

# Asemptomatik Nonparaziter Karaciğer Kistlerine Kolesistektomi ile eş zamanlı Laparoskopik yaklaşım: 2 Olgu nedeniyle

Okan ERDOĞAN (\*), Taner ÇOLAK(\*), Ayşe ARDUÇOĞLU(\*\*), Sezer GÜRER (\*\*\*), Alper DEMİRBAŞ (\*\*\*), Mustafa AKAYDIN (\*\*\*\*),

## ÖZET

**Amaç:** Safra kesesi taşı ile beraber bulunan asemptomatik nonparaziter karaciğer kistlerine olan laparoskopik yaklaşımın iki olguda irdelenmesi ve literatür verileri ile birlikte tartışılması.

**Yöntem ve gereç:** Karın ağrısı ve bulantı yakınması ile polikliniğimize başvuran iki kadın hastanın (yaşları 48 ve 54) abdominal ultrasonografik incelemelerinde sara kesesi taşı ve safra kesesine yakın yerleşimli karaciğerde kistik kitle saptandı. Karaciğerde saptanan kistik yapıdaki kitlelerin yapılan tetkiler (tomografi ve serolojik inceleme) sonucunda nonparaziter karaciğer kisti ile uyumlu olduğu düşünüldü. Her iki hastaya aynı seansta laparoskopik kolesistektomi ve kistlere yönelik deroofing işlemi uygulandı.

**Bulgular:** Postoperatif 1. gün hastaneden taburcu edilen her iki hastanın takibinde önemli bir sorunla karşılaşılmadı. Kist duvarından alınan doku örneklerinin histopatolojik inceleme sonuçları ise basit karaciğer kisti ile uyumlu olarak yorumlandı.

**Sonuç:** Safra kesesi taşı ile birlikte insidental bulunan asemptomatik nonparaziter karaciğer kistlerine literatürde tanımlanmış bir algoritim olmamasına rağmen kolesistektomi ile birlikte aynı seansta laparoskopik cerrahi girişim yapılması düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Taşlı kese, nonparaziter karaciğer kisti, laparoskopik deroofing

## SUMMARY

**Laparoscopic management of Asymptomatic nonparasitic liver cysts associated with cholecystectomy simultaneously: Report of two cases**

**Objective:** To examine the laparoscopic surgical management to nonparasitic liver cysts concomitant with gallstone in two patients and to discuss with literature.

**Methods:** The gallstone and liver cysts near the gallbladder were found with ultrasonography in two female patients (48 and 54 years). They were admitted to our hospital with abdominal pain and nausea. The liver cysts were thought to be nonparasitic liver cysts by using serologic tests and CT. Laparoscopic cholecystectomy and deroofing procedures were performed for both patients at the same session.

**Results:** Both patients were discharged from hospital on first day. There was no complication in their postoperative course. The pathologic examination showed simple liver cysts in tissue samples obtained from cyst wall.

**Conclusion:** Although there is no definite algorithm for the asymptomatic nonparasitic liver cysts with symptomatic cholelithiasis in the literature, laparoscopic management should be thought with cholecystectomy simultaneously.

**Key words:** Cholelithiasis, nonparasitic liver cyst, laparoscopic deroofing

## GİRİŞ

Abdominal bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografinin artan sıklıkta kullanımı ve uygulama kolaylığı nedeniyle rastlantısal olarak bulunan asemptomatik nonparaziter karaciğer kistlerinin tüm popülasyonda görülme sıklığı %5'e ulaşmıştır (1,3,8). Daha çok ileri yaş gruplarını

ve kadın popülasyonu etkileyen bu kistlerin çoğunluğunun konjenital aberran safra kanallarından geliştiği varsayımı üzerinde durulmaktadır. Soliter, multipl ya da diffüz (polikistik karaciğer hastalığı) formda olabilirler (1). Polikistik karaciğer hastalığının ise otozomal dominant geçişli olup etiolojisinde 16. Kromozomdaki genetik bir defektin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Genellikle benign karakterde olup büyük boyutlara ulaşmadıkları ve komplike olmadıkları sürece tedavi gerektirmezler. Lokalizasyonuna bağlı olarak üst GIS obstrüksiyonu

(\* Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Yrd. Doç. Dr.

