

KARDİAK TUTULUMLU MULTIPL AKCİĞER KİST HİDATİĞİ OLGUSU

Sumru Beder* Oya Kalaycıoğlu** Gaye Ulubay*** Umit Özyurda****

Akciğer ve karaciğer kist hidatiği ülkemizde, özellikle kırsal bölgelerimizde sık görülmektedir. Ancak kalp tutulumu % 2'den azdır. Karaciğer tutulumu olmamasına karşın kalpte ve her iki akciğerde multipl tutulumu olan olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

OLGUMUZ :

43 yaşında, erkek, çiftçi. Altı aydır göğüs ağrısı, öksürük, kanlı balgam, eforla nefes darlığı, halsizlik ve aşırı terleme yakınmalarıyla kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde tansiyon arteriyel : 120/70 mmHg, nabız : 68/dakika, ritmik, bilinç açık, koopere, S₂'nin çift duyulması dışında özellik yoktu. P-A akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde değişik boyut ve yerleşimli düzensiz sınırlı multipl dağınık gölge koyulukları görüldü (Şekil 1,2,3). Laboratuvar incelemelerinde PaO₂ 74 mmHg, PaCO₂ 32 mmHg; EKG'de sağ dal bloğu dışında tam kan, tam idrar, kan biyokimyası, solunum fonksiyon testi bulguları normaldi. Bronkofiberoskopide mukopürülan sekresyon dışında tüm bronş dallanması normal görüldü. Alman transbronşial akciğer biopsileri spesifik bulgu göstermeyen kronik iltihabi değişiklikler içermekte; fırçalama ve bronş lavajı sitolojisi dejenere epitel hücreleri ve lökosit içeren Class II sonucunu verdi. Bronş lavajı ve balgamda asidorezistan basil teksifle ve kültürle negatif saptandı.

* A.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı Profesörü

** A.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

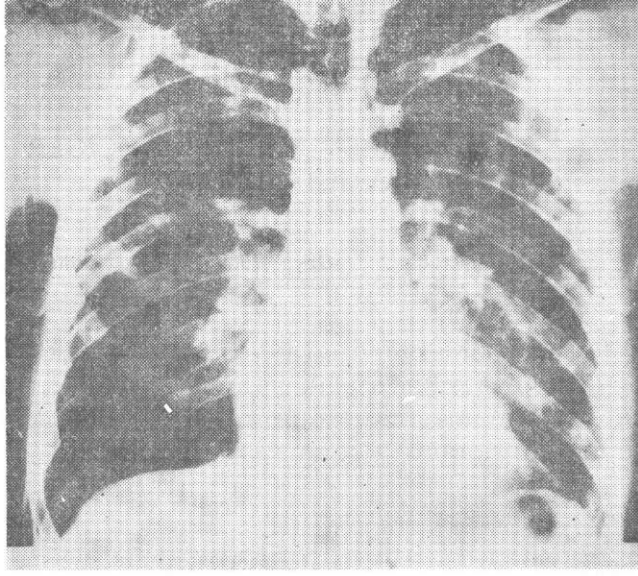
*** A.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

**** A.Ü.T.F. Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Doçenti

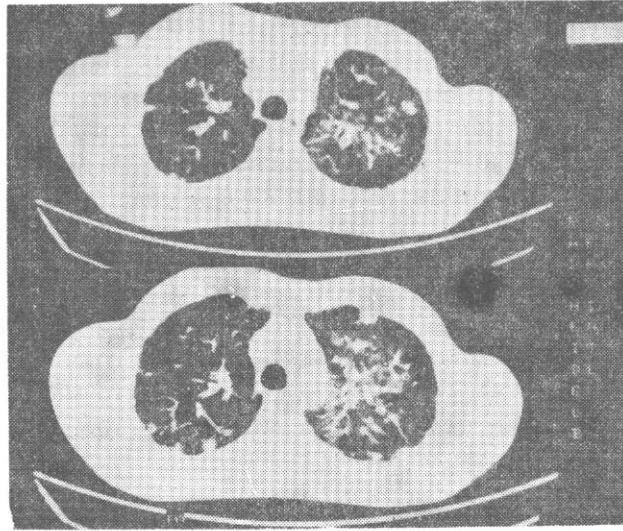
Bu çalışma XX. Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi, 7-9 Nisan 1994, Antalya'da sunulmuştur.

