

Prikazi bolesnika/
Case reports

HEMIKOLEKTOMIJA ZBOG
EHINOKOKOZE TRBUŠNE MARAMICE

Correspondence to:

Dr Mirjana Živojinov, Centar za patologiju i histologiju - Klinički centar Vojvodine, 21000 Novi Sad, Hajduk Veljkova 3

e-mail: codwell@ptt.rs

Mirjana Živojinov¹, Dejan Ivanov², Srđan Živojinov², Sandra Trivunić¹

¹Centar za patologiju i histologiju; ²Institut za hirurgiju
Klinički centar Vojvodine, Novi Sad

Ključne reči

hidatidna bolest, peritoneum, resekcija creva

Key words

hydatid disease, peritoneal, colon resection.

Abstract

Although Serbia is endemic region for echinococcosis, isolated solitary peritoneal hydatid cyst is very rare localization in humans. We presented a case of 23-year-old male with hydatid cyst localized in peritoneal cavity between ascending colon, liver and gaster. Patient was successfully cured by operation, but haemicolectomia was performed because excessive adhesions with colonic wall.

UVOD

Humana hidatidna bolest nastaje infestacijom jajima *Echinococcus granulosus*, male pantljičare u crevu psa, kao i znatno ređe sa *Echinococcus multilocularis*, koja je slična pantljičara kod lisice. Ingestijom embrionisanih jaja sa njuške ili krzna psa ili preko zagađene trave odnosno kontaminiranog zemljišta, nastaje infestacija prelaznog domaćina (čovjek, svinja, konj, ovca) u kome se razvija larva cističnog oblika. Embrionisana jaja oralnim putem odlaze u crevo prelaznog domaćina, gde se embrion oslobađa i preko portne vene dospeva u jetru a odatle ako se ne nastani, krvotokom kreće dalje u pluća i do drugih organa. Embrion se ugnezdi u organ u koji je dospao i pretvara se u larvu koja je cističnog oblika. Oboljenje u stalnog domaćina se zove ehinokokoza, a u prelaznog domaćina - hidatidoza. Lokalizacija ehinokoknih cista kod čoveka najčešća je na jetri i plućima, mada se mogu nastaniti i u mozgu, kostima, slezini, bubrezima, a vrlo retko na ovarijumu, mokraćnoj bešici ili drugde, što predstavlja ne samo bizarnu lokalizaciju nego i veliki dijagnostički i terapijski problem (1).

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent star 23 godine javlja se na pregled zbog bolova u gornjoj polovini trbuha, osećaja težine i kako navodi, osećaja otoka u trbuhu. Povremene bolove u trbuhu ima unazad dve godine, ali su bili slabijeg intenziteta i samo su se povremeno javljali, sa dužim vremenskim intervalima bez tegoba. Pacijent negira ostale tegobe vezane za gastrointestinalni trakt kao mučninu, povraćanje, poremećaje stolice, nije gubio na telesnoj težini. Negira povrede, čime se isključuje mogućnost postojanja hematoma, negira ranije upale pankreasa (isključena mogućnost nastanka pseudociste pankreasa) i negira kontakt sa nekim životinjama (zoonoze).

Nakon inicijalnog pregleda u Odeljenju urgentne hirurgije urađen je ultrazvučni pregled (US) gornjeg abdomena i

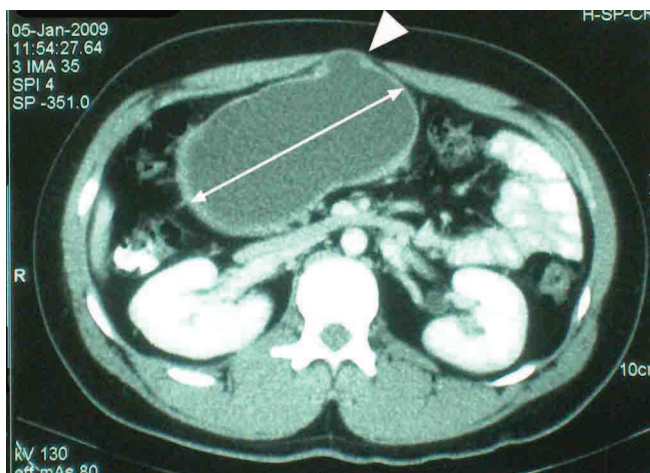


Slika 1. US abdomena, cistična struktura u centru.

