

BATINDA NADİR YERLEŞİM GÖSTEREN BİR KİST HİDATİK OLGUSU

Ergin OLCAY (1) Zeki ÇAVUŞOĞLU (2) Şahin BARUT (3)

Batında nadir lokalizasyon gösteren bir kist hidatik olgusu sunuldu. Karaciğer hilusunda, safra kesesi arkasında, böbrek önünde, deodenumun ikinci parçasına penetre olarak bulunan iki kist hidatik kitleye, parsiyel kistektomi ve intrafleksiyon tekniği ile cerrahi müdahale yapıldı. Ayrıca 1988-1989 yıllarında, klinikte 17 kist hidatik olgusuna da çeşitli cerrahi teknikler uygulandı.

This article summarizes a rarely seen cyst-hydatid cases with rare localizations in different parts of abdomen. Details of routine surgeries, post-op. periods and our conclusions on routine applications are briefly stated.

Materials of this article are 17 cyst-hydatid cases which took place during 1988-89 in our clinic and all surgical applications are stated.

GİRİŞ

Kist hidatiklerin üçte ikisi karaciğere yerleşir. Karaciğeri akciğerler izler. Geriye kalan yerleşim yerleri sıklığı, değişik yayınlarda değişik oranlarda verilmiştir. Bu oranlar % 0.9 ile % 19 arasında değişmektedir. Ender görülen yerleşim yerleri sıklık sırasıyla peritoneal boşluk, dalak, böbrekler, kemikler, beyin, perikart, myokart, cilt ve cilt altı olabilir.(6,8,10)

Kist hidatiklerin iki önemli komplikasyonu vardır. Bunlar, rüptür ve enfeksiyondur.

Sunacağımız olguda kist hidatik karaciğer hilusunda, safra kesesi altında, böbreğin önünde olmak üzere 6×6 cm. ve onun da medialinde 3×3 cm. büyüklüğünde yerleşmiş ve enfekte olmuş kist duvarı duodenum ikinci parçasına penetre olmuş durumdaydı. Yerleşim yerinin özellik arzedeceği düşünülerek olgumuzu yayınlamayı uygun bulduk.

OLGU SUNUMU

M.M. 19 yaşında erkek. 7.12.1989 günü 5120 polik. prot. no ile hastanemiz Genel Cerrahi servisine yatırılan hasta, sağ hipokondriumda lokalize ağrı, epigastriumda dolgunluk hissi, hafif üşüme ile titreme ve iştahsızlık durumundan yakınıyordu.

Hastanın öyküsünden, yakınmalarının yaklaşık 1 hafta önce başladığı, daha önceden herhangi bir sarılık geçirmediği öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde sağ hipokondriumda lokalize, mid-axiller hatta 5×5 cm.lik yuvarlak, düzgün sınırlı ve hafif fluktuasyon veren immobil kitle tespit edildi. Perküsyonda diğer batın kadranslarına göre sağ hipokondriumda semi-tympanizm tespit edildi. Murphy (+), traube açık bulundu.

Ultrasonografi bulgusu: 25.11.1989 günü çekilen üst batın ultrasonografisinde, karaciğer kontur ve büyüklüğü normal olan, karaciğer hilusunda, safra kesesinin altında, böbreğin önünde 6×6 cm. ve onun da medialinde 3×3 cm. konturlarında ve birbirlerine bitişik iki adet düzgün sınırlı, içinde hipoekoik, anekoik bandlar gösteren kitle saptandı. S.kesesi ve yollarında özellikle yoktu.

Laboratuvar bulguları: Lökosit sayımı mm³'de 8800 idi. Formül lökositde herhangi bir patolojik sapmaya rastlanmadı. Kan eritrosit sedimentasyon hızı 30 dakikada 6 mm., 120 dakikada 35 mm. idi. Hematokrit % 42, eritrosit 4.100.000 idi. Casoni ve Weinberg testleri pozitif olan hastanın diğer laboratuvar incelemelerinde patolojik değişikliklere rastlanmadı.

Tedavi ve klinik gidiş: Hasta, 11.12.1989 günü, batında kistik kitle ön tanısıyla ameliyata alındı. Sağ subcostal kesi ile batına girildi. Eksplozasyonda karaciğer hilusunda, safra kesesi arkasında, böbrek önünde ve kaledoğu normal trasesinden biraz daha mediale itmiş, duodenum ikinci parçasına penetre 6×6 ve 3×3 cm. büyüklüğünde, batın arka duvarına fikse birbirlerine bitişik kistik iki kitle ile karşıladı. Safra kesesi ile safra yollarında yer değişimi dışında patolojik bir özelliğe rastlanmadı. Ancak kesedeki hidrops hali dikkati çekmekteydi. Kesedeki hidrops kistik kitlenin duktus sistikusa basısı olduğu ka-

- (1) Kartal Devlet Hastanesi Genel Cerr. Şefi
(2) Kartal Devlet Hastanesi Genel Cerr. Uzmanı
(3) Kartal Devlet Hastanesi Genel Cerr. Asistanı

naatine varıldı. Her iki kist hidatik'e de parsiyel kistektomi ve intrafleksiyon tekniikle kaviteyi ortadan kaldıran metod uygulandı. Kist çıkarılırken duodenum ikinci parçasında meydana gelen serozal defektleri tek tek ipek stürlelerle onarıldı. Çıkarılan kitle histopatolojik incelemeye gönderildi.

