

Kist Hidatik Hastalığının Tıbbi Tedavisi İçin Bir Yaklaşım

Mustafa ARTVİNLİ
A. Altay ŞAHİN
H. Erdal AKALIN

MEDICAL THERAPY IN HYDATID DISEASE,
A NEW APPROACH

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Göğüs Hastalıkları ve İnfeksiyon Hastalıkları Üniteleri, ANKARA

Geliş tarihi: 11 Nisan 1984

ÖZET

Yırcıı tedaviden yararlanan bir mültipl akciğer, bir akciğer ve karaciğer ve tedaviden yarar görmeyen bir akciğer ve cüt altında kist hidatikleri olan toplam üç vaka sunuldu. Tıbbi tedavinin yararları, yeterli olamama nedenleri ve komplikasyonları tartışıldı. Sonuç olarak, daha Önce kabul edilen ve kist hidatik hastalığının tek tedavisinin cerrahi alabileceği fikrinin bundan böyle kabul edilemeyeceği, cerrahi tedavinin ancak tıbbi tedaviden sonra ve gerekli vakalara uygulanabileceği belirtildi

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, Mebendazole.

T Kİ Tıp 8II Araştırma Der C.3, S.3, 270-273,1985

SUMMARY

Three patients with complicated hydatid disease were presented. One of them had multiple cysts in the lungs, the other had cysts both in the lung and the liver, the third one had cysts in the lung, skin and subcutaneous tissues. Advantages, disadvantages and complications of medical therapy is discussed. In is suggested that surgical therapy is not the only modality in the treatment of hydatid disease, and medical therapy should be given for a reasonable period before surgical therapy.

Key word* hydatid disease, Mebendazole.

T J Research Med Sel V.3, N.3, 270-273,1985

Hidatik kist hastalığının etkeni olan echinococcus granulosa köpek, çakal, kurt ve tilki gibi hayvanların barsaklarında yaşayan çengelli, 2-6 mm boyunda ve 34 halkalı bir parazittir. Bu hayvanların dışkıları ile atılan embriyonlu yumurtalar genellikle ağız yolu ile koyun, sığır, keçi, domuz, at ve insanların sindirim sistemlerine girmektedir. Sindirim sisteminde yumurtalardan açığa çıkan embriyonlar barsak duvarını geçerek portal dolaşım ile karaciğer, akciğer ve diğer organlara yerleşir ve bu organlarda kist hidatik hastalığını yaparlar. Kist hidatik içeren bir organın yukarıda sözü edilen köpek, çakal gibi hayvanlar tarafından yenilmesi ile de siklus yeniden başlar. Koyun ve sığır gibi hayvan besleyen ülkelerde sık rastlanan hidatik kist hastalığının yakın zamana kadar tedavisinin cerrahi olduğu bilinirdi. 1976'dan bu tarafa önceleri hayvanlar daha sonra insanlar üzerinde mebendazole (1-3), flubendazole (4) ve albendazole (5) gibi antiparaziter ilaçlarla hastalığın tedavi edilebildiği rapor edilmektedir.

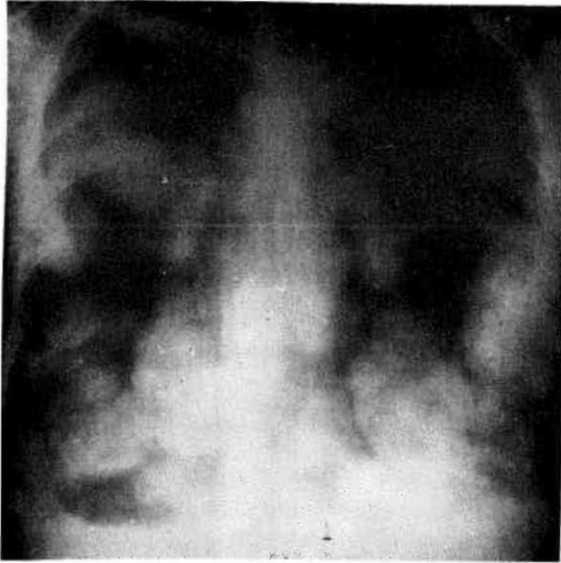
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Ünitemizde akciğer, karaciğer ve diğer organlarda yerleşmiş kist hidatikli vakalarda 1980 yılından bu tarafa biz de bu

tedavi yöntemini uygulamaktayız (6). Bu yazımızda tedavi uyguladığımız ve örnek olabileceğini sandığımız 3 vakayı sunmak ve bu konudaki görüşlerimizi açıklamak istiyoruz.

