

## BİR KARACİĞER HIDATİK KİSTİNİN TRAVMATİK RÜPTÜRÜ\*

Selahattin VURAL<sup>1</sup>, Barış TÜZÜN<sup>1</sup>, Nimet SÜSLÜ<sup>1</sup>, Cengiz MENTEŞ<sup>1</sup>

Endemik bölgelerde, karaciğer hidatik kistinin karın boşluğuna serbest rüptürlerine diğer bölgelere nazaran daha sık rastlanır. Karaciğer yüzeyini aşan hidatik kistler, travmatik nedenlerle veya kendiliğinden peritoneal kaviteye açılabilirler ve yaygın peritoneal ekinokokkozise neden olabilirler. Rüptüre hidatik kistler anafaksi veya sarılık gibi belirtilerle karşımıza çıkabilirler ve semptomatik oldukları için opere edilirler. Olgumuzda araç içi trafik kazası nedeni ile rüptür oluşmuştur. Anafaktik şok gelişmiş ve ön tanı acil ultrasonografi ile yapılmıştır. Bu yazının amacı karaciğer hidatik kistlerinin travmatik rüptüründe anafaksi oluşabileceğini hatırlatmaktır.

*Anahtar kelimeler: Hidatik hastalık, rüptüre kist, travma*

### TRAUMATIC RUPTURE OF A LIVER HYDATID CYST

Free ruptures to the abdominal cavity of liver hydatid cysts are more common in endemic regions. Spontaneous leakage or traumatic rupture to peritoneal cavity can be seen with cysts, which have tendency to grow towards the surface and they cause diffuse peritoneal echinococcosis. Anaphylaxis or jaundice is the symptom for ruptured cysts and surgical treatment is usually performed because they are symptomatic. In our case, an intravehicle traffic accident was the cause. Anaphylactic shock occurred and ultrasonography was performed for initial diagnosis. The aim of this study is to remind that anaphylaxis can occur in traumatic liver hydatid cysts ruptures.

*Keywords: Hydatid disease, ruptured cyst, trauma*

Tüm dünyada nedeni bilinmeyen anafleksilerin altında karaciğer hidatik kistlerinin rüptürünün yatabileceğine dair literatürler vardır<sup>1-5</sup>. Hidatik kist rüptürleri sıklıkla semptomatiktir<sup>6-8</sup>. Karın içine serbest rüptürlerde anafaksi sık bir bulgudur<sup>1,4-8</sup>. Ancak bazen rüptürler sessiz seyredebilirler. Bu tip sessiz rüptürler, literatürde albendazol kullanımı esnasında endokist rüptürü veya diğer tip rüptürler gelişen olgularda fark edilmiştir<sup>9-12</sup>. Elektif veya acil olguların operasyonu esnasında karşılaşılan daha önceki rüptür bulgularının değerlendirilmesi ile karaciğer dışı hidatik kistler saptanabilir. Bu inceleme için ameliyat öncesi dönemde ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi faydalıdır.

### OLGU

Kırküç yaşındaki erkek olgu, araç içi trafik kazası nedeni ile acil polikliniğimize başvurdu. Kaza sonrası 30 dakikada hastanemize ulaşan olgunun şuuru açık, oryente ve koopere idi; ancak ajite ve anksiyeteli hali acildeki ekip tarafından fark edildi.

Arteriyel tansiyonu 60/40 mmHg, nabızı ise 120/dakika idi. Solunum sesleri her iki tarafta da eşit olmasına rağmen ekspirasyon süresi uzamıştı ve 'wheezing' duyuluyordu. Karın sağ üst bölümünde hassasiyet vardı, ancak karında defans ve rebound alınmadı. Tüm vücudunda yaygın eritematöz döküntüleri vardı. Olgudan alınan anamnezde, travma öncesinde kaşıntı, ciltte kızarıklık, nefes darlığı gibi şikayetinin olmadığı öğrenildi.

\*25-28 Eylül 2003 tarihinde Kayseri'de yapılan IV. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.  
<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği

Lökosit değeri 14000/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 11,5g/dl, hematokrit %35, trombosit değeri ise 344000/mm<sup>3</sup> idi. Akciğer grafisinde travmatik özellik yoktu. Karın içi kanama ön tanısı ile acil tüm karın ultrasonografisi uygulandı. Karaciğer segment 5,6,7,8'i dolduran, içerisinde büzülmüş membranlar içeren, adventisya ve membranlar arasında sıvı bulunan, birbirine komşu iki adet hidatik kist ile uyumlu toplam çapları 20 santimetreye ulaşan kistler görüldü. Batında tüm kadranslarda serbest sıvı bulunuyordu.

