

Olgu sunumu:

Akciğer hidatik kistinin tedavisinde video destekli torakoskopik cerrahi

İbrahim Akkoyun

Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, Konya

Amaç: Akciğer hidatik kistinin tedavisinde ilk seçenek cerrahidir ve genellikle torakotomi şeklindedir. Fakat artık günümüzde birçok cerrahi hastalığın tedavisinde minimal invaziv cerrahi ilk seçenek olmaya başlamıştır. Akciğer hidatik kistinin tedavisinde de, video destekli torakoskopik cerrahi (VATS) güvenli, kolay ve hastanede yatışı kısaltan bir yöntem olarak öne çıkmaya başlamıştır. **Olgu sunumu:** Biz burada bilateral akciğer hidatik kisti nedeniyle VATS ile başarılı bir şekilde tedavi edilen çocuk hastamızı sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Akciğer hidatik kist, minimal invaziv cerrahi, çocuk, VATS

Video assisted thoracoscopic surgery for the treatment of lung hydatid cyst

Objective: The first option in the treatment of lung hydatid cyst is a mainly surgical and thoracotomy generally is preferable. But recently, minimal invasive surgery has become a first surgical option in the treatment of many surgical diseases. Also, in the treatment of lung hydatid cyst, video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) has taken become prominent as a surgical procedure that reducing in hospital stay and performing safely and easily.

Case report: We report the bilateral lung hydatid cyst in a child who was succesfully treated by VATS.

Key words: Lung hydatid cyst, minimal invasive surgery, children, VATS

Genel Tıp Derg 2012;22(2):71-73

Hidatik kist; başta Akdeniz, Uzak Doğu, Avustralya ve Güney Amerika olmak üzere Dünya'nın değişik bölgelerinde hala endemik olarak görülen bir hastalıktır. En sık yerleşim yeri karaciğer, ikinci sıklıkta ise akciğerdir (1). Akciğer hidatik kistlerinin tedavisinde cerrahi hala ilk seçenek olarak kullanılmaktadır ve bu da torakotomi şeklindedir. Fakat son yıllarda minimal invaziv cerrahi bir seçenek olarak video destekli torakoskopik cerrahi (VATS) yapılmaya başlansa da literatürde özellikle çocuklarda parmakla sayılacak kadar az sayıda olgu rapor edilmiştir (2). Biz de burada aynı hastanın her iki akciğerindeki hidatik kistlerin VATS ile tedavisini ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gönderim tarihi: 18.01.2012

Kabul tarihi: 11.02.2012

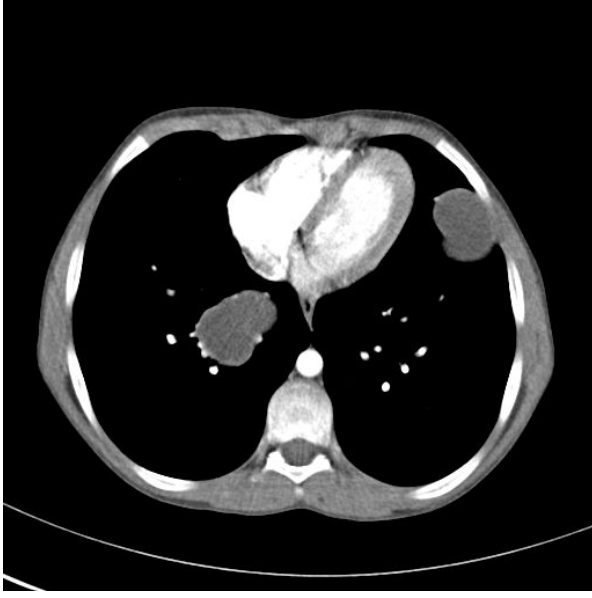
Yazışma adresi: Dr.İbrahim Akkoyun, Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, 42090 Selçuklu Konya.

E-posta: ibrahimakkoyun@yahoo.com

Olgu sunumu

Altı aydır devam eden kuru öksürük şikayeti olan on yaşında erkek hasta, son günlerde nefes darlığının da başlaması üzerine başvurduğu başka merkezde çekilen akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ile bilateral akciğer hidatik kisti tanısı almış ve operasyon önerilmiş (Şekil 1). Operasyon için hastanemiz çocuk cerrahisi polikliniğine başvuran hasta yatırıldı. Fizik muayenesinde ve rutin laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmadı. Abdominal ultrasonografide intraabdominal kist saptanmadı. Toraks tomografisi kist hidatik için tipik olmasından dolayı aglütinasyon veya serolojik testlere gerek duyulmadı. Hastaya 10mg/kg/gün dozunda PO Albendazol başlandı. Önce sol taraf kisti için VATS planlandı.

