

## SAFRA YOLLARINA AÇILMIŞ KARACİĞER KİST HİDATİĞİ (Vaka Raporu)

Dr. S. Selçuk ATAMANALP (x)  
Dr. Tahsin DEMİRTAŞ (xx)  
Dr. Müfide N. AKÇAY (xxx)

### ÖZET :

*Bu yazıda, karaciğer kist hidatiğinin safra yolların açılmış olduğu bir vaka sunuldu ve konu tartışıldı.*

### GİRİŞ :

Komplikasyon yapmamış karaciğer kist hidatiği genellikle semptomsuzdur. Başlıca komplikasyonlar komşu organ ve boşluklara (safra yollarına, plevraya, peritona, gastrointestinal sisteme) açılma, sekonder enfeksiyon, bası ve allerjik reaksiyonlardır. Bunlar arasında safra yollarına açılma en sık olanıdır. Bu durum, biliyer kolikten akut kolanjite kadar değişik klinik belirtiler ve bulgularla karşımıza çıkar (2,4,6). Bu yazıda, literatürün aksine kliniğimizde oldukça az sayıda görülen bir safra yollarına açılmış karaciğer kist hidatiği vakasını sunduk.

### VAKA RAPORU :

24 yaşında bir kadın hasta 3 günden beri var olan sağ üst karın ağrısı, bulantı-kusma ve sarılık şikayetleri ile başvurdu. Öz ve soy geçmişi özellik arzetmiyordu. Fizik muayenede skleralar ve deride sarılık tesbit edildi. Sağ hipokondriumda hassasiyet ve müsküler defans vardı. Gaita hipokolik görünümdeydi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın total bilirübini % 8,1 mg, direk bilirübini % 6,7 mg buludu. Alkalin fosfataz 78 İÜ ile hafif yüksek, SGOT 180 Ü, SGPT 295 Ü ile orta derecede yüksekti. PTZ ve PTT normaldi. Diğer rutin çalışmalar, idrarda (+) bilirubinüri dışında normaldi. Ultrasonografi, safra kesesinde taş olduğunu ve kesenin hidrops halde olduğunu gösterdi. Hasta, tıkanma sarılığı ön tanısı ile yatırıldı (7.4.1989/4107).

x Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Op.  
xx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Prof. Dr.  
xxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Araş. Gör.

Hasta konservatif tedaviye alındı. Bir haftalık tedavi sonunda bilirubinemide önemli bir düşüş olmadığı gibi karaciğer fonksiyon testlerindeki bozukluğun arttığı görüldü (Total bilirubin % 7,4 mg, direk bilirubin % 6,3 mg, alkalen fosfataz 78 İÜ, SGOT 387 Ü, SGPT 460 Ü). Bunun üzerine laparotomiye karar verildi.

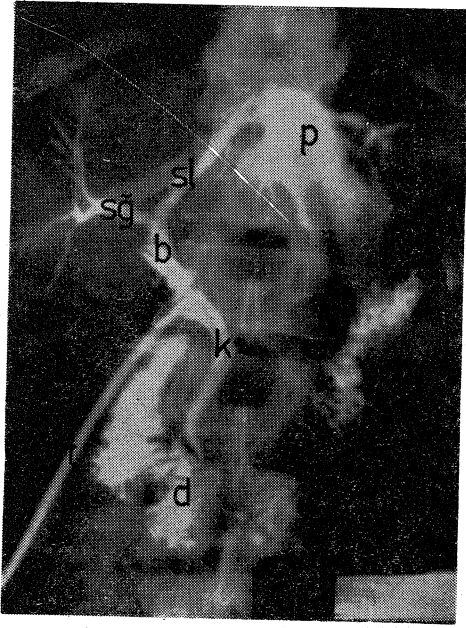
Sağ üst paramediyan insizyonla karına girildiğinde safra kesesinin hidrops halde olduğu, içinde bir adet 1 cm çapında taş olduğu anlaşıldı. Koledok 2 cm çapındaydı. Ayrıca karaciğer sol lob medial segmentinde, safra kesesine komşu 10 cm çaplı bir kitle vardı. Kitleye ponksiyon yapıldığında kaya suyu alındı ve kist hidatik olduğu anlaşıldı. Poş açılarak kist elemanları temizlendi, kist duvarı serum sale ile muamele edilerek marsupializasyon yapıldı. Daha sonra retrograt kolesistektomi yapıldı. Bunu takiben koledokotomi yapıldığında koledok içinde kist hidatik veziküllerinin olduğu görüldü. Vaka, safra yollarına açılmış kist hidatik olarak yorumlandı. Koledoktaki veziküller temizlendi, koledok izotonik tuzlu su ile yıkandı. Bujilerle proksimal ve distale geçiş kontrol edildi. Koledoka T tüpü uygulandı. Dren konulmasını takiben operasyona son verildi.

Hastanın bilirubinleri ve karaciğer fonksiyon testleri, ameliyat sonrası 10 gün içinde normale döndü. Postoperatif 13. gün T tüp kolanjiyogram çekildi. Kolanjiyogramda koledokta pasajın normal olduğu, sol hepatik kanalla ilişkili bir kist poşu olduğu görüldü ve dolayısıyla karaciğerdeki kist hidatığın sol hepatik kanala açılmış olduğu anlaşıldı (Resim-1). Ameliyat sonrası 15. gün hasta, T tüple ve marsupializasyon tüpüyle birlikte taburcu edildi.

Hasta 1 ay sonra kontrol edildiğinde marsupializasyon tüpünden drenajın kesilmiş olduğu görüldü. Marsupializasyon tüpü kademeli olarak çekildi. T tüpü de çekildi. Hasta, şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA :

Safra yollarına açılma, literatürde karaciğer kist hidatığının en alışılmış komplikasyonu olarak bildirilmiştir(2,3,5,6). Bu duruma, çeşitli serilerde % 2-10 arasında rastlandığı, uzun seyirli ve tedavisi gecikmiş vakalarda bu oranın % 40 a kadar çıktığı rapor edilmiştir(1). Kayıtlarımızın incelemesinden, anabilim dalımızda bu komplikasyona, 1980-1989 yıllarını içine alan 10 yıllık sürede 209 vakadan 4 ünde (% 1,9) rastlandığı anlaşılmaktadır. Buna karşılık kistin enfekte olması durumuna 43 vakada (% 20,6) rastlanmıştır. Bu her iki komplikasyonun, tedavinin gecikmesiyle arttığı bilinmekte, bölgemizdeki hastalar da genellikle gecikmiş vaka olarak başvurumaktadırlar. Ancak literatürle uygunluk göstermeyer ve açıklanması güç olan durum, sekonder enfeksiyon komplikasyonunun yüksek oranda görülmesine karşılık, safra yollarına açılma komplikasyonunun benzer oranda artmayışı, aksine literatürdeki oranların alt sınırında kalışdır.



Resim-1: Hastanın T tüp kolanjiyogramı: Safra yollarında pasajın normal olduğu ve duodenuma geçiş olduğu görülüyor. Ayrıca karaciğerdeki kist poşunun sol hepatik kanala açıldığı anlaşılıyor (t: T tüp, k: koledok; d: duodenum, b: birleşik kanal, sğ: sağ hepatik kanal, sl: sol hepatik kanal, p: kist poşu)

Kist hidatiğin büyümesi devam ederken kist poşuna bir safra yolunun açılması, bu komplikasyonun oluşmasında ilk adımdır. Zamanla kist içi basınç artar ve yırtılarak kist elemanları ile skoleksler safra yollarına geçer. Bu durum, tıkanma sarılığına neden olur. Karaciğer kist hidatiği olan hastalarda sarılık varsa bunun nedeni hemen daima safra yollarına açılmadır. Buna karşılık kistin safra yollarına basısı nadir bir nedendir. Olaya, safra yollarındaki piyojen mikroorganizmaların eklenmesi ile de süpürasyon ortaya çıkar (1,2).