Olguya intravenöz kortikosteroid (prednizolon 250 mg) başlandı, hızlı sıvı ve oksijen perfüzyonu uygulandı. Hemodinamisi düzeliş idrar çıkışı sağlanınca tüm batın kontrastlı tomografisi istendi. Sağ suprahepatik alanda yağ dansitesinde, hidatik membrana benzeyen görüntü alınması üzerine karın içine serbest hidatik kist rüptürü düşünümlere olgu acilimize başvurmasından 4 saat sonra ameliyata alındı (Resim 1).



**Resim 1.** Tüm karın kontrastlı tomografisinde karaciğer segment 5,6,7 ve 8'de membran çökmesi izlenen kist hidatik ile sağ diafram altı alanda homojen olmayan opasite



Bu süre içerisinde olguya sıvı replasmanı uygulanarak hemodinamisi düzeltilildi. Epigastrik bölgeyi içeren genişletilmiş sağ subkostal insizyon uygulandı. Yapılan eksplorasyonda karaciğer segment 5'ten başlayarak segment 6,7,8'in hemen hemen tümünü kaplayan, yaklaşık 20 cm çapında iki adet birbirine komşu hidatik kist tespit edildi. Bu kistlerden sağdaki kistin adventisyası üzerinde 4x3 santimetre çapında bir defekt vardı ve buradan sağ suprahepatik alana hidatik membranlar çıkmıştı. Sağ ve sol üst kadrantlarda seröz bir sıvı mevcuttu. Karaciğer içi ve dışı safra yolları doğal görünümde ve normal boyutta idi. Kist cidarı içinde safra yoktu. Ancak omentum majus üzerinde sağdaki kistin adventisyasına uyan kist duvarı mevcut idi. Kist duvarının omentumdaki parçasının ortasında yaklaşık 1 cm defekt vardı. Kistler ve tüm karın hipertonic tuzlu su ile yıkandı. Her iki kiste parsiyel kistektomi ve omentoplasti, kist cidarının bulunduğu omentuma parsiyel omentektomi uygulandı.

Olguya 48 saat daha steroid tedavisine devam edildi. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen olgu altıncı gün taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Karaciğer hidatik kist rüptürleri üç grupta incelenir. Bunlar endokist (contained) rüptürleri, boşluklara (peritoneal veya plevral) serbest rüptürler, safra yolları ve bronşlara (communicating tip) rüptürlerdir<sup>6,8,10</sup>. Safra yollarına rüptüre olanlar sarılık, karın ağrısı, bazen anaflaksiye neden olurlar<sup>6,8,12-17</sup>. Peritoneal kavite ve plevral kaviteye rüptürlerde anaflaksi ve karın ağrısı, dispne izlenebilir<sup>1-3,5,6,8,12</sup>.

Anaflaktik bulgular ve hipotansiyon olgumuzda başlıca fizik muayene bulguları idi. İçi boş organ yaralanması düşündürülen fizik muayene bulgusu yoktu. Radyolojik olarak dalak yaralanması düşündürülen bulgu da görülmedi. Operasyon öncesinde saptanabilen tek patoloji karaciğer hidatik kisti olup, fizik muayene ve laboratuvar bulguları hidatik kistin rüptüre olduğunu düşündürüyordu. Bu nedenle, karaciğer sağ lob segment 6,7,8 için en iyi insizyonlardan biri olan sağ subkostal insizyon uygulandı. Sağ subkostal insizyon kliniğimizde travma nedeni ile acil laparotomi gerektiren olgular için tercih edilmeyen bir insizyondur; yukarıda açıklanan sebeplerden dolayı bu olguda tercih ettik. Karın içi kanamayı ve içi boş organ yaralanmasını düşündürecek ameliyat bulgusu olmaması nedeni ile insizyon yeterli görülmüştür.

Ultrasonografi olgumuzda tanı koydurucu tetkik olmuştur<sup>3,5,7</sup>. Ülkemiz gibi hidatik kistlerin endemik olduğu bölgelerde anaflaksi veya şiddetli alerjik reaksiyon gösteren olguların ayırıcı tanısında hidatik kistlerin

unutulmaması gerektiğini düşündürüyoruz. Travma sonrasında gelişen laboratuvar bulguları ile uyumsuz hemodinamik bozukluk ve alerjik bulguların varlığında hidatik kistlerin rüptürü akılda bulundurulmalıdır<sup>1,5</sup>. Basit bir karın ultrasonografisi kısa sürede olgumuzda tanı koydurucu olmuş, hemodinamik bozukluk nedeni ile acil laparotomiye gidilmesini engellemiştir. Ayrıca tedaviye erken başlanmış, hızlı resusitasyonla hastanın entübasyonuna veya yoğun bakıma ihtiyacı olmamıştır. Bilgisayarlı tomografi ise karında travmaya bağlı olan veya olmayan diğer patolojileri araştırmak amacı ile ve hidatik kistin tomografik görüntülenmesi amacı ile uygulanmıştır. Günay ve ark.<sup>3</sup> tarafından da tomografik inceleme aynı amaçlarla önerilen bir tetkiktir. Hidatik kistin yerleşiminin belirlenmesi ve karında başka hidatik kistin olup olmadığı bilinmelidir.

