

# Mekanik İntestinal Obstrüksiyona Neden Olan Ekstrahepatik İntraabdominal Dev Kist Hidatik\*

Ender Onur, Neşet Köksal, Mehmet Ali Uzun,  
Aziz Sümer, Ediz Altınlı, Atilla Çelik

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

## ABSTRACT

### *Giant ekstrahepatik intrabdominal hydatid cyst causing mechanical intestinal obstruction*

Hydatid disease is most commonly seen in the liver and lungs, but rarely in the spleen, kidney, pancreas, ovaries and abdominopelvic cavity. Uncomplicated cysts are usually asymptomatic. Most symptoms are mainly due to complications and also if cyst enlarge symptoms may occur due to mass effect.

In this article a giant intraabdominal extrahepatik hydatid cyst causing mechanical intestinal obstruction and the treatment is presented with the view of the literature.

**Key words:** Intraabdominal, hydatid cyst, intestinal obstruction

Bakırköy Tıp Dergisi 2006;2:28-30

\*Ulusal Cerrahi Kongresi 2004'de poster olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

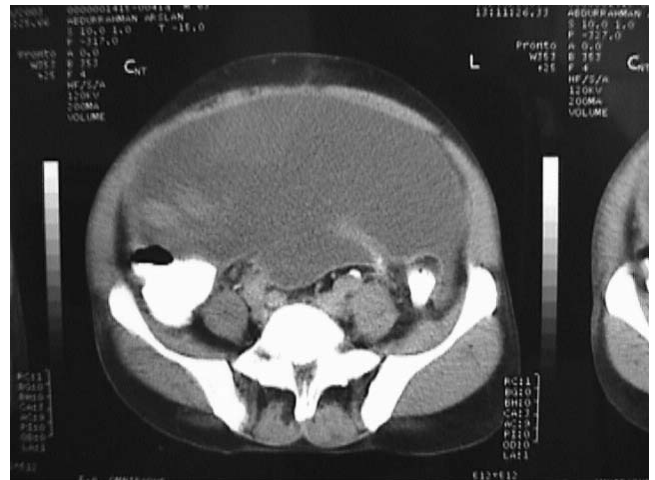
Hidatik kist, *Echinococcus granulosus*'un larva formunun yaptığı paraziter bir hastalık olup çoğunlukla karaciğer ve akciğerde görülür. Bunun dışında nadir olarak dalak, böbrek, pankreas, overler ve abdominopelvik boşlukta görülebilir (1,2). Komplike olmayan hidatik kistler genellikle asemptomatiktir. Semptomlar genellikle komplikasyonlardan dolayı olmakla birlikte ileri derecede büyüyen kistlerde basıya bağlı semptomlar görülebilir (3).

Bu yazıda amaç mekanik barsak tıkanıklığına neden olan ekstrahepatik intraabdominal dev hidatik kist olgusunu ve tedavisini literatür eşliğinde sunmaktır.

## OLGU

65 yaşında erkek hasta karında şişlik, ağrı, gaz ve gai-

ta çıkaramama yakınmaları ile acil polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus ve sistematik hipertansiyon mevcuttu. Fizik muayenede; batında distansiyon, barsak seslerinde metalik tını ve palpasyonda batını tamamen dolduran yaklaşık 20x30 cm. kitle mevcuttu. Yapılan batın ultrasonografisinde (USG) batında ekrana sığmayan kalın septalarla ayrılmış, yaygın loküle kistik alanlar içeren omental kaynaklı kitle ve her iki böbrekte basit kistler tespit edildi. Çekilen batın tomografisinde (BT) dalak medialinde ekzofitik uzanım gös-



Resim 1. İntrabdominal kist hidatiğin BT görüntüsü.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Ender Onur  
Acıbadem Mah. Çiftlik Sok. Anadolu Sitesi Bayoğlu Apt. A Blok D:26 34860  
Kadıköy, İstanbul - Türkiye

