

Karaciğer hidatik kisti

Atila AKOVA, Suavi ÖZKAN

ÖZET

Karaciğer hidatik kisti ülkemizde hala en sık rastlanan selim karaciğer hastalıklarından biridir. İnvaziv radyolojik girişimler ve ilaç tedavisindeki gelişmelere rağmen, hastalığın esas tedavisi cerrahidir. Ocak 1997-Aralık 2003 tarihleri arasında kliniğimizde tedavi edilen 34 karaciğer hidatidozisli olguda karşılaşılan komplikasyonlar, bu makalede retrospektif olarak değerlendirildi. Abdominal ağrı ve abdominal kitle en sık rastlanan başvuru semptomları idi. Tanıda en sık abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı batin tomografisi kullanılmıştır. En sık uygulanan ameliyatlara, 15 (% 45.6) olguda eksternal kapitonaj ve 19 (% 55.3) olguda parsiyel kistektomi+eksternal kapitonaj olmuştur. İntrabilyer rüptüre bağlı süpürasyon 3 (% 7.2) olguda saptanmıştır. Postoperatif komplikasyon oranı % 16.6 olup, en sık pnömotoraks ve subdiyafragmatik abses saptanmıştır. Solunum yetersizliği ve hemorajik diateze bağlı erken postoperatif dönemde 1 (% 3.8) olgu kaybedilmiştir. Ortalama hastanede kalış süresi 6 gün olarak saptanmıştır. Serimizde kistektomi (hepatektomi) ve omentoplasti ameliyatlarının, diğer cerrahi tekniklere nazaran daha düşük komplikasyon oranına ve daha kısa hastanede kalış süresine neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Karaciğer hidatik kisti

SUMMARY

Liver hydatid disease

Hydatid disease is still most common problem in the benign liver diseases in Turkey. Despite the improvements of invasive radiologic procedures and medical therapy, surgery is still the principal therapy of the disease. From January 1997 to December 2003, 34 consecutive cases with liver hydatidosis were treated by operations at Department of Surgery, Adana Research and Education Hospital. Abdominal pain and abdominal mass were the major symptoms of the cases at presentation. Diagnosis was based on abdominal ultrasound and abdominal CT. External capitonnage and partial cystectomy+external capitonnage were mostly performed. The complication rate was 16.6 %. Pneumothorax and sub-diaphragmatic abscess were the most common complications. Median hospital stay was 6 days. We had one death due to respiratory insufficiency and haemorrhagic diathesis. As we compared the surgical techniques, cystectomy and omentoplasty, whenever possible, had lower complication rate, short hospital stay and better clinical results.

Key words: Liver hydatid disease

Karaciğer hidatik kisti, gerek görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler, gerekse medikal tedavideki ilerlemelelere karşın hala ülkemizde en sık rastlanan selim özellikle karaciğer hastalıklarından biri olma özelliğini korumaktadır. İnvaziv radyolojik girişimlerin giderek daha sık uygulanır olmasına karşın, cerrahi hastalığın tedavisinde önemli özelliğini korumaktadır (1-3,9,23). Cerrahi; skolosidal ajanlar ile parazitin fertil elemanlarının öldürülmesi, hidatik kist içeriğinin boşaltılması ve rezidüel boşluğun ortadan kaldırılması şeklinde yapılır. Ayrıca, perikistektomi ve karaciğer rezeksiyonu da bazı olgularda cerrahi yöntem olarak seçilebilir. Bu çalışmada, karaciğer hidatik kisti saptanan olgularda uygulanan ameliyatlara ile ilgili deneyimlerimiz ve komplike hastalarda karşımıza çıkan problemler ve çözümü için başvurulan yöntemler sunulmuştur.

MATERYAL ve METOD

1997-2003 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen 34 karaciğer hidatik kisti saptanan olgu, retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların başvuru semptomu, kist lokalizasyonu ve sayısı, cerrahi tedavi ile postoperatif komplikasyonlar incelenecek parametreler olarak seçildi. Kist lokalizasyonu, uygulanan cerrahi tedavi, postoperatif dönemde oluşan komplikasyonlar ile hastanede kalış süresi, chi-kare ve Cox regresyon analiz yöntemleri ile istatistiksel olarak incelendi.