Karın içine serbest rüptürlerin ameliyatlarında karın içi hipertonic tuzlu su ile yıkanmalıdır ve ameliyat sonrası olguya albendazol verilmelidir<sup>9-11</sup>. Son dönemlerde prazikuantel, albendazole alternatif olarak tek başına veya albendazole birlikte kombine olarak kullanılmaktadır<sup>6,8-11,18</sup>. Kliniğimizde biz en az 3 ay süreli albendazol kullanımını tercih ediyoruz. Ameliyat sonrası dönemde olgumuza da albendazol verilmeye başlanmıştır. İntraperitoneal bir implantasyon veya enfestasyon olup olmadığının saptanabilmesi için 3 ve 6 aylık aralıklarla ultrasonografi muayenesi ile kontrolleri planlanmıştır.

Sonuç olarak; hidatik kistlerin endemik olduğu bölgelerde travma sonrasında rüptür ve anaflaksin görülebileceği unutulmamalı, bu olgulara ultrasonografi acilen yapılmalıdır. Bilgisayarlı tomografi ile tanı desteklenmeli ve karın içi diğer patolojiler araştırılmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Gomez TR, Lopez MA, Verano GJ, et al. Anaphylaxis as first manifestation of unknown hydatid disease. *Ann Med Interna* 2003; 20(3): 156-7.
2. Ivanis N, Zeidler F, Sever PM, et al. Lethal rupture of an echinococcal cyst of the liver . *Ultraschall Med* 2003; 24(1): 45-7.
3. Gunay K, Taviloğlu K, Berber E, et al. Traumatic rupture of hydatid cysts: A 12-year experience from an endemic region. *J Trauma* 1999; 46(1): 164-7.
4. Yahya AI, Przybylski J, Foud A. Anaphylactic shock in a patient with ruptured hydatid liver cyst owing to trivial abdominal trauma. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42(6): 423-4.
5. Ruiz-Castro M, Vidal-Marcos A, de Frutos S, et al. Anaphylactic shock caused by the rupture of an unknown hepatic hydatid cyst. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1997; 44(8): 321-3.
6. Milicevic MN. Hydatid disease. In: Blumgart LH, Fong Y (ed). *Surgery of the Liver and Biliary Tract*. 3rd edition. UK, Saunders Comp, 2000: 1167-205.
7. Shlomo L, Dov W. Traumatic rupture of hydatid cysts. *Canadian Journal of Surgery* 1996; 39: 293-6.
8. Schwartz SI. Liver. In: Schwartz SI, Shires GT (ed). *Principles of Surgery*. 7th edition. New York, McGraw-Hill, 1999: 1395-437.



9. Teggi A, Giattino M, Franchi C, et al. A hypothesis on the significance of an increase in serum transaminases in patients with hydatidosis treated with benzimidazole carbamates. *Recenti Prog Med* 1997; 88(10): 452-8.
10. Owczarczyk SM, Olenski J. Echinococcus granulosus cysts in the liver. Ultrasonography findings during medical treatment. *Pol Merkuriusz Lek* 1999; 7(37): 4-7.
11. Magambo JK, Zeyhle E, Nganda NT, et al. Echinococcus granulosus: Ultrastructural effect of albendazole therapy. *Afr J Health Sci* 1994; 1(4): 169-74.
12. Hemming A, Gallinger S. Liver. In: Norton JA, Bollinger RR (ed). *Basic Science and Clinical Evidence*. 1st edition. New York, Springer-Verlag, 2001: 585-617.
13. Jabbour N, Shirazi SK, Genyk Y, et al. Surgical management of complicated hydatid disease of the liver. *Am Surg* 2002; 68(11): 984-8.
14. Waghlikar GD, Sikora SS, Kumar A, et al. Surgical management of complicated hydatid cysts of the liver. *Trop Gastroenterol* 2002; 23(1): 35-7.
15. Bedirli A, Sakrak O, Sozuer EM, et al. Surgical management of spontaneous intrabiliary rupture of hydatid liver cysts. *Surg Today* 2002; 32(7): 594-7.
16. Atli M, Kama NA, Yuksek YN, et al. Intrabiliary rupture of a hepatic hydatid cyst: Associated clinical factors and proper management. *Arch Surg* 2001; 136(11): 1249-55.
17. Elbir O, Gundogdu H, Caglikulekci 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. *Hepatogastroenterology* 2001; 48(40): 1094-6.
18. Keshmiri M, Baharvahdat H, Fattahi SH, et al. Albendazole versus placebo in treatment of echinococcosis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2001; 95(2): 190-4.