(\*\*) Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD Araşt. Görv. Dr.

(\*\*\*) Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Doç. Dr.

(\*\*\*\*) Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Prof. Dr.

ve tıkanma sarılığı nedeni olabilirler (1,2,6). 1991'de laparoskopik deroofing tekniğinin uygulanmaya başlaması ile non parasiter karaciğer kistlerinde cerrahi tedavi ilkeleri ve endikasyonları konusunda önemli değişiklikler olmuştur (3). Asemptomatik kistlerde genel yaklaşım periodik aralıklarla izlem yönündedir. Ancak safra kesesi taşı ile aynı anda asemptomatik basit karaciğer kisti saptanan hastalarda laparoskopik kolesistektomi ile birlikte karaciğer kistine yönelik yaklaşımın ne olması gerektiği konusunda henüz fikir birliği yoktur. Semptomatik olgularda sklerozan madde enjeksiyonu ile kombine perkütan aspirasyon veya laparoskopik deroofing işlemi, komplike olgularda (enfeksiyon, kanama, perforasyon, malignite şüphesi veya diffüz karaciğer tulumu) ise eksizyon, fenestrasyon, hepatik rezeksiyon, karaciğer transplantasyonu gibi açık cerrahi yaklaşımlar günümüzde kullanılan alternatif tedavi yöntemleridir. Laparoskopik girişimler hasta konforu, maliyet ve rekürrens oranları dikkate alındığında son yıllarda daha çok tercih edilen tedavi yöntemi olmuştur. Bu yazıda kliniğimizde semptomatik safra kesesi taşı ve asemptomatik karaciğer kisti tanısıyla laparoskopik girişim uygulanan iki olgu sunuldu ve literatür verileri ile birlikte tartışıldı.

## 1. OLGU AA.48Y K.

Yaklaşık 2 yıldan beri devam eden epigastrik bölgeden başlayıp sağ hipokondriuma yayılan künt vasıflı, yağlı gıda alımı ile artan ve hareketle ilişkisiz ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ hipokondriumda derin palpasyonda hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Karaciğer



**Resim-1:** Ultrasonografide safra kesesi komşuluğunda soliter karaciğer kisti (1. Olgu).

fonksiyon testleri normal sınırlarda bulundu. Ultrasonografik değerlendirmesinde karaciğerde safra kesesi medial komşuluğunda 6x8 cm boyutlarında kistik yapıda kitle ve safra kesin-

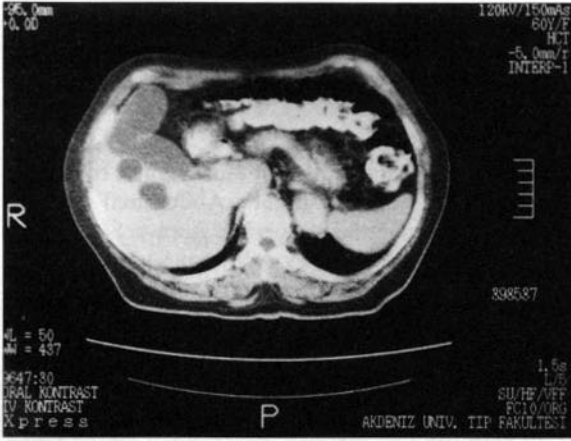


**Resim-2:** Abdominal Bilgisayarlı Tomografide safra kesesi ile yakın ilişkili, karaciğer sol lob yerleşimli soliter kistik yapı (1. Olgu).