Kist hidatiğin safra yollarına açılması, klinikte tıkanma sarılığı ile karşımıza çıkar ki bu durum hidatik sarılık adını alır(1). Sarılığın yanında idrar renginde koyulaşma, gaita renginde açılma gibi kolestaz belirtileri de vardır. Tabloya ateş ve titremenin yanında sağ üst kadrın ağrısının da eklenmesi, kolanjit varlığını düşündürür (2,4).

Ekstrahepatik kist hidatik tanısında komputere tomografi, ultrasonografi-den daha duyarlıdır ve preoperatif tanıda yararlıdır(2). Bizim vakamızda ultrasonografi gerek safra yolları, gerekse karaciğerdeki kist hidatiğin preoperatif tanısında yardımcı olmamıştır. Bu durum, belki de öncelikle tesbit edilen safra kesesi patolojisinin tabloyu açıklamada yeterli olduğunun düşünülmesi sonucu diğer sistemlerin taramasına önem verilmeyişi ile açıklanabilir. Karaciğer kist

hidatiği ve tıkanma sarılığı olan bir hastada koledok eksplorasyonu ve peroperatuar kolanjiyogram çekilmesi, tanıda çok yararlıdır(2,3). Bizim vakamızda da tanı, bu yolla konmuştur. Safra yollarına kist hidatik açılmasının olduğu vakalarda peroperatuar kolanjiyogram, bazen normal de çıkabilir. Ne var ki bu durumlarda görüntü vermeyen kist materyali, spontan olarak düşecek kadar küçüktür (2).

Operasyonda primer kiste yapılacak işlem, aynen rüptüre olmamış kiste yapılan gibi olmalı, ancak kist elemanlarını safra yollarına itmeme için dikkat edilmelidir. Primer kist boşluğunun kapatılması, dışarı drene edilmesine tercih edilmelidir. Koledok eksplere edilmeli, kist elemanları temizlenmelidir. Bu esnada koledoga skolisidal bir ajan vermek, önerilen bir durum değildir. Biliyer kateterlerle koledoktan girilerek proksimaldeki kist boşluğuna ulaşılır ve böylece kist elemanları temizlenir. Aynı kateterlerle distale geçiş te yoklanır. Artık eleman kalma ihtimali nedeniyle peroperatuar kolanjiyogram ve hatta koledokoskopi de yapılabilir. Koledokotori yerinden T tüpü uygulanır. Transduodenal sfinkteroplasti de yapılabilir(2).

Karaciğer kist hidatiğinin safra yollarına açılması komplikasyonu, morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde artırmaktadır. Diğer bir deyişle karaciğer kist hidatiğinde mortalitenin en önemli nedeni sarılık ve kolanjitle seyreden biliyer açılma ve tıkanmadır (2,3).

#### SUMMARY :

### INTRABILIARY RUPTURE OF HYDATID CYST OF THE LIVER (Case Report)

In this paper a case with intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver was presented and the subject was discussed.

#### KAYNAKLAR :

- 1-Al-Hashimi HM. Intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. Br J Surg 1971; 58: 228-232.
- 2- Kune GA. Hydatid disease. In Schwartz SI, Ellis H, eds. Maingets's Abdominal Operations. v 2. 8th ed. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985. pp. 1604-1625.
- 3- Lygidakis NJ. Diagnosis and tereatment of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. Arch Surg 1983, 118: 1186-1189.
- 4- Orloff MJ. The liver. In Sabiston DC Jr. ed. Textbook of Surgery. 11 th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1977. pp. 1119-1120.
- 5- Ovnat A, Peiser J, Avionah E, Barki Y, Charuzi I. Acute cholangitis caused ruptured hydatid cyst. Surgery 1984: 95 497-500.
- 6- Schwartz SI. Liver. In Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, eds. Principles of Surgery. v 2, 5th ed. New York, Mc Graw-Hill Book Co, 1988. pp. 1340-1343.