

KARACİĞER HİDATİK KİSTİ (143 Olgunun analizi)

Dr. Haluk Demiryürek (x)
Dr. Cengiz Güzel (x)
Dr. Üzeyir Yerdelen (x)
Dr. Bahattin Arpalı (x)
Dr. İmdat Sümer (x)

ÖZET :

1982-1988 yılları arasında Erzurum Numune Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde 143 karaciğer hidatik kisti olgusunu saptadık. 26 olgu erkek, 117 olgu dişidir. Yaş ortalaması 43' idi. 105 olguya ameliyat öncesi tanı koyulmuştur. Morbidite %32,16, Mortalite % 1,39 dur.

GİRİŞ :

Hastalık Hipokrat zamanından beri bilinmektedir "Karaciğerde içi su dolu keseler" olarak tarif edilmiştir(2). Güney Amerika, Uzak Doğu, Orta Doğu ve akdeniz endemi bölgeleridir(8). Primer taşıyıcılar köpekler ve kurtlardır. Feçesleriyle atılan yumurtalar sığırlar, koyunlar ve insanlar tarafından ağız yoluyla alınır intestinal mukozadan portal sirkülasyona geçerler ve % 85'i karaciğer ve akciğerde yerleşirler. Komplikasyonsuz kistler asemptomatiktir, semptomlar lokalizasyona bağlı olarak lokal, mekanik veya toksik reaksiyonlardır(4). Hidatik kistlerde engeçerli tedavi cerrahi girişimdir. Amaç, 1) Paraziti öldürmek 2) Komplikasyonları önlemek 3) Kalan kaviteyi kapamak. İşte cerrahi girişimde tartışma konusu olan kalan kavitenin nasıl yok edileceğidir. Bizde 1982 ve 1988 yılları arasında Erzurum Numune Hastanesinde 143 karaciğer kist hidatik olgusuna uyguladığımız cerrahi tedavi ve sonuçlarını analiz ettik.

MATERYAL-METOD

1982-1988 yılları arasında 143 karaciğer kist hidatik olgusu saptandı. Olgularımızın en genci 7, en yaşlısı 68 yaşındadır. Yaş ortalaması 43 dür. 26 (%18,18) erkek, 117(%81,81) kadındır. Yaş gruplarına göre dağılım Tablo 1'de gösterilmiştir.

x Erzurum Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı.

Tablo 1- Yaş gruplarına göre dağılım

Yaş Grubu	Olgu Sayısı	Yüzde
0-10 yaş	3	% 2,09
11-20 yaş	27	%18,88
21-30 yaş	19	%13,28
31-40 yaş	47	%32,86
41-50 yaş	26	%18,18
51-60 yaş	18	%12,58
61-70 yaş	3	% 2,09

Hastalar kliniğimize yakınmaları 7 gün-10 yıl arasında başvurmuşlardır, Tablo 2'de şikayetleri gösterilmiştir. 28 olguda (%19,58) anemi, 49 olguda (%34,26) lökostoza, 3 olguda (% 2,09) hipoglisemi, 8 olguda (% 5,59) hiperglisemi, 38 olguda (% 26,50) kanama ve pıhtılaşma zamanı uzamış, 25 olguda (% 17,46) karaciğer fonksiyon testleri bozulmuş, 9 olguda (% 6,29) hiperbilirubinemia, 54 olguda Casoni deri testi 38'inde (% 70,37) pozitif bulundu.

Tablo 2- Olgularımızın yakınmaları.