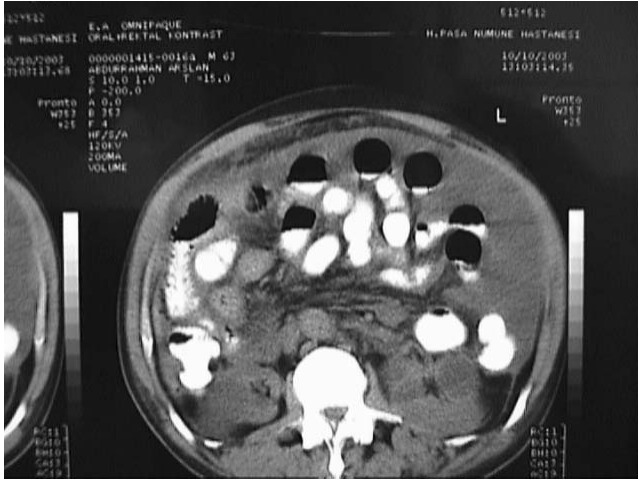
Telefon / Phone: +90-533-810-4401

Faks / Fax: +90-216-347-5144

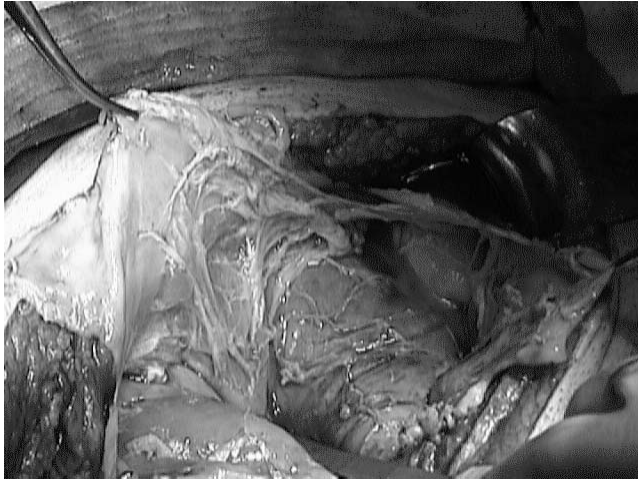
Elektronik posta adresi / E-mail address: gulyesiltepe@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 20 Şubat 2006 / February 20, 2006

Kabul tarihi / Date of acceptance: 3 Mart 2006 / March 3, 2006



**Resim 2.** Kistin barsaklarda oluşturduğu tıkanıklığın BT görüntüsü



**Resim 3.** Dilate barsak anslarının kistektomi sonrası görünümü

teren ancak dalaktan orijin almayan bilobüle 22x31 cm boyutlarında kistik kitlesel lezyon tespit edildi (Resim 1-2). Hasta bu bulgularla mekanik intestinal obstrüksiyona sebep olan batın içi kistik kitle nedeni ile operasyona alındı. Eksplorasyonda batın içini dolduran, barsakları lateralize ederek barsak obstrüksiyonuna sebep olan kist hidatik tespit edildi (Resim 3). Kistektomi uygulandı. Hasta albendazol tedavisi sürdürülerek taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Ülkemiz gibi endemik olan bölgelerde hidatik kist tanı ve tedavisi halen problem olmaya devam etmektedir. Hidatik kist özellikle karaciğer ve akciğerde görülmeyle birlikte vücudun her yerinde görülebilir. Karın içi hidatik kistlerin %14-%19 ekstrahepatik yerleşimlidir (4,5). Bununla birlikte primer peritoneal ekstrahepatik hidatik

kist çok daha nadir görülen bir durumdur. Karaciğer, akciğer ve diğer viseral organlarda kist olmadan veya daha önce yayılıma neden olabilecek bir operasyon olmadan primer intraabdominal hidatik kist görülmesi değişik patogeneze mekanizmaları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlardan birincisi larva formunun karaciğer ve akciğerde yakalanmadan kana karışarak vücudun değişik yerlere yayılması yani hematogen yayılım, ikincisi larva formunun barsak lenfatik sisteminden torasik kanala geçerek vücudun değişik yerlerine yayılması yani lenfatik yayılım, üçüncü ise Deve'nin klasik teorisidir (2). Buna göre primer karaciğer, dalak ve mezenterik hidatik kistlerin yırtılması veya rüptüre olması sonucu, kist içeriği batın içine yayılır daha sonra primer kistler teşhis yöntemleri ile gözden kaçan skar dokusu bırakarak iyileşirler böylelikle primer intraperitoneal hidatik kistler görülebilir (6).

