

SAFRA YOLLARINA AÇILAN KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNDE TANI VE TEDAVİ SONUÇLARI

(32 hastanın retrospektif olarak incelenmesi)

Levent BOZATLI (1) Selim DEMİRCİ (2) Turgut ÇAVUŞOĞLU (3) Ebru ERBAYAT (4) İsmail KAYABALI (5)

32 hastadan meydana gelen safra yollarına açılmış bir kist hidatik serisi sunuldu. Belirtiler her zaman tipik değildir. Tanıda en çok yardımcı yöntem ultrasonografidir. Yanlış ön tanı oranı %10'dur. Karaciğerdeki kist hidatik tedavisinde, %52.7 marsupiyalizasyon ve dış drenaj, %12.4 basit dış drenaj, %3.1 kisto-jejunostomi, %3.1 atipik hepatektomi ve %3.1 omentum plombajı yapıldı. Koledok patolojisinin tedavisi için sistemik T drenajı uygulandı. Koledok safrasının bakteriolojik muayenesi %11.1 steril olduğunu gösterdi.

Total morbidite %36.5'dir. Mortalite yoktur. Uzun süreli takibler cesaret verici olmuştur.

A series of 32 patients with hydatid cyst opening in bile duct were presented. The findings are not always typical. Ultrasonography is the best method in diagnosis. For the therapy of hydatid cyst in the liver, marsupialization and external drainage, simple external drainage, cysto-jejunostomy, atypical hepatic resection, and omentum implantation were performed in ratios of: 52.7%, 12.4%, 3.1%, 3.1%, 3.1%, respectively. For the treatment of choledocal pathology, (T) drainage was performed. Bacteriological analyses of choledocal bile showed 11% was sterile.

Total morbidite is 36%. There is no mortalite. The result of long-term follow-up are encouraging.

GİRİŞ

Son 10 yılda kliniğimizde izlenen karaciğer kist hidatikleri olgularında safra yollarına açılma insidansı % 2,4-5,6 arasında bulunmuştur. 32 hastadan meydana gelen safra yollarına açılmış karaciğer kist hidatigi serisi retrospektif olarak incelenmiştir. Sağ hipokondrial ağrı, obstrüktif sarılık, ateş, titreme gibi belirtiler her zaman tipik değildir. Tanıda en çok yardımcı yöntem ultrasonografidir. Yanlış ön tanı oranı % 10 olarak bulunmuştur. Serimizde karaciğerdeki Kist Hidatigin tedavisi için %52.7 marsupiyalizasyon + dış drenaj, %15.5 basit dış drenaj %3.1 omentum plombajı yapıldı. Koledok patolojisinin tedavisi için sistemik T tüp drenajı uygulandı. Koledok safrasının bakteriolojik muayenesi %11.1 steril olduğunu gösterdi. Total morbidite %36.5 ve mortalite yoktur.

Karaciğer Kist Hidatiklerinin genellikle karaciğer içindeki büyük safra yollarına açılması konusunda 1960'lı yıllardan bu yana gittikçe artan sayıda araştırma yapılmıştır. Bu yayın ve bildirimlerde vaka sayısının az olmasına karşılık (çünkü Batıda kist hidatik bir ithal hastalıktır ve azdır.) Tanı, tedavi, morbidite ve mortalite tartışılmış ancak birkaç araştırıcı dışında konunun fizyopatolojisine değinilmemişti (2,4,8,9,13,21).