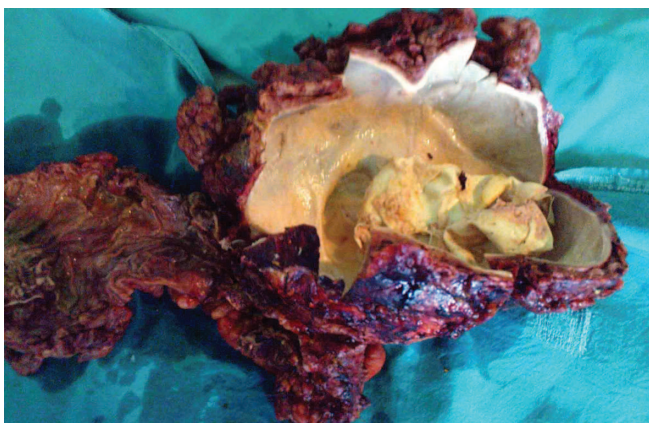
verifikovana je "simpleks" cista u epigastrijumu (slika 1).

Nativni rentgenski snimak trbuha bio je uredan, a laboratorijski nalazi u granicama referentnih vrednosti. Urađena je gastroskopija na kojoj se verifikuje ekstraluminalna kompresija želuca, bez promena na sluznici. Urađen je kompjuterski tomogram (CT) abdomena na kome se konstatuje postojanje peritonealne ciste sa inkarceracijom u linei albi. Cista nema kontakt sa parenhimatoznim organima, deluje da je tankog zida, ali zid ne deluje napeto (slika 2).

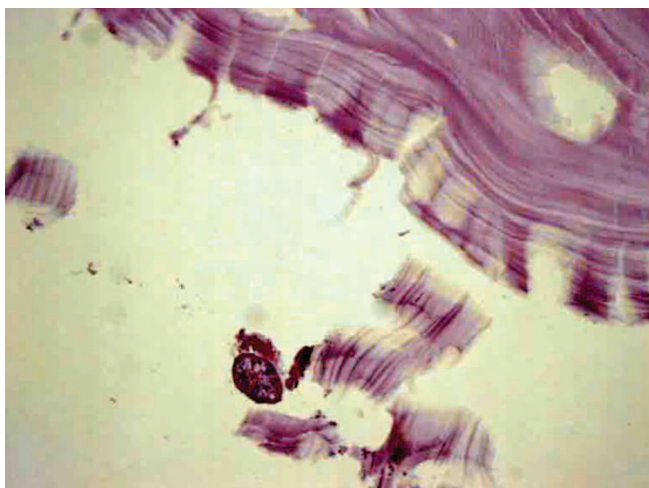
Urađena je i magnetna rezonanca (MR) abdomena koja je potvrdila nalaz CT. U međuvremenu pacijent dobija intenzivnije bolove i javlja se povišenje telesne temperature. Nakon ordiniranja antibiotske terapije uz higijensko-dijetetski režim ishrane temperatura pada, pacijent se bolje oseća ali bolovi perzistiraju. Posle nekoliko dana urađen je kontrolni US abdomena gde se konstatovalo odlubljevanje unutrašnjeg sloja ciste, čime je postavljena sumnja na ehi-



Slika 2. CT abdomena pokazuje cističnu strukturu delom inkarciranu u lineu albu (glava strelice).



Slika 3. Makroskopski izgled ciste uz zid debelog creva, odlubljena unutrašnja membrana, operativni materijal.



Slika 4. Histološki izgled ciste, hitinska membrana i jedan nekrotičan protoskoleks.

nokoknu cistu. Serološka ispitivanja ukazala su na aktivnu ehinokoknu cistu. Uključena je odgovarajuća antiparazitarna terapija, nakon čega je indicirano operativno lečenje.