Geliş Tarihi : Temmuz 9, 1994

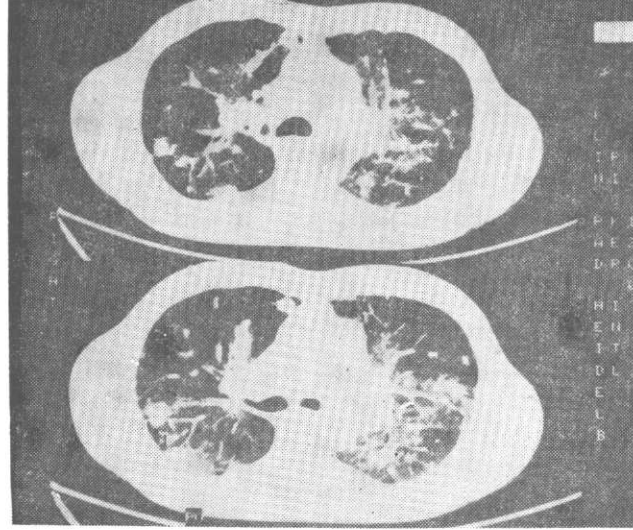
Kabul Tarihi : Ocak 18, 1995



Şekil 1 : P-A akciğer giriş grafisi



Şekil 2 : Toraks bilgisayarlı tomografisi



Şekil 3 : Toraks bilgisayarlı tomografisi

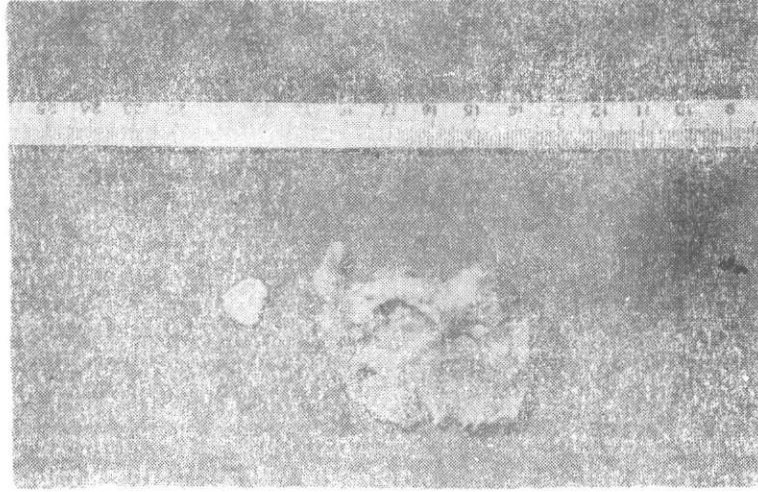
Akciğerdeki multipl gölgelerin etyopatogenezi açısından tüm organlar incelendi. Abdominal ultrasonografide tüm batin, pelvik ve retroperitoneal organlar normal gözlendi. Larinks muayenesi, tüm vücut kemik sintigrafisi normal, tiroid sintigrafisinde diffüz hiperplazi bulundu. Gastrointestinal sistem incelemesinde gastroskopi ve kolonoskopide bulbit ve eroziv antral gastrit dışında başka bulgu saptanmadı. Ürogenital sistem incelemesi de normal bulundu.

Akciğerdeki lezyonların kesin tanısı için eksploratris torakotomi yapılarak linguladan biopsi alındı. Kesitlerin incelenmesinde eskimiş, kalsifiye bir tüberkül odağı ve periferde yer yer iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü. Aynı zamanda bu doku Löwenstein besi yerine ekildi, kültürde üreme olmadı.

Post-operatuar izlemde ortaya çıkan dispne, siyanoz, taşikardi, S3 gallop nedeniyle ekokardiografi yapıldı, normal bulundu. Akciğer perfüzyon ve ventilasyon sintigrafisinde birbiriyle uyumlu segmental ve nonsegmental defektler izlendi. Hastaya tuzsuz diyet, digital, diüretik, INH, RIF verilerek taburcu edildi. Ancak 12 gün sonra bulantı, kusma, karın ağrısı ve hemoptizi yakınmalarıyla tekrar başvurdu. Fizik muayenede ek olarak ikter, siyanoz, dispne, ağrılı hepatomegali saptandı. Dolaşım yetmezliği bulguları belirginleşen olgunun tekrarlanan doppler ekokardiyografisinde sağ kalp boşluklarının büyüdüğü, pulmoner

arter basıncının 65-70 mmHg olduğu, sağ ventrikül kavitesi içinde, triküspid kapak altında, interventriküler septum ve lateral duvarı içine alan yer yer kistik, nodüler tümör ve 1° den triküspid yetmezliği saptandı. Bu bulgular MUGA (nükleer ventrikülografi) ile desteklendi. Sağ ventrikül içinde saptanan bu kitlenin kısa zaman önce yapılan eko'da görülmemesi hatalı eko olarak değerlendirildi. Bu kitle için malignite, tüberküloz, kist hidatik, hipereozinofilik sendrom, tromböz olasılıkları düşünöldü.

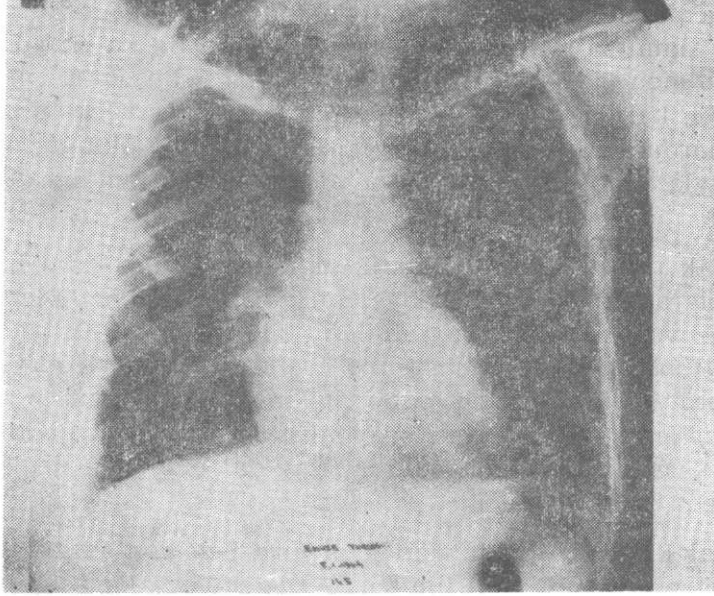
Kesin tanı ve tedavi amacıyla A.Ü.T.F. Kalp-Damar Cerrahisi ABD'nda median sternotomi ile sağ atriotomi yapıldı. Sağ ventriküldeki kitlenin kist hidatik olduğu görölerek anterior triküspid kapakçığıyla birlikte ekstirpe edildi; diğer iki kapakçık da ekstirpe edilerek triküspid valv replasmanı yapıldı (Şekil 4).



Şekil 4 : Sağ ventrikülden ekstirpe edilen kist hidatik

Postoperatuar dönemde yapılan kontrol eko'da perikardda sıvı gözlenmedi, EKG'deki sağ dal bloğunda değişiklik olmadı. Kranial BT normal bulundu. Fiberoptik bronkoskopide sağ üst lobdan kist hidatik membranları aspire edildi.

Postoperatuar dönemi komplikasyonsuz geçiren hastaya 2gr/gün albendazole başlandı. İki ay sonraki kontrolde akciğerdeki gölgelerin sayıca azaldığı ve küçölmüş oldukları göröldü (Şekil 5). Hasta peridodik kontrollerle izlemeye alındı.



Şekil 5 : P-A akciğer kontrol grafisi

TARTIŞMA :

Kist hidatik hastalığının etkeni olan *Echinococcus granulosus*'un yaşam siklusu birbiriyle yakın yaşayan çoban köpekleri ve koyunlar arasındadır. Parazitin erişkin şekli, esas konakçı olan etobur hayvanların (köpek) barsağında yaşar ve son halkasının kopup barsak içinde parçalanması ile yumurtalar etrafa yayılır. Ara konakçı olan insan, yumurtaları su ve gıdalarla alır. Duodenumun alkali ortamında yumurtayı terk eden embriyo, çengelleri ile ince barsak mukozasına yapışır. Embriyo daha sonra mezenter venler ve lenfatiklerle vena portaya ve karaciğere ulaşır. Buradan vena cava inferior yoluyla sağ kalbe ve akciğere gelir.

Kist hidatığın karaciğerde yerleşmesinin alt ve orta hemoroidal venler ve hipogastrik venler aracılığıyla doğrudan doğruya akciğerlere ulaşması da mümkündür. Ayrıca tozlara karışan yumurtaların inhalasyonu ile de akciğere yerleşim olabileceği bildirilmiştir (6).

Olguların % 2'sinden azında kardiak tutulum görülmektedir. Kardiak yerleşimin mekanizması için çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Larvalar karaciğerden portal ven sistemiyle sağ atriuma gelip foramen

ovale veya pulmoner dolaşım yoluyla sol kalbe ulaşır. Buradan koroner kan akımıyla miyokarda gelerek yerleşir. Başka bir yol akciğer kistin pulmoner vene rüptürüyle sol kalbe gelmesidir. Olgumuzda olduğu gibi, karaciğerde lezyonu olmayıp akciğer ve kalp tutulumu olan olgularda ise kistin primer yerleşiminin kalp olduğu, pulmoner arter yoluyla akciğer embolisi şeklinde akciğere yayıldığı düşünülür (2).

Kardiak tutulumlu kist hidatik olguları daha çok bu hastalığın endemik olarak görüldüğü Türkiye, Suriye, İran, İtalya ve İspanya gibi Akdeniz ve ortadoğu ülkelerinden bildirilmiştir. Kalbe yerleşen kistler ileti blokları, çeşitli aritmiler, ventrikül hipertrofisi ve perikarda rüptür gibi komplikasyonlara yol açabilir. Aritmi ve blokların kardiak kistlerin cerrahi ekstirpasyonu sayesinde düzelebildiği bildirilmesine karşın olgumuzda bulunan sağ dal bloğunda değişiklik olmamıştır (1,2,3,4,5,7).

Kardiak kist hidatığın tanısında en yararlı ve noninvaziv yöntemin ekokardiografi olduğu bildirilmiştir. Akciğer veya karaciğer kist hidatığı bulunan olgularda kardiak semptom bulunmasa dahi ekokardiografi yapılarak olası bir kardiak tutulumun araştırılması önerilmektedir (2,3). Olgumuzda açık akciğer biopsisinden sonra belirginleşen dolaşım yetmezliği bulguları nedeniyle yapılan ekokardiografide kalp boşlukları normal değerlendirildi. Buna karşın olguya digital ve diüretik verilmiş ve bu tedaviye yanıt alınmıştı. Daha sonra tekrarlanan eko incelemesinde sağ ventrikülde interventriküler septumu da içine alan, tiküspid kapağa uzanan kistik kitle izlendi.