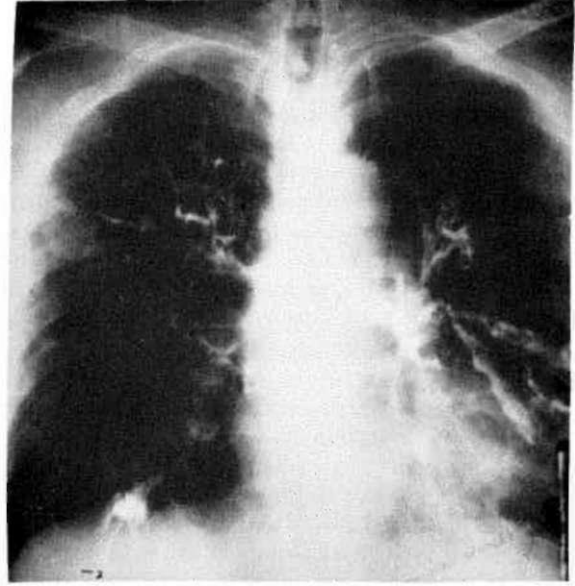
Vaka 1:

39 yaşında erkek hasta F.A. (DosyaNo. 1179729) 30 Haziran 1980 tarihinde nefes darlığı öksürük, balgam ve zaman zaman kanlı balgam çıkartma ve göğüs ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize müracaat etti. Hikâyesinden, bize gelmeden önce bir göğüs cerrahi merkezinde torakotomi yapıldığı ve mültipl akciğer kist hidatiği olduğunun anlaşılması üzerine cerrahi girişimin mümkün olmadığı bildirilerek hastanın hastaneden çıkartıldığı öğrenildi. Ancak yakınlarının yardımı ile yürüeyebilen ve soyunabilen hastanın fizik muayenesinde: Solunum 45/dak.; Nabız 108/dak., kan basıncı 120/85 mmHg, akciğerlerde yaygın ronküs ve taban kısımlarında daha çok olan yer yer orta ve kaba railer, sağ skapula altından tabana kadar geniş bir bölgede plevra sürtünme sesi işitildi. Karaciğer büyüklüğü yoktu. Laboratuvar bulgularından: Hemoglobin 13.20 gr/100 ml, beyaz küre sayısı 8600/mm3