Yakınma	Olgu Sayısı	Yüzde
Karında Ağrı	118	%82,51
Karında Kitle	65	%45,45
İstahsızlık	33	%23,07
Halsizlik	33	%23,07
Ateş	28	%19,58
Bulantı-Kusma	28	%19,58
Sarılık	9	% 6,29
Dispne	8	% 5,59
Zayıflama	4	% 2,79
Kabızlık	3	% 2,09

Olgularımızın tamamına direkt karın grafisi ve toraks grafisi çekildi, 65 olguda (% 45,45) sağ diafragma yüksekliği, 3 olguda (% 2,09) kalsifikasyon, 1 olguda (% 0,69) akciğerde opasite görüldü. 105 olguda (% 73,42) ultrasonografi ile tanı koyulmuştur. 105 olgu (% 73,42) ameliyat öncesi kist hidatik, 10 olgu (% 6,99) intraabdominal kitle, 15 olgu (% 10-48) karaciğerde tümöral kitle, 8 olgu (% 5,59) akut taşlı kolesistit, 5 olgu (% 3,49) karaciğer absesi tanısı ile ameliyata alındı.

BULGULAR

143 karaciğer kist hidatiğinde 110 olguda (%76, 92) soliter, 33 olguda (%23,07) multibl kist vardı. Karaciğer sağ lobda 72 olguda (% 50,35) soliter, 6 olguda (%4,19) multipl kist, sol lobda 34 olguda (% 27,32) soliter, 1 olguda (% 0,69) multipl kist vardı. 26 olguda (% 18,18) her iki lobu tutan multipl, 4 olguda (%27, 93) karaciğer hilusunda hidatik kist bulundu. 1 olguda (% 0,69) karaciğer ile birlikte dalakta soliter kist, 8 olguda intraabdominal hidatozis (Omentum, kolon mezosu, periton) saptandı. 26 olgu (% 18,18) enfekte, 3 olgu (% 2,09) kalsifiye kist hidatik idi.

143 olguya uygulanan ameliyat çeşitleri Tablo . 3 de gösterilmiştir. 9 olguda (%6,29) tıkanma sarılığı vardı: 4 olgu (% 2,51) ekstrahepatik bası ile, 1 olgu (%1,39) koledokta veziküllerin tıkanması ile, 4 olgu (% 2,79) kolestatik tipde sarılık idi. Koledokta veziküller ile olan tıkanma sarılığında Kapitonaj- Sfinkteroplasti- T tüp drenaj yapıldı. Diğerlerine, 2 olguya Marsupializasyon, 6 olguda Kistojejunostomi yapıldı.

15 olguda kist hidatikle birlikte safra kesesinde taş mevcuttu kolesistektomi yapıldı, 1 olguda splenektomi yapıldı. 1 olguda tüberküloz peritonei, 1 olgudada Lenfositik Lenfoma tanısı biopsiyle kondu.

Olgularımızda ameliyattan sonra gelişen komplikasyonlar Tablo. 4'de gösterilmiştir.

Olgularımızın 1'i (% 0,69) miyokart enfaktüsünden, 1'i (% 0,69) septik şok nedeniyle kaybedilmiş olup, morbiditemiz % 35-52, mortalitemiz % 1,39 dur.

Tablo 3. 143 olguya uyguladığımız ameliyat türleri.

Uygulanan Ameliyat türü	Olgu Sayısı	Yüzde
Parsiyel Hepatektomi	2	% 1,39
Kistektomi	6	% 4,19
Kapitonaj	61	%42,62
Omentoplasti	3	% 2,09
İntrofleksiyon	3	% 2,09
Marsupializasyon	25	%17,48
Tüp Drenaj	22	%15,31
Kistojejunostomi	6	% 4,19
Kapitonaj-Omentoplasti	10	% 6,99
İntrofleksiyon-Omentoplasti	5	% 3,49

Tablo 4. Olgularımızda gelişen komplikasyonlar.

Komplikasyonlar	Olgu Sayısı	Yüzde
Cilt Altı Enfeksiyon	16	% 11,18
Uzun Süren Tüp Drenaj	12	% 8,32
Uzun Süren Süppürasyon	8	% 5,59
Safra Fistülü	5	% 3,49
Pulmoner Enfeksiyon	4	% 2,79
Kolanjit	2	% 1,39
Sarılık	1	% 0,69
Karaciğer Absesi	1	% 0,69
Septik Şok	1	% 0,69
Miyokart Enfaktüsü	1	% 0,69
Toplam	1	%35,52

TARTIŞMA

Hastalığa sebep olan kistin enfeksiyon, rüptür, anafaksi ve safra yolları tıkanıklığı gibi hayatı tehdit edici komplikasyonlarından dolayı erken tanı ve tedavisi yapılmalıdır(13). Direk karın ve toraks grafilerinde kalsifikasyon patognomik bulgudur. Anjiografi tanıda faydalı fakat invasiv bir yöntemdir. Ultrasonografi ve nuclear scanning yaygın olarak kullanılmaktadır. Ultrasonografi invasiv olmayan bir metod olup lezyonun tabiatı hakkında % 90'a yakın bilgi verir. Gönen hastaların % 80'inde kist için tipik internal echos tarif etmiştir(3). Bizde ultrasonografi ile % 73,42 doğru tanı koyduk.

CASONİ deri testi ve WEINBERG serolojik testi % 87-69 pozitif fakat fals-pozitif, fals-negatif sonuçlar bildirilmiştir (6,14).

Günümüzde kist hidatik hastalığının tedavisi cerrahidir amaç, parazitik sıvı ve paraziti ortamdan uzaklaştırıp, kalan kavitenin yok edilmesidir. Ameliyatlarda ortak tedavi kistin boşaltılması ve skolisidal sıvılar ile irrigasyonudur (9). İntraabdominal hidatozisi önlemek için kaviteyi hipertonic sıvıyla ıslatılmış kompreslerle çevirdik. LANGER kavitenin plastik dreplerle örtülmesini, SAİDİ kriyojenik yöntemle kist mayini dondurmaya uygulamışlardır(7,10). Kullanılan skolisidal sıvılar: Formalin sistemik toksisite ve absorbe olmasından-terk edilmiştir. Chlorhexidine, % 80 alkol, % 0,5 cetrimid, hipertonic tuz solüsyonları daha etkilidir. Biz % 20 tuz ve polivinil-iod, alkol-iod kullandık.

Ufak ve pediküllü kistlere kistektomi basit ve emin bir yoldur fakat hastaların çoğunda kistektomi rezeksiyonu gerektirir ve ameliyat riskini artırır(1,5,11). Kistektomiyi lobların lateraline yerleşmiş kistlerde uyguladık, bir lobu tamamen işgal etmiş kistlerde ise parsiyel hepatektomi yaptık. Hidatik kist cerrahisinde

tartışılan konu kist kavitesinin nasıl yok edileceğidir. Burda iki seçenek var 1) Kavite Drenajı: Eksternal drenaj (Tüp Drenaj, Marsupializasyon); Internal Drenaj (Kistojejunostomi). 2) Kavitenin primer kapatılması: Kapitonaj, omentoplasti, introfleksiyon veya kombine şekilleri.

SAYEK eksternal drenajın yüksek morbidite ve uzun süre hastahane kalma gibi komplikasyonları olduğunu, enfekte ve safra yolları ile ilişkili kistlerde uygulanması gerektiğini bildirmiştir(12). Marsupializasyon ve tüp drenaj uyguladığımız hastalarda cilt altı enfeksiyon, safra fistülü ve uzun süren tüp drenaj, uzun süren süppürasyon gibi komplikasyonlar görüldü. Morbidite % 28,58, hastanede ortalama kalış süresi 54 gündür. Enfekte ve safra yolları ile ilişkili bazı kistlerde bu girişimi uyguladık. İnternal drenajı hilus seviyesinde, kanallarda veya kistin drenajında darlık olabileceğini düşündüğümüz hastalarda uyguladık. Perikistin ve komşu dokuların yumuşak olduğu kistlerde kapitonaj, introfleksiyon, perikist cidar enfeksiyonu nedeniyle fibrozis ve kaslıfikasyonlar olan kistlerde omentoplasti yaptık. Kist kavitesinde retansiyon olabileceğini düşündüğümüz olgularda Kapitonaj-Omentoplasti, İntrofleksiyon-Omentoplasti uyguladık. Kaviteye uygulanan bu ameliyatlardan sonra 4 olguda pulmoner enfeksiyon, 1 olguda hepatik apse, 1 olguda sarılık, 1 olguda miyokart enfaktüsü, 1 olguda septik şok, 2 olguda kolanjit gibi komplikasyonlar gelişti. Morbidite % 6,94, hastanede ortalama kalış süresi 15-20 gün arasında değişmektedir.

Kavitenin primer kapatılması, drenaj işlemine göre daha iyi bir yöntem olduğu, enfekte ve safra yolları ile ilişkili kistlerde drenajın gerekliliği sonucuna vardık.

SONUÇ

Kaviteyi kapamaya yönelik ameliyatlar hemen hemen bütün kist olgularında uygulanabilir. Enfekte ve safra yolları ile ilişkili kistlerde drenaj ameliyatlarının uygulanması doğru bir işlemdir. Eğer kist periferde ve pediküllü ise kistektomi basit ve emin bir yoldur. Hepatektomi çok radikal bir yöntem olarak karşımıza çıkıyor fakat uygun hastalarda uygulanabilir. Morbidite ve hastanede kalış süresini kısaltmak için eksternal drenaj ameliyatlarından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

SUMMARY :

HYDATID DİSEASE OF LİVER

We encountered 143 hydatid disease of liver in Surgical Clinic of Erzurum Numune Hospital between 1982-1988 26 cases were male, 117 cases were female. The average age was 43. The diagnosis had been established in 105 cases. Morbidity was 32,16 percent, Mortality was 1, 39 percent.

KAYNAKLAR

- 1- Belli L., Del Favero., Marni A., Romani F.: Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. *Am. J. Surg.* 145: 239-242, 1983.
- 2- Donovan J.: A study in New Zealand Mortality. Seven Infectious Diseases *N. Zeal. Med. J.* 71: 143-147, 1970.
- 3- Gönen, Ö.: Karaciğer Hastalıklarında B. San Ultrasonografi (B-scan Ultrasonography in liver diseases in Turkish) Thesis. Hacettepe University Hospital. Ankara, Turkey, 1977.
- 4- Haris JD.: Rupture of hydatid cysts of the liver into the biliary tract. *Br. J. Surg.* 52: 210-214, 1965.
- 5- Hasheman H.: Hydatid disease of the liver and other viscera. In Maingot R. *Abdominal operations*, 7th. ed. New-york Appleton-Century Crofts. 1329-1348, 1980.
- 6- Kagan I.G.: A review of serologic tests for the diagnosis of hydatid disease *Bull. WHO.* 39; 25-37, 1968.
- 7- Langer J.; David R; Keyston J.: Diagnosis and Management of hydatid disease of the liver. *Ann. Surg.* 412: 417-199, 1984.
- 8- Levis, JW; Koss N, Kersein MD.: A review of echinococcal disease. *Ann. Surg.* 390-396, 1975.
- 9- Romero-Torres, R, Campbell JR.: An interpretive review of the surgical treatment of hydatid disease. *Surg. Gynecol. Obstet.* 121: 851-864, 1965
- 10- Saidi F, Nazarian I.: Surgical treatment of hydatid cystes by freezing of cyst wall and instillation of 0,5 per-cent silver nitrate solution. *N. Eng. J. Med.* 284. 1346-1348, 1971.
- 11- Saidi F.: *Surgery of hydatid disease*. Philadelphia, WB- Saunders Co., 1976.
- 12- Sayek I., Yalin R., Sanaç Y., Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Arch. Surg.* 115: 847-850, 1980.
- 13- Yalin R., Bilgin N., : Safra yollarına açılan kist hidatiklerinde cerrahi tedavi. (in Turkish) *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni* . 8: 395-401, 1975.
- 14- Yarzabar LA. , Schantz PM., Lobes-lemes MH. : Comparative sensitivity and specificity of the Casoni intradermal and the immunoelectrophoresis tests for the diagnosis of hydatid disease. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 24: 843-848, 1975.