Kardiak kist hidatik olgularında kistin ekstirpasyonundan sonra profilaktik albendazole verilmesi önerilmektedir. Ayrıca albendazole/mebendazole tedavisi ile akciğerdeki multipl kistlerin gerilediği bildirilmektedir (3,4). Olgumuza, akciğerlerindeki hidatik kistlerin multipl olması nedeniyle pulmoner bir cerrahi girişim düşünülmedi. İki ay süreyle 2 gr/gün albendazole verilen olgunun akciğer lezyonlarının sayısı ve büyüklüğünde gerileme izlendi.

ÖZET

İki yanlı, multipl nodüler lezyonlar nedeniyle incelenen 43 yaşında erkek hasta tüm sistemlerinin endoskopik, radyolojik ve diğer laboratuvar incelemelerinde tanıya varılamaması nedeniyle açık akciğer biopsisine verildi. Materyalin histopatolojik incelemesinde kalsifiye

tüberkül odağı saptandı. Post-operatuar dönemde dolaşım yetmezliği ortaya çıkan olgunun ekokardiyografik incelemesi normal bulundu. Hastaya IN+RIF ile beraber digital ve diüretik verildi. Kısa süre sonra dolaşım yetmezliği bulguları artan olgunun tekrarlanan eko'sunda sağ ventrikül içinde kistik tümör saptandı. Açık kalp operasyonunda kist hidatik ekstirpe edildi. Operasyondan sonra uygulanan bronkoskopide kist hidatik membranları aspire edildi. Albendazol 2 gr/gün verilen olgunun iki ay sonraki kontrol grafiğinde lezyonlarda kısmen gerileme izlendi.

Anahtar kelime : Kist hidatik, kalp tutulumu, akciğer tutulumu.

SUMMARY

Multiple Pulmonary And Cardiac Hidatic Cyst (A Case Report)

A 43 year-old male was studied for his bilateral, multiple nodular pulmonary lesions. All the systems were normal through radiologic, endoscopic and laboratory investigations. The histopathologic examination of the open lung biopsy specimen showed a calcified tubercle. After the operation the patient developed heart failure. Although his heart functions were normal on echocardiographic examination he received digitalis and diuretics besides INH+RIF. Twelve days later he was readmitted to the hospital as he deteriorated. On echocardiography a right ventricular cystic mass was shown. A mass due to hydatic syst was extirpated. Membranes of hidatic cyst was aspirated from the bronhi on fiberoptic bronchoscopy which was redone after the operation. The patient received Albendazol (2 g/day) for two months and showed a partial response on control chest x-ray film.

Key words : Hydatic cyst, heart, pulmonary involvement.

KAYNAKLAR

1. Ameli M Mobarhan MA Nourai SS : Surgical treatment of hydatic cysts of the heart : Report of six cases. J Thorac Cardiovasc Surg 98 : 892-901, 1989.
2. Dursun G Akkurt İ Seyfikli Z Öcal A Uğur P : Multipl intrakardik ve multiloküller yerleşim gösteren kist hidatik olgusu. Solunum Hastalıkları 3 (3) : 389-396, 1992.
3. Kabbani SS xokhadar M Sundouk A Nabhani F Baba B Shafik AI : Surgical management of cardiac echinococcosis. Report of four cases. J Cardiovasc Surg. 33 : 505-510, 1992.

4. Lanzoni AM Barrios V Moya JL Epeldegui A Celemin D Lafuente C Asin-Cardiel E : Dynamic left ventricular outflow obstruction caused by cardiac echinococcosis. *Am Heart J* 124 (4) : 1083-1085, 1992.
5. Ottino G Villani M De Paulis R Trucco G Viara A : Restoration of atrioventricular conduction after surgical removal of a hydatid cyst of the interventricular septum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 93 (1) : 144-147, 1987.
6. Vidinel İ : Akciğer hastalıkları. s. 191-195. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir. 1989.
7. Yekeler I Koçak H Aydın NE Başoğlu A Okur A Şenocak H Paç M : A case of cardiac hydatid cyst localized in the lungs bilaterally and on anterior wall of right ventricle. *Thorac Cardiovasc Surgeon* 41 : 261-263, 1993.