de taş tesbit edildi (Resim 1). Ayırıcı tanı amacıyla çekilen üst abdominal bilgisayarlı tomografi'de ince duvarlı, kalsifikasyon içermeyen, homojen yapıda ultrasonografi ile saptanan boyutlarda, soliter, sol lob medial segment yerleşimli ve safra kesesi ile yakın komşuluk gösteren kistik kitle saptandı (Resim 2). Tümör belirteçleri (CEA, CA19/9, CA125) ve karaciğer fonksiyon testleri (ALT, AST, Bilirubin, GGT, ALP) normal sınırlarda ve ekinokok indirekt hemagglütinasyon testi negatif olarak bulundu. Semptomatik safra kesesi taşı ve nonparaziter soliter karaciğer kisti klasik yerleşimli 4 trokar yardımıyla laparoskopik kolesistektomi ve kiste yönelik deroofing işlemi uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen olgunun her 3 ayda bir yapılan klinik ve ultrasonografik değerlendirme ile yapılan 22 aylık takibi sorunsuz seyretmiştir.

## 2. OLGU LA.54Y K.

Sağ hipokondriumda 4-5 aydır özellikle yağlı yemekleri takiben ortaya çıkan künt vasıflı ağrı ve zaman zaman bulantı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Abdominal ultrasonografide safra kesesi medial komşuluğunda 3x2 cm ve 4x3 cm boyutlarında ince duvarlı periferik yerleşimli homojen kistik natürde basit kistle uyumlu lezyon ve safra kesesinde multipl taş saptandı. Ayırıcı tanı amacı ile çekilen üst abdo-



**Resim-3:** Hidropik ve büküntülü safra kesesi ve birbirine yakın uzaklıkta iki adet karaciğer kistinin bilgisayarlı tomografideki görünümü (2. Olgu).

minal BT'de ultrasonografideki bulgulara paralel bulgular elde edildi (Resim 3). Başta böbrekler olmak üzere diğer abdominal organlarda patolojik bir bulguya rastlanmadı. Ekinokok İndirekt Hemagglütinasyon testi negatif ve tümör belirteçleri (CEA, CA19/9, CA 125) normal sınırlarda idi. Laparoskopik yöntemle kolesistektomi ile aynı seansta kistlere yönelik deroofing uygulandı. Erken postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgunun 14 aylık takibi sorunsuz seyretmiştir.

Her iki hasta postoperatif 1. Günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildiler. Kist duvarından alınan doku örnekleri ve safra keselerinin histopatolojik tetkik sonuçları kronik taşlı kolesistit ve basit karaciğer kisti olarak yorumlandı.

## TARTIŞMA

Nonparaziter karaciğer kistleri çoğunlukla asemptomatik olup rastlantısal olarak bulunurlar ve 40-60 yaşları arasındaki kadınlarda daha çok görürler (3,4). Ayırıcı tanıda karaciğer kist hidatit, kistadenoma veya kistadenokarsinoma ya da karaciğerin metastatik tümörleri olma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır(1). Bu nedenle ekinokoklara yönelik serolojik incelemeler, abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi, karaciğer fonksiyon testleri ve tümör belirteçlerinin değerlendirilmesi gereklidir. Özellikle semptomatik olgularda kist ya da kistlerin radyolojik değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntemler ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografidir. Kist duvarında nodüller veya solid kitlelerin saptanması, kist lümenine uza-

nan papiller tarzda projeksiyonların varlığı malignite riskini arttırır (5,6,8). Özellikle multipl küçük boyuttaki kistik kitlelerde polikistik karaciğer hastalığı düşünülmeli, aile araştırması yapılmalıdır. Karaciğerin kistik tümörleri olan kistadenoma ve kistadenokarsinoma olasılığı her zaman akılda tutulmalı gözlem ya da girişim kararı verilirken bu olasılık gözden kaçırılmamalıdır. (4,5,6,7,8)