Bu konuda ilk çalışmayı yapan Dew(6) Karaciğer kist hidatiklerinin %55-60 oranında sağ hepatik safra kanalına, %25-30 sol hepatik safra kanalına ve %7-9 ortak safra kanalına açılabilirdiğini belirtmiştir. Koledok ve safra kesesine rüptür çok nadir olarak gösterilmiştir. Karaciğer kist hidatiklerinin safra yollarına rüptürü kistin giderek genişlemesi ve çevre karaciğer parankimine, damarlara ve bilier kanallara basısı ile iki şekilde ortaya çıkabilir. Bunlardan biri sıklıkla görülen küçük safra kanallarına olan sızıntı şeklindeki kist hidatik rüptürleri, diğeri kız vezikülleri, laminar parçalar gibi büyük kist içeriklerinin karıştığı daha geniş safra yollarına olan açık rüptürdür. Son şekilde rüptür kolanjitise ve kist içerikleriyle bilier obstrüksiyon neden olabilirse de preoperatif olarak tanı koymak mümkündür.

(1) Kartal Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı

(2) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Uzmanı

(3) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi

(4) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi İntern Doktor

(5) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Profesörü

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalında 1980-1989 yıllarında başvuran 32 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastaların 18'i (%56,2) erkek, 14'ü (43,8) kadındır. Yaş ortalaması 32,2 (en genç 19, en yaşlı 88).

Ameliyat Öncesi Bulgular:

A. Semptomatoloji (tablo 1)'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Materyalizimde Semptomlar

Belirti ve bulgular	Vak'a sayısı	Oranı (%)
Ağrı	24	7,5
Zayıflama	14	43,7
Sarılık	18	56,2
Ateş	11	34,3
Hepatomegali	22 (ortalama 6 cm)	78,01
Tümör	3	9,2
Nüks	9	28,1
Fistül	2	6,2

Tablo II. Serimizdeki laboratuvar tetkikleri

Parametre	Ortalama değerler	Normal sınırları
Hb(%)	58,9	
Htc(%)	42,2	
Lökosit	8,75	10.000
Sedim.	60 mm	
Total Bil.	6,4 mgr	
Direkt Bil.	3,5 mgr	
AKŞ	121,2 mgr	%70-110
Üre	19,3 mgr	%10-40
SGOT	172	
SGPT	194	
Alk.Fosfataz	184	
Serum Alb	3,35 gr	

B. Laboratuvar muayene bulguları:

Tablo 2'de rutin muayene sonuçları özetlenmiştir.

Bu seride yalancı (+) sonuçlar verdiği için Kist Hidatik (KH) ile ilgili serolojik muayeneler yapılmadı.

C. Radyolojik muayene sonuçları:

1. Her hastada sistemik olarak karaciğer ultrasonografisi yapıldı. Sonuç şu biçimde özetlenebilir:

a. Bütün hastalarda K.H. (Kist Hidatik) tanısı kolaylıkla konmuştur (% 100 doğru tanı).

b. 5 hastada köledok genişlemiş bulundu (%29).

c. Geri kalan hastalarda kist'in safra yollarına açıldığı belirlendi (%71 pozitif sonuç).

2. Yalnız bir hastada ERCP (Endoskopik Retrograt Kolangio Pancreatograf).

3. Tomografi, magnetik rezonans ve karaciğer radyoaktif tarama metodları kullanılmadı, diafragma'ların radyolojik kontrolü her hastada uygulandı.

D. Yanlış ön tanı oranı:

% 10'dur. En çok karıştırma safra yolları selim darlıkları ve taşları ile yapılmıştır.

III. AMELİYAT BULGULARI

A. Kist'in lokalizasyonu:

Sağ lob: 27 (%84,1), sol lob: 2 (%6,2), Bilateral: 2 (%6,2) Lobus quadratus: 1 (%3,1).

B. uygulanan girişimler:

Yapılan cerrahi girişim 2 bölümde incelenebilir:

1. **Karaciğer'deki Kist'in tedavisi:** 17 Karsupializasyon + Dış drenaj (%52,7), 5 basit dış drenaj (%15,5), 4 drenajsız tedavi (%12,4), 1 kisto-anastomoz (%3,1), 1 atipik hepatektomi (%3,1) ve 1 omentopeksi (%3,1). 3 hastaya kist tedavisi için ayrı bir girişim yapılmadı (%9,3).

2. **Koledok'taki kist artıklarının tedavisi:** Bu amaçla 32 drenajı (% 100) yapılmıştır.