Intraoperativno nađena je cista veličine veće muške pesnice koja je smeštena u burzi omentalis i koja inflamatorno infiltruje zid želuca duž njegove velike krivine kao i zid transverzalnog kolona sa pripadajućim mezokolonom. Operacijom se cista oslobađa od želuca, ali ne i od transverzalnog kolona, te se odlučuje na "en blok" resekciju ciste sa desnom hemikolektomijom i uspostavljanjem kontinuiteta ileo-transverzokoloničnom L-L anastomozom. Postoperativni tok prolazi uredno.

Za histološku analizu dostavljeni su resekat debelog creva dužine 35cm s cističnom formacijom ovoidnog oblika, veličine 16x10x8cm koja se nalazi na serozi debelog creva. Cista je jače krvne spoljašnje površine, zida čvrste konzistencije, debljine do 0,6 cm. Unutrašnja površina je glatka i sivo beličasta, dok se u unutrašnjosti nađe jedan litar bistre žućkaste tečnosti nalik na hidatidnu tečnost, kao i smežurane blede hitinske membrane, delom nekrotičnog izgleda (slika 3).

Iz opisanog materijala uzeti su isecci, obojeni standardnom hematoksilin-eozin metodom, na kojima je utvrđeno da je cista sagrađena od hitinskog sloja (slika 4) i unutrašnjeg nekrotičnog sadržaja u kome se nađu potpuno i delimično raspadnuti protoskoleksi s prisutnim grupisanim i rasejanim hitinskim kucicama. Pericistu čini delom hijalinizovano vezivo prožeto hroničnim inflamatornim infiltratom limfocita i plazma ćelija. Cista ne infiltruje zid creva.

DISKUSIJA

Hidatidna cista je još uvek problem u endemskim područjima, kakva je i Srbija. Oboljenje obično napada jetru i pluća, ali može se naći i u bilo kojem drugom organu (1, 2). U nekim ranijim istraživanjima intraabdominalna ekstrahepatična lokalizacija je primećena u 19% slučajeva (3) i 14% slučajeva (4) od svih abdominalnih lokalizacija hidatidne bolesti. Hidatidna bolest peritoneuma udružena sa hidatidnom bolešću jetre je veoma česta, ali primarna cista peritoneuma bez koegzistirajuće ciste jetre je veoma retka. Nekomplikovane ehinokokne ciste su najčešće asimptomatske. Ponekad postoje nespecifični simptomi kao što je palpabilna abdominalna masa u slučaju velikih cista kao što je opisano u našem slučaju. Kod žena, ehinokokna cista peritonealne lokalizacije se najčešće nalazi u Douglasovom špagu, imitirajući tumor male karlice (5). Najteža i najvažnija komplikacija je ruptura ciste. Ruptura može vitalno ugroziti pacijenta, uključujući i anafilaktični šok (6). Za razvoj sekundarnih cista nakon rupture primarne ciste potrebno je najmanje nekoliko nedelja, te se starost i opsežnost histoloških lezija po peritoneumu male karlice i sa razvijanjem gigantocelularne rekacije ukazuje na trajnje procesa nekoliko nedelja (1). U našem slučaju komplikacije su izbegnute pravovremenom dijagnostikom. Ultrasonografija i kompjuterizovana tomografija su veoma senzitivne metode u dijagnostici peritonealne lokalizacije ehinokokne ciste. Ultrazvučno ehinokokna cista može imitirati simpleks cistu, kao što je bilo u našem slučaju gde je nakon odlublivanja unutrašnjeg sloja ciste postavljena sumnja na ehinokoknu cistu. Serološki testovi često pomažu postavljanju precizne dijagnoze. Patohistološka dijagnoza ehinokokoze se lako postavlja nalazom karakterističnih hitinskih membrana, čak i u odsustvu drugih elemenata ciste, pre svega protoskoleksa (1). U našem slučaju nađeni su nekrotični protoskoleksi sa prepoznatljivim hitinskim kucicama. Da bi se histološkim pregledom identifikovale sve strukture koje može cistični ehinokok da formira u organizmu domaćina, potrebno je poznavanje hronološkog ciklusa razvoja. U organizmu čoveka je potrebno oko 6 meseci da bi cista postala fertilna, to jest da se u njoj formiraju brojni protoskoleksi. Anamnestički kod našeg pacijenta bolest je počela 2 godine pre operacije sa povremenim bolovima. Međutim, detaljnom anamnezom ustanovljeno je da je paci-

jent pre četiri godine duže boravio na selu, gde se mogla dogoditi infekcija. Veličina ciste potkrepljuje ovu pretpostavku.