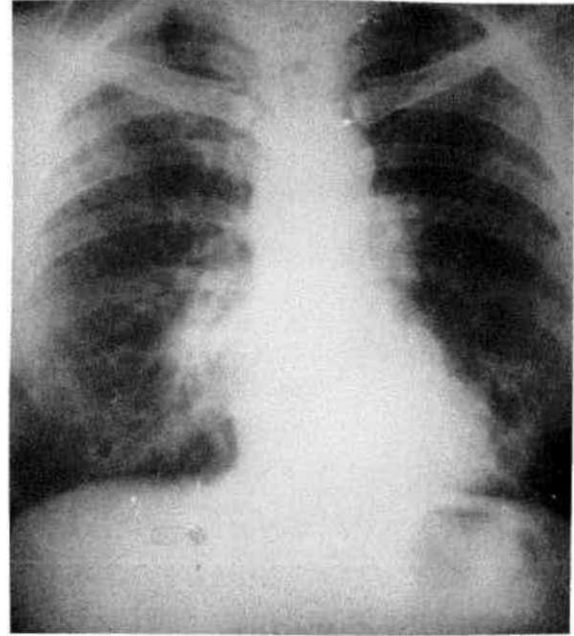
İdrar tetkiki normal; zorlu ekspirasyon volümü/1 saniye (ZEY), normalin % 54,2'bi; zorlu vital kapasite (ZVK), normalin % 52'si idi. Akciğer filminde, her iki akciğerde çok sayıda ve değişik büyüklükte kistler mevcuttu (Şekil-1). Karaciğer sintigrafisinde bir patoloji saptanamadı. Hastaya günde 3 defa 600 mg mebendazole (Vermox) başlandı. Yaklaşık 2 aylık aralıklarla izlenen hasta 2. aydan itibaren germinatif membran ekspektore etmeye başladı. İlk 6 aylık dönemde pis kokulu pürülan balgam çıkartma ve hemoptezlerinin artması nedeniyle 2 kez 15'er gün hastaneye yatırılarak tedavi edildi. Bunun dışında ayaktan izlenen hasta yaklaşık 1 yıl boyunca germinatif membran ekspektore etti ve bu sürede de mebendazole tedavisine devam edildi. Akciğer filmlerinde zaman geçtikçe kistlerin kaybolduğu ve hastanın genel durumunun da iyiye gittiği dikkati çekiyordu. 12.1.1982 tarihinde çekilen akciğer filminde görülebilen kist yoktu. Aynı gün yapılan bronkografide önemli bronşektazilerin olduğu görüldü (Şekil-2). Bu tarihe kadar 3 kez yapılan bronkoskopilerde, enfeksiyon dönemlerinde görülen pürülan sekresyonun dışında, endobronşiyal bir patoloji saptanamadı. Son olarak Haziran 1983'te kontrole gelen hasta çok seyrek olarak küçük hemoptezlerinin olduğunu ve fakat her işini rahatlıkla yapabildiğini ifade etti. Alınan akciğer filminde de bronşektazi ile uyumlu değişiklikler dışında bir patoloji yoktu (Şekil-3). ZEV₁, normalin % 68,8'i ve ZVK, normalin % 86,6'sı idi.



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Vaka 2:

35 yaşında erkek hasta S.K. (DosyaNo. 1199109) 24.2.1981 tarihinde göğsündeki şişlik şikayeti ile polikliniğimize müracaat etti. Hikâyesinden 1977 yılında tabanca kurşunu ile kamından yaralandığı, kurşunun karaciğerde mevcut olan kist hidatiği patlattıktan sonra sağ orta koltuk altı çizgisinin 4. kosta aralığını kestiği yerden çıktığı, bu nedenle 2 kez laparato-

mi yapıldığı, göğüsu su altı tüp drenajı uygulandığı, ameliyattan 3 ay kadar sonra kurşunun çıkış yeri ve ameliyat insizyonu üzerlerinde şişliklerin ortaya çıkmaya başladığı ve gittikçe büyüdüğü, 1 ay önce bu kısımdan alınan örnek sonucu kist hidatik tanısının konulduğu öğrenildi. Fizik incelemede: Sağ sinüs kapalı ve o bölgede sesler azalmıştı. Sağ aksular bölgede pek çok sayıda kistlerin yapmış olduğu 15 x 16 cm boyutlarında bir kitle mevcuttu (Şekil-4). Ayrıca laparotomi insizyonu üzerinde en büyüğü 2 cm olan 10 adet kist vardı. Karaciğer ve dalak normal büyüklükte idi ve karında kitle palpe edilemedi. Akciğer filminde sağ kosto-frenik sinüs kapalılığı, sağ plevrada kalınlaşma, sağ üst ve orta zonlarda ve alt zonda en büyüğü 3 cm olan 4 adet kist görülüyordu. Diğer laboratuvar incelemeleri normal sınırlardaydı. Hastaya günde 3 defa 600 mg mebendazole başlandı ve ayaktan takibe alındı. İlâci aynı dozda ve aralıksız kullandığını söylemesine rağmen hastanın kistleri büyümeye devam etti. Bu nedenle 10 aylık tedaviden sonra ilaç kesildi ve cerrahi tedavi yapıldı. Daha sonra hasta ile temas kurulamadı.



Şekil 4.

Vaka 3:

23 yaşında kadın hasta N.P. (DosyaNo. 1578996) başka bir nedenle çekilen akciğer filminde kistik bir oluşum görülmesi nedeni ile 4.11.1983 tarihinde poli-

kliniğimize müracaat etti. Fizik muayenesinde karaciğerin kosta kenarını 3 cm geçtiği saptandı. Akciğer filminde sağ kardiyo-frenik açıda 4 cm çapında bir kist vardı. Abdominal ultrasonografide ise karaciğer sol lobunda da 3.5 x 3.5 cm boyutlarında bir diğer kistin olduğu görüldü (Şekil-5). Hastaya günde 3 defa 900 mg mebendazole başlandı ve ayaktan takibe alındı. Hasta bulmakta güçlük çektiği için 2 ay sonra ilâci kesti. Bir aylık aradan sonra yurt dışından getirilen flubendazole ile gene aynı dozda olmak üzere 17 günlük tedavi daha uygulandı. 6.3.1984 tarihinde son kontrole gelen hastanın akciğer filminde kistin boyutlarının yarıya indiği ve karaciğerdeki kistin yerinde ise ultrasonografi ile güç saptanabilen bir nedbenin olduğu görüldü. Bu güne kadar izlenen hastanın akciğer kist hidatığının bronşa perforasyonu ile ilişkili şikayeti olmadı.

Tedavi uyguladığımız bu ve diğer hastalarımızda bulantı dışında önemli bir yan etki görülmedi. Takdim edilen 3. vaka hariç bütün akciğer kist hidatikleri tedavinin 2-10. aylarında bronşa açıldı ve 1. vakada olduğu gibi, zaman zaman ilave olan enfeksiyonların tedavileri gerekti. Hemopteziler zaman geçtikçe seyrekleşti ve miktarları da azaldı.



Şekil 5.

TARTIŞMA

Bu güne kadar bildirilen raporların çoğunda olduğu gibi (1-3, 7, 8), biz de vakalarımızın birinde kısa süreli flubendazole hariç, hepsinde mebendazole kullandık. Literatürde belirli günlük doz ve sürenin kesin olmaması nedeniyle günde 3 kez 600 mg (yaklaşık 30 mg/kg) ilacın yağlı yemeklerle birlikte verilmesini uygun bulduk. Son 1 yıldır ise günlük ilaç dozunu 3 defada 900 mg (yaklaşık 50 mg/kg) olarak uygula-

lakta ve bu dozu daha da artırmayı düşünmekteyiz, ilaç dozunun artırılması ile tedavi süresinin çok kısaltılabileceği kanısındayız. Mebendazole kullanımı esnasında genellikle önemli olmayan yan etkilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir (7-9). Bu güne kadar tedavi uyguladığımız ve uygulamakta olduğumuz yaklaşık 40 vaka da, yüksek doz ilaç kullandığımız hastaların bulantı 'akınmalan dışında, önemli bir yan etki ile karşılaşmadı. Mebendazole tedavisinden genellikle iyi sonuç alındığı bildirilmesine ve bizim de çok vakamızda iyi sonuç almamıza rağmen, ikinci vakada olduğu gibi >azı vakalarda tedavinin yetersiz oluşu büyük bir olasılıkla şu sebeplerden ileri gelmektedir:

1. Mebendazolün barsaklardan absorpsiyonu iyi değildir ve her şahısta değişiklik göstermektedir, ayrıca yemeklerin cins ve zamanı da absorpsiyonda değişikliklere sebep olmaktadır.

2. Duvarı kalın olan kistlerin içine ilacın diftizonu geçmekte veya alamamaktadır.

3. Bazı hastalar ilacın temininde güçlük çekmekte ve bu nedenle de ilacı ya az kullanmakta veya kullanamamakta ve bazıları da, muhtemelen, kullanmadığı halde kullandığını söylemektedir.

4. Önerdiğimiz ilaç dozlarının ilaç prospektüslerinde yazılan miktarın çok üzerinde olması nedeni ile, bazı eczacılar tarafından ilaç hastalara verilme-

mekte veya hastalar ikaz edilerek ilaca karşı çekimser hale sokulmaktadır.

Akciğer kist hidatikli vakalarınımızın, takdim edilen 3. vaka hariç, hepsinde kistlerin bronşa açılmasına, zaman zaman gelişen enfeksiyon ve hemoptezlerine rağmen cerrahi girişimi gerektirir bir komplikasyon ile karşılaşılması. Enfeksiyon ve hemoptezlerin devam etmesine karşın, sıklık ve miktarlarının zamanla azalması nedeniyle hastalarımızın hepsi beklemeyi cerrahi tedaviye tercih etti. Karaciğerde olduğu gibi dış atmosferle ilişkisi olmayan organlarda yerleşen kistler, bildirilen raporlar (1, 3) ve 3. vakamızda olduğu gibi, genellikle tedavi ile küçülmekte ve yerlerinde çok defa bir nedbe dokusu kalmakta, enfeksiyon ve kanama gibi herhangi bir komplikasyon gelişmemektedir.

Sonuç olarak, her ne kadar daha önce kist hidatik hastalığı tedavisinin cerrahi olduğu ve başka bir tedavi şekli olmadığı kabul edilmiş ise de dikkat edilecek olursa vakaların çoğunda tekrarlayan kistler nedeni ile birden fazla cerrahi girişime gereksinme duyulmakta ve bu girişimlere bağlı olarak da istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir (10). Bu nedenle üzerinde tartışma yapmaksızın, daha uygun bir tedavi şeklini bulana kadar, bu tıbbi tedavi şeklinin öncelikle yapılmasının ve gerekli olan vakalarda cerrahi girişimin daha sonra düşünülmesi ve uygulanmasının yararlı olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Bekhti A, JP Schaaps, M Capron, JP Dessaint, F Santoro and A Capron: Treatment of hepatic hydatid disease with mebendazole: Preliminary results in four cases. Brit. Med. J. 2:1047-1051, 1977.
2. Kayser HJS: Treatment of hydatid disease with mebendazole at Frere Hospital, East London: A preliminary report. S. Afr. Med. J. 58:560-563, 1980.
3. Gill-Grande LA, D Boixeda, P Garcia-Hoz, R Barcena, A Lledo, E Suarez, JM Pascasio and V Moreira: Treatment of liver hydatid disease with mebendazole: A prospective study of thirteen cases. Am. J. Gastroenterology 78:584-588, 1983.
4. Morris DL, and SE Gould: Serum and cyst concentrations of mebendazole and flubendazole in hydatid disease. Brit. Med. J. 285:175, 1982.
5. Morris DL, PW Dykes, B Dickson, SE Marriner, JA Bogan, and FGO Burrows: Albendazole in hydatid disease. Brit. Med. J. 286:103-104, 1983.
6. Artvinli M, AA Şahin, HE Akahn: Treatment of pulmonary hydatid disease with mebendazole. Eur. J. Respir. Dis. Suppl. 1983, in press.
7. Miskovitz PF and NB Javitt: Leukopenia associated with mebendazole therapy of hydatid disease. Am. J. Trop. Med. Hyg. 29:1356-1358, 1980.
8. Levin MH, RA Weinstein, JL Axelrod and PM Schantz: Severe, reversibl neutropenia during high-dose mebendazole therapy for echinococcosis. JAMA 249:2929-2931, 1983.
9. Kunglu A: Glomerulonephritis following chemotherapy of hydatid disease with mebendazole. East Afr. Med. J. 59:404-409, 1982.
10. Mothaglioni H and F Saidi: Post operative recurrences of hydatid disease. Brit. J. Surg. 65:237-247, 1978.