BULGULAR

Olguların 23 (% 67.3)'ü kadın, 13 (% 33.7)'ü erkek olup, ortalama yaş 40.9 (15-85 yaş arası) idi. Abdominal ağrı 19 (% 54.3), abdominal kitle/hepatomegali 9 (% 21.7), ateş 3 (% 7.2), sarılık ise 2 (%5.7) olguda saptanan en sık başvuru yakınmaları olarak saptandı

(Tablo 1). Komplikasyon gelişen veya komplikasyonlu hastalarda başvuru yakınmaları yönünden istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tanıda en sık batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılmıştı. Retrospektif değerlendirmede hepatik apse, intrabilyer ve/veya intrakoledokal invazyon düşündürülen batın ultrasonografi (US) ve batın BT bulgusu olarak 8 hastada karaciğerde yer kaplayan kitle, koledokta genişleme saptandı. Batın BT karaciğerde batın US'si sırasında gözden kaçan 3 hastada hidatik kistin lokalizasyonunu tesbit etmede yardımcı oldu. Kistin karaciğerdeki yerleşimi % 50.7 hastada tek ve sıklıkla sağ lobta olmuştu (Tablo 2). Komplikasyon gelişen hastalarda kist lokalizasyonunun komplikasyon gelişimine anlamlı bir etkisi saptanmadı. 34 hastada saptanan toplam 68 adet kist hidatide cerrahi girişim uygulanmıştı. İlave cerrahi girişim olarak; 2 olguda splenektomi, 1 olguda omental kistektomi, 1 olguda nefrektomi, 2 olguda serbest kist enükleasyonu uygulanmıştı. Karaciğer yerleşimli kist hidatik olgularında ise eksternal kapitonaj, omentoplasti ve kistektomi tercih edilen ameliyatlar olmuştu.

Postoperatif komplikasyon oranı % 16.6 olup, en sık kavite infeksiyonu 3 (% 7.2) hastada, subdiyafragmatik abse 2 (% 3.6) hastada, diyafragma rüptürü+pnömotoraks 5 (% 8.6) hastada görülmüştü. Postoperatif hemoraji ve subdiyafragmatik abse gelişen hastalar reopere edilmişti. Erken postoperatif dönemde solunum yetersizliği ve hemorajik diateze bağlı 1 (% 2.8) olgu kaybedilmişti. Ortalama hastanede kalış süresi 6 gün olup, bu

Tablo 1. Başvuru yakınmaları.

Semptomatik	30	% 89.2
Abdominal ağrı	18	% 54.3
Abdominal kitle	7	% 21.7
Ateş	3	% 7.2
Sarılık	2	% 5.7
Aseptomatik	4	% 10.8

Tablo 2. Kist lokalizasyonu.

Karaciğer	68
Sağ lob	18
Sol lob	10
Her iki lob	6
Diğer organlar	6
Dalak	2
Omentum	1
Pelvis	1
Mesane üzeri	1
Böbrek	1

oran parsiyel kistektomi+eksternal kapitonaj uygulanan olgularda 4 gün, omentoplasti ameliyatında 3 gün ve kistektomide 7 gün idi ($p<0.05$). Komplikasyon gelişen hastalarda, hastanede kalış süresinin ortalama 3 gün uzadığı saptandı ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Karaciğer hidatik kist tanısı almış hastaların en sık saptanan klinik bulguları karın ağrısı ve abdominal kitle/hepatomegali olup, literatürde bu oranlar sırasıyla % 56-84 ve % 31-86 arası bildirilmektedir (1-6,9). Karaciğer hidatik kistine bağlı hepatik apse, koledok invazyonu ve intrabilyer rüptür saptanma oranı literatürde % 14-30.6 arasında bildirilmektedir (15,16,18). Çalışmamızda 9 (% 16) hastada intrabilyer ve intraperitoneal rüptür saptandı ve bu olgularda kapitonaj yöntemine drenaj işlemi eklendi. Drenaj işlemi eklenen hastalarımızda kavite infeksiyonu % 7.2, subdiyafragmatik abse % 3.6, biliyer fistül % 2.1 oranında görülmüş olup, oluşan komplikasyonların oranı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Karaciğer hidatik kistin en sık görülen komplikasyonu intrabilyer rüptürdür (3,4,9,15,16,18-20). Bilyer kolik, tıkanma sarılığı ve karaciğer absesine kadar değişen klinik tablolara neden olur (15-22). Sıklığı % 5-25 arasında bildirilmiştir (3,9,23). Endemik bölgelerde ateş, sarılık ve seğ üst karın bölgesinde ağrısı olan olgular, karaciğer hidatik kisti intrabilyer rüptürü yönünden araştırılmalıdır (1). Batın ultrasonografisinde karaciğerde yer kaplayan lezyon ve koledok kanalında genişlemenin saptanması, intrabilyer rüptürü düşündürülen önemli bulgulardır (4). Safra kanalları içindeki materyalin amorf, hidatik kumun çamur benzeri görünüm alması ve kız veziküller ultrasonografide saptanabilir. Literatürde kistin primer tedavisi sırasında gerektiği ölçüde tedavi edilmemesi veya açık safra kanalının gözden kaçmasına bağlı olarak % 4-7 oranında postoperatif biliyer fistül bildirilmektedir (3,9,23). Kavite infeksiyonu % 9.1-56 oranında, bronkobilyer fistül ise % 5.8-7 oranında bildirilmekte olup, bizim oranlarımızın üstündedir (3,4,9,15, 21,23). Koledokoduodenostomi ve endoskopik sfinkterotomi ile morbiditede anlamlı düşüşler sağlandığı bildirilmesine rağmen (15,23), bu olgularda hepatektomiye başvuran yayınlar da mevcuttur (7,8,10-13). Özçekim ve ark., introfleksiyon+omentoplasti yönteminin daha az komplikasyon oranına sahip olduğunu bildirmişlerdir (14). İntrabilyer rüptür düşünülen hastalarımızda kist

