

APSELEŞME İLE GİDEN KOMPLİKE KARACİĞER KİST HİDATİĞİ

Fazlı Cem GEZEN,¹ Selahattin VURAL,¹ Barış TÜZÜN,¹ Nimet SÜSLÜ,¹
Feyyaz ONURAY,¹ Gülay DALKILIÇ,¹ Tolgay AKIN,¹ Orhan ŞAD²

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹1. Genel Cerrahi Kliniği, ²2. Genel Cerrahi Kliniği

Karaciğer kist hidatik hastalığına bağlı komplikasyonlar günümüzde halen görülebilmektedir. Biliyer komplikasyonlar en sık görülenleridir. Bu komplikasyonlar biliyoenterik anastomozlar veya eksternal drenaj gerektirebilir. Karaciğerde yer kaplayan lezyonlar olan hidatik kistler atrofi-hipertrofi kompleksine yol açabilirler. Atrofi hipertrofi kompleksi ve hidatik kiste bağlı yapışıklıklar nedeniyle ameliyat esnasında iyatrojenik yaralanmalar gelişebilir. Olgumuzda infekte olmuş karaciğer hidatik kisti mevcuttu. Atrofi hipertrofi kompleksi gelişmiş, hidatik kiste bağlı hepatoduodenal ligamende yapışıklıkları olan olguda koledok eksplorasyonu uygulanmadı. Olguda ameliyat sonrasında safra fistülü gelişti. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi ile tanı konan ve endoskopik sfinkterotomi uygulanan olguda 17. gün fistül kapandı.

Anahtar Sözcükler: Hidatik kist; ERCP; karaciğer apsisi/tanı/cerrahi.

COMPLICATED LIVER HYDATID CYST WITH ABSCESS FORMATION

The liver hydatid cyst still remains as a challenging disease in the current practice. The most common complication is related to biliary system. Bilioenteric anastomoses or external biliary drainage may be necessary for the treatment of biliary complications. Hydatid cyst of the liver is space occupying lesion that can form atrophy and hypertrophy complex. Iatrogenic lacerations can develop during operation due to the atrophy hypertrophy complex and dense adhesions of the hydatid cyst disease of liver. In this paper a patient with infected hydatid disease is presented. The exploration of the common bile duct was not performed, since the patient has dense adhesions to the hepatoduodenal ligament related to the hydatid cyst and atrophy and hypertrophy complex. A postoperative biliary fistula was observed which was diagnosed with ERCP and treated with endoscopic sphincterotomy. The fistula was healed on the seventeenth day.

Key Words: Hydatid cyst; ERCP; liver abscess/diagnosis/surgery.

Karaciğer hidatik kistlerinin, enfeksiyon, portal vene veya safra yollarına baskı etkisiyle atrofi-hipertrofi kompleksi, alerjik reaksiyonlar, safra yollarına rüptür, batın içine serbest rüptür, endokist rüptürü gibi komplikasyonları vardır.^[1,2] Karaciğer hidatik kistlerinin safra yollarına rüptür oranı %25 civarında bildirilmiştir.^[1-4] Enfeksiyon oranı da safra yollarına rüptür kadar sıktır.^[1,5,6] Enfeksiyon kolonizasyondan apseleşmeye kadar değişik derecelerde görülebilir.^[7] Infekte karaciğer hidatik kisti olan olgular asemptomatik

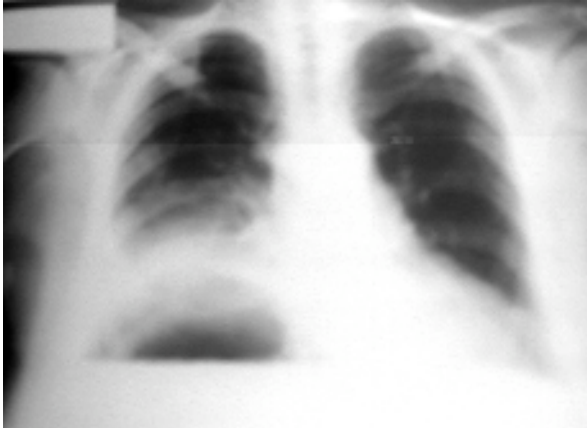
olabileceği gibi, septik bir tabloyla da karşımıza çıkabilir.^[7] Bu nedenle infekte karaciğer hidatik kisti olan olgularda cerrahi tedavi iyi zamanlanmalı ve geciktirilmemelidir.