Hasta sağ lateral dekübitis pozisyonunda ve sağ selektif entübasyonla genel anestezi altında ameliyat edildi. Ön aksiller hat 4. interkostal aralıktan yapılan



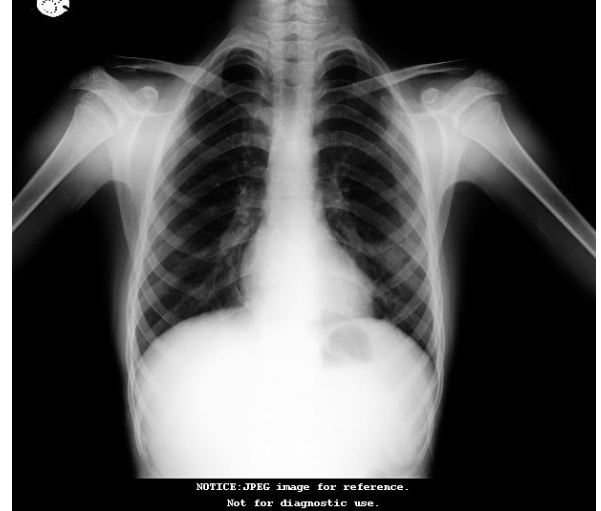
Şekil 1. İki taraflı akciğer hidatik kistlerinin CT görüntüsü

1 cm lik insizyondan toraks boşluğuna Veress iğnesi yerleştirildi ve 8 mm Hg basınç ile pnömotoraks oluşturuldu. Bu insizyondan 10 mm trokar yerleştirildi ve kamera portu olarak kullanıldı. Arka aksiller hat 6. interkostal aralıktan 10 mm ve orta aksiller hat 8. interkostal aralıktan 5 mm trokarlar toraks boşluğuna yerleştirildi. Video-torakoskop ile sol hemitoraks boşluğu eksplore edildiğinde sol akciğer lingula düzeyinde yaklaşık 5x4cm boyutlarında hidatik kist ile karşılaşıldı. %3 NaCl ile ıslatılmış spanç, oluşabilecek kontaminasyonu ve anafilaktik reaksiyonu engellemek için 10 mm trokar yoluyla geçirilerek kistin etrafına çepeçevre yerleştirildi. İki adet 2/0 ipek ile kistin tepesine askı süturları yerleştirildikten sonra kist boşluğundaki sıvı aspire edildikten sonra aynı miktarda hipertonic NaCl verilerek 5 dakika beklendi ve tekrar aspire edildi. Hook koter ile kistotomi yapıldı ve germinative membran çıkarıldı, endobag içine konularak 10 mm trokardan dışarı alındı. Kist içi video-torakoskop ile eksplore edildiğinde açık bronş ağzı görülmedi. Kist duvarı bipolar koter ile eksize edildikten sonra toraks boşluğuna 22 no toraks tüpü kondu ve 10 mm trokar giriş yerinden dışarıya çıkarılarak kapalı su altı drenaj sistemine bağlandı. Toraks boşluğundaki CO₂ gazı boşaltıldı ve trokar giriş yerleri kapatılarak operasyona son verildi. Operasyon süresi 65 dakikaydı ve peroperatif komplikasyon olmadı. Verbal Rating Scala ile

yapılan ağrı takibine göre 3 kez analjezik gerekli oldu ve IV parasetamol infüzyonu yeterli oldu. Postoperatif dönemi de sorunsuz geçen hastanın toraks tüpü postoperatif 2. gün çekildi ve 4. gün oral albendazol'e devam etmesi önerilerek taburcu edildi.

Hasta bir ay sonra sağ akciğer hidatik kisti için operasyon planlanarak yatırıldı. Simetrik olarak aynı işlemler tekrarlandı. Sadece sağdaki kistin bronşlara açık olan kısımlarının olduğu görüldü ve 2/0 vicrylle kapatıldı. Kistektomi sonrası kapitonaj uygulandı. Operasyon süresi 87 dakikaydı. Toraks tüpü postoperatif 4. gün çekilen hasta, 6.gün taburcu edildi. Postoperatif bir ay albendazol tedavisine devam edildi.

Hasta şu an postoperatif 20. ayında ve solunum sistemiyle ilgili herhangi şikayeti yoktur. Trokar giriş yerlerinin kozmetik görünümü iyidir. Kontrol PA akciğer grafisi normaldir (Şekil 2).



Şekil 2. Kontrol PA akciğer grafisi

Tartışma

Kist hidatik hastalığının endemik olduğu bölgelerde akciğerin kistik lezyonlarında hidatik kist olasılığı mutlaka akılda tutulmalıdır (3). Klinik değerlendirme ve BT tanı koydurur (4). Bizim hastamızda da toraks BT kesin tanı için yeterli olmuştur. Serolojik testler tanıda fazla güvenilir olmamasına rağmen takip sırasında nükslerin değerlendirilmesi açısından yarar sağlayabilir (5). Belirti vermeyen kistlerin akciğer grafilerinde tesadüfen görülebildiği bildirilmiştir (6,7).