Zanimljivo je da je u našem slučaju postojala izolovana peritonealna lokalizacija, što je retkost i postavlja se pitanje kako je nastala. Zapravo posle ingestije, larva portnom cirkulacijom dolazi do jetre koja predstavlja prvi filter. Ovde najveći deo larvi ostaje i nastavlja cirkulaciju razvijajući se u cistu, ali jedan deo larvi prolazi ovu mikrovaskularnu barijeru dospevajući u pluća. Oko 10-20% parazita izbegne dupli jetreno-plućni filter i širi se zatim u bilo koji organ, najverovatnije kroz prekapilarne anastomoze. Pored klasičnog enterohepatičnog puta, postoje mišljenja da larva može dospeti do trbušne maramice mezenteričnim limfnim sudovima, venskim putevima ili transmuralnom migracijom kroz zid tankog creva (6, 7, 8). U našem slučaju cista je srasla sa serozom debelog creva, a bez infiltracije zida. Jedini mogući tretman bila je resekcija debelog creva zajedno sa cistom.

Tretman oboljenja zavisi od lokalizacije i tipa hidatidne bolesti. Male kalcifikovane ciste kod pacijenata sa negativnim serološkim testovima ne zahtevaju nikakvo lečenje. Simptomatske i velike peritonealne ciste treba odstraniti hirurški pre nego što dođe do razvoja komplikacija. Ponekad, nakon operativnog lečenja potrebna je medikamentozna terapija zbog rizika od recidiva (2). Pacijenti sa malim asimptomatskim cistama mogu biti lečeni antihel-

mintičnim lekovima (albendazol i mebendazol), ali se broj leukocita mora pažljivo pratiti zbog mogućeg razvoja neutropenije.

ZAKLJUČAK

Izolovana peritonealna lokalizacija hidatidne bolesti na našem materijalu je izuzetno retka. Naš slučaj je uspešno hirurški lečen, ali je morala biti urađena hemikolektomija, jer je ehinokokna cista bila čvrsto srasla sa zidom debelog creva. Hidatidna bolest se može javiti u bilo kom organu, te se na ovo oboljenje uvek mora misliti kada se dijagnostikuje postojanje bilo koje cistične formacije.

LITERATURA

1. Lalošević D, Fenyvesi A, Lalošević V, Popović Ž, Mesaroš A. Dileme u dijagnostici dieminovane ehinokokoze. *Med Pregl* 2008; LXI (11-12): 607-614.
2. Amir-Jahed AK, Fardin R, Farzad A, Bakshandeh K. Clinical echinococcosis. *Ann Surg* 1975;182:541-546.

3. Balik AA, Çelebi F, Basoglu M, Ören D, Yildirgan I, Atamanalp SS. Intra-abdominal extrahepatic echinococcosis. *Surg Today* 2001;31:881-884.
4. Karavias DD, Vagianos CE, Kakkos SK, Panagopulos CM, Androulakis JA. Peritoneal echinococcosis. *World J Surg* 1996;20:337-340.
5. Guz A, LEA PAW. Unusual case of hydatid disease of the peritoneum. *British Medical Journal* 1956; 385.

6. Derici H, Tansug T, Reyhan E, Bozdog AD, Nazli O. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts. *World J Surg* 2006;30:1879-1883.
7. Versaci A, Scuderi G, Rosato A, Angio LG, Oliva G, Sfuncia G, Saladino E, Macri A. Rare Localizations of echinococcosis: personal experience. *ANZ J. Surg.* 2005; 75: 986-991.
8. Col C, Col M, Lafci H. Unusual localizations of hydatid disease. *Acta Medica Austriaca* 2003; Heft 2:61-64.