişimle çıkarılmalıdır. Kistler birden fazla ise veya cerrahi girişim mümkün değilse medikal tedavi uygulanmalıdır (2, 3, 5). Bu vakalar belirli aralıklarla izlenmelidir. Kist hidatiğin medikal tedavisinde etkili ilaç Mebandazol'dür (1, 2). Günlük doz 300-900mg (50 mg/kg/gün) kadardır. Tedavi süresi en az 3-6 ay olmalıdır ve 6 ay içinde vakaların çoğu tedaviden yararlanır (2).

SONUÇ

Ülkemiz içinde toplumsal sağlık problemlerinden biri olan hidatik kist vakaları asit nedeni olarak ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- **ÖKTEN A. Soliter Hepatomegaliler.** Büyük-öztürk K. (Ed). İç Hastalıkları, İstanbul. Nobel Yayınevi 1992;P: 844-51.
 - 2- **Plorde JJ, Ramsey PG.** Nematodes, cestodes and hemafroditic trematodes. In: Wilson JD, Braunwall E et (eds). Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill Inc. 1991; p: 817-31.
 - 3- **Keklikoğlu M, Tuzcu M (Ed.) Paraziter Hastalıklar.** "The Merck Manuel" Tanı ve Tedavi El Kitabı, Nobel Yayınevi istanbul 1995; p: 220-54.
 - 4- **Bostan B, Dehdeshif F.** Hepatic hydatid disease in Iran, with review of the literature. MT Sınai J Med 1995; 62(1): 62-9.
 - 5- **Galematis BC; Peventos PJ.** Hepatic hydatid disease current surgical treatment. MT Sınai J Med 1995; 62(1): 71-6.
-