

## MINİMAL TRAVMAYA BAĞLI KİST HİDATİK PERFORASYONU “OLGU SUNUMU”

### HYDATID CYST PERFORATION DUE TO MINOR TRAUMA “CASE REPORT”

Dr. Fehmi ÇELEBİ, Dr. A.Ahmet BALIK, Dr. S.Selçuk ATAMANALP, Dr. Sabahattin DALGA

**ÖZET :** Karaciğer kist hidatiği eski bir hastalık olup Hipocrates zamanından beri bilinmektedir. Dünyanın bazı bölgelerinde ve ülkemizde yaygın olan hastalığın önemli komplikasyonları vardır. Zamanında ve uygun tedavi edilmeyen hastalık komplikasyonlarının ortaya çıkmasıyla öldürücü olabilir. Endemik bölgelerde genellikle uzun süre semptomsuz seyredebilir. Makalemizde çeşitli nedenlerle karaciğer kist hidatiği perforasyonuna bağlı meydana gelen üç akut karın tablosu literatür ışığında irdelendi.

**Anahtar Kelimeler :** Karaciğer kist hidatiği, Travma, Perforasyon

**SUMMARY :** Hydatid disease of the liver has been known since Hipocrates. The disease, which occurs in Turkey and many other countries, has serious complications. The disease could be symptom free for long time. In this issue 3 patients who have acute abdomen due to perforation of hydatid cysts of the liver are reported.

**Key words :** Hydatid disease of the liver, Trauma, Perforation

Hipokrat zamanından beri bilinen kist hidatik, günümüzde Güney Amerika, Uzakdoğu ülkeleri, Ortadoğu, Akdeniz ve Doğu Avrupa'da endemik olarak bulunur (1-4). Etken Echinococcus granulosus'tur. Ülkemiz sıklık bakımından dünyada beşinci sırada yer almaktadır. Hemen her bölgede olmakla beraber Doğu Anadolu bölgesinde daha sık görülmektedir. Ülkemiz için görülme sıklığı 100.000'de 6.6'dır(5-7).

Uzun süre semptomsuz seyredabilen bu hastalığın tanı ve tedavisinin zamanında ve uygun olarak yapılması gerekir. Çünkü hastanın hayatını tehlikeye sokabilen; kist enfeksiyonu ve rüptürü, anaflaksi, safra yolu tıkanıklığı gibi ciddi komplikasyonları vardır(1,4,5).

Hastalığın günümüzde seçkin tedavisinden birisi cerrahidir(1,3,5,7-9). Cerrahi tedavide temel amaç yüksek komplikasyon riskini ve nüksleri minimuma indirmektir(9). Cerrahi tekniklerin gelişmesiyle ameliyatları kolaylaşmış, postoperatif biliyer fistül ve sepsislerin görülme sıklığı azalmıştır. Buna paralel olarak nüks oranların da giderek azalmaktadır(3,5,6). Operasyon sırasında kist sıvısının etrafa yayılması ile nükslerin meydana gelme ihtimali, geliştirilen nontoksik skolosidal ajanlarla minimuma indirilmiştir(4,7,10).

Makalemizde çeşitli nedenlere bağlı perfore olarak akut batın tablosu oluşturan 3 karaciğer kist hidatiği olgusu irdelendi.

#### 1. Olgu,

33 yaşında, bayan hasta (protokol No:14021). Zaman zaman benzer şikayetleri olan hasta müracaatından 3-4 saat önce göbük çevresinde başlayan daha sonra tüm karına yayılan ağrı, bulantı, kusma ve yüksek ateş şikayetleri ile kliniğimize müracaat ettirildi.

Fizik muayenede genel durumu orta, vital bulgular TA 110/60 mmHg, Nb 84 /dak. idi. Koltuk altı ateş 37.5 C°, rektal ateş 38.5 C° olarak bulundu. Vücutta özellikle üst ekstremitelerde ürtiker tarzında cilt döküntüleri mevcuttu. Karnın solunuma katılımı azalmıştı. Barsak sesleri hipokinetikti. Palpasyonda karında özellikle sağ üst kadranda hassasiyeti, adale defansı vardı. Rebound fenomeni pozitif olarak değerlendirildi. İstenecek hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerden beyaz küre 17800/mm<sup>3</sup> iken diğer parametreler normal değerler içindeydi.