boşluğunun serum salınle irrigasyonu sonrasında gözle görülebilen safra kaçaklarının olduğu safra kanalını kromik katgütle sütüre etmenin yeterli olduğunu düşünürüz. Ayrıca, koledoka invaze kist hidatik hastalarında ise, yeterli genişlemeye sahip olmasına rağmen koledoka t-tüp drenaj işlemini daha güvenli kabul ederek uyguladık. Komplike hastalarda morbidite yönünden eksternal kapitonaj+omentoplasti ve hepatektomi uyguladığımız olgularda eksternal kapitonaj+drenaj grubuna göre anlamlı fark saptadık ($p<0.05$). Bu nedenle, bu tür hastalarda yaklaşım olarak mümkün olduğunca konservatif girişim olarak omentoplasti ve eksternal kapitonaj işlemini; ancak bu işlemlere rağmen sonuç alınamayan ve anatomik yaklaşım yönünden uygun hastalarda hepatektomi işlemini uygulamakta yarar sağladığımızı söyleyebiliriz.

Hepatik cerrahideki ilerlemeler sonucu, karaciğer rezeksiyonu gibi radikal işlemler hidatik kist cerrahisinde daha sıklıkla kullanılmaya başlamıştır. Radikal cerrahide biliyer fistül ve tekrarlama gibi postoperatif komplikasyonlara daha az oranda rastlanılmaktadır. Ancak, perikist ve suprahepatik damarlar veya vena kava arasında şüpheli ilişki mevcut ise, intraoperatif kanama ile daha sıklıkla karşılaşmaktadır (24). Gruttadauria ve ark., bu tür ilişki varlığında major hepatik damarsal yapılarla yakın küçük bir perikist artığını bırakarak total perikistektomi gibi radikal işlemlerin yararlı olacağını savunmaktadır (25).

Subdiyafragmatik apse gelişiminden sakınmak için ise diyafragmaya yakın yerleşimli hidatik kist hastalarında torotokomi ile girişim daha uygun olabilir. Ayrıca, tüm lobu kaplayan periferik kist veya kistlerin varlığında ise lobektomi, konservatif girişimlerde görülen skolosidal ajanlara bağlı kimyasal kolanjitin çözümü olarak savunulmaktadır. Eksternal kapitonaj+drenaj ameliyatı sonrası hepatik apse gelişen ve medikal tedavinin başarısız olduğu 2 hastamıza lezyonun tümünü içeren segmental hepatektomi uyguladık ve hızlı düzelme kaydettik.

Sonuç olarak; karaciğer hidatik kist cerrahisinde hala eksternal kapitonaj ve drenaj işlemleri en sık uygulanan ameliyatlara olmasına rağmen; komplike hastalarda omentoplasti ve segmental hepatektomi ameliyatlarının, drenajın eklendiği eksternal kapitonaj ameliyatına göre daha az komplikasyona ve daha kısa hastanede kalış süresine neden olan ameliyatlara olduğunu belirledik.