Karaciğerde hidatik kistlerinin diğer bir komplikasyonu atrofi hipertrofi kompleksidir.^[8] Bu kompleks gelişmiş olgularda koledok eksplorasyonu ve eksternal drenaj veya gerekirse biliyoenterik anastomozlar zorlaşabilir.^[8]

Başvuru tarihi: 2.7.2004 Kabul tarihi: 29.1.2007

İletişim: Dr. Fazlı Cem Gezen. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1121 e-posta: cemgezen@hotmail.com



Şekil I. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ üst kadranda hava sıvı seviyesi görüntüsü.

Yazımızda ileri derecede büyüyen atrofi-hipertrofi kompleksine neden olan dev karaciğer hidatik apsesinin drenaj ve sonrasında gelişen safra fistülünün de endoskopik sfinkterotomi ile tedavisi sunuldu.

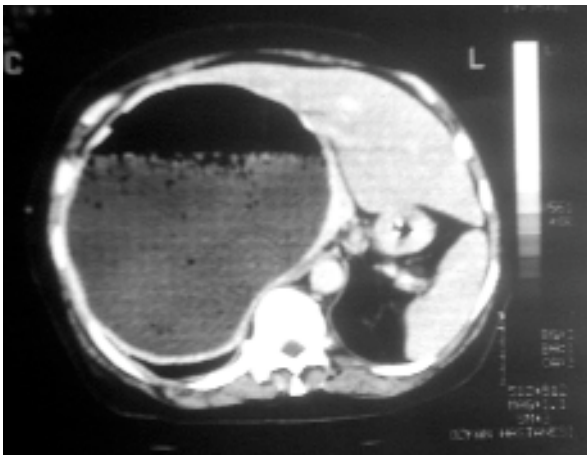
OLGU SUNUMU

Kliniğimize başka bir hastane tarafından karaciğer apsesi nedeniyle sevk edilen 65 yaşında kadında birkaç yıldır karın ağrısı mevcuttu. Bu sürede herhangi bir tedavi görmemişti. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet saptanmış olup lökosit değeri $16000/\text{mm}^3$ olarak bulundu. Hemogramında başka bir özellik saptanmayan hastanın kan biyokimyasında alkalen fosfataz ve transaminazları normalin iki katıydı. Bilirubin seviyeleri normaldi. Ekinokok indirek hemaglutinasyon testi 1/128 titrede pozitif sonuç vermişti. Akciğer grafisinde sağ diyafragmanın

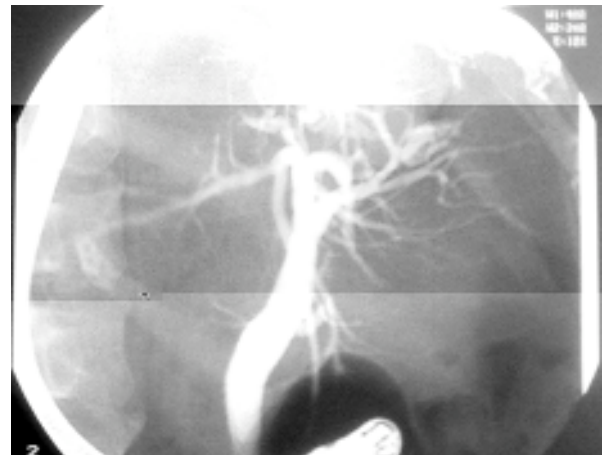
yükseldiği saptandı ve sağ üst kadranda, diyafram altında hava sıvı seviyesi vardı (Şekil I).

