

## EKİNOKOKOZ SEMPTOMATOLOJİ\*

Dr. Bilgin TİMURALP\*\*  
Dr. Baki KOMSUOĞLU\*\*\*

### Ö Z E T

*Ekinokokus granulosus semptomatolojinin son yıllardaki durumu gözden geçirilerek, karaciğer, akciğer, dalak ve diğer organlardaki lokalizasyonları ile bunların klinik özellikleri ortaya konulmaya çalışılmıştır.*

Ekinokokoz semptomatolojisi karakteristik kusma hariç, kendine özgü bir fonksiyonel delil, vücut ve mental durumda bir değişiklik göstermez. Vücutta yerleştiği organın kendisinde yada yakın organlarda yer kaplaması ile esas semptomatolojisini ortaya koyar. Sistemik belirtileri ise allerjik görünümdeydir. Sık rastlanan organlarda basit muayene usulleri anamnezi desteklediği zaman tanı kolay olmakla beraber, ender görülme yerlerinde eksplozasyondan önce tanı konabileceğini iddia etmek oldukça güçtür.

Hastalığı uzun süredir taşıyanlarda komplikasyon oranı za-

manla artmaktadır. Bu komplikasyonların teşekkülü, bir yandan bazı durumlarda kolay olan tanıyı güçleştirip vak'ayı içinden çıkılmaz bir hale getirirken, diğer yönden semptom ve fizik bulguların zenginleşmesine, ön tanılmanın artmasına neden olacaktır.

Ekinokokoz semptomatolojisini takdim ederken organ sıklığına göre bir sıralamayı tercih ettik. Bu şekilde bir gruplandırma ile semptomatolojik özelliklerin günümüzdeki durumunu daha kolay özetleyebileceğimizi zannediyoruz. Ayrıca belirtilmesi gereken husus da, E. granulosus ile E. Alveolarisin klinik açıdan pek önemli bir fark göstermemesidir.

(\*) Türkiye'de Ekinokokoz Problemi Simpozyumunda kısmen tebliğ edilmiştir.

(\*\*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Öğretim Üyesi.

(\*\*\*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Uzmanı.

**Karaciğer Kist Hidatiği:** Tüm yayınlarda ve bu simpozyumda da belirtildiği gibi karaciğer genellikle ekinokokun her iki cinsinin de yerleştiği bir organdır. Parazit karaciğerde sıklıkla primer olarak yerleşir. Başlangıçları uzun süreli ve sessizdir. Şikâyetler genellikle müphemdir. Anamnez bir sene yada 20 sene gerilere gider. Hastaların çoğu 2-3 sene önce şikâyetlerinin başladığını ifade ederler. Bazıları ise ancak komplikasyonlar ortaya çıktığında hastalıklarının farkına varırlar. Seneler geçtikçe belirtiler barizleşir ve yenileri eklenir.<sup>3,5,7</sup>

Genç yaşların hastalığı olan karaciğer ekinokokozunda hastanın ilk şikâyeti sağ hipokondr ve epigastorda şişkinlik, şişlik ve künt vasıflı ağrıdır. Kistler genellikle karaciğer ön yüzünde bulunduğu için ağrı yayılım göstermez. Karaciğerin diğer bölgelerinde yerleşen kistlerde ise yerlerine göre sırta, sağ skapula ve omuza yada yakın organlarda yaptıkları tazyike göre, mide-duodenum ve barsaklara ait ağrı ve yayılımına sebebiyet verirler. Özel bir komplikasyon teşekkül etmedikçe ağrı künt vasıflıdır ve şiddetlenmez. Ağrının vasıf değiştirmesi, kolik vasfını alması, yeni bölgelere yayılması kistte komplikasyon teşekkül ettiğine delalet eder.<sup>2</sup>

Karaciğer kist hidatiğinde ateş, zayıflama, halsizlik, iştahsızlık, bulantı gibi sistemik ve non-spesifik belirtilere genellikle sık rastlanmaz. Eğer kist çok büyük bir hacme varırsa iştahsızlık ve

dispeptik şikâyetler ortaya çıkar. Kaşınıtı, ürtiker ya da çeşitli tip-te döküntüler küçük bir oranda görülür. Kist yırtılmadıkça anafaktik reaksiyon görülmez.<sup>9</sup>

Fizik muayenede hastanın karnına bilhassa sağ yandan bakıldığında sağ hipokondrun kabarıklık olduğu görülür. Bu kabarıklık solunumla hareket eder. Çoğu zaman palpasyon ile; büyüklüğü vak'aya göre değişmek üzere, düz satırlı, pürtüksüz, sert lastik kıvamında, sınırları karaciğerle devam eden, az ağırlı, matite veren, bazen kasığa kadar inen bir karaciğerle beraber kitle tesbit edilir. Bu bahsedilenler önde lokalize tek kistler için geçerlidir. Karaciğerde yerleşen kist, alveolaris yada birden fazla sayıda ise semptomlar hem daha şiddetli hemde daha değişik olabilecektir.<sup>11</sup> Karaciğerin ortasında yerleşmiş kistlerde karaciğer tümü ile büyür ve kenarı kot kavsinin 4-5 parmak geçmiş olarak palpe edilir. Bu hepatomegali karaciğerin yer değiştirmesinden yada karaciğerin kendisinin büyümesindedir. Diyafragmaya yakın kistlerde ise karaciğerin ancak kot kavsinde palpe edildiği görülür. Arkada lokalize kistler fazla büyümedikçe objektif bir belirti vermezler ve klinik tanı son derece güçtür. Küçük kistler nadiren flüktüasyon verir. Bilhassa Dévé tarafından ısrarla belirtilen «Fremismant hydatique» ise herhalde çok tecrübeli hekimler tarafından ancak tesbit edilebilen bir palpasyon bulgusudur.<sup>16</sup>

Ender vak'alarda karaciğer dokusundan bir pedikül ile ayrılan kistlerin karın içinde mobil bir kitle olarak düşünüldüğü vakıadır. Bütün bu anlatılanlardan açıkça anlaşılacağı gibi karaciğer kist hidatiğinin kesin tanısı pek güçtür.

**Karaciğer kist hidatiğinde komplikasyonlar:**

Vak'aların %10'a yakınında komplikasyonlar ile teşhis konur. Safra kanalına rüptür sıktır. Süpürasyon (% 10-42), ikter (%17,5) daha küçük organlarda kireçlenme, batın içine yırtılma, trastorasik yoldan plevra yada bronşlara açılma, perikarda, vena kava inferiora açılma, sepsis, karaciğer yetmezliği, portal hipertansiyon, vena kava inferiora daralma, ödem, batında asit, kaşeksi, biliyer kolik, odditis görülebilir. Vak'aların %13,4'ünde ilâveten safra taşı bulunur.

Bu komplikasyonlardan birinin teşekkül ettiği kist vak'alarının % 22-28'i, kliniklere ağır bir tablo ile gelirler.

Karaciğer kist hidatiğinde süpürasyon: Uzun süre karaciğer içinde sessiz kalan kistler süpüre oldukları zaman lokal ve genel reaksiyonlara sebebiyet verirler. O ana kadar ağrı yapmayan palpabl bir kitlede birden ağrı başlar. Vücudun herhangi bir yerinde mevcut enfeksiyon kiste nadiren he matojen yolla gelir. Buna karşılık bilhassa anaeroplarm kanaliküler bir organ olan karaciğerde safra yolu ile kiste vardıkları genellik-

le kabul edilir. Kist enfekte ol duktan sonra bile kliniği fazla gürültülü seyretmez. Bazen hafif ateş ve ağrıdan başka bir bulguya rastlanmayabilir. Perküsyondaki matite alanı içinde tespit edilen nisbeten sonor alan cerahatin anaerop mikroorganizmalarla meydana geldiğini düşündürmelidir. Karaciğer kistlerinin enfekte olma oranı ortalama %10-15 arasındır. Kisti enfekte olan vak'aların %5-30'u yapılan tedavilere rağmen ölürler.<sup>15</sup>

Süpüre kist hidatikler çok karaciğer apseleri ile karıştırılırlar. Karaciğer apselerinde tabloya genellikle üşüme-titrete, yüksek ateş ve toksik durum hakim olduğu halde süpüre kist hidatiklerde tablo daha sessiz seyredir. Önde lokalize olan kistler, kronik safra kesesi iltihapları sonucu ortaya çıkabilir. Batında tüberküloz peritonitinin asidi zannı ile boşaltılan bir karaciğer kisti vak'asında daha sonra bütün periton boşluğunda sayısız kistlerin teşekkül etmiş olduğuna şaşmamak gerekir.<sup>8</sup> Bu ponksiyon yolundan başka travma yada cerrahi müdahale sonunda da kistler batına açılır. Diyafragmatik yüzde lokalize kistler nadir şartlarda plevra boşluğuna açılarak sekonder yayılma ya da ampiyeme sebebiyet verirler. Bronşlara, vena kavaya, idrar yollarına ve perikarda kistin yırtılması daha ender rastlanan olaylardır.

Vena portaya tazyikle portal hipertansiyon teşekkül ederse batında asit ortaya çıkar. Alt vena

kavaya bası ayakta ödem meydana getirir.

Kist tarafından karaciğer dokusunun tahrip edilmesi ve beraberindeki fibroza bağlı olarak da portal hipertansiyon gelişebilir.

Ayırıcı Tanı: Karaciğer kist hidatiği en sık olarak karaciğer kanseri, karaciğer apsesi, bilhassa ekinokokus alveolaris ile makronodüler siroz, karaciğerin seröz ve travmatik kistleri, safra kesesi hastalıkları, subfrenik apseler, hepatit, portal hipertansiyon, pankreas kisti, mide kanseri ile karıştırılır.

#### **Akciğer Kist Hidatiği:**

Akciğerinde kist hidatik olan hastalar, karaciğer kist hidatiğine göre hekime daha geç müracaat ederler. Bununla beraber kist daha ufak çapta iken şikâyete neden olur. Klinik muayene metodları ile tanı koymak çok güçtür, buna karşılık röntgen tanıda büyük yardımcıdır.<sup>14</sup>

% 60 oranında sağ akciğerde oluşan kist, toz toprakla daha fazla uğraşmaları ve köpeklerle daha fazla temas etmeleri nedeni ile çoğunlukla erkeklerde tespit edilir. Karakteristik kusma hariç hiçbir semptom ve belirti patognomonik değildir. Hastaların hemen hepsinde ilk ve değişmez semptom öksürük olmaktadır. Kistin büyümesi ile meydana gelen bronş irritasyonunun yaptığı bu öksürük daha sonra müköz bazen de kokulu balgam ile birlikte olur. Vak'aların ortalama %30-

60'ında hemoptizi vardır. Bu hemoptizinin kese çevresinde husule gelen bağ dokusunda bulunan çok sayıda kan damarının öksürük ile çatlamasından meydana gelir. Ayrıca bronş ülserasyonu ve erozyonu da kanama nedeni olabilir. Rüptürler de daha nadir olarak ağır hemoptizilere sebebiyet verirler.

Kistlerin yarım litreyi bulanlarında bronş obstrüksiyonu ve atelektazi belirtileri hastanın şikâyetlerine eklenir. Bu arada yan ağrısı, dispne ve sıkıntı şikâyetleri olur. Fistülize olanlarda ağızlarından tuzlu su geldiği öğrenilir.

Fizik bulgular özellik göstermez. Çocuk yaşlarında gelişen kistler göğüs deformasyonu, toraks içinde yer işgal eden büyük kistlerde siyanoz, üst vena kava sendromu, ilâve olan pnömoni bulguları, %2 vak'ada plevral mayi, % 6-8 allerjik fenomene ait semptom ve bulgular tesbit edilir.<sup>4</sup>

Komplikasyonlar: Akciğer kist hidatikli vak'aların yarıya yakını kistin enfeksiyonu nedeni ile hastaneye müracaat ederler. Kist apseleşmeleri diğer etyolojili akciğer apselerinden daha sessiz seyirlidir. Bronşa açılma (%3,5) esnasında nadiren asfiksi görülür. Hasta öksürükle bol miktarda berak kaya suyunu çıkarır, bazen membranlarda görülebilir. Plevraya açılan vak'alarda yeni inokülasyonlar veya ampiyem teşekkül eder. Perikarda açılan vak'alarda perikardit meydana gelir.

Ayırıcı Tanı: Vak'aların %1,4 ü hemoptizi nedeni ile tüberküloz

öntanısını alırlar. Enfekte akciğer kist hidatiklerini apselerinden klinik olarak ayırmak güçtür. Bilhassa multibl olanların kadınlarıdaki jinekolojik neoplazmların metastazlarından; hilusa yakın olanları ise bronş kanserinden ayırmak güçtür. Küçük ve periferde yerleşmiş kistlerin yalnızca klinik muayene yöntemleri ile ayrılması imkânsızdır.

### **Nadir Lokalizasyon gösteren kistlerin kliniği:**

Nadir lokalizasyonların hiçbirinde spesifik semptom yoktur.

**Dalak:** Kist hidatik dalağın hakiki kistlerindendir. Karın içi ani tazyik değişimleri ile vena lienalis akımının tersine dönmesinden kistin dalağa yerleşebildiği düşünülür. Sol hipokondrda şişlik, şişkinlik, hafif ağrı, bulantı dışında bir şikâyet meydana getirmez. Kist dalak normal hacminin % 50'sini aştıktan sonra kaburga altında ancak palpe edilebilir, bu anda Traube mesafesini kapatır ve çentiği palpe edilemez. Bilhassa alt ucta olanlar bütün karın boşluğunu doldurabilirler. Bazen muayenede flüktüasyon ve frotman tespiti mümkündür.<sup>18</sup>

**Periton Boşluğu:** Karaciğer kistlerinin % 15'inde ayrıca peritonda da kist hidatik bulunur. Bu primer olarak peritonda teşekkül edebileceği gibi diğer organlardan perforasyon yolu ile de gelebilirler. Tek olanlar ön yüzde ise sınırlı olarak palpe edilirler. Birden fazla olanlar dispeptik şikâ-

yetlerden barsak perforasyonuna kadar giden semptom ve bulgulara sebebiyet verirler. Dikkatsizce yapılan bir perküsyonda bu bağılı asidin serbest asit şeklinde değerlendirilmesi tehlikeli ponksiyonlara neden olur. Ayrıca periton kist hidatikleri hangi organa yakın olarak gelişmekte iseler o organa ait şikâyetler ortaya çıkarırlar. Mezenterde yerleşenler mobil kitleler şeklinde palpe edilirler.

**Pelvik Yerleşme:** Bilhassa retrovezikal yerleşen kistler büyüdükçe pelvis boşluğu içindeki organları ezmeye başlarlar. Mesaneyi pubise; rektumu sakrum ve koksikse doğru yassılaştırır; ureterleri dışa doğru sürükleyerek dizüri, pollakiüri ve idrar retansiyonuna sebebiyet verir. Karın alt bölgelerinde kitle ele gelmesi dolayısı ile mesane yada jinekolojik tümörlerden klinik muayenelerle güç ayrılır.<sup>6</sup>

**Böbrek kist hidatikleri:** Lomber bölgede künt ağrılar, yada kolik şikâyeti bulunur. Bu kolik renal pelvise yırtılma sonucu membranların uretere doluşması iledir. Palpasyonda sürrenal ve böbrek tümörlerinden güç ayrılır. Hidronefroz yada polikistik böbrekten tefrik edilmelidir.

**Kemik kist hidatikleri:** Yerleştiği kemikte ağrı, tümöral kitle teşekkülü ile kendini gösterir. Travmanın rolü şüphelidir. Hastalık ileri dönemlere vardığı zaman spontan fraktür, tali enfeksiyon ve fistül oluşur. Önceleri basmakla ağrısızdır. Az çok mun-

tazam ve sert kıvamlıdır. Parşömen hisirtisi verir. Alt ekstremitede ise yürümeyi güçleştirir. Bazı kist hidatik nedeni ile oluşan fraktürlerin cerrahi protez ile düzeltilmelerinde yavru kistlerin etraf dokuya dağılarak yeni kist teşekkülü tespit edilebilmektedir.<sup>10</sup>

Perikart ve miyokart kist hidatikleri: Bunların çok az bir kısmında ölümlerinden önce tanı konabilir.<sup>12</sup>

Meme, tiroid, pankreas, çizgili adele kist hidatikleri ise klinik bir özellik göstermezler.<sup>1,13,17</sup>

## SUMMARY

### SYMPTOMATOLOGY OF ECHINOCOCCUS

The present study concerns with the symptomatology of the echinococcus granulosus in the human being. Involving of the

liver, lung, spleen and the other organs, properties of the locations and the clinical pictures in these patients are reviewed.

## KAYNAKLAR

1. Akdilli, T.: İki vak'a dolayısı ile kist hidatik ve nadir lokalizasyonları, Hastane, 20: 162, 1966.
2. Ayrıl, N.: Tıkanma sarılığında, karaciğer hidatik kistinin yeri ve klinik olarak karaciğer kanseri ile karışması, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 25: 490, 1972.
3. Besin, S.: Karaciğer kist hidatiklerinin tedavisinde kisto-Jejunostomi ve parsiyel kistektomi + kisto-jejunostominin yeri., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (İhtisas Tezi) 1971.
4. Coman, C., Micu, V., Dimitriu, M. Coman, E.: Akciğer hidatidosis'inin cerrahi iyileşimine ilişkin aktüel sorunlar, Balkan Tıp Birliği II. Uluslararası Tıbbi Tekâmül kursu, 1974, İzmir.
5. Çehreli, T.: Karaciğer kist hidatiklerinde cerrahi tedavi metodları ile alınan neticeler arasındaki ilgi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (İhtisas Tezi) 1969.
6. Diker, S.: Superitoneal, retroveziko-prostatik kist hidatikler, Ankara Numune Hastanesi Bülteni, 9: 39, 1969.
7. Duman, A., Öktem, K., Alev, İ., Tireli, M.: Karaciğer hidatik kisti, Diyarbakır Tıp Fakültesi Dergisi, 2: 497, 1973.
8. Ergin, K., Uğur, D.A.: Karın duvarı içinde sekonder yayılma gösteren kist hidatik, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 24: 213, 1971.

9. Gürkan, K.İ.: Organ ekino-kokozu, VI. İnternasyonel Hidatidoz kongresi, Atina, 1956.
10. Gürkan, K.İ.: İliak kemikte kist hidatik, Türk Hidatoloji dergisi, 13: 5, 1969.
11. Kalma, N., Kurtar, A.: Karaciğerde yerleşmiş yeni bir alveoler ekinokok vak'ası, Haseki Tıp Bülteni, 11: 370, 1973.
12. Kocaoğlu, H.: Cas de kystes hydatiques du coeur traites chirurgicale ment, Balkan Tıp Birliği II. Uluslararası Tıbbi Tekâmül kursu, 1974, İzmir .
13. Kozbek, T., Sezerdoğdu, V., Girişken, G.: Memede kist hidatik, Acta Oncologica Tur-sica, 3: 113, 1970.
14. Oran, İ., Ersanlı, O.: Akciğer kist hidatikleri ve loka-lizasyonları hakkında, Türk Hidatoloji Dergisi, 12: 7, 1969.
15. Örmeci, İ.H.: Kistektomi ya-pılarak şifa bulmuş, karaciğer kist hidatigi vak'ası, Has-tane, 20: 250, 1966.
16. Uğurel, İ.H., Atasoy, Y., Tez-can, G.: Karaciğer multibl santral kist hidatiklerinde içten içe boşalma (deranaj), Ankara Numune Hastanesi Bülteni, 10: 771, 1969.
17. Ünal, M., Savgüç, G.: Nadir lokalizasyonlu bir kist hida-tik vak'ası, Hastane, 18: 136, 1964.
18. Yücel, F.A.: Bir dalak kist hidatigi vak'ası münasebeti ile, Hastane, 16: 450, 1962.