Hidatik kist hastalığında semptomlar genellikle kistin lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlıdır. Ancak hidatik kiste mekanik barsak tıkanıklığı alışılmadık bir durumdur. Literatür incelendiğinde karaciğer, dalak, pankreas, mezenterik ve retrovezikal kistlerin gastrointestinal sisteme rüptüre veya fistüleze olmasına bağlı gelişen mekanik barsak tıkanıklıkları bildirilmiştir (6-10). Bizim olgumuzda ise dev hidatik kistin kitle etkisine bağlı olarak mekanik barsak tıkanıklığı mevcuttu.

Karaciğer hidatik kist hastalığında USG, BT ve manyetik rezonans görüntüleme, hastalığın tanısında kullanılan ve tanı koymakta yardımcı radyolojik incelemelerdir. Ultrasonografinin sensitivitesi %93-98, BT'nin sensitivitesi ise %97 oranındadır (11). Ancak, izole intraabdominal, yerleşimli hastalığın preoperatif tanısı oldukça zordur (12). Bizim olgumuzda da preoperatif radyolojik incelemeler tanı için faydalı olmamıştır.

Cerrahi, intraabdominal yerleşimli hidatik kist hastalığının hem tanısında hem de tedavisinde önemlidir. İdeal tedavi, yayılımı ve bulaşmayı önleyecek şekilde, dikkatli diseksiyon ile rüptüre etmeden kisti çevre organlardan ayırarak tamamını eksize etmektir (13). Ancak bizim olgumuzda kistin çok büyük olmasına bağlı olarak ameliyat sırasında rüptür meydana gelmiştir. Böyle durumlarda çevre organların korunmasıyla kist içeriğinin aspirasyonu, kız veziküllerinin çıkarılması ve kist duvarının çıkartılması diğer bir cerrahi yöntemdir.

Sonuç olarak karın içi kistik lezyonların ayırıcı tanısında özellikle endemik bölgelerde, hidatik kist hastalığı ve bunların dev boyutlara ulaşarak mekanik barsak tıkanıklığına sebep olabileceği unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kütükçü E, Kapan S, Turhan AN, Ede B, Aygün E. Pankreatik kist hidatik: Olgu sunumu. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2005; 1: 74-76.
2. Balik AA, Çelebi F, Basoglu M, Oren D, Yildiran I, Atamanalp SS. Intra-abdominal ekstrahepatik echinococcosis. *Surg Today* 2001; 31: 881-884.
3. Oneto AR, Salgueiro FO, Fiorentino JA, et al. A complicated liver hydatid: experience at one center. *Cir Pediatr* 1998; 11:30-36.
4. Amir-Jahed AK, Fardin R, Farzad A, Bakshandeh K. Clinical echinococcosis. *Ann Surg* 1975;182: 541-546.
5. Karavias DD, Vagianos CE, Kakkos SK, Panagopoulos CM, Androulakis JA. Peritoneal echinococcosis. *World J Surg* 1996; 20: 337-340.
6. Angulo JC, Escribano J, Diego A, Sanchez-Chapado M. Isolated retrovesical and extrarenal retroperitoneal hydatidosis: clinical study of 10 cases and literature review. *J Urol* 1998; 159:76-82.
7. Astarcioglu H, Kocdor MA, Topalak O, Terzi C, Sokmen S, Ozer E. Isolated mesosigmoidal hydatid cyst as an unusual cause of colonic obstruction: Report of a case. *Surg Today* 2001; 31: 920-922.
8. Cosme A, Orive V, Ojeda E, Aramburu V, Irazusta M, Arenas JI. Hydatid cyst of the head of the pancreas with spontaneous fistula to the duodenum. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 1311-1313.
9. Lo-Casto A, Salemo S, Grisanti M, Mastrandrea G. Hydatid cyst of the liver communicating with the left colon. *Br J Radiol* 1997; 70: 650-651.
10. Stambuk J, Karelovic S, Chamorro M, Banse C. Colo-hepatic fistula secondary to hydatid disease. Clinical case. *Rev Med Chil* 1991; 119:181-182.
11. Ormeci N. Diagnosis in hydatid disease. *Turk Klin J Surg* 1998; 3: 187-198.
12. Erkan N, Yıldırım M, Özdemir DA, Ağdeniz S, Boz A, Polat AF. Dev intraabdominal hidatik kist: Preoperatif tanı zorluğu ve tedavisi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2004; 3: 39-41.
13. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsohis C, Aletras H. Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998; 22: 17-22.