Bunun üzerine uygulanan tüm karın ultrasonografisinde (USG) karaciğer sağ lobunda çapı 20 cm'yi aşan, sağ lobu tamamıyla dolduran, içinde hava sıvı seviyesi içeren karaciğer apsesi görüldü. Karaciğer sol lobu hipertrofiye olmuş, safra kesesi mediale doğru yer değiştirmişti. Safra kesesi içinde intralümenal patoloji yoktu. Çift kontrastlı karın tomografisinde karaciğer sağ lobunu tamamen dolduran 25×20 cm çapında, yüksek dansiteli sıvı ile dolu, hava sıvı seviyesi gösteren, cidarı kontrast madde tutan lezyon izlendi. Kalan karaciğer sağ lob parankimi atrofiye uğramış, safra kesesi mediale itilmiş, sol lob mediale doğru büyümüştü (Şekil II).

Hasta infekte karaciğer hidatik kisti tanısı ile interne edildi. Seftriakson 1 gr 2x1 ve metronidazol 500 mg 4x1 ile antibiyoterapiye başlandı. Ameliyat kararı alınarak iki taraflı subkostal insizyon uygulandı. Parsiyel kistektomi uygulandı, kist içerisinde hava ile birlikte kirli sarı-yeşil, kötü kokulu pürülan materyal, birkaç adet kız vezikül mevcuttu. Kültüre gönderilen pü materyalinden *E. coli* basili üredi. Antibiyogram sonucu seftazidim'e hassas gelmesi üzerine antibiyoterapisi değiştirildi. Kist içerisinde safralı içerik ve safra kanalı açıklığı gözlenmedi. Safra kesesi ile portal yapılar mediale doğru yer değiştirmiş ve anatomik yapıları bozmuştu. Koledok üstünde yapışıklıklar mevcuttu. Kiste basit drenaj uygulanarak ameliyata son verildi. Hastanın genel durumu ameliyattan sonra hızla düzeldi, ateşi düştü, lökositözu geriledi. İlk üç gün batın dreninden 50-100 cc/gün seröz sıvı



Şekil II. Karın tomografisinde hipertrofik sol lob ve hava sıvı seviyesi olan dev kist.



Şekil III. Sağ ana safra kanal kaçacağı görülen endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi görüntüsü.

drene oldu, dördüncü günden itibaren günlük 300-500 cc safıralı drenajı başladı. Safıra fistülü tanısı ile 10. gün endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) uygulandı. Sağ hepatic kanalda fistül olduğu görüldü (Şekil III).

Aynı seansta endoskopik sfinkterotomi uygulanan hastanın drenajı azaldı. Onyedinci gün safıra drenajı kesildi, safıra fistülünün kapandığı düşünülerek, batın dreni çekildi. Ameliyat sonrası 1. ayda olgunun kontrol karın USG'sinde ameliyat sonrası değişiklikler dışında patolojiye rastlanmadı. İnfekte hidatik kist materyalinde birkaç adet kız vezikül görülmesi üzerine 10 mg/kg/gün dozunda albendazol'e başlandı. Dördüncü ay USG kontrolünde ameliyat sonrası değişiklikler gözlemlendi. Koleksiyon görülmedi. Olgu halen nüks gelişmeksizin 12. ayda takip altındadır.

TARTIŞMA

Karaciğer hidatik kistleri medikal, cerrahi ve girişimsel radyolojik yöntemler ile tedavi edilebilirler. Medikal tedavide genel olarak albendazol kullanılmaktadır. Cerrahi yöntemler ise açık ve laparoskopik olarak iki grupta incelenir. Ayrıca perkütan teknikler de tedavi yöntemlerinde kullanılabilir.^[9,10]

Karaciğerde yer kaplayan lezyonlarda özellikle safıra yolu basısı ve portal ven basısına bağlı olarak bası gelişen lobda atrofi ve karşı tarafta hipertrofi gelişmektedir.^[8] Atrofinin geliştiği taraftan diğer tarafa doğru portal yapılar kendi eksenini etrafında döner. Sağ lob atrofilerinde, portal ven koledok önüne doğru yer değiştirir. Koledok sol ve mediale bazen de arkaya doğru döner. Bu tip olgularda portal diseksiyon, hatta koledok eksplorasyonu bile zorlaşır.^[8] Böyle vakalarda bu girişimler ameliyat esnasında portal yapılar yaralanmaya yol açabilir. Ameliyat sırasında kist içinde safıra görmememize rağmen infekte materyale rastlamamız bize kistin safıra yollarına açılmış olabileceğini düşündürmüştür. Fakat kist içinde safıra yolu açıklığı görülmemiştir.