Karın ultrasound'unda (USG), karaciğerde sol lob medial kesimde yaklaşık 116X66 mm boyutlarında anekoik içinde germinatif membranla uyumlu ekojen kistik görünüm, dalak normalden büyük içinde yaklaşık 100X80 mm boyutlarında düzgün kenarlı anekoik kistik görünüm, uterus 16 haftayla uyumlu gebelik boyutlarında ve intraperitoneal minimal anekoik serbest mayi olduğu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D.

**Yazışma Adresi : Dr. Fehmi ÇELEBİ**

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aziziye Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı ERZURUM

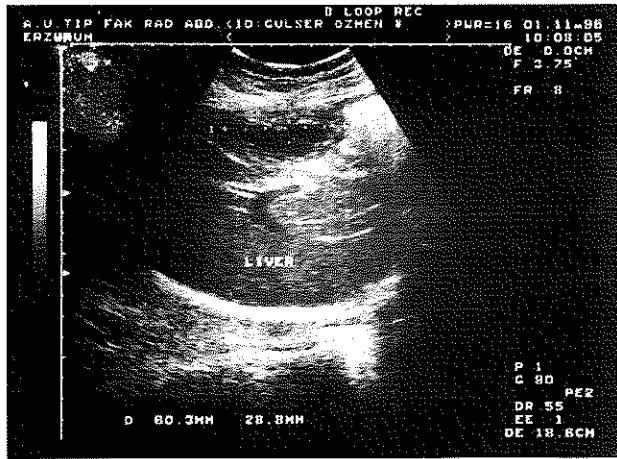
rapor edildi(Resim 1).

Yatışının ikinci gününde operasyona alınan hastada eksplorasyonda; karaciğer (KC) sol lob medial yerleşimli safra kesesi komşuluğunda perfore olmuş ve perforasyon kısmen omentumla kapanmış yaklaşık 10 cm çapında kist hidatik, KC sağ lobu diafragmatik yüzde yaklaşık 5 cm çapında kist hidatik ve karında 700 cc kadar kistik mayi mevcuttu. Perfore olmuş kist poşuna bir adet safra kanalı açık halde idi. Bu safra kanalı ligatüre edildi. Perfore kiste parsiyel kistektomi yapıldıktan sonra geri kalan kist poşu kapitone edildi. KC sağ lobundaki kist skoleksleri hipertonic NaCl ile muamele edildikten sonra kist içeriği boşaltılarak kist poşu kapitone edildi. Splenektomi ile dalak kisti tedavi edildi.

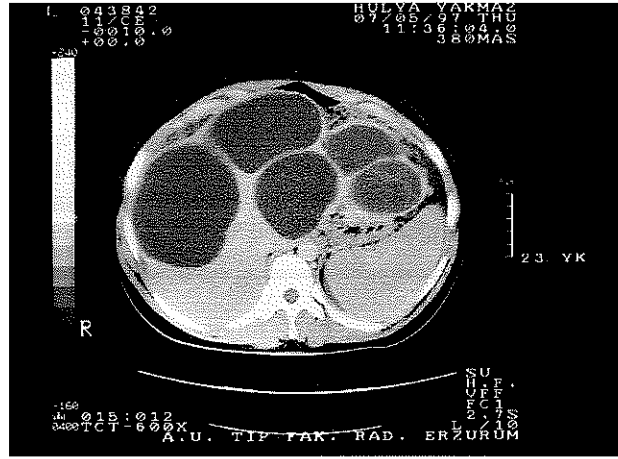
araca(RİA) ait görünümünün olduğu rapor edildi (Resim 2).

İlk etapta müşahade edilmesi uygun görülen hastada akut karın tablosu yerleşince yatışının 6. gününde ameliyata alındı. Eksplorasyonda karın içinde germinatif membran parçaları ve kız veziküller içeren 1000 cc kadar mayi olduğu görüldü. Ayrıca karaciğer kaudal segment hariç sol lobun (2. 3. segment) tamamen kistik yapılarla kaplı ve perfore halde olduğu çok az karaciğer dokusunun kaldığı görüldü. KC sağ lobda çapları 5x10 cm arasında değişen 3 adet kist hidatik daha saptandı. Sol lateral lobektomi ile soldaki kistler, sağ lobdaki kist skoleksleri skolosidal hipertonic NaCl ile muamele edildikten sonra kist içeriği boşaltılarak kist poşu kapitone edildi. Oral alımla birlikte 10 mg/kg ile albendazol başlandı.