C. **C-Koledok safrasının bakteriyolojik muayenesi:**

9 hastada yapıldı: 2 vaka Staph.albus, bir vaka Staph.citreus, 2 vaka E.Coli, 2 vaka Klebsiella, bir vaka Fseudomonas, bir vaka roteus üredi, bir hastada üreme olmadı (Bu seride aneerojik çalışma yapılmamıştır).

Ç. **Birlikte bulunan patoloji:**

Bir hastada C-koledok'ta, bir başkasına da safra kesesinde "para-kidatik" denen taşlar bulundu;

Bir başka hastada inoperabl dönemde pankreas başı Ca. vardı; ancak bir derivasyon yapılabilirdi.

IV. AMELİYAT SONRASI

A. **Morbidite:**

Serimizde post-operatif morbidite şu şekilde sıralanabilir:

1. **Flöro-pülmoner komplikasyonlar:** 5 (%27,9).

2. **Diafragma altı abse'si:** 2 (%9,3). Ultrasonografik kontrol altında ponksiyon ile boşaltılan bu abselerin her ikisinde de Klebsiella üredi. Tedavide abse poşlarının %0,2'lik AgNO₃ eriyiği ile yıkanması başarılı sonuç verdi.

3. **Karın duvarı abse'si:** 4 (%12,4).

Toplam morbidite: 46,8'tir.

B. **Mortalite:**

Bu seride mortalite yoktur.

C. Bu seride post-operatif şifa'nın seyri, T dreni yoluyla yapılan kolangiografilerle izlenmiştir (Şekil -

Ç. **Uzun süreli ekip sonuçları:**

Bir hasta, ameliyattan 6 ay sonra, cerrahi drenaja rağmen proteus empyema'sı ile kaybedildi. Öteki hastalarımızda uzun süre takip sonuçlar memnurluk vericidir.

V. TARTIŞMA

Bizim yönümüzden konunun 3 ilginç yanı vardır:

A. Karaciğer K.H.lerinin safra yollarına açılması ve olayların gelişmesinin fizyopatolojisi.

B. Belirtilerin, klasiklerin sandığından daha hafif oluşu.
C. Koledok'taki patolojinin tedavisinde hangi metodum kullanılacağı.

Aşağıda bu konular sırasıyla irdelenmiştir.

A. Karaciğer K.H.lerinin safra yollarına açılması ve olayların gelişmesinin fizyopatolojisi:

K.H.lerin safra yollarına açıldıklarında ilk defa 1928'de K.Dew dikkati çekti (6). Çeşitli araştırmacıların verdikleri sayılara göre karaciğer K.H.leri safra yollarına % 12-34 arasında bir oranda açılır; materyalizme göre bu oran %2,4-5,6 arasında değişmektedir (Tablo - 3).

Tablo III. Koledok patolojisinde yapılan değişik çalışmaların sonuçları.

Yazar	Yıl	Koledoka açılan K.hidatik sayı ve oranı	Yapılan girişim	Mortalite (%)
J.R.Markins (10)	1962	8 (%20,6)	T drenajı	0
J.D.Marris (11)	1965	2 (?)	"	0
Y.B.Kattan (12)	1975	15 (%11,9)	"	0
J.W.Lewis (20)	1975	1 (%34)	"	0
J.L.Barros (2)	1978	36 (%12,2)	Sfenkteropl. + Kisto-anast.	5,5
M.Martinez-Diaz	1979	13 (%13)	Sfenkteropl.	?
İ.Sayek (23)	1980	16 (%16)	T drenajı	3
K.Ennabli (7)	1983	65 (%28,2)	"	14
A.Ovnat (22)	1983	4 (%25)	Karma	0
L.Belli (3)	1983	9 (%21)	T drenajı	0
J.C.Langer (19)	1983	11 (%27,5)	"	0
İ.Kayabalı (15)	1983	14 (%2,4)	"	0
J.Dadoukis (5)	1984	45 (%17)	"	2,2
İ.Kayabalı (17)	1984	9 (%2,9)	"	0
A.Alper (1)	1987	28 (% 16)	Koledok-Doud.	3,9
V.Sirbu (24)	1987	?	?	12,5
İ.Kayabalı (18)	1988	9 (%5,6)	T drenajı	0
Serimiz	1989	32 (%2,5)	"	0