Karaciğerin sporadik konjenital kistleri komplike olmadıkları ve çok büyük boyutlara ulaşmadıkları sürece semptomlara neden olmazlar. Ağrı en çok ortaya çıkan semptomdur. Özellikle büyük çaplı kistlerde ağrının nedeni olarak düşünülmesine rağmen safra kesesi taşı, peptik ülser, hiatal herni gibi yandaş patolojiler girişimden önce mutlaka ekarte edilmelidir. Ağrının nedeninin kiste bağlı olup olmadığının belirlenmesinde ultrasonografi ya da tomografi eşliğinde kistin aspirasyonu kullanılan bir yöntemdir (3,6). Kist içine kanama, enfeksiyon, torsiyon ve perforasyon önemli komplikasyonlarıdır. Tıkanma sarılığı tablosu oluşturabilirler. Özellikle mide ve duodenuma lokal basısı bulantı, kusma ve kilo kaybına neden olabilir. (1,2,3,4,8). Semptomatik olmadıkları sürece tedavi gerektirmezler. Tedavi seçenekleri arasında perkütan aspirasyon, sklerozan madde enjeksiyonu, internal drenaj, parsiyel ya da total kist eksizyonu karaciğer rezeksiyonu yer alır (3,10,11,12). 1968'de Lin ve arkadaşları tarafından semptomatik büyük kistlerde intraperitoneal fenestrasyon tekniğinin tanımlanması ile hem soliter kistlerde hem de polikistik karaciğer hastalığında cerrahi tedavide bu yöntem yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (6,8,9). hepatobiliyer cerrahi tekniklerdeki gelişmeler sayesinde bu hastalık grubu için anatomik karaciğer rezeksiyonları ve hatta karaciğer transplantasyonu pek çok merkezde daha sık kullanılmaya başlanmıştır (12).

Eksternal drenaj sklerozan madde enjeksiyonu ile veya tek başına uygulanması yüksek rekürrens oranı nedeniyle tercih edilmemektedir (10,11). Laparoskopik yöntemlerin cerrahi tedavisinde kullanılmaya başlanması tedavide yeni bir alternatifi gündeme getirmiştir. Tedavide laparoskopik yöntemleri kullanan merkezlerde hasta sayıları henüz istenen düzeyde olmamasına rağmen ilk veriler bu yöntemin diğer tedavi seçeneklerine olan üstünlüğünü göstermektedir



(4,5,6). Laparoskopik deroofing uygulanan 11 olguluk bir seride (6 hastada simültane kolesistektomi). 5 yıllık takip süresinde yalnızca bir hastada rekürrens gözlenmiştir (2). Açık cerrahi ve laparoskopik deroofing girişiminin kıyaslandığı başka bir çalışmada (ort takip süresi 41 ay) rekürrens oranı laparoskopi grubunda %8 diğer grupta ise % 29 olarak bulunmuştur (3). Rekürrens oranının düşürülmesinde kist duvarının teknik olarak mümkün olduğunca total olarak eksizyonu ya da omental fleb transpozisyonu önerilmektedir (7,9). Ayrıca kist duvarının eksizyonunda laser veya ultrasonik disseksiyon kotere oranla daha iyi görüş mesafesi sağlaması ve daha güvenli olmaları nedeniyle tercih edilmektedir (3). Santral ve derin yerleşimli kistlerde açık cerrahi girişim ilk alternatif olarak önerilmektedir. Karaciğer parankiminin bir bölümünü tutan multipl kist varlığında ya da karaciğer lobunun büyük kısmını içine alan soliter dev kist varlığında karaciğer rezeksiyonu tercih edilmektedir (8,9). Safra kesesinin aynı seansta çıkarılması endikasyonu kesede taş varlığı ya da kistin safra kesesine çok yakın komşuluk göstermesidir (9). Biliyer sistemle iştirakli kistlerde ise kistojejunostomi şeklinde internal drenaj önerilmektedir (6,7,8).

