

Primer dev adrenal hidatik kist

Halil İbrahim Taşcı, Murat Çakır

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Adrenal bezin kistik lezyonları nadir görülür ve bunların ancak %6'sını hidatik kistler oluşturur. Adrenal bezi tutmuş dev hidatik kist olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. 30 yaşında kadın hasta, 3 aydır karın şişliği ve ağrısı mevcuttu. Fizik muayenede batın sağ yarısını da belirgin bir asimetri ve düzgün yüzeyle kitle lezyonu palpe edilmekte idi. Yapılan tetkiklerde sağ sürrenal hidatik kist tanısı kondu. Laparoskopik parsiyel kistektomi işlemi uygulandı ve hasta ameliyat sonrası 3. günde 20 mg/kg albendazol tedavisi ile sorunsuz şekilde taburcu edildi. Adrenal kaynaklı kistlerin ayırıcı tanısında, özellikle endemik olduğu bölgelerde hidatik kist de mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Adrenal bez, hidatik kist, laparoskopi

Giant primary adrenal hydatid cyst

Cystic lesions of the adrenal gland are rarely seen and only 6% of these account for hydatid cysts. We aim at presenting a case of giant hydatid cyst involving the adrenal gland alongside with literature. 30-year-old female patient was presented with abdominal distension and pain present for 3 months. The patient's physical examination revealed a distinctive asymmetry and a palpable mass lesion with a smooth surface on the right side of the abdomen. The patient was diagnosed with right surrenal hydatid cyst through the imaging techniques. Laparoscopic partial cystectomy was performed and the patient was discharged without any problems on post-op 3rd day with 20 mg/kg albendazole treatment. Hydatid cyst should be kept in mind of the differential diagnosis of adrenal cyst, especially in areas where it is endemic.

Key words: Adrenal gland, hydatid cyst, laparoscopy

Giriş

Adrenal kistler nadir olarak görülür ve genellikle rastlantısal olarak saptanırlar (1). Bunlar arasında kistik adrenal kitleler, epitelyal kistler, endotelyal kistler, psödokistler ve hidatik kistin de içinde yer aldığı parazitik kistler yer alır (2). Hidatik kist, ekinokokkus granülozusun sebep olduğu, insanlar ve otçul hayvanlarda görülen, Orta Doğu, Güney Amerika ve Akdeniz ülkelerinde endemik olarak görülen paraziter bir hastalıktır. Karaciğer ve akciğer insan vücudunda hidatik kistin en sık yerleştiği organlardır (3). Kistlerin %60-70'i karaciğer, %20'si ise akciğerde yerleşir. Diğer organların tutulumu nadir görülür (4). Adrenal bez tutulumu ise çok daha nadirdir ve olgu sunumu düzeyindedir (4).

Yazışma Adresi:

Halil İbrahim Taşcı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, Konya

E-posta: okcu1@mynet.com

Bu çalışmamızda hidatik kistin nadir lokalizasyonlarından adrenal bez tutulumu olan bir vaka literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu

Otuz yaşında kadın hasta, birkaç aydır karında, özellikle sağ tarafta daha belirgin müphem ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede karında sağda daha belirgin bir asimetrisi vardı. Sağ üst kadranın tamamını dolduran ve kısmen de alt kadrana, orta hattın soluna uzanım gösteren yumuşak kıvamlı, düzgün yüzeyle kitle lezyonu palpe edilmekte idi. Yapılan ultrasonografik incelemede batın içerisinde yaklaşık 23x12 cm ebadında kistik lezyona rastlandı. Sonografik olarak kistin primer kaynaklandığı organın tespit edilememesi üzerine bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Burada sağ sürrenal bezden kaynaklandığı düşünülen 220x120 mm boyutlarında, duvarında kalsifikasyonlar izlenen hidatik kist ile uyumlu lezyon görüldü (Resim 1). Yapılan diğer tetkikler neticesinde vücudun başka bir yerinde hidatik kist ile uyumlu

lezyona rastlanmadı. Adrenal bez fonksiyonunda klinik ve laboratuvar olarak anormallik tespit edilmedi. İndirekt Hemaglutinasyon Testi değeri anlamlı derecede yüksek çıktı. Girişimsel radyoloji departmanı ile konsülte edilen hastanın PAİR tedavisine uygun olmadığına karar verildi. Bunun üzerine hastaya cerrahi girişim planlandı. Laparoskopik parsiyel kistektomi işlemi uygulandı (Resim 2). Hasta ameliyat sonrası 3. günde 20 mg/kg albendazol tedavisi ile sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Tartışma

Adrenal kistler nadir olarak görülür ve genellikle rastlansal olarak saptanırlar (1). İlk defa 1670 yılında Greiselius tarafından tarif edilmiştir (5). Abeshous ve arkadaşlarının 1959 yılında yaptığı sınıflamaya göre adrenal kistler, içinde hidatik kistin de yer aldığı parazitik kistler, retansiyon kistleri (doğumsal), kistik adenomlar, endotelyal kistler, psödokistler ve tiplendirilemeyen kistler şeklinde gruplandırılmıştır (5).

Hidatik kist ülkemizin de içinde bulunduğu Akdeniz ülkelerinde endemik olarak görülen paraziter bir hastalıktır. Türkiye’de de özellikle iç ve doğu Anadolu’da daha sık görülmektedir (6). Kistlerin %60-70’i karaciğer, %20’si ise akciğerde yerleşir. Diğer organların tutulumu nadir görülür (4). Adrenal bezi tutulumu ise çok daha nadirdir tüm hidatik kistlerin ancak %0,5’i adrenal bezi tutmaktadır (4).



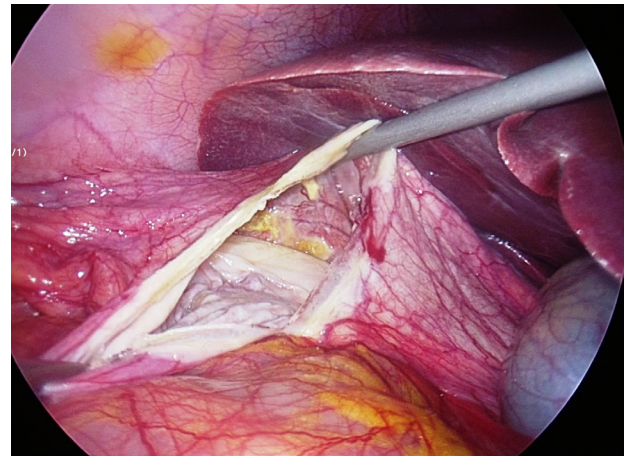
Resim 1: Dev adrenal hidatik kistin tomografik görünümü

Bizim olgumuzda da hidatik kistlerin nadir yerleşim yerlerinden adrenal bez tutulumu olan bir hasta sunulmuştur.

Hastaların şikayeti genellikle spesifik değildir ve çoğunluğu karın ağrısı nedeni ile başvurur (7). Bunun dışında dispepsi, bulantı, kusma, kabızlık gibi nonspesifik semptomlarla da başvurabilirler ve fizik muayenede kitlesel lezyon palpe edilebilir (8). Hastalarda ani gelişen karın ağrısı kist içine hemoraji, rüptür ya da enfeksiyon gibi komplikasyonların habercisi olabilir (9). Bizim hastamızın da yaklaşık 3 aydır olan müphem karın ağrısı şikâyeti vardı. Yapılan fizik muayenede karında sağda daha belirgin bir asimetri vardı. Karının nedeysen tamamını dolduran düzgün yüzeyle kitle lezyonu palpe edilmekte idi.

Tanıda laboratuvar testlerinde hastaların %25’inde eozinofili görülebilir, indirekt hemaglutinasyon testi pozitif olabilir. Fakat bunların güvenilirliği düşüktür (10). Hastamızda da eozinofili olmamasına rağmen indirekt hemaglutinasyon değeri pozitif.

Adrenal kaynaklı hidatik kistin tanısı ultrasonografi ve BT ile konur (11). Ultrasonografinin tanısal sensitivitesi %93 ile %98 arasında değişim gösterirken, tomografide bu oran %97’dir (12). Sunulan olguda da yapılan ultrasonografik incelemede batın içerisinde yaklaşık 23x12 cm ebadında kistik lezyona rastlandı. Sonografik olarak kistin primer kaynaklandığı organ tesbit edilememesi üzerine BT çekildi. Burada sağ sürrenal bezden kaynaklandığı düşünülen 220x120 mm boyutlarında, duvarında kalsifikasyonlar izlenen hidatik kist ile uyumlu lezyon görüldü.



Resim 2: Laparoskopik parsiyel kistektomi, ameliyat görüntüsü

Adrenal hidatik kistin tedavisinde tercih edilen yöntem cerrahidir. Perikistektomi ve adrenal bezle birlikte kistin total olarak eksize edilmesi cerrahide tercih edilebilecek yöntemlerdir. Bununla beraber cerrahide adrenal bezin korunması en uygun yaklaşımdır (10). Fakat bu her zaman mümkün olmayabilir ve kist duvarı adrenal parankimden ayırlamayabilir ya da ciddi kanamalar görülebilir. Böyle bir durumda bezin kist dokusu ile beraber çıkarılması uygun yaklaşımdır (10). Parsiyel kistektomi ise diseksiyon esnasında yayılıma yol açabileceği için çok tercih edilmemektedir (13). Bazı yazarların yayılıma yol açabileceği yönündeki karşıt görüşlerine rağmen laparoskopik ve retoperitoneal endoskopik adrenaletomi, düşük morbidite ve büyük cerrahi insizyon gerektirmemesi gibi olumlu yönlerinden dolayı tercih edilebilecek minimal invazif tekniklerdir (14). Perkütan tedavi ise çoğu yazar tarafından anafilaktik şok ve kız kistlerin yayılım riski nedeni ile kontrendike olarak kabul edilmektedir (16). Bu tedavi yöntemi ancak cerrahi olarak inoperabl hastalarda bir alternatif olabilir (16). Antihelmintik tedavinin kistin boyutunda küçülmeye sebep olduğuna dair yayınlar olsa da primer tedavide bu yöntemin endikasyonları yaygın hastalığı olanlar, rekürren kisti olanlar ve cerrahinin kontrendike olduğu vakalarla sınırlandırılmalıdır (15). Bununla birlikte özellikle kist boyutu büyük olan vakalarda ameliyat sonrası dönemde rekürrensi önlemek maksatlı 3 ay boyunca 800 mg/gün albendazol tedavisi önerilmektedir (10). Bizim vakamızda da, intarperitoneal yayılıma sebep olmamaya ileri derecede özen gösterilerek laparoskopik parsiyel kistektomi işlemi uygulandı. Hasta ameliyat sonrası 3. günde 20 mg/kg albendazol tedavisi ile sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Sonuç olarak, adrenal kaynaklı kistlerin ayırıcı tanısında, özellikle endemik olduğu bölgelerde hidatik kist de mutlaka akılda tutulmalıdır. Tanıda genel olarak ultrasonografi ve BT yeterli olmaktadır. Cerrahi tedavide laparoskopik, özellikle periton içerisine yayılımı önlemek için gösterilecek hassasiyet ön şartı ile beraber alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Carvounis E, Marinis A, Arkadopoulos N, Theodosopoulos T, Smyrniotis V. Vascular adrenal cysts: a brief review of the literature. Arch Pathol Lab Med 2006;130:1722-4.
2. Oğuz A, Ersoy E, Söğütüglü M, ve ark. Primer hidatik kisti taklit eden kistik adrenal kitlede feokromositoma. JDE Endokrin 2012;9:202-5.
3. Milicevic MN. Hydatid disease. In: Blumghart LH, Fong Y, eds. The Liver and Biliary Tract, 3rd ed, Vol. 2. London, UK: WB Saunders, 2000:1167-204.
4. Bastounis E, Pikoulis E, Leppaniemi A, Cyrochristos D. Hydatid disease: a rare cause of adrenal cyst. Am Surg 1996;62:383-5.
5. Abeshouse GA, Goldstein RB, Abeshouse BS. Adrenal cysts; review of the literature and report of three cases. J Urol 1959;81:711-9.
6. Okuş A, Ay S, Karakaş C, Çarpraz M, Eryılmaz M. Liver cyst hydatid fistulated into duodenum. Eur J Gen Med 2012;9 (Suppl 1):53-5.
7. Fahim F, Mohammad S. Cystic echinococcosis in Central Saudi Arabia: A 5-year experience. Turk J Gastroenterol 2007;18:22-7.
8. Ozoilo KN, Iya D, Kidmas AT, Uwumarogie O, Hassan S. Anterior abdominal wall hydatid cyst; an unusual presentation. Niger J Med 2007;16:181-2.
9. Kusaslan R, Sahin DA, Belli AK, Dilek ON. Rupture of a mesenteric hydatid cyst: a rare cause of acute abdomen. Can JSurg 2007;50:E3-E4.
10. Tazi F, Ahsaini M, Khalouk A, et al. Giant primary adrenal hydatid cyst presenting with arterial hypertension: a case report and review of the literature. J Med Case Rep 2012;6:46.
11. Horchani A, Nouira Y, Nouira K, et al. Hydatid cyst of the adrenal gland: a clinical study of six cases. ScientificWorldJournal 2006;6:2420-5.
12. Balık AA, Celebi F, Basoglu M, Oren D, Yildirgan I, Atamanalp SS. Intra abdominal extrahepatic echinococcosis. Surg Today 2001;31:881-4.
13. Escudero MD, Sabater L, Calvete J, et al. Arterial hypertension due to primary adrenal hydatid cyst. Surgery 2002;132:894-5.
14. Dionigi G, Carrafiello G, Recaldini C, et al. Laparoscopic resection of a primary hydatid cyst of the adrenal gland: a case report. J Med Case Rep 2007;1:61.
15. Vuitton DA. The WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Coordinating Board of the WHO-IWGE. Parasitologia 1997;39:349-53.
16. Yeniyo CO, Minareci S, Ayder AR. Primary cyst hydatid of adrenal: a case report. Int Urol Nephrol 2000;32:227-9.