

Anafilaksi Tablosu ile Gelen Rüptüre Akciğer Hidatik Kist Olgusu

Özden TÜREL*, Ahmet SOYSAL*, Bedrettin YILDIZEL**, Mustafa YÜKSEL**, Mustafa BAKIR*

* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,
** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İSTANBUL

ÖZET

Ekinokokkozis ya da hidatik hastalık ekinokok larvaları ile oluşur. Akciğer kist hidatik hastalığı genellikle asemptomatik seyreder, ancak bazen kist içeriğinin ekspektorasyonu veya komşu dokulara basısı sonucu semptomlar ortaya çıkabilir. Anti-helmintik tedavi veya perkütan aspirasyon sonrası kist rüptürüne bağlı pnömotoraks ve allerjik reaksiyonlar görülebilmekle birlikte, spontan kist rüptürüne bağlı anafilaksi ile gelen akciğer kist hidatiği olgusu çok nadirdir. Burada ürtiker ve solunum sıkıntısı ile hastaneye başvuran ve rüptüre akciğer kist hidatiği tanısı alan 16 yaşında bir olgu sunarak, allerjik reaksiyonla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda özellikle hastalığın endemik olduğu bölgelerde kist hidatik tanısına dikkat çekmek istenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Pulmoner hidatik kist, anafilaksi

Geliş tarihi: 12 Ağustos 2005

Düzeltilme sonrası kabul tarihi: 17 Ocak 2006

SUMMARY

RUPTURED PULMONARY HYDATID CYST PRESENTED AS ANAPHYLACTIC REACTION: A CASE REPORT

Echinococcosis or hydatid disease is caused by larvae of Echinococcus. Pulmonary hydatid cysts are usually asymptomatic but patients may occasionally develop symptoms due to expectoration of cyst contents or compression of the surrounding structures. Rupture may occur during antihelminthic therapy or percutaneous aspiration and can lead to severe complications such as pneumothorax and allergic reactions. Anaphylactic reactions due to spontaneous rupture of pulmonary hydatid cyst are rare. We report a 16 year old girl who admitted to hospital with urticaria and respiratory distress and diagnosed as ruptured pulmonary hydatid disease in order to emphasize importance of hydatid disease in the differential diagnosis of anaphylaxis particularly when patients reside in endemic areas.

KEY WORDS: Pulmonary hydatid cyst, anaphylactic reaction

Received: August 12, 2005

Accepted after revision: January 17, 2006

GİRİŞ

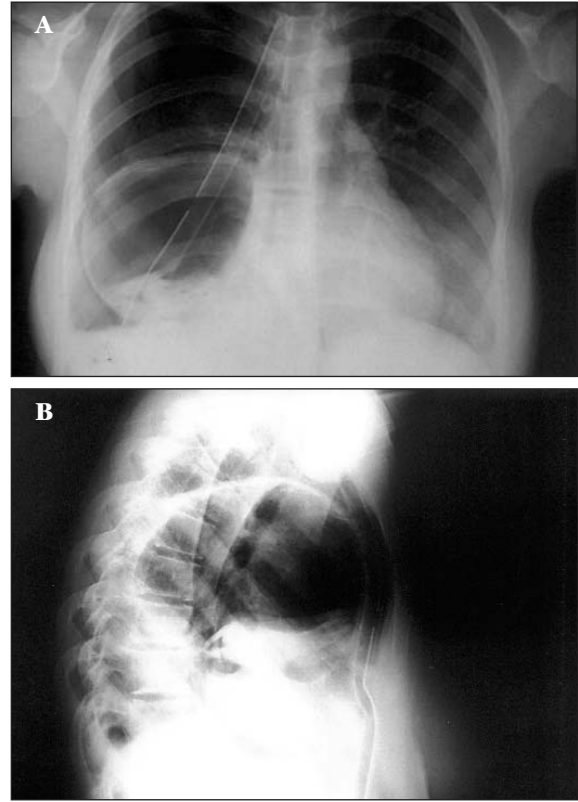
Ekinokokkozis ya da hidatik hastalık ekinokok larvaları ile oluşur. *Echinococcus granulosus* kistik ekinokokkozise yol açar ve tüm dünyada yaygın olarak görülür. Tanımlanan diğer türlerden *E. multilocularis* alveoler ekinokokkozise, *E. vogeli* ve *E. oligarthus* ise polikistik ekinokokkozise neden olur. İnsanda en sık rastlanan etken kist hidatiği yol açan *E. granu-*