Patoloji raporu: Makroskopik olarak, $3.5 \times 3 \times 2.5$ cm. ölçülerinde, yumuşak kıvamda, kesitinde ortaları kanamalı multipl abse odakları bulunan fetit kokulu. kitle ile $3.5 \times 2 \times 1$ cm. ölçülerinde sarı renkte, kat görünümünde, kesitinde nekrozlu ve bol kalsifik alanları bulunan doku parçası. Ayrıca içi boşalmış, ortalama 8 cm. çapında nekrobiyotik özellikte kist hidatik membranı. Mikroskopik olarak, nekrotik germinatif tabaka içeren kist hidatik. Kesitlerde nonspesifik kronik iltihap hücreleri görülmektedir.

Hastanın postoperatif klinik gidişinde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. 10. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kist hidatikte etken bilindiği üzere E. Granulosus'tur. Köpek ve benzeri hayvanların feçeslerindeki yumurtalar çeşitli yiyeceklerle insan sindirim kanalına geçerler. Sindirim kanalından da iki yolla genel dolaşıma katılırlar. Hidatik kist larvaları V. Porta'yı takip ederek karaciğere ulaşırlar. Çoğunluğu burada tutulur. Karaciğerden kurtulanlar sağ kalbe ve buradan da akciğerlere ulaşırlar. Akciğerlerden kurtulanlar da sol kalpten vücudun karaciğer ve akciğer dışında kalan beyin, dalak, kemik vd. organlarına dağılırlar.

İkinci yol ise, sindirim kanalıyla regional lenfatiklerine geçen larvalar cisterna chyli ve nihayetinde duktus torasikus aracılığıyla sağ kalbe dökülürler. Bu seviyeden sonra yukarıdaki yolu takip ederek akciğer ve diğer visserlere dağılırlar (3,7.).

Kesin tanı için: Öncelikle ultrasonografik inceleme, akciğer ve batin direkt grafileri (kalsifiye odaklar), CT scan'i, serolojik testler ve nükleer magnetik rezonans olanaklarından yararlanılabilir.(1,2,5,8,9)

Kist hidatiklerin kesin tedavisi cerrahidir. Mümkün olan her olguda kistin total olarak ekstirpasyonu şarttır. Retroperitoneal yerleşimli kistlerin total ekstirpasyonu bazen olanaksızdır. Keza karaciğer'in derin planda yerleşimli kist hidatik olgularında da total ekstirpasyon olanaksız olabilir. Bu tip olgularda kistin bir bölümü çıkarılır ya da marsupialize edilir. Marsupialize edilen kist olgularında fistülleşme oranı yüksektir. Retroperitoneal yerleşimlilerde nüks oranı diğerlerine göre yüksektir. Karaciğer kist hidatiklerinde nüks oranı % 10-11 iken, bu oranın akciğerlerle ilgili olgularda % 2-14, kemiklerde yerleşimlilerde % 30-40 olduğu gözlenmiştir.

Nüks oranını azaltmak için: Pre-operatif ve post-operatif kemoterapi ile kistin rüptüre edilmeden total ekstirpasyonu önerilmektedir.(9)

Post-operatif dönemde en sık komplikasyon enfeksiyon ve sepsistir. Hacettepe Tıp Fakültesi'nde 1962-1982 yıllarında karaciğer kist hidatigi nedeniyle opere edilmiş 158 hasta irdelenmiştir. Serinin mortalite oranı % 1.8 olup, hastaların hepsi kavitenin enfeksiyonu ve sepsis nedeniyle kaybedilmişlerdir.

Kliniğimizde 1988-89 yılları arasında 17 karaciğer kist hidatikli hastaya müdahale edilmiştir. Bu vakaların 9 tanesinde total kistektomi, 4 tanesinde parsiyel kistektomi + interfleksiyon tekniği uygulanmıştır. 3 tanesine de parsiyel kistektomi + kapitonaj tekniikle kavite kapatılması uygulandı.

1 vakaya da parsiyel kistektomi + kavite içerisine omenoplasti uygulandı.

Post-op erken ve geç dönemlerde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Ölüm olayına rastlanılmadı. (4,10)

KAYNAKLAR

1. Altree M. Scanning in Hydatid Cyst Disease *Clin. Radiol* 30/691-97. 1979.
2. Bakır T. ve ark. Kist Hidatikli hastalarda Serum Spesifik Ig E'nin tanısai değeri. *Karadeniz Tıp Derg.* 33-36, 1987.
3. Behars, O.H. Judd E.S. Dockerty M.B. Chylous Cysts of The Abdomen. *Surg.Clin.North Am.* 30. 1080-96.
4. Pumin O. Karaciğer Kist Hidatik Tedavisi (Cerr) *Hacettepe Yayınları*, 89 Ank. 92-108, 1973.
5. Gairdner, W., T.A. Remarkable Cysts in The Omentum. *Transactions of the Pathological Society of London* 3. 1951.
6. Hashemian H. Hydatid Disease of Liver and Other vissera. In Maingot R. *Abdominal Operations. Volum One Seventh Editions*, New York, 1329-48, 1980.
7. Jud E.S. Crisp N.W.W. Proc. Staff. Meet. in *Mayo Clin*, (1984) 211-15.
8. Niron E.A., Özer H.U.S. Apperance of Liver Hydatid Cysts. *Brit. J. Radiol.* 54/335-38, 1981.
9. Rickard M.D, Honey R.D. et al. Serological Diagnosis and Post-op, Surveillance of Human Hydatid Cysts. *Pathology*, 16 21-15, 1984.