Safıra yollarından gelen assendan infeksiyonlar, hidatik kist infeksiyonlarının en sık rastlanılan nedenleridir.^[1-3] Ancak mevcut bulunan atrofi-hipertrofi kompleksi ve yapışıklıklar nedeni ile kolesistektomi ve koledok eksplorasyonunu riskli bulduğumuz için uygulamadık. Literatürde bu gibi olgulara transduodenal sfinkterotomi ve koledokoduodenostomi uygulanmış çalışmalar mevcuttur.^[11-12] Bunların başarısı T-tüp dre-

naj ile karşılaştırılmış ve morbidite açısından avantajlı olduğu gösterilmiştir.

Hidatik kistler karaciğerde yer kaplayan lezyonlar içinde sık rastlanılan nedendir. Bu hastalıkta daha az invaziv olan perkütan ve laparoskopik girişimler giderek daha sık kullanılmalarına karşın mevcut kısıtlamaları vardır. Perkütan teknik ponksiyon, aspirasyon, injeksiyon ve re-aspirasyon (PAIR) aşamalarından oluşur.^[13-15] Ancak bu yöntem yalnızca perkütan olarak kolayca ulaşılabilecek ve sınırlı büyüklükteki erken evre hastalıkta mümkündür. Bizim olgumuz gerek hastanemizde bu yönde bir tecrübe olmaması ve gerekse kompleks hastalık olması nedeniyle cerrahi yaklaşım almıştır. Yine laparoskopik yöntem kist hidatik tedavisinde uygulanabilmektedir. Ancak bu durum laparoskopi sırasında karın içi basıncının artmasının kist perforasyonu ile sonuçlanabilme gibi riskleri nedeniyle ancak güvenilir ellerde ve sınırlı endikasyonlarla uygulanabilmektedir. İnfekte hidatik kistlerde, kist içerisinde safıra yolu açıklığı ameliyat sırasında aranmalıdır. Bu tip şüpheli olgular genellikle ameliyat öncesinde kolestatik enzimlerinde yükselme, biliyer kolik atakları, kolanjit bulguları, sarılık, kaşıntı gibi belirtiler gösterirler.^[1-3,5-7,11] ERCP ve manyetik rezonans kolanjiopankreatikografi (MRCP) ile bu açıklık ameliyat öncesinde saptanabilir, ayrıca ERCP ile açıklık gösterilerek endoskopik sfinkterotomi uygulanabilir.^[16-18] Yapılan endoskopik sfinkterotomi ile safıra akışı kolaylaşarak safıra yolları içerisindeki basınç düşürülür ve safıra fistülü durur.^[17] Bu olgularda literatürde morbidite ve hastanede yatış süresinin kıaldığı gösterilmiştir.^[18] Biz de koledok eksplorasyonunu bu olgu için riskli gördüğümüzden gerekli olursa ameliyattan sonra ERCP uygulamasını uygun bulduk.

Sonuç olarak, infekte hidatik kistler safıra yollarına açılmış olabilirler. Elektif koşullarda cerrahi girişim uygulanması gerektiğinde, şüpheli olguların ameliyattan önce ERCP ile tetkik edilmesi ve gerektiğinde endoskopik sfinkterotomi uygulanmasının faydalı olduğunu düşünüyoruz. Safıra yolları eksplorasyonu yüksek riskli olan acil hidatik kist ameliyatlarında, ERCP ve endoskopik sfinkterotominin ameliyat sonrasına bırakılıp, safıra fistülü gelişirse de yapılabileceğini bildirmek istedik.