Resim I: Olgu 1 de karaciğer kist hidatiğinin USG görüntüsü



Resim II: Olgu 2 de intraabdominal kist hidatiğinin CT görüntüsü



## 2. Olgu,

23 yaşında evli bayan hasta (protokol No:6118/1665). Hastanın yaklaşık 2 yıldan beri devam eden halsizliği, hastanemize müracaatından 20 gün önce başlayan karın ağrısı, karında şişlik ve ateş basmaları yakınmaları olduğu saptandı. Müracaat anında yapılan fizik muayenesinde TA 110/70 mmHg, Nb 80/dak, ateş 36.3C° olarak saptandı. Palpasyonda karında sağ üst kadranda hafif hassasiyet dışında ve rektal tuşede özellik yoktu. Yapılan tetkiklerde beyaz küre 5700/mm<sup>3</sup>, Hb 12.6gr/dl idi. Transaminazlarda ve alkalen fosfatazda hafif yükselme tesbit edildi. Diğer biyokimyasal parametreler normal değerler içinde idi. Ayakta direkt karın grafisinde herhangi bir patolojik bulgu saptanamadı. Hemaglutinasyon testleri 1/256 değeri ile pozitifti.

Karın USG'de karaciğer her iki lobda en büyüğü 11x7 cm çaplı düzgün konturlu anekoik kistik yapılara ait görünüm ve Douglas'da mayi olduğu rapor edildi. Karın tomografisinde(CT) böbrekler seviyesinde karın ön duvarına komşu yaklaşık 6x7 cm çapında düzgün sınırlı, alt karın kesitlerinde uterus ön komşuluğunda yaklaşık 6x7 cm çapında düzgün sınırlı kistik görümlü lezyonların, Douglas'da serbest mayi ve uterus içinde rahim içi

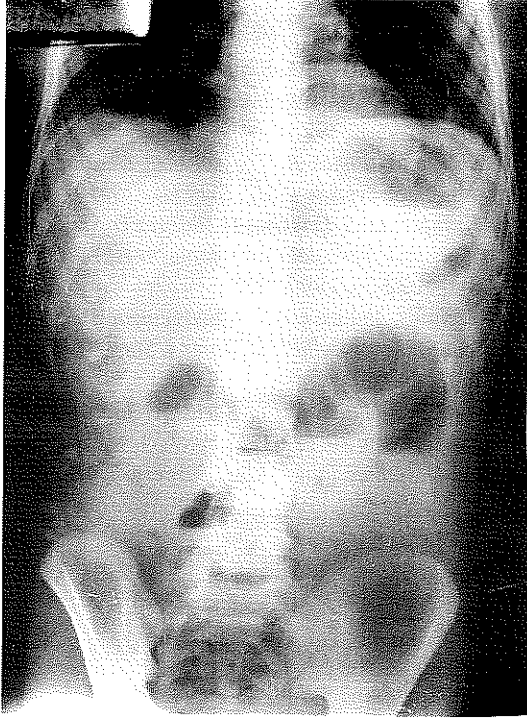
Hasta postoperatif 10. Günde problemsiz taburcu edildi.

## 3. Olgu,

9 yaşında bayan hasta (protokol No:6070/15573). Hasta kliniğimize müracaat ettirilmeden bir gün önce, oyun oynarken arkadaşının sırtından yere düşmesi sonucu karın ağrısı başlamış ve hastaneye götürülmüş. Ayaktan tedavisi düzenlenerek evine gönderilmiş. Hastanın şikayetlerinin geçmemesi ve karın ağrısının artması üzerine hastanemize müracaat ettirildi.