Safra yollarına açılan K.H.ler Choledocus ve Oddi sfenkte-ri'nde mekanik ve fonksiyonel olarak iki türlü değişikliğe yol açmaktadır:

1. Kız vezikül ve membran parçalarının meydana getirdiği MEKANİK TIKANMA. Bu durum, bütün araştırmacıların standart olarak belirttikleri basit bir mekanik olaydır.

2. Koledok'a geçen Eau de roche'un meydana getirdiği allerjik reaksiyon ve irkilme yüzünden Oddi sfenkte-ri'nde meydana gelen şiddetli spazm (Fonksiyonel tıkanma). Bu olaya ilk defa 1955'te F.Goinard dikkati çekmiş ve "KİST HİDATİK'E BAĞLI ODDİ FİBROSİS"i olarak tanımlamıştır (8). Daha sonra başka araştırmacılar da bu konuyla ilgilendiler (2). Gerçekte bu organik bir Oddi stenosis'i değil, yalnızca geçici bir Oddi hypertonia'sıdır. Karaciğer'deki K.H tedavi edilince, yani koledoka Eau de roche akıntısı kesilince kendiliğinden geçer. Bu tutum, tedavi taktiği bakımından çok önemlidir. Bu konuda yapılan çalışmalar gittikçe çoğalmaktadır (2,4,9,15,17,18,23,25).

B. Belirtilerin, klasiklerin sandığından daha hafif oluşu:

Son yıllarda bütün araştırmacılar bu duruma işaret etmektedir. Örneğin akut kolanjitis belirtileri, hastaların ancak yarısında görülmektedir (5). Bizim serimizde bu oran

%44'tür. Birçok seride, bizde de olduğu gibi, mortalite yoktur (Tablo - 3).

C. Koledoktaki patoloji'nin tedavi yönteminin seçilmesi:

Burada temel fikir, koledok içindeki kist artıklarının temizlenmesidir. Fakat ameliyattan sonra aşağı inebilecek artıkların veya yerinde kalabileceklerin yol açacağı yeni tıkanmalardan korunmak da gerekmektedir. Bu bakımdan çeşitli geçici veya sürekli koledok drenaj yöntemleri denenmiştir. Bu konu, son zamanlarda üzerinde çok durulan ve spekülasyon yapılan bir problem haline getirilmiştir (Tablo - 3). Kanımıza göre koledok'taki patolojinin tedavisinde geçici bir süre için koledok safra akımının devire edilmesi ve Oddi'nin istirahata konması yeterlidir. Oddi fonksiyonları düzelince artık drenaja gerek kalmaz. Bu bakımdan da (T) drenajı yeterlidir.

Koledok ve Oddi sfenkte-ri'nin pre ve post-operatif fonksiyon kontrolleri kolanjiografi'lerle kolaylıkla yapılabilir.