KAYNAKLAR

1. Akinoğlu A, Bilgin İ, Erkoçak EU: Surgical management of hydatid disease of the liver. *Can J Surg* 28(2):171-174, 1985.
2. Langer JC: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Br J Surg* 74:237-238, 1987.
3. Langer JC, David BR, Keystone JS, et al: Diagnosis and management of hydatid disease of the liver: A 15-year North American experience. *Ann Surg* 199(4):412-418, 1984.
4. Safioleas M, Evangelos M, Christine M, et al: Diagnostic evaluation and surgical management of hydatid disease of the liver. *World J Surg* 18:859-865, 1994.
5. Karavias DD, Vagianos CE, Bouboulis N, et al: Improved techniques in the surgical management of hepatic hydatidosis. *Surg Gynecol Obstet* 174:176-180, 1992.
6. Morel P, Robetr J, Rohner A: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Surgery* 104:859-862, 1988.
7. Magistrelli P, Masetti R, Coppola R, et al: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Arch Surg* 126:518-521, 1991.
8. Belli L, Aseni P, Rondinara GE, Bertini M: Improved results with pericystectomy in normothermic ischemia for hepatic hydatidosis. *Surg Gynecol Obstet* 163:127-132, 1986.
9. Sayek İ, Yalın R, Sanaç Y: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Arch Surg* 115:847-850, 1980.
10. Belli L, Favero E, Marni A, Romani E: Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. *Am J Surg* 145:239-242, 1983.
11. Little JM, Hollans MJ, Ekberg H: Recurrences of hydatid disease. *World J Surg* 12:700-704, 1986.
12. Galan CP, Martin R, et al: A simplified technique for surgical management of echinococcal cysts. *Surg Gynecol Obstet* 165:269-270, 1987.
13. Dawson JL, Stamatakis JD, Stringer MD, Williams R: Surgical treatment of hepatic hydatid disease. *Br J Surg* 75:946-950, 1988.
14. Özçmak İD, Özmen V, İğci A: Karaciğer hidatik kisti cerrahi tedavisinde parsiyel kistektomi+drenaj ve parsiyel kistektomi+introlaksiyon+omentoplasti yöntemlerinin karşılaştırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 11:44-48, 1995.
15. Alper A, Arıoğlu O, Emre A, et al: Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts of the liver. *Br J Surg* 74:243-245, 1987.
16. Akinoğlu A, Özkan S, Alabaz Ö, Özkan FC: Management of intrabiliary rupture of liver hydatidosis. In: 2nd World Congress of Hepato-Pancreato-Biliary Association Congress Book. Cavallari A, Mazziotti A, Principe A, eds. Monduzzi Editore Press, Bologna 1996.
17. Yalın R, Aktan AO, Yeğen C, et al: Significance of intracystic pressure in abdominal hydatid disease. *Br J Surg* 79:182-183, 1992.
18. Kattan YB: Intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. *Br J Surg* 62:885-890, 1975.
19. Ovnat A, Peiser J, Avincah E, et al: Acute cholangitis caused ruptured hydatid cyst. *Surgery* 95:497-500, 1984.
20. Placer C, Martin R, Sanchez E, et al: Rupture of abdominal hydatid cyst. *Br J Surg* 75:157, 1988.
21. Mustafa R, Salih HH: Rupture of a hydatid cyst of the liver into the biliary tract. *Br J Surg* 65:106, 1978.
22. Moveno VF, Lopez EV: Acute cholangitis cauced by ruptured hydatid cyst (letter). *Surgery* 97:249, 1985.
23. Bükey Y, Düren M, İşcan M, Ertem M: Karaciğer hidatik kistlerinde postoperatif biliyer komplikasyonları tedavisi. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 8:153-155, 1994.
24. Secci MA, Pettinari R, Ledesma C, et al: Hepatic Hydatidosis. A multicentric study of surgical procedures in 971 cases. In: 2nd World Congress of Hepato-Pancreato-Biliary Association Congress Book. Cavallari A, Mazziotti A, Principe A, eds. Monduzzi Editore Press, Bologna 1996, pp 201-206.
25. Gruttadauria S, Marino G, Gruttadauria G: Development of echinococcosis diagnosis and treatment over a 20 year-period. In: 2nd World Congress of Hepato-Pancreato-Biliary Association Congress Book. Cavallari A, Mazziotti A, Principe A, eds. Monduzzi Editore Press, Bologna 1996, pp 207-210. 26. UCD 1998 14(2).