Fizik muayenesinde genel durum orta, vital bulgular TA 100/60 mmHg, Nb 98/dak. Ateş 36.7 C° olarak bulundu. Karın solunuma katılmaktaydı. Palpasyonla karında yaygın hassasiyeti mevcuttu. Adale defansı yoktu. Rebound fenomeni negatif olarak değerlendirildi. Barsak sesleri hipokinetikti. Rektal tuşede özellik yoktu. Peritoneal lavajda safra içerikli mayi alındı. Lavaj mayisinden yapılan yaymada gram(+) koklar, bol PNL hücreler görüldü. Mayinin biyokimyasal analizinde total bilirubin 4.4mg/dl direkt bilirubin 1.7mg/dl, amilaz 13U/l, lipaz 7U/l olarak bulundu. Direkt karın grafisinde birkaç hava sıvı seviyesi mevcuttu(Resim 3). Beyaz küre 15900/mm<sup>3</sup>, Hb 14.8gr/dl

Resim III: Olgu 3 de perfore kiste bağlı akut batınlı hastanın ADB grafisi



idi. Diğer tetkiklerde parametreler normal sınırlar içindeydi.

Operasyon hazırlıklarından sonra median insizyonla karına girildi. Karın içinde 1000 cc kadar mayi mevcuttu. Eksplorasyonun devamında KC sağ lobunda alt yüzde ön kenardan arka kenara kadar uzanan safra kesesi sağ lateral kenarıyla komşu perfore olmuş birbiri ile ilişkili 15x15 cm çapında, diğeri daha küçük içinde germinatif membran içerikleri olan iki adet kist hidatik poşu mevcuttu. Büyük kist poşuna iki adet safra kanalı açılıyordu. Transvers kolon mezosu ve duodenum çevresi safra ile boyanmış haldeydi. Karın içi hipertonic NaCl ile ıslatılmış kopeslerle yıkandı. Daha sonra fleksura hepatica serbestleştirildi. Kocher yapılarak retroperitoneal saha ile duodenumun 1., 2. ve 3. kısmı gözlemlendi. Bu alanda ve diğer karın içi organlarda patoloji tesbit edilemedi. Parsiyel kistektomiden sonra küçük kist poşu kapitone edildi. Büyük kist poşuna açılan safra kanalları ligatüre edildi. Operasyon omentoplasti ile sona erdirildi.

Postoperatif dönemde problem gelişmedi. Oral alımla birlikte 10 mg/kg albendazol başlandı. Hasta postoperatif 14. günde taburcu edildi.

#### TARTIŞMA

Kist hidatik sosyo-ekonomik kalkınmanın geri kaldığı, hayvancılıkla uğraşan ülkelerde oldukça sık rastlanmasına karşılık, gelişmiş ülkelerde az görülmektedir(4,5,11).

Pitt ve arkadaşları (11) tarafından yayınlanan bir raporda ABD'de 26 yılda 24 olgu saptanmış ve ülkeye bu olguların

22'sinin göç ile gelen yabancılar arasında olduğunu rapor etmektedir. Günümüzde insan hareketliliğinin çeşitli nedenlerle devamlı artması bu tür vakaların endemik bölgeler dışında da görülme oranlarını artıracaklarını düşündürmektedir.

KC kist hidatiği hemen her yaşta görülmesine rağmen daha çok erişkin yaş gurubunda gözlenir(1,12). Bizim olgularımız gençti ve yaşları sırasıyla 33, 23, 9 idi.

Uzun süre semptomsuz seyredebilen bu hastalığın tanı ve tedavisinin yapılması gerekmektedir. Çünkü kist enfeksiyonu ve rüptürü, rüptür sonucu anafaksi, safra yolları tıkanıklığı gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlar hastanın hayatını ciddi anlamda tehdit edebilmektedir(1,4,5). Olgularımızın üçünde de kist perfore olarak komplikasyon gelişmişti. Operasyon endikasyonu da akut karın sendromu idi.

KC kist hidatiği teşhisinde USG % 90 oranında doğru teşhis koydurmaktadır(11). Bir kaynağa göre USG nin KC kist hidatiğinde sensitivitesi %93-98, spesifitesi %88-90 dır(13). İlk iki olguda kist hidatik tesbit edilmiş olmasına rağmen düzgün konturlu oluşu ve 1. olguda perforasyon omentumla kapatılmış olması teşhiste yanıltıcı olmuştur. 3. olguda travma hikayesi ve lavajda safra içerikli mayi alınması ekstra hepatic yaralanma düşündürerek her üç olguda gelişen akut karın hali eksploratris laparotomiye karar verirdi.

Olgularımızı hastaneye müracaat ettiren asıl semptom karın ağrısı idi. Fizik muayene ile her üç olguda da akut karın sendromu teşhisi konuldu. Ancak karaciğer kist rüptürünü düşündürecek bir bulgu yoktu. 3. olguda karın ağrısının travma sonucu oluşması ve olgunun yaşının da küçük olması preoperatif dönemde yapılan peritoneal lavajla safra içerikli mayi alınmasına rağmen daha çok ekstra hepatic safra yolları yaralanması düşünüldü. Her üç olguda da akut karın sendromuna yol açan neden intraabdominal minimal basınç artışı olmuştur. Minimal intraabdominal basınç artışı muhtemelen 1. olguda gebeliğe, 2. olguda farkedilemeyen travmaya, 3. olguda düşmeye bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Böyle minimal intraabdominal basınç artışı günlük yaşamda olağandır.

Olgularımızda kist rüptüre olmasına rağmen antijenik yapıdaki kaya suyu anafaksi oluşturmadı. Sadece 1. olguda ürtiker yapıda döküntüler ortaya çıkmıştı.

Her üç olguda da laparotominin geç yapılması, hastaların hastalığının başlangıcında başka bir tedavi merkezine müracaat etmiş olmaları ve orada tedavilerinin düzenlenmesine bağlıydı. Hastaların servisimize müracaatlarıyla ameliyata alınmaları arasında gebe olan 1. olguda 1 gün, hikayesi uzun olan 2. olguda 5 gün ve 3. olguda preoperatif hazırlık süresi kadar bir zaman geçmiştir.

Sonuç olarak kist hidatik, insan hareketliliğine bağlı olarak yaygınlığı gittikçe artmaktadır. Eski bir hastalık olmasına rağmen önemini hala korumaktadır. Duvarı zayıf kistler, önemsenmeyen intraabdominal basınç artışına bağlı rüptüre olabilmektedir. Her yaşta komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir ve bunlardan birisi akut batın

tablosudur. Bu nedene bağlı olarak meydana gelen akut karın tabloları ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle endemik bölgelerde yaşayan veya bu bölgelerden göç edenlerde dikkate alınması gerektiği kanaatindeyiz.

#### KAYNAKLAR

- 1- Langer B, Gallinger S. Cystic Disease of the liver. Züidema G. D. (eds) Shackelford's Surgery of The Alimentary Tract. Volume III. Fourth Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1996, pp, 526-540.
- 2- Atalay F, Gündoğdu H, et al. Surgical treatment of hydatid diseases of the liver. Turk. J. Gastroenterohepatol ,2: 143-148, 1991.
- 3- Bekhti A, Schoops JI, Copnon M. Treatment of hepatic hydatid disease with mebendazole; preliminary results in this ceases. Br Med J, 2:1047-1051, 1977.
- 4- Loger JG, Rose DB, Keystone J. Diagnosis and management of hydatid diseases the liver. Ann Surg, 199:412-417, 1984.
- 5- Minkari T. Hidatik Kist. Çağdaş Cerrahi Dergisi, 2:209-240, 1992.
- 6- Pissiotis LA. Surgical treatment of hydatid disease. Arch Surg, 104:454-459, 1972.
- 7- Sayek İ, Yalın R, Sanaç Y. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg, 115:847-850, 1980.
- 8- Borros JC. Hidatik disease of the liver. The American Journal of Surgery, 135:597-600, 1978.
- 9- Papadimetriou J, Madrekas A. The surgical treatment of hydatid disease of the liver. Br J Surg, 57:431-433, 1970.
- 10- Erzurumlu K, Tezelman S, Çevikbaş U, Eldegez U. Sklerozan kolanjit etyolojisinde skolosidal solusyonların etkisi. Ulusal Cerrahi Dergisi, 6:22-26, 1990.
- 11- Pitt HA, Korzelius J, Tompkins RK. Management of hepatic echinococis in Southern California. Amer. J. Surg, 152:110-115, 1986.
- 12- Tüzün S, Arınç O, Demircioğlu L. Karaciğer hidatik kisti. Çağdaş Cerrahi Dergisi, 20:122-127, 1987.
- 13- Örmeci N. Kist Hidatikde Tanı. T Klin J Surgery, 3: 187-198, 1998.