Hidatik kistin tedavisinde Albendazol kullanımı kabul gören bir tedavi seçeneği olmasına rağmen pulmoner hidatik kist olgularında öncelikle cerrahi tedavi önerilmektedir (8,9). Kistin bronş içine rüptüre olması, anaflaktik reaksiyon, plevral boşluğa rüptüre olarak hydropnömotoraksa yol açması, mediastene rüptür olarak ani trakeal veya bronşial oklüzyona yol açması, ve kistin enfekte olması ölümcül bile olabilen komplikasyonlardır (9). Cerrahi tedavide en ideal cerrahi teknik konusu halen tartışmalı olsa da; anatomik yapıların daha iyi ve daha geniş planda görülebilmesi, hastanede yatış süresini kısaltması, postoperatif ağrının daha az olması ve kozmetik görünümün iyi olması gibi avantajları nedeniyle yıllardır kullanılan torakotomi teknikleri son yıllarda yerini VATS'a bırakmaya başlamıştır (10). Bizim hastamızın ilk ameliyatında postoperatif 4 gün ikinci ameliyatında da 6 gün yatışı torakotomili olgulara göre çok kısadır.

VATS sadece kesin tanı almış olgularda tedavi açısından değil, aynı zamanda radyolojik görüntüleme ve labaratuvar yöntemleri ile teşhis edilemeyen şüpheli hidatik kist olgularında gerek tanı gerekse tedavi açısından tercih edilebilir bir yöntemdir. Hangi yöntemle yapılırsa yapılsın çocuklarda hidatik kistin tedavisinde kistotomi, kistektomi ve kapitonaj gibi parankim koruyucu cerrahi teknikler önerilmektedir (3,6,11). Bizim hastamızda da her iki operasyonda akciğer parankimi tamamen korunmuştur. Torakotomi ile tedavi sonrası nüks oranı % 2-12 olarak bildirilmekte fakat VATS ile tedavi sonuçları hakkında henüz nüks oranları belli değildir. (3,6,9,12). Biz hastamızda iki yıllık takipte nüks saptamadık.

İngilizce literatürde VATS ile hidatik kist ameliyatı olan çocuk hasta sayısı parmakla sayılacak kadar azdır. Bu nedenle biz de burada bir hastamızla ilgili 2 ameliyatın sonuçlarını tartıştık.

Sonuç

Sonuçta biz VATS'ı akciğer hidatik kistin tedavisinde kolay, uygulanabilir, güvenli, hastanede yatışı kısaltan ve kozmetik sonuçları iyi bir yöntem olarak bulduk. Bu nedenle çocuklarda akciğer hidatik kistlerinin tedavisinde VATS'ın ilk seçenek olarak düşünülmesi gerektiğine inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Pinkerton HJ, Oldham KT. Lung in: Oldham KT, Colombani PM, Foglia RP, Skinner MA (eds) Principles and Practice of Pediatric Surgery. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2005 p.972.
2. Parelkar SV, Gupta RK, Shah H, Sanghvi B, Gupta A, Jadhav, et al. Experience with video-assisted thoracoscopic removal of pulmonary hydatid cysts in children. J Pediatr Surg. 2009;44:836-41.
3. Celik M, Senol C, Keles M, Halezeroglu S, Urek S, Hacıbrahimoglu G, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children: Report of 122 cases J Pediatr Surg. 2000;35:1710-3.
4. Karavdic K, Guska S. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children-a retrospective study. Med Arh. 2011;65:16-9.
5. Burgos R, Varela A, Castedo E, Roda J, Montero CG, Serrano S et al. Pulmonary hydatidosis: Surgical treatment and follow-up of 240 cases. J Eur J Cardiothorac Surg. 1999;16:628-34.
6. Topcu S, Kurul IC, Tastepe I, Bozkurt D, Gulhan E, Cetin G. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children. J Thorac Cardiovasc Surg. 2000;120:1097-101.
7. Erdem CZ, Erdem LO. Radiological characteristics of pulmonary hydatid disease in children: Less common radiological appearances. Eur J Radiol. 2003;45:123-8.
8. Senyuz OF, Yesildag E, Celayir S. Albendazole therapy in the treatment of hydatid liver disease. Surg Today. 2001;31:487-91.
9. Bagheri R, Haghi SZ, Amini M, Fattahi AS, Noorshafiee S. Pulmonary hydatid cyst: Analysis of 1024 cases. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2011;59:105-9.
10. Aytac A, Yurdakul Y, Cetin GI. Pulmonary hydatid disease: report of 100 patients. Ann Thorac Surg 1977;23:192-9.
11. Cangir AK, Sahin E, Enön S, Kavukçu S, Akay H, Okten I, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children. J Pediatr Surg. 2001;36:917-20.
12. Anadol D, Göçmen A, Kiper N, Özçelik U. Hydatid disease in childhood: A retrospective analysis of 376 cases. Pediatr Pulmonol. 1998;26:190-6.