Bizim iki hastamızda kistlere yönelik cerrahi girişim uygulanmasının nedenlerinden birisi periferik yerleşimli ve kolay ulaşılabilir kistler olmalarıdır. Ağrı semptomunun iki hastada safra kesesi taşı ile ilgili olduğu anamnez verilerine dayanarak düşünülmüştür. Ameliyat endikasyonunun konulmasında safra kesesi taşının bulunması yeterli görüldüğünden semptomların kiste ya da kistlere bağlı olup olmadığının değerlendirilmesi için ek bir incelemeye gerek görülmemiştir. Deroofing girişimi ameliyat süresinin 20'şer dakika uzamasına neden olmuş ve hastalarımızda herhangi bir komplikasyon ya da rekürrens gözlenmemiştir.

Semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle operasyonu planlanan olgularda insidental bulunan nonparaziler karaciğer kistlerine yaklaşımın nasıl olması gerektiği konusunda literatürde yeterli veri yoktur. Ancak bizim iki hastadaki gözlemlerimize göre insidental kistlerde laparoskopik kolesistektomi ile simültane, teknik olarak mümkünse ve herhangi bir kontrendikasyonu da yoksa deroofing işleminin güvenli olarak yapılabileceği ve ayrıca semptomatik ya

da komplike kistlerde mümkün olduğunca laparoskopik eksizyonun açık cerrahi girişime tercih edilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Seymour I. Schwartz; Cyst and Benign tumors of the liver. 1547-1559, Maingot's Abdominal Operations Volume II. Tenth Edition MJ. Zinner, SI. Schartz, H. Ellis. Copyright 1997 by Appleton&Lange.
2. Zacherl J., Scheuba C., Imhof M., Jakesz R., Fugger R.: Long-term results after laparoscopic unroofing of solitary symptomatic congenital liver cysts. Surg. Endosc 2000 jan; 14 (1): 59-62.
3. Martin IJ., Mc Kinley AJ., Currie EJ., Currie EJ., Holmes P., Garden OJ.: Tailoring the management of nonparasitic liver cysts. Ann. Surg. 1998 Aug; 228 (2) 167-172.
4. Ker CG., Kai KK., Chen JS., Lee KT., Sheen PC.: Laparoscopic fenestration for giant liver cysts. Kao Hsiung I. 1997 Sep; 13 (9), 572-7. (Abstract).
5. Petri A., Karacsonyi S., Lazar G., Makula E., Balogh A.: Laparoscopic deroofing of nonparasitic liver cysts. Comparison different methods. Acta Chir Hung. 1997; 36(1-4): 277-9. (Abstract)
6. Koperna T., Vogl S., Satsinger U., Schulz F.: Nonparasitic cyst of the liver: result and options of surgical treatments. World J. Surg 1997 Oct. 21 (8): 850-4.
7. Emmerman A., Zornig C., Lloyd Dm., Peiper M., Bloechle C., Broelsch CE.: Laparoscopic treatment of nonparasitic cyst of the liver with omental transposition flap. Surg Endosc. 1997 Jul; 11(7); 734-6
8. Krahenbuhl L., Baer HU., Renzulli P., Z'graggen K., Frei E., Buchler MW.: Laparoscopic management of nonparasitic symptom-producing soliter hepatic cyst. J. Am. Coll. Surg. 1996 Nov; 183(5) 493-8.
9. Morino M., De Giuli M., Festa V., Garrone C.: Laparoscopic management of the symptomatic nonparasitic cyst of the liver indication and results. Ann. Surg 1994 Feb; 219 (2); 157-64.
10. Zacherl J., Imhof M., Fugger R., Fritsch A.: Laparoscopic unroofing of symptomatic congenital liver cysts. Surg. Endosc 1996 Aug; 10(8): 813-5.
11. Gigot JF., Legrand M., Hubens G., De canniere L., Wibin E., Deweer F.: Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. World J. Surg. 1996 Jun; 20 (5): 556-61.
12. Morino M., Garrone C., Festa V., Miglietta C.: Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts. Ann. Chir. 1996; 50(6): 419-25.

Alındığı Tarih: 30. 5. 2000

Yazışma Adresi: Okan Erdoğan, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya