

Kist Hidatiğe Bağlı Gelişen Akut Mekanik İntestinal Obstruksiyon

Acute Mechanical Intestinal Obstruction due to Hydatid Cyst

¹Deniz Necdet Tihan, ¹Uğur Duman, ¹Emrah Bayam, ¹Fatih Mehmet Erol, ¹Evren Dilektaşlı, ¹Özgür Pekel, ¹Volkan Arayıcı, ²Özgür Dandin

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa
²Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

Özet

Echinococcus granulosus'un etken olduğu hidatik kisti, özellikle hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde endemiktir. Öncelikle tutulan organ karaciğer olsa da, ekinokoz vücudun her yerinde görülebilir. Olgu sunumu, ülkemizde endemik olarak görülen kist hidatik hastalığının, primer olarak intraperitonealkavitede tutulum yapabileceğini ve bu durumun akut mekanik intestinalobstruksiyon tablosu ile prezante olabileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: İntestinal obstruksiyon, akut karın, *Echinococcus granulosus*, peritoneal hidatidoz

Abstract

Hydatid disease which is caused by *Echinococcus granulosus*, is endemic in the husbandry regions. Primary localization of the disease is liver; however, echinococcosis may infect every organ and tissue of the human body. Aim of this report is to emphasize that primary peritoneal hydatidosis may clinically be presented with an acute mechanical intestinal obstruction in endemic regions.

Key words: Intestinal obstruction, acute abdomen, *Echinococcus granulosus*, peritoneal hydatidosis

GİRİŞ

Kist hidatik hastalığı, hayvancılığın önemli bir geçim kaynağı olduğu ülkemiz gibi coğrafyalarda sık görülen bir hastalıktır (1). En sık etkeni *Echinococcus granulosus*'tur (2). Hastalık sıklıkla karaciğerde yerleşik; ancak hemen tüm parankimal organlarda hatta lümenli organların duvarında, kemik, meme gibi dokularda da tutulum görülebilir (1-3). Peritona yayılım hematojen yolla (primer form) veya sıklıkla rüptür ya da perioperatif kontaminasyon (sekonder form) ile olur. Peritoneal yayılım anafaksi ve akut karın kliniğine yol açabileceği gibi, yaygın peritoneal hidatidoz nadiren de olsa akut mekanik intestinal obstruksiyona yol açabilir (3-5).

OLGU

Altmış yaşında erkek hasta, 3 gün önce başlayan karında şişkinlik, bulantı, kusma ve gaz-gaita çıkartamama şikayetleri ile acil polikliniğine başvurdu. Hastanın öz geçmişinde özellik yoktu. Karın içi ameliyat geçirmemiş olan hastanın fizik muayenesinde batını distandü ve hassas idi. Hastada defans bulgusu mevcuttu. Ayakta direkt batın grafisinde ince barsak tipi hava-sıvı seviyelerinin olduğu görüldü. Hastanın lökosit değeri 13.500/mm³ idi. Hastanın yapılan ultrason incelemesinde barsak ansları arasında minimal serbest ve küçük bir alanda loküle sıvı saptandı. Fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri sonrasında mekanik ileus düşünülen hastaya ameliyat kararı alındı. Eksplozasyonda, batın içerisinde ince barsak ansları arasında, 4 cm çapında kist hidatik ile uyumlu izole kistik bir lezyon saptandı. Kist hidatiğin perikist dokusunun ince barsak mezosu, kolon mezosu ve ince barsak duvarı tarafından oluşturulduğu görüldü (Şekil 1). Çevre ince barsak anslarının kist hidatik etrafında gato yaptığı ve bu durumun hastada akut mekanik intestinal

obstruksiyona neden olduğu saptandı (Şekil 1 ve 2). Kistin kranial duvarını oluşturan yaklaşık 20 cm'lik ince barsak segmenti, kist perfore edilmeksizin, kistin kendisi ile birlikte blok halinde rezeke edildi ve uç uca anastomoz uygulandı. Batın içerisinde ve karaciğer, dalak gibi solid organlarda başka bir odak saptanmadı. Batın içerisi %20'lik serum sale ile irriga edildi. Hasta ameliyat sonrası 3. gününde 10 mg/kg/gün oral albendazol tedavisi ile taburcu edildi. Hasta taburcu edilmeden önce primer odak açısından direkt grafi ve ultrason görüntüleme ile yeniden değerlendirildi ancak başka kist hidatik odağı saptanamadığından, batın içerisindeki odağın primer ve tek odak olduğuna karar verildi.

Piyenin histopatolojik incelemesinde, dışta laminar, içte germinatif tabakadan oluşan cidari vasıfta kist duvarı, kist içinde veziküller, kist duvarı çevresinde fibröz tabaka, perikist dokusunun bir kısmını oluşturan ince barsak duvarında mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu ve granülasyon dokusu tespit edildi.

Hastanın 2. ayında poliklinikte sorunsuz takip edildi. Erken nüks lehine serolojik veya radyolojik bulgu saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Hidatik hastalığa, ülkemizin de içinde sayılabileceği endemik bölgelerde sık rastlanmaktadır. Nitekim, Türk toplumunda kist hidatik insidensi 1/2000'dir (1). Rastlantısal ara konak olan insanda hidatik hastalık etkeni sıklıkla *Echinococcus granulosus*, daha nadiren de *Echinococcus multilocularis* ve *Echinococcus oligarthrus*'dur (2,3). En sık karaciğer ve akciğerde görülmesine rağmen, hidatik hastalık hemen her organ ve sistemi tutabilmekte ve bu da tanı aşamasında güçlükler doğurabilmektedir. Hidatik hastalığı olanlarda abdominal ve pelvik boşluğun tutulma sıklığı yaklaşık %5'tir (3). Ancak intraperitoneal

Şekil 1.

hidatik hastalık olgularının yaklaşık %85'inde karaciğerde, %5'inde ise dalakta primer bir odak bulunmaktadır ve çoğunlukla batin içerisine rüptür ya da fissürasyon yoluyla gelen veziküller nedeniyle ortaya çıkmaktadır (4). Dolayısıyla, primer yerleşimi abdominal kavite olan hidatik hastalık son derece nadir bir durumdur. Olguda sunulan hastada olduğu gibi primer yerleşim yeri intraabdominal kavite olan hidatik hastalığa bağlı gelişen kistlerde, perikist barsak duvarları ve/veya mezosu tarafından oluşturulacağından, barsaklara ektramural bası yaparak veya barsak ansları arasında fibrotik yapışıklıklara ve torsiyonlara sebep olarak kısmi ya da tam bir obstruksiyon tablosuna yol açabilir.

Hidatik hastalığın akut karın kliniği ile prezante olması nadir değildir. Özellikle karaciğer ya da dalak gibi solid organları tutan kistlerin abdomene rüptürü sonrası akut karın tablosu gelişebilir (5-7). Hatta karaciğerdeki kistin batin içerisine düşmesine bağlı akut batin tablosu olguları rapor edilmiştir (8,9). Aynı şekilde, hepatik hidatik kistin batin içerisine rüptürüne bağlı ileus gelişebilir (3). Olguda rapor edildiği gibi, intestinal alanlar arasında yerleşmiş primer bir hidatik lezyon da, rüptüre olmaksızın sadece bası ve yapışıklık yaratarak, hastada mekanik bir intestinal obstruksiyona sebep olabilir. Tüm bu çeşitli klinik prezantasyonlar, ayırıcı tanı ve tedavinin planlanması açısından cerrah için zorluk teşkil etmektedir. Bu ve benzeri vakalarda seçkin tedavi cerrahidir. İleusa neden olan ileal segmentlerin arasında konumlu bir hidatik kist, enükle edilebilir. Eğer enükleasyon esnasında perforasyon riski varsa ve barsak

ansları arasında fibrotik yapışıklıklara sebep olmuşa, çevredeki sağlam barsak ansları ile blok halinderezeke edilmelidir. Primer tedavi cerrahi olmakla beraber, hasta mutlaka oral albendazol tedavisi almalıdır (1,10).

Sonuç olarak; *Echinococcus granulosus* enfestasyonunun endemik olarak görüldüğü ülkelerde, akut karın veya akut mekanik intestinal obstruksiyon ile acil cerrahi polikliniklerine başvuran hastalarda, primerintra abdominal kist hidatiğin de mekanik ileus nedenlerinden biri olarak ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Heppül G, Tihan D, Kocael P, et al. Case report: primary splenic hydatidosis. Türkiye Parazitoloj Derg 2010; 34(3):184-6.
2. Sayek I, Yalin R, Sanac Y. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1980; 115:847-50.
3. Ozalp N, Akgul O, Dizen H, et al Peritoneal hydatidosis with ileus. Bratisl Lek Listy 2009; 110(3):197-9.
4. Daali M, Hssaïda R, Zoubir M, Hda A, Hajji A. Peritoneal hydatidosis: a study of 25 cases in Morocco. Sante 2000; 10(4):255-60.
5. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Mohsine R, Ifrine L, Belkouchi A. Intraoperative perforation of hepatic hydatidcyst. Gastroenterol Clin Biol 2006; 30:1214-6.
6. Gunay K, Taviloglu K, Berber E, Ertekin C. Traumatic rupture of hydatidcysts: A 12-year experience from an endemic region. J Trauma 1999; 46:164-7.
7. Derici H, Tansug T, Reyhan E, Bozdog AD, Nazli O. Acute intraperitoneal rupture of hydatidcysts. World J Surg 2006; 30(10):1879-83; discussion 1884-5.
8. Sharma BG, Gupta KK. Spontaneous intra peritoneal expulsion of an unruptured hydatidcyst. Saudi Med J 2000; 21:99-102.
9. Kara M, Tihan D, Fersahoglu T, Cavda F, Titiz I. Biliary peritonitis due to "fallen" hydatidcyst after abdominal trauma. J Emerg Trauma Shock 2008; 1(1):53-4.
10. Liu Y, Wang X, Wu J. Continuous long-term albendazole therapy in intra abdominal cystic echinococcosis. Chin Med J (Engl) 2000; 113(9):827-32.

Şekil 2.