losus'tur (1,2). *E. granulosus* yaşam döngüsünün tamamlanması için iki memeli türüne ihtiyaç duyar. Köpekler asıl konak iken koyun, sığır gibi otoburlar ve insanlar ara konakçısıdır. İnsan tesadüfi ara konaktır, biyolojik döngüde rol oynamaz ve insandan insana bulaşma olmaz. Erişkin parazit asıl konağın ince bağırsağına yerleşir ve sayısız yumurta oluşturur. Bu yumurtalar dışkı ile atılıp ara konakçılar tarafın-

dan alındığında portal sirkülasyon yoluyla karaciğer veya akciğere yerleşir. Parazit burada büyüyecek içi sıvı dolu kistler meydana getirir. İnsanlar infekte köpekler ile temas, kontamine yiyecekler, su veya toprakta bulunan yumurtaların ağızdan alımı ile infekte olur. Yumurtalar solunum yolu ile alınarak primer akciğer hastalığına da neden olabilir (2). Karaciğerden sonra en sık yerleşim yeri olan akciğer kist hidatikleri uzun zaman sessiz kalabilir. Kistin boyutuna, yerleşim yerine, komplike olup olmasına bağlı olarak öksürük, hemoptizi, ateş görülebilir (3). Kist rüptürü sonucu kistik antijenik içeriğin sistemik dolaşıma karışması ile anafilaktik reaksiyon gelişebilir (2-4). Burada spontan kist rüptürü sonucu anafilaksi ile başvuran bir akciğer kist hidatiki olgusu sunulmuştur.

OLGU

Onaltı yaşında kız hasta nefes darlığı, göğüs ağrısı, vücutta döküntü şikayetiyle özel bir merkeze başvurmuş. İntravenöz kortikosteroid ve antihistaminik tedavi sonrası çekilen akciğer grafisinde sağ total pnömotoraks saptanması üzerine sağ tüp torakostomi uygulanmış. Takibinde bronkoplevral fistülü düşündüren hava-sıvı seviyesi gözlenen hasta perfore kist hidatik tanısıyla hastanemize sevk edilmiş. Fizik muayenede genel durumu orta, soluk ve halsiz görünümde, solunum sayısı: 36/dakika, dinlemekle akciğer sağ orta ve alt akciğer alanlarında akciğer sesleri alınamadı. Batın muayenesi normal, karaciğer ve dalak ele gelmiyordu. Laboratuvar bulgularında beyaz küre sayısı $17.600/\text{mm}^3$, hemoglobin 10.2 mg/dL ve formülde %80 polimorfonükleer hücre, %5 eozinofili tespit edilmiştir. Eritrosit sedimentasyon hızı 68 mm/saat, serum AST, ALT, üre, kreatinin değerleri normal bulunmuştur. Akciğer grafisinde sağ hemitoraks orta ve alt zonlarda kistik yapıda lezyon ve toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer alt ve orta zonlarda pnömotoraks, sağ alt zonda septalı görünümlü geniş kistik lezyon, sağ orta zonda ufak kalsifiye cidarlı yuvarlak lezyon saptanan hastanın bu bulguları kist hidatikle uyumlu bulunmuştur (Resim 1,2). Rijid bronkoskopide sağ üst lobdan kist sıvısı geldiği görülmüştür. Bu bulgular üzerine operasyona alınan hastanın toraks sıvısı eksüda niteliğinde olup, kültüründe üreme olmamıştır. Serum ekinokok testi 1/256 titrede pozitif saptanmıştır. Sağ kas koruyucu torakotomi, kistektomi, kapitonaj ve dekorti-



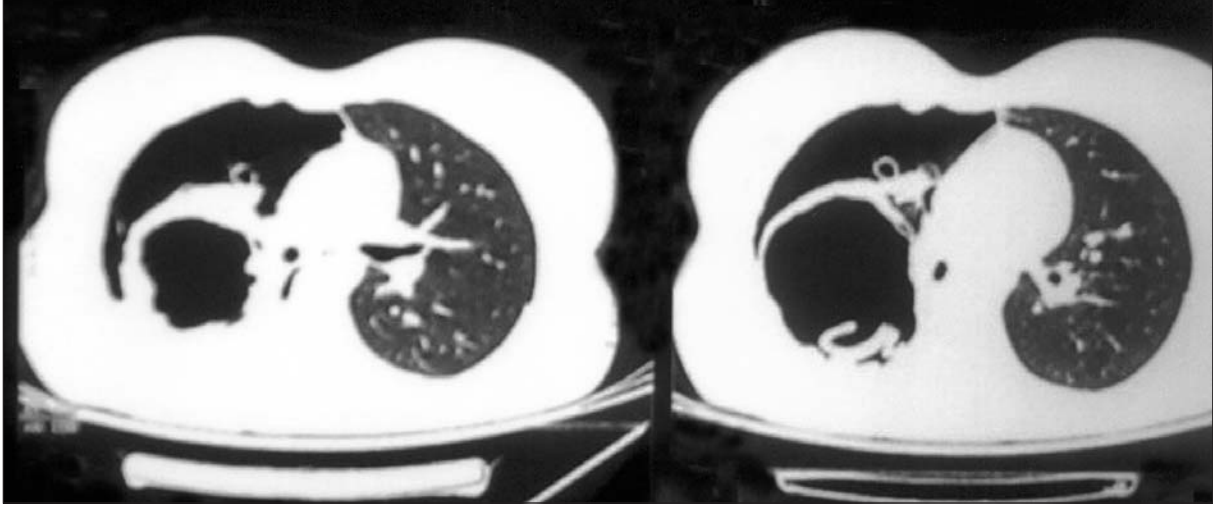
Resim 1. Olgunun PA akciğer (A) ve yan grafilerinde (B) sağ hemitoraks alt zonlarda 6 cm çaplı, düzgün konturlu, içinde germinatif membranların oluşturduğu dens görünümler bulunan kistik yapıda lezyon izlenmektedir.

kasyon ameliyatı uygulanan hastaya, ameliyat sonrası üç kür (her kür 28 gün süreyle) albendazol tedavisi verilmiştir. Batın ultrasonografisinde patoloji saptanmayan hastanın tedavi sonrasında akciğer dinleme bulguları düzelmiş ve radyolojik olarak iyileşme kaydedilmiştir.

TARTIŞMA

Hidatik kist hastalığı tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu, ancak çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin yetersiz kaldığı tüm toplumlarda görülen önemli bir parazitik hastalıktır. Ülkemizde kist hidatik hastalığı insidansı 100.000'de 2, prevalansı 100.000'de 50 dolayındadır (1).

Kistik ekinokokkozis olguların %85-90'ında tekli organ tutulumu, %70'inde ise tek kist ile seyredir. Karaciğer en sık etkilenen organdır. Akciğer tutulumu olguların %10-30'unda görülürken, dalak, böbrek, orbita, kalp, beyin ve kemik gibi organlarda hastalık sıklığı %10 oranında bildirilmektedir



Resim 2. Olgunun bilgisayarlı tomografik incelemesinde sağ akciğer alt ve orta zonlarda pnömotoraks, sağ alt zonda septalı görünümlü geniş kistik lezyon, sağ orta zonda ufak kalsifiye cidarlı yuvarlak lezyon izlenmektedir.

(2). Çocuklarda kist oluşumu en sık akciğerlerde (2,5). Akciğer kist hidatik hastalığında %20-40 oranında karaciğerde de kist saptanabilir (2). Olgumuzda başvuruda ve takipte karaciğerde kist oluşumu saptanmamıştır.

Akciğer kist hidatik hastalığının ilk evresi asemptomatiktir ve yıllarca sessiz kalabilir. Çoğu olguda kistler akciğer radyolojik incelemesi sırasında tesadüfen fark edilir. Kistin büyüklüğü ve yeri bulguların ortaya çıkmasında rol oynar. Bazen kistler 20 cm büyüklüğe kadar ulaşarak çevre dokulara basıya bağlı yakınmalar ortaya çıkarabilir. Antihelmintik tedavi veya perkütan aspirasyon sonrası kist rüptürüne bağlı allerjik reaksiyonlar görülebilir (3-5). Parazit antijenleri ile uyarılan mast hücrelerince histamin salınımı sonucu ürtiker, hışıltılı solunum ve nadiren hayatı tehdit edici anafilaksi gelişebilir (3,4). Karaciğer kist hidatiğinde spontan kist rüptürüne bağlı allerjik reaksiyonlar bildirilmekle birlikte anafilaksi ile gelen akciğer kist hidatiği olgusu çok nadirdir (6-10). İspanya'da Hofstetter ve arkadaşları ameliyat ettikleri 29 kist hidatik olgusunun birinde anafilaktik şok rapor etmişlerdir (11). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde akciğer kist hidatik hastalığı nedeniyle torakotomi uygulanan bir hasta son beş yıl içerisinde opere edilen 32 kist hidatik arasında anafilaksi gelişen tek olgu olarak bildirilmiştir (4).

Pnömotoraks hidatik kistin plevral boşluğa açılması sonucu meydana gelebilen bir komplikasyondur.

Akciğer kist hidatik hastalığında pnömotoraks gelişimi %2.4-6.2 olarak bildirilmektedir (3). Ameliyat dışında oldukça nadir rastlanan spontan kist rüptürüne bağlı allerjik reaksiyon ile birlikte pnömotoraksın bulunması olgumuzu ilginç kılmaktadır.

Tanıda en değerli inceleme akciğer grafisidir (1,2). Komplike olmamış akciğer kist hidatiğinde bir veya daha fazla sayıda olabilen yuvarlak veya oval, homojen, çevre dokudan iyi sınırlanmış kitle görünümü tipiktir. Bilgisayarlı tomografi akciğerdeki kitlenin kistik özelliğinin belirlenmesinde ve cerrahi öncesi kistin tam yerinin saptanmasında faydalıdır. Serumda antikor veya antijen tespiti tanıyı desteklemekle birlikte ELISA veya indirekt hemaglutinasyon teknikleri ile pulmoner hidatidozisli olguların %50'sinde, karaciğer tutulumunda ise %9'unda pozitif sonuçlar elde edilmektedir (2). Nitekim hastamızın da ekinokok-HA testi pozitif saptanmıştır.

Cerrahi tedavi parazitin tamamen çıkarılabilmesi nedeniyle tercih edilmelidir (3,12). Medikal tedavi çok sayıda kist varlığında, cerrahi müdahalenin riskli olduğu hastalarda, cerrahi olarak rezeke edilemeyen kist varlığında, ameliyat ve perkütan tedavi öncesi ve sonrasında önerilmektedir (13). Benzimidazoller glikoz emilimini engelleyerek ve germinal matrikste mitokondriyal hasar oluşturarak hücrel otolize neden olur (14). Albendazolün antihelmintik etkiden esas sorumlu olan sülfoksitin derivativesinin serum konsantrasyonunun mebendazol ile kıyaslandığında 10 kat daha yüksek seviyelere ula-

şabilmesi nedeniyle tedavide albendazol tercih edilmelidir (13). Hastamıza operasyonu takiben albendazol 10 mg/kg/gün dozunda üç ay süreyle uygulandı.

Gerek karaciğer gerekse akciğer yerleşimli hidatik kist hastalığı ülkemizde hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle nedeni bilinmeyen anafilaksi ve/veya spontan pnömotoraks olgularında ayırıcı tanıda rüptüre kist hidatik yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tatar D, Güneş E, Berktaş Ö, Güneş P. Akciğer kist hidatiği tanılı çocuk olgularımız. *Akciğer Arşivi* 2003;4:31-5.
2. Morar R, Feldman C. Pulmonary echinococcosis. *Eur Respir J* 2003;21:1069-77.
3. Kuzucu A, Soysal Ö, Özgel M, Yoloğlu S. Complicated hydatid cysts of the lung: Clinical and therapeutic issues. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1200-4.
4. Yüceyar L, Demirok M, Özdilmaç İ, Beşirli K, Aykaç B. Akciğer kist hidatiği nedeniyle torakotomi uygulanan hastada anafilaksi. *Solunum* 2004;6:235-8.
5. Teoh L, Kerrigan A, May M, Van Asperen P. Pseudo food allergy. *Pediatr Child Health* 2005;41:63-4.
6. Stey C, Jost R, Amman R. Recurrent life threatening anaphylaxis as initial manifestation of cystic echinococcosis (granulosus) of the liver. *Schweiz Med Wochenschr* 1993;123:1445-7.
7. Ruiz-Castro M, Vidal-Marcos A, de Frutos S, et al. Anaphylactic shock caused by the rupture of an unknown hepatic hydatid cyst. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1997;44:321-3.
8. Koppen S, Wejda B, Dormann A, et al. Anaphylactic shock caused by the rupture of an echinococcal cyst in a 25 year old asylum seeker from Georgia. *Dtsch Med Wochenschr* 2003;28:663-6.
9. Pishori T, Azami R, Ali SM. Hydatidosis: Experience with hepatic and pulmonary hydatid disease. *J Pak Med Assoc* 1998;48:205-7.
10. Giulekas D, Papacosta D, Papaconstantinou C, Barbarousis D, Angel J. Recurrent anaphylactic shock as a manifestation of echinococcosis. Report of a case. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;20:175-7.
11. Hofstetter C, Segovia E, Vara-Thorbeck R. Treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver by closed marsupialization and fibrin glue operation. *World J Surg* 2004;28:173-8.
12. Şanlı M, Tunçözgür B, Eybeyli L. Pulmoner hidatidoz ve cerrahi tedavisi. *Turkish J Thoracic and Cardiovasc Surg* 2000;8:703-5.
13. Anadol D, Özçelik U, Kiper N, Göçmen A. Treatment of hydatid cyst. *Paediatr Drugs* 2001;3:123-34.
14. Kürkçüoğlu İ, Eroğlu A, Karaoğlanoğlu N, Polat P. Complications of albendazole treatment in hydatid disease of lung. *Eur J Cardiothoracic Surg* 2002;22:649-50.

Yazışma Adresi

Ahmet SOYSAL

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü

Marmara Üniversitesi Hastanesi

Tophanelioğlu Caddesi

Altunizade-İSTANBUL

e-mail: ahsoysal@yahoo.com