Materyalizmde koledok ve Oddi'deki patolojinin tedavisinde sistematik T drenajı başarıyla kullanılmıştır (Tablo - 3). Çeşitli araştırmacıların kullandıkları yöntemler ve sonuçları da aynı tabloda gösterilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1- Alper, A, Emre, A, Uras, A and Ökten, A, Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts of liver, *Brit. J.Surg*, 74:243-245, 1987.
- 2- Barros, J.L, Eydatid disease of the liver, *Am.J.Surg*, 135:597-600, 1978.
- 3- Belli, L, Favero, E.d', Marni, A and Romani, F, Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver, *Am.J.Surg*, 145:239-242, 1983.
- 4- Bourgeon, R, L'ouverture des kystes hydatiques aux voies biliaires intra-hépatiques, *Lyon Chir*, 61:161-164, 1985.
- 5- Dadoukis, J, Gamvros, O. and Aletras, H, Intrabiliary rupture of the hydatid cyst of the liver, *World J.Surg*, 8:786-790, 1984.
- 6- Dew, K, Some complications of hydatid disease, *Brit. J.Surg*, 18:275-293, 1930.
- 7- Ennabli, K.et Said, R, La mortalité post-opératoire des kystes hydatiques du foie, *Lyon Chir*, 79:411-413, 1983.
- 8- Goinard, P, Pegullo, J. et Pelissier, G, Sur la sténose oddienne consécutive à l'ouverture des kystes hydatiques du foie aux voies biliaires, *Mém. Ac. Chir*, 84:619-631, 1958.
- 9- Goinard, P. et al, Traitement des kystes hydatiques du foie ouverts aux voies biliaires, *Lyon Chir*, 66: 52-53, 1970.
- 10- Markins, J.R, Management of complicated hepatic hydatid cysts, *Ann. Surg*, 158: 1020-1034, 1963.
- 11- Harris, J.D., Rupture of hydatid cysts of the liver into the biliary tracts, *Brit.J.Surg*, 52:210-214, 1965.
- 12- Kattan, Y.B., Intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver, *Brit.J.Surg*, 62:885-890, 1975.
- 13- Kayabali, I, Karaciğer kist hidatiklerinin Oddi sfenkeri üzerinde etkisi (6 vak'a münasebetiyle kritik etüd), *Türk Midat. Derg*, 1:18-51, No.5, 1965.
- 14- Kayabali, I, Sur la chirurgie des kystes kydatiques du foie (368 cas), *Lyon Chir*, 67:327-329, 1971.
- 15- Kayabali, I, Küterdem, E, Kaynak, A et al, safra yollarına açılan karaciğer kist hidatikleri (14 vak'alık bir serinin retrospektif incelenmesi), *A.Ü.Tıp Fak. Mec*, 36:81-88, 1983.
- 16- Kayabali, I, Kuterdem, E, Kaynak, A. et Acar, A, Kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires, *Lyon Chir*, 79:32-33, 1983.
- 17- Kayabali, I, Kaynak, A, Kayabali, M. et al, Sur le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques du foie, *Lyon Chir*, 80:186-188, 1984.
- 18- Kayabali, İ, Demirci, S, Baç, B. et al, *Dicle Tıp Fak. derg.* 15: 588-597, 1988.
- 19- Langer, J.C., Rose, D.B., Reystone, J.S. et al, Diagnosis and management of kydatid disease of the liver; a 15-year North American experinece, *Ann.Surg*, 199:412-417, 1984.
- 20- Lewis Jr.J.W, Koss, N. and Kerstein, M.D, A review of echinococcal disease, *Ann. Surg*, 181:390-396, 1975.
- 21- Martinez Diez, M, Goicoechea, R.G, Vidal, E.B. et al, Cent kystes hydatiques du foie opérées, *Lyon Chir*, 75:225-226, 1979.
- 22- Ovnat, A, Paizer, J, Avinoah, E et al, Acute cholangitis caused by ruptured hydatid cyst, *Surg*, 99:497-500, 1984.
- 23- Sayek, I, Yalın, R and Sanaç, J, Surgical treatment of hydatid disease of the liver, *Arch. Surg*, 115:847-850, 1980.
- 24- Sirbu, V, Ganae, C, Lezarine, D. et al, Le kyste hydatique hépatique dans les voies biliaires, *Arch. L'union Méd. Balkanique*, 25:454, No.5-6, 1987.
- 25- Comunez F, Simo G, Robledo R, Lafventes, Fortea F Ultrasound Drognosis of Ruphwed Hylahd Cyst of the Liver with Bibary Obslwetion Coshointest *Rad* 11:330-333, 1986.