KAYNAKLAR

1. Milicevic MN. Hydatid disease. In: Blumgart LH, Fong Y, editors. Surgery of the liver and biliary tract. 3rd ed.

- UK: Saunders; 2000. p. 1167-205.
2. Köksal N, Müftüoğlu T, Günerhan Y, Uzun MA, Kurt R. Management of intrabiliary ruptured hydatid disease of the liver. *Hepatogastroenterology* 2001;48(40):1094-6.
 3. Bedirli A, Sakrak O, Sozuer EM, Kerek M, Ince O. Surgical management of spontaneous intrabiliary rupture of hydatid liver cysts. *Surg Today* 2002;32(7):594-7.
 4. Ammori BJ, Jenkins BL, Lim PC, Prasad KR, Pollard SG, Lodge JP. Surgical strategy for cystic diseases of the liver in a western hepatobiliary center. *World J Surg* 2002;26(4):462-9.
 5. Bilge A, Sözüer EM. Diagnosis and surgical treatment of hepatic hydatid disease. *HPB Surg* 1994;8(2):77-81.
 6. Manterola C, Barroso M, Vial M, Bustos L, Muñoz S, Losada H, et al. Liver abscess of hydatid origin: clinical features and results of aggressive treatment. *ANZ J Surg* 2003;73(4):220-4.
 7. Fausto N, Hadjis NS, Fong Y. Liver hyperplasia, hypertrophy and atrophy, and the molecular basis of liver regeneration. In: Blumgart LH, Fong Y, editors. *Surgery of the liver and biliary tract*. 3rd ed. UK: Saunders; 2000. p. 65-85.
 8. Ustünsöz B, Akhan O, Kamiloğlu MA, Somuncu I, Uğurel MS, Cetiner S. Percutaneous treatment of hydatid cysts of the liver: long-term results. *AJR Am J Roentgenol* 1999;172(1):91-6.
 9. Bickel A, Loberant N, Singer-Jordan J, Goldfeld M, Daud G, Eitan A. The laparoscopic approach to abdominal hydatid cysts: a prospective nonselective study using the isolated hypobaric technique. *Arch Surg* 2001;136(7):789-95.
 10. Elbir O, Gundogdu H, Caglikulekci M, Kayaalp C, Atalay F, Savkilioglu M, et al. Surgical treatment of intrabiliary rupture of hydatid cysts of liver: comparison of choledochoduodenostomy with T-tube drainage. *Dig Surg* 2001;18(4):289-93.
 11. Agaoglu N, Türkyilmaz S, Arslan MK. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver. *Br J Surg* 2003;90(12):1536-41.
 12. Little AF, Lee WK, Mathison K. MR cholangiography in the evaluation of suspected intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst. *Abdom Imaging* 2002;27(3):333-5.
 13. Smego RA, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis* 2005;9(2):69-76.
 14. Etlik O, Arslan H, Bay A, Sakarya ME, Harman M, Temizoz O, et al. Abdominal hydatid disease: long-term results of percutaneous treatment. *Acta Radiol* 2004;45(4):383-9.
 15. Zerem E, Sabanovi Z, Smaji M. Percutaneous treatment of abdominal and retroperitoneal echinococcal cysts using ultrasonography. [Article in Bosnian] *Med Arh* 2003;57(1 Suppl 2):71-3. [Abstract]
 16. Rodriguez AN, Sánchez del Río AL, Alguacil LV, De Dios Vega JF, Fugarolas GM. Effectiveness of endoscopic sphincterotomy in complicated hepatic hydatid disease. *Gastrointest Endosc* 1998;48(6):593-7.
 17. Ozaslan E, Bayraktar Y. Endoscopic therapy in the management of hepatobiliary hydatid disease. *J Clin Gastroenterol* 2002;35(2):160-74.
 18. Dolay K, Akçakaya A, Soybir G, Cabioğlu N, Müslümanoğlu M, Iğci A, et al. Endoscopic sphincterotomy in the management of postoperative biliary fistula A complication of hepatic hydatid disease. *Surg Endosc* 2002;16(6):985-8.