

KARACİĞERİN NONPARAZİTER SOLİTER KİSTİ

Bir olgu nedeniyle

Dr. Dursun AKDEMİR (x)

Dr. Mete KESİM (xxx)

Dr. Ahmet DEMİRCAN (xx)

Dr. Durkaya ÖREN (xxxx)

Dr. Alaattin ÇAKMAZ (xxxxx)

Ö Z E T

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1973-1983 yılları arasında 13039 ameliyat yapıldı. Bunların içerisinde sadece bir tane nonparaziter soliter karaciğer kistine rastladık. Bu durumun nadir olması dolayısıyla nonparaziter soliter karaciğer kisti çeşitli yönleriyle tartışıldı ve ilgili literatür gözden geçirildi.

G İ R İ Ş

Karaciğerde nadir görülen nonparaziter kistler, tek, multible, diffüz, lokalize, üniloculer veya multiloculer olabilirler. İlk defa 1985 yılında Brodl tarafından tanımlanmıştır. Literatürde, şimdiye kadar 500 olgu bildirilmektedir. Nonparaziter karaciğer kistleri, gelişimsel, travmatik, enfektif ve neoplastik (kistadenoma, duktal papilloma, dermoid kistler, teretoma) kistler olarak sınırlandırılır (3,5,7,8,11

Gelişimdeki konjenital bozukluklar sonucu tıkanan aberan safra kanallarının neden olduğu kistler gelişimsel kistlerdir. Enfektif kistler enfeksiyonun yaptığı hiperplazi sonucu gelişir. Travmatik kistler karaciğer taravması geçirenlerde görülür. Kistadenoma oral kontreseptif kullananlarda daha çoktur. Safra kanallarından gelişen gelişimsel kistler çok nadirdir. Genellikle tektir. Karaciğerin polikistik hastalığı, % 51,6 oranında polikistik böbrekle birlikte. Soliter kistlerde böbrekler normaldir (1,3,7,11,12,14).

x Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Yard. Doçenti

xxx Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Doçenti

xx Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Araştırma görevlisi

xxx Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Yard. Doçenti

xxxxx Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Araştırma görevlisi

Nonparaziter kistler her yaşta görülürse de daha sıklıkla belirtiler 40-50 yaşlarında ortaya çıkar. İntrauterin hayatta fetüsde de rapor edilmiştir. Çocuklarda soliter veya multiple karaciğer kistleri geliştiğinde genellikle başka konjenital anomalilerde vardır. Kadınlarda erkeklere göre 4/1 oranında daha fazladır. Karaciğerin polikistik hastalığında ailevi insidans bildirilmektedir (3,7,8,11).

Nonparaziter kistler, karaciğerin sağ lobunda daha çok yerleşir (sağda sola göre 8/6 oranındadır). Bezelye büyüklüğünden insan başı büyüklüğüne kadar değişik büyüklükte rastlanmıştır. Literatürde tanımlanan en büyük hacimli kist 17 litre mayı ihtiva etmektedir. Nonparaziter soliter kistlerin muhtevası berrak su gibi, sarımsı-kahverenginde, koyu visköz vasıfta veya safralı olabilir. Gelişimsel kistlerin muhtevasının soluk sarı renkli olması tipik özelliğidir. Bazen kiste neden olan duruma göre enfeksiyon, kanama ve kistin dejenerasyonu tesbit edilebilir. Karakteristik olarak kist içi basınç parazitik kistlerde yüksek olduğu halde, nonparazitik soliter kistlerde düşüktür. Ayrıca nonparazitik soliter kistler, kısmen veya tümünden intrahepatik yada pediküllü olabilir (7,8,11).

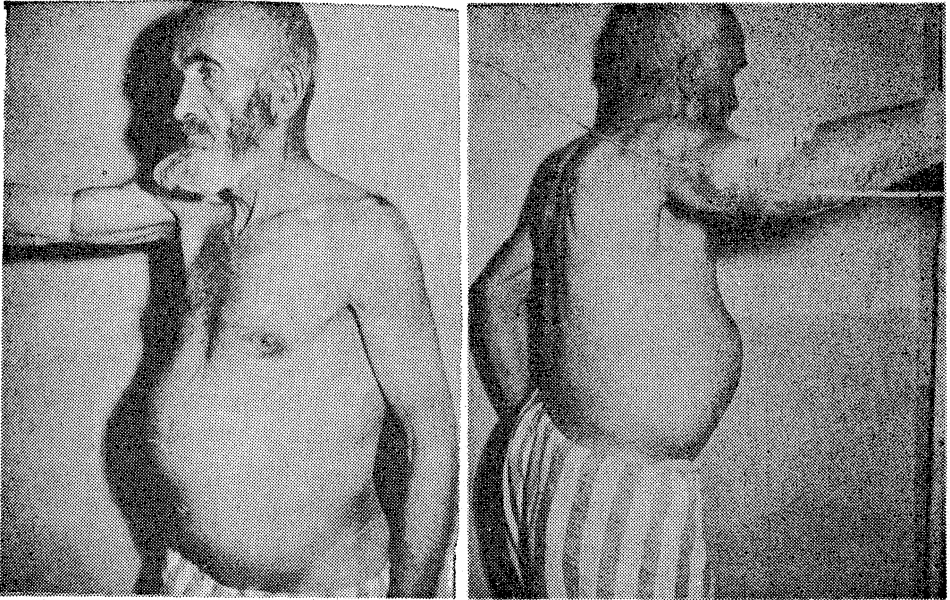
Klinik: Nonparazitik soliter kistler çok yavaş büyüdüklerinden yıllarca belirtir vermezler. Hasta epigastriumda ve sağ hipokondriumda kitle olduğundan şikayet edebilir. Ağrı, distansiyon, bulantı, kusma, ateş, ve sarılık gibi spesifik olmayan yakınmalardan sözeder. Kist içine kanama, enfeksiyon, saplı olanlarda volvulus, bası ve rüptür olduğu zaman septomlar belirginleşir. Muayenede epigastriumda ve sağ hipokondriumda kitle alınabilir. Kitle varsa üstü düz, çok az ağırlı ve sınırları belirgin değildir. Enfekte olanlarda ve kanayanlarda ateş ve hassasiyet barizdir. Rüptüre olmuşlarda akut karın bulguları ortaya çıkar. Spesifik laboratuvar bulguları yoktur. Rutin laboratuvar bulguları ve karaciğer fonksiyon testleri normaldir. Direkt grafide kist karaciğerin büyümüş dansitesi şeklinde görülebilir. Koledoka ve duodenuma baskı olduğunda kiste özgü olmayan tıkanma belirtileri ortaya çıkar. Kolon grafilerinde kist büyükse, kolonu aşağı itebilir. Sintigrafi, hepatik arter anjiyografisi ve laparaskopi yardımcı olabilir. Ultrasonografi tanıda en iyi yardımcıdır. Özellikle soliter kistlerde tanıya çok yardımcıdır. Hastayı rahatsız etmez. Ameliyat öncesi tanı ultrosolla veya hastalık akla getirilmekle konabilir. Ameliyat sırasında kistin natürü hakkında doğru tanı koymakta zordur (1,2,7,8,11),.

Tedavi: Rüptür, kanama, enfeksiyon, torsiyon dışında elektif olarak tedavi edilir. Kistin eksizyonu ideal tedavidir. Kist pediküllü olduğunda, karaciğerden ayrılabilir bir pozisyonda bulunduğu wedge rezeksiyon, mümkünse eksizyon yapılır. Eğer kist karaciğer dokusu içinde ve çok büyükse eksizyon mümkün olmaz. O zaman kist muhtevası aspire edildikten sonra marsüpalizasyon yapılır. Yada en iyisi boşluğa bir pezzet sonda konarak synder Hemovac'a bağlanıp drene edilir. Kist, büyük, intrahepatik ve bir lobun büyük bir kısmını içine almışsa lobektomi tercih edilir. Bazen kist büyük, intrahepatik ve hayati organlarla da ilişkiliyse Roux-en-Y metoduyla kistojunostomi veya kistoduodenostomi uygulanır (1,11,12,13).

VAK'A TAKDİMİ

Ş.Ü. 60 yaşında erkek hasta. 27.9.1973 tarihinde 10309/10314 protokol numarasıyla, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı'na tetkik için yatırılan hasta gözlerinde ve cildinde sarılık, kaşıntı, karnında şişkinlik, gaitasının açık renkte gelmesi şikayetleriyle ve karında kitle-karaciğer kist hidatiği ön tanısıyla 6.10.1983 günü Genel Cerrahi Anabilim Dalımıza alındı. Daha önceden şikayeti olmayan hastanın, 15 gün önce karnında bir şişkinlik olduğu, bu şişkinliğin giderek arttığı, sarılığının çıktığı, kaşıntısının başladığı ve gaitasının açık renkte olduğu kendisi tarafından belirtildi. Öz ve soy geçmişinde kayda değer bir özellik belirtilmedi.

Fizik muayenede: Ateş 37°C, nabız 88/dk, T.A. 120/80 mmHg. Turgor-tonus hafif azalmış, cilt ve scleralar ikterikti. Solunum biraz yüzeysel, ekspirumunda uzama ve sağda kaba bronşial raller vardı. Karın, sağda daha bariz olarak bonbe ve distandü görünümdeydi. Epigastriumu ve tüm sağ karını dolduran üstü düz, az ağrılı, sınırları tam belirlenemeyen, drenen olmayan, karaciğerle ilişkili olacağı düşünülen kitle saptandı (Resim: 1). Perküsyonda epigastrium ve karnın sağ tarafında yaygın matite vardı.



Resim : 1- Hastanın karnının Sağ ve Sol yandan görünümü.

Laboratuvar bulguları: Hb. 13,1 gr, Bk 6200, periferik yaymada sola kayma, sedimantasyon saatte 37 mm, idrarda bilirubin (+++), total kan bilirubini 20 mg %, direkt bilirubin 14,5 mg %, alkalen fosfataz 7,2 K.A.Ü, SGOT 50-80-

150 ü, SGPT 50-70-150 ü, NPN-kan şekeri- alfa-fetoprotein normal, gaitada ster-
kobilinojen ve gizli kan (—), Casoni deri testi ve Weinberg (—) idi. Ultrasonda
karaciğere ait kitle olarak değerlendirildi. E.K.G. Normaldi.

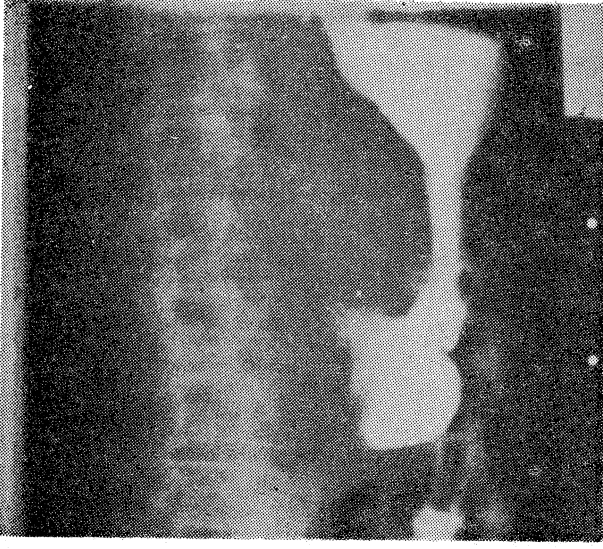


Resim : 2- Sağda diyafragma yükselmiştir.

Telegrafide sağda linear atelektazi ve diyafragmada yükselme vardı (Resim: 2). Mide-duodenum grafisinde midenin vertikal ekseninde uzadığını, mideyle birlikte ince barsakların tamamen sola itildiğini, sağ tarafta karaciğer dansitesine eşit oranda geniş flu görünümü Resim: 3 den izleyebiliriz.

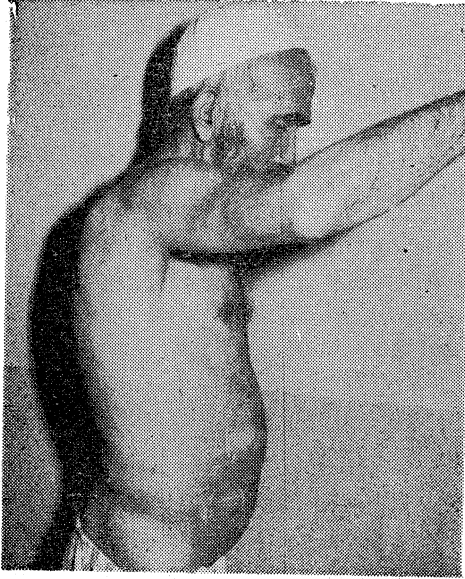
Ameliyat: 7.10.1983 günü karında kitle veya karaciğer kist hidatiğine bağlı tıkanma ikteri tanısıyla ameliyata alındı. E.T.G.A. orta-üst median kesi ile karna girildi. Eksplorasyonda karaciğer sol lobunu tamamen içine alan, sağ lobu kısmen tutan, safra kesesi duvarına yapışık olan ve etrafa yaygın şekilde, 40 cm çapında kist tesbit edildi. Kist içinden 10 litre soluk sarı renkte mayi aspire edildi. Kist duvarı 0,5-2 cm kalınlığındaydı. Kist mideyi, duodenumu sola, transfers kolonu aşağıya itmiş ve koledoğa bası yapmıştı. Kist boşluğunu küçültmek amacıyla % 70 oranında parsiel kistektomi ve kolesistektomi yapıldı. Geriye kalan kist boşluğuna pezzet dren konarak marsupialize edildi. Karın içi diğer organlar salimindi. Ameliyat tanısı, karaciğerin iyi huylu nonparaziter kisti olarak kabul edildi. Patolojik tanı: Nonparaziter soliter karaciğer kisti olarak bildirildi.

Postoperatif dönem iyi seyretti. Beşinci günde kistten az miktarda safralı drenaj oldu. Problem teşkil etmedi. Ameliyat öncesi tesbit edilen tıkanma ikteri laboratuvar bulguları düzeldi. Post operatif dönemde kist muhteva kültüründe



Resim : 3-

psendomonas aerogenosa üredi. Antibiyograma göre enfeksiyon tedavi edildi. Bu enfeksiyon eksojen kontaminasyona bağlıydı. Marsupializasyon yerinden aralıklarla ortalama olarak 50-60 cc drenaj oldu. Drenaj giderek azaldı ve kayboldu. Kist boşluğu tümünden kapandı. Postoperatif 4. günde şifayla taburcu edildi (Resim : 4).



Resim : 4- Karındaki şişliğin kaybolduğu görülmektedir..

TARTIŞMA

Nadir görülen karaciğerin nonparaziter soliter kisti şimdiye kadar literatürde 500 olgu olarak bildirilmektedir (1,3,8,10). 1955-1975 yıllarında Lahey Klinikte (7) 20 yılda 15 tane gelişimsel nonparaziter soliter kistine teşhis ve tedavi edildiği açıklanmaktadır.

Gelişimsel nonparaziter soliter karaciğer kistlerinin etiolojisinde, intra-hepatik bir safra kanalının kistik dilatasyonu olarak kabul edilmektedir. Bizim olgumuzda patolojik tanı nonparaziter soliter karaciğer kisti olarak rapor edilmekte ve kistin orjini hakkında bilgi verilmemektedir. İncelediğimiz literatürün ışığında, olgumuz gelişimsel kiste uymaktadır (1,7).

Eleson ve Smith (3), 8 yılda Filedelphia General Hospital'e müracaat eden 211.046 hastadan ancak ikisinde nonparaziter soliter karaciğer kistine rastlamışlardır. Değişik yerlerde yapılan 20.000 otopside 28 olgu bildirilmektedir.

Genel Cerrahi Anabilim Dalımızda 1973-1983 yılları arasında 13039 ameliyat yapılmış, bir olguda nonparaziter soliter karaciğer kistine rastlanılmıştır.

Hastalarda şikayetlerin 40-50 yaşlarında çok geç olarak ortaya çıkması ve ya-vaş büyüme bizim olguyla uyusur. Nonparaziter soliter karaciğer kistleri, kadınlarda erkeklerden dört kez daha çok görülmesine karşın, bizim olgumuzun erkek oluşu hiç kadın hastada rastlamayıpımız literatüre göre ilginçtir (3,7,8,11).

Sarılık nadir görülen bir klinik bulgudur. Değişik literatürde sarılığın %3-9 ve % 20 oranında görüldüğü bildirilmektedir (3,11). Bizim olgumuzda sarılık önemli şikayetti ve son 15 günde ortaya çıkmıştı.

Hastalığın özel semptomlarının olmayışı ve şikayetlerin geç ortaya çıkması ameliyat öncesi tanıyı zorlaştırmaktadır. Ameliyat öncesi tanıda en değerli yeri ultrason tutmaktadır (9,14). Bizim olgumuzda tıkanma sarılığı bulguları hakimdi ve ultrasonda karaciğerde kitle görüldüğü belirtilmekteydi.

Çoğunlukla nonparaziter soliter karaciğer kisti sağ lobda yerleşir, büyük kistlerde mide-barsak sisteminde yer değiştirme olur (4,6,7,10). Bizim olgumuzda kist, sol lobu tamamen içine almış, sağ lobuda kısmen tutmuştu. Uniloküler ve tekti. Safra kesesi kist duvarının bir elemanıydı. Mide ve barsakların bir kısmı tamamen sola itilmişti.

James'in (8) 15 olguluk nonparaziter soliter karaciğer kist serisinde, kistlerin çapının 0,5-15 cm, kist duvarı kalınlığının 0,5-2 cm. arasında olduğu bildirilmektedir. Zaten literatürde 5-6 litreden fazla kistlere dev kist tabir edilmekte ve en büyük kistin 17 litre olduğu yazılmaktadır (12). Bizim olgumuzun tek olgu olmasına karşın 40 cm çapında ve 10 litre hacminde oluşunu literatüre göre ilginç karşılamak gerekir.

Bizim olgumuzda kist mayii, açık sarı renkteydi. Kist içi basınçda, elle muayenede pek fazla değildi. Literatürde kist mayisi renginin açık sarı olması gelişimsel nonparaziter soliter kist için tipik bir özellik olduğu açıklanmakta, etiyojijiye göre mayinin rengi değişmekte ve kist içi basıncının paraziter kistlere göre düşük olduğu açıklanmaktadır (7,8,11).

Olgumuzda kist subtotal (% 70) rezeksiyon yapıldıktan sonra geriye kalan boşluk içine pezzet sonda konarak marsupializasyon yapıldı. Kistin karaciğerde yerleşme konumu, komşu organlarla olan ilişkileri ve hastanın genel durumu uygun olmadığından kistin eksizyonu, lobektomi veya internal drenaj yöntemlerinden herhangi birisi uygulanmadı. Literatürde de yayınlanan olguların, kist karaciğer içine, çok büyük ve komşu organlarla ilişkileri varsa tamamını çıkarmak mümkün olmadığından marsupializasyon ve drenaj yapıldığı bildirilmektedir (1,7,11,12).

Kolesistektomi yapmamızın nedeni kist duvarına yapışık olan safra kesesinin ileride fonksiyon görmeyeceği, kolesistit ve kolanjite yol açabileceği düşüncesi idi.

Olgumuzda marsupializasyonun sakıncası, hastanın ameliyattan sonra uzun süre hastanede yatmasını gerektirmesi, safra sızıntısı ve enfeksiyