

Maligniteyi Taklit Eden Rüptüre Akciğer Kist Hidatik Olgusu

Mehmet ÇELİK¹, Mustafa KOÇ¹, Saim BERÇİN², Hasan DEMİR³, Reşat ÖZERCAN⁴

¹Özel Medikalpark Elazığ Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

²Özel Medikalpark Elazığ Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ, Türkiye

³Özel Medikalpark Elazığ Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Elazığ, Türkiye

⁴Özel Medikalpark Elazığ Hastanesi, Patoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Hidatik kist hastalığının etkeni, sestod grubuna ait bir yassı solucan olan Echinococcus granulosus' dur. E.granulosus çok geniş bir coğrafi dağılım gösterir, ancak koyun yetiştiriciliğinin yaygın olduğu bölgelerde yoğunlaşmıştır. İnsanlara yaşam siklusunda yer alan hayvanlar yoluyla bulaşır. En sık karaciğer ve akciğerleri tutar. Akciğer tutulumu genç yaş grubunda daha sık olarak görülür. Hastaların çoğu asemptomatik olmasına karşın, kist rüptüre olarak veya çevre dokulara baskı oluşturarak semptomatik duruma gelebilir. Akciğer kist hidatiği, akciğer kanseri gibi malign hastalıkların yanı sıra, tüberküloz gibi enfeksiyöz benign patolojilere benzer görünümde izlenebilmektedir. Rüptüre hidatik kistler değişik radyolojik bulgular gösterebilir. Radyolojik olarak, akciğer kist hidatiğinin başta maligniteler olmak üzere, birçok akciğer patolojisini taklit edebileceği bilinmelidir. Ameliyat öncesi dönemde ayırıcı tanısına yönelik gerekli incelemeler yapılmalıdır. Paraziter bir hastalık olan kist hidatiğin yaygın olduğu bizim gibi ülkelerde, klinik ve radyolojik bulgular akciğer kanserini düşündürse bile, ayırıcı tanıda komplike veya rüptüre kist hidatik de her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Biz bu nedenle toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ve PET BT'de akciğer kanseri olarak yorumlanan ancak operasyon sonrası rüptüre akciğer kist hidatik tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Akciğer, Kist hidatik, Bilgisayarlı tomografi, Pozitron emisyon tomografi.

ABSTRACT

A Case of Ruptured Lung Hydatid Cyst Mimicing Malignancy

Causative agent of hydatid disease is E. granulosus belongs to the group of a flat worm. E.granulosus shows a wide geographical distribution, however, is common in sheep farming is concentrated in the regions. People is transmitted by animals,through the cycle of life. The most common amount of liver and lungs. Pulmonary involvement is seen more frequently in the younger age group. Although the majority of patients are asymptomatic also cyst rupture or compression of surrounding tissues may become symptomatic. Pulmonary hydatid disease can appear as benign infectious diseases such as tuberculosis as well as lung cancer. radiological findings are variously in ruptured cysts. hydatid disease of lung could mimic many lung pathology particularly malignancies. The differential diagnosis should be performed in the preoperative period. Hydatid cyst is a parasitic disease that is prevalent in countries like ours, even leads to think that lung cancer also complicated or ruptured hydatid cyst should be considered in differential diagnosis at all times. We therefore reviewed the case of post-operative diagnosis of ruptured pulmonary hydatid cyst presented lung cancer from the thoracic CT and PET CT.

Key words: Lung, Hydatid cyst, Computed tomography, Positron emission tomography.

Hidatik kist hastalığı (HKH) özellikle gelişmekte olan ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık gözlenen paraziter bir hastalıktır. Ülkemizde de insan ve hayvan sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur (1, 2).

İyi huylu bir hastalık olarak tanımlanmasına karşın, beklenmedik ciddi komplikasyonları nedeni ile yüksek morbidite ve mortalite gösterebilir. Lezyonun lokalizasyonu ve boyutu klinik yaklaşımı belirler. Çoğu durumda teşhisi kolaydır ve basit bir cerrahi prosedürle tedavi edilebilir. Ancak bazı durumlarda farklı patolojiler ile karışmakta, teşhis ve tedavisinde

problemler meydana gelmekte ya da farklı bir etiyoloji araştırılırken tesadüfen tanınmaktadır (3). Hidatik kist, radyolojik olarak homojen bir opasite görünümü verdiği için, maligniteler başta olmak üzere nodüler lezyonlardan ayırımında zorluklar yaşanabilir. Farklı yerleşimler farklı radyolojik görüntülere ve farklı klinik duruma yol açabilir. Atipik yerleşimleri belirlemek için bu özelliklerin farkında olmak ve tanı yöntemlerinin doğru ya da yanlış pozitif olabileceğini unutmamak gerekir (4, 5).

^a Yazışma Adresi: Dr. Mehmet ÇELİK, Özel Medikalpark Elazığ Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

e-mail: mehmetutm@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 17.07.2014

Kabul Tarihi/Accepted: 21.07.2014

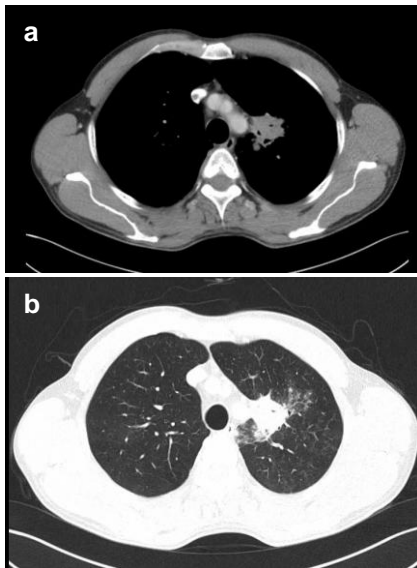
OLGU SUNUMU

Sol göğüs ağrısı, öksürük şikayeti, uzun süredir kanlı balgam çıkarma ve uzun süreli sigara içme öyküsü ile göğüs hastalıkları kliniğine başvuran, otuz yedi yaşındaki erkek hastanın özgeçmişinde tüberküloz hikayesi yoktu. Fizik muayenesinde belirgin patoloji saptanmadı.

Çekilen akciğer grafisinde, sol akciğer üst zonda heterojen düzensiz sınırlı opasite izlendi (Resim 1). Ayırıcı tanınm yapılabilmesi için, olguya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapıldı. Toraks BT' de; sol akciğer üst lob anterior segmentte, paramediastinal komşulukta, 53x30 mm boyutunda, hafif kontrast tutulumu gösteren, düzensiz sınırlı, heterojen solid alanlar içeren lezyon ve çevresinde buzlu cam görünümünde hiperdansite alanları saptandı (Resim 2a, 2b). Tanımlanan lezyon görüntü özelliklerine dayanılarak ve hastanın klinik bulguları ile birleştirilerek, öncelikle malign lezyon lehine yorumlandı.

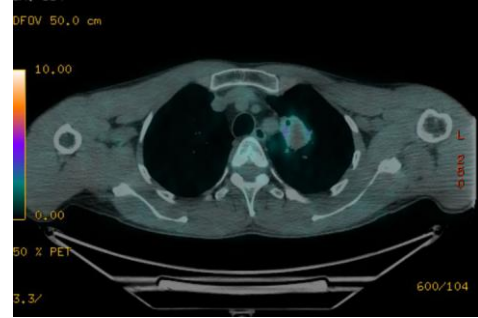


Resim 1. P-A akciğer grafisi; sol akciğer üst lobda düzensiz sınırlı asimetric opasite izlenmektedir.



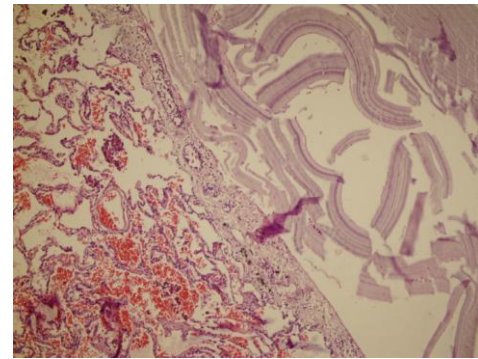
Resim 2 (a, b). Aksiyele planda mediasten ve parankim penceresinde elde olunan toraks BT kesiti (a); sol akciğer üst lob anterior segmentte, paramediastinal komşulukta, düzensiz sınırlı, heterojen solid alanlar içeren lezyon ve çevresinde buzlu cam dansitesinde infiltrasyon alanları gözlenmektedir (b).

Hastaya yapılan bronkoskopide herhangi bir patolojiye rastlanmadı. ARB (aside dirençli basil) negatif gelen hastaya, lezyonun malign karakterde olup olmadığının anlaşılması açısından, Pozitron emülsiyon tomografisi (PET BT) yapılmasına karar verildi. Yapılan PET BT tetkikinde; sol akciğer üst lob anterior segmentte, santrali ametabolik olan komplike solid lezyonda (SUD maks. Değeri 7.4) artmış FDG tutulumu saptandı (Resim 3). Lezyon öncelikle malignite lehine raporlandı.



Resim 3. PET BT kesiti; sol akciğer üst lob anterior segmentte, santrali ametabolik olan komplike solid lezyonda artmış FDG tutulumu mevcuttur.

Göğüs cerrahisi servisine yatırılarak biyopsi ve ardından cerrahi operasyon kararı alındı. Torakotomi sonrası lezyona ulaşıp, biyopsi için kesi yapıldığında, lezyonun içinden kist hidatik germinatif membranının protrüde olduğu görülünce, hastaya kistektomi ve kapitonaj tedavisi uygulandı. Patoloji raporu da kist hidatik tanısını teyid etti (Resim 4). Hasta komplikasyon gelişmeden cerrahi tedavi sonrası taburcu edildi.



Resim 4. Patoloji kesitinde; hidatik kist ve germinatif membranları gösteren görünüm.

TARTIŞMA

Hidatik kistler en sık karaciğerde izlenmekte olup, ikinci sıklıkla akciğerde gözlenir (2,6,7). Akciğer kist hidatikleri, %30 olguda multiple olup, %20 bilateraldir, %60 sağ akciğer alt lob yerleşimlidir (8). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; Doğan ve arkadaşları, geniş bir seride; olguların %60'ında sağda, %38'inde solda ve %2'inde her iki akciğerde, 75 hastada ise multipl akciğer kistlerinin varlığını bildirmişlerdir (9).

Akciğerdeki hidatik kist hastalığında esas yayılım hematojen ve lenfojen yolla olmaktadır. Bronşiyal yayılım, kız vezikül içeren hidatik kistin bronşiyal sisteme perforasyonu sonucu oluşur. Akciğer hidatik kistlerinde, perforasyon oranlarının farklı serilerde % 26-49 arasında değiştiği gösterilmiştir (9-11). Akciğer kist hidatiği diğer organlarda görülen kist hidatiklere göre daha hızlı büyümektedir. Bunun nedeni sürekli intratorakal negatif basıncın olması ve akciğerin yüksek elastikiyetidir. Oluşan kist büyümeye başlar ve bu büyüme esnasında kist spontan veya öksürme gibi intratorakal basıncın arttığı durumlarda perfore olabilir. Ayrıca nadiren teşhis amaçlı iğne biyopsisi ile de perfore olabilir. Belirli büyüklükteki kistlerde rüptür riski daha fazladır. Rüptür, perikistik doku tabaka sınırları içinde olabileceği gibi, komşu organlara, plevral boşluğa, bronşa da olabilir. Rüptür sonrası kist enfekte olabilir. Karaciğer kist hidatiklerinde sıklıkla gözlenen kalsifikasyon akciğer kist hidatiklerinde sık saptanmaz.

Hastalardaki semptom ve bulgular, kistin yerleşim yerine ve büyüklüğüne göre olmaktadır. Kist rüptüre olmadıysa, periferik yerleşimli ise ve küçük ise asemptomatiktir. Boyut olarak büyük olanlar genelde bası semptomları oluştururlar. Hastalarda ilk semptom kuru öksürüktür. Ayrıca santrale yerleşmiş olanlarda kanlı balgam gözlenebilir. Bazı hastalarda akut göğüs ağrısı olabildiği gibi künt bir ağrı da saptanabilir. Kistin bronşa açılması ile hastanın ağızdan su ve kist parçaları gelebilir. Ayrıca ekspektore edilemeyen bazı germinatif membran kalıntılarının, trakeayı tıkaması nedeniyle dispne, bronkospazm gözlenebilir. Periferik yerleşimli olanlar plevral irritasyona bağlı göğüs ağrısı, diyafragmatik komşuluğu olanlar ise karın ağrısına neden olabilirler. Rüptüre kist enfekte olursa yeterli drenaj olmadığı takdirde ateş yüksekliği, pürülan balgam oluşumu gözlenebilir. Eğer kist periferik yerleşimli olup da plevral boşluğa rüptüre olursa pnömotoraks, ampiyem, pyopnömotoraks gibi daha ciddi bir klinik tabloya neden olabilir (12). Bizim olgumuzda hastanın öksürük, göğüs ağrısı ve kanlı balgam şikayetleri mevcut olup, bunun dışında tanıya katkı sağlayacak belirgin klinik bulgu yoktu.

Akciğer kist hidatiğinde fizik muayenenin tanıya yardımı sınırlıdır. En önemli radyolojik tanı aracı; direkt grafi, BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) dir. Kist rüptür olmamış ise, yuvarlak veya oval, düzgün sınırlı ve homojen dansite şeklinde görülür. BT; kistin lokalizasyonunu, büyüklüğünü, komşu yapılar ile ilişkisini daha net ortaya koyar. Kist hidatik BT' de; internal septasyonları, rüptüre ise kistin bronşa açılmasına bağlı hava sıvı seviyeleri, germinatif

membrana bağlı perikist görünümü ve duvar kalsifikasyonları ile tanınır. Kist duvarındaki devamsızlık ise rüptürü düşündürür (13,14). Akciğer kist hidatiği benign veya malign birçok akciğer patolojisini taklit edebilmektedir. Gürsoy ve arkadaşları (15); atipik klinik görünümlü lezyonu bulunan 16 hastayı, tanı sırasında yaşanan hatalar, zorluklar ve tedavi sonuçları açısından analiz etmişler ve kist hidatik hastalığında hatalı tanıları; torasik ampiyem, akciğer kanseri, mediastinal tümör, tüberküloz plörezi, göğüs duvarı tümörü olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuzda lezyon akciğer kanserini taklit ediyordu.

Kanda eozinofili hastaların %25' inde görülmektedir ve tanı için özgül değildir. Tanı yöntemlerinden Casoni ve Weinberg kompleman fiksasyon testlerinin, tanısal değeri ve özgüllüğü düşük olup, aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olabilmektedir. Serolojik testlerden direkt immünflorans testi, indirekt hemaglutinasyon testi, immunoelektroforez, ELISA testleri karaciğer hastalığında % 80-94, akciğer hastalığında ise % 65 oranında pozitif bulunmuştur (16). Akciğer hidatik kistlerinin serolojik tanısında IgG ELISA ve İndirekt hemaglutinasyon testi (İHA) kullanılır. İHA da 1:160 üzeri titre pozitif kabul edilir. Her iki testin birlikte kullanımı tanı olasılığını artırır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, İHA, ELISA ve WB testlerinin duyarlılığı sırasıyla % 96.7, % 87.1 ve % 100 olarak bulunurken, bu testlerin özgüllükleri % 82.2, % 89.2 ve % 85.7 olarak saptanmıştır (17).

Akciğer kist hidatiğinde tedavi öncelikle cerrahidir. Cerrahi esnasında tüm prazitik 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 olgumuzda da uygulandığı gibi kistotomi-kapitonaj işlemidir.

Sonuç olarak; akciğer kist hidatiği benign bir patoloji olmasına rağmen, rüptüre olup anafeksiye yol açabilmesi nedeniyle ciddi morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu açıdan tanısı ve tedavisi önem arz etmektedir. Radyolojik olarak, akciğer kist hidatiğinin, başta maligniteler olmak üzere birçok akciğer patolojisini taklit edebileceği akıldan çıkartılmamalı ve özellikle endemik bölgelerde ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Kist hidatik insidansının nispeten yüksek olduğu ülkemizde, komplike olgularda rüptüre kist hidatik tanısı da ön tanılar arasında akıldan tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Demirci M, Kaya S, Arıdoğan BC, Yönden C, Önal S. Kistik ekinokokkozis hastalarında spesifik iğne düzeyleri. Türkiye Parazitoloj Derg 2004; 28: 21-3.
2. Eşgin M, Aktaş M, Coşkun Ş. İndirekt hemaglutinasyon testi (İha) yöntemi ile kistik ekinokokkoz şüpheli hastaların serumlarında antikor varlığının araştırılması. Türkiye Parazitoloj Derg 2007; 31: 283-7.

3. Bouree P. Hydatidosis: dynamics of transmission. *World J Surg* 2001; 25: 4-9.
4. Ulku R, Eren N, Cakir O, Balci A, Onat S. Extrapulmonary intrathoracic hydatid cysts. *Can J Surg* 2004; 47: 95-8.
5. Pekmezci S, Kılıc İE. The diagnosis of the hydatid disease: imaging methods, serological and cytopathological examinations. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2: 13-6.
6. Delibaş SB, Özkoç S, Şahin S, Aksoy Ü, Akısü Ç. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Anabilim Dalı Seroloji Laboratuvarı'na kistik ekinokokkozis şüphesiyle başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitol Derg* 2006; 30: 279-81.
7. Sırmalı M, Aydın E, Yazıcı Ü, Aydın Ö, Fındık G, Kaya S. Bronşiyal yayılım gösteren pulmoner hidatik kist olgusu. *Solunum Hastalıkları* 2004; 15: 154-7.
8. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographics* 2000; 20: 795-817.
9. Dogan R, Yuksel M, Cetin G, et al. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: report on 1055 patients. *Thorax* 1989; 44: 192-9.
10. Balci AE, Eren N, Eren Ş, Ülkü R. Ruptured hydatid cysts of the lung in children: Clinical review and results of surgery. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 889-92.
11. Topcu S, Kurul IC, Taştepe I, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 120: 1097-101.
12. 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.
13. Erdem CZ, Erdem LO. Radiological characteristics of pulmonary hydatid disease in children: Less common radiological appearances. *Eur J Radiol* 2003; 45: 123-8.
14. Koul PA, Koul AN, Wahid A, Mir FA. CT in pulmonary hydatid disease: unusual appearances. *Chest* 2000; 118: 1645-7.
15. Soner Gürsoy S, Üçvet A, Türk F, Tözüm H, Erbaycu AE, Başok O. Diagnostic dilemma of hydatid disease: analysis of 16 patients. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29: 457-63.
16. Biava MF, Dao A, Fortier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. *World J Surg* 2001; 25: 10-4.
17. Akisu C, Bayram Delibaş S, Yuncu G, et al. Evaluation of IHA, ELISA and Western Blot tests in diagnosis of pulmonary cystic hidatidosis. *Tuberk Toraks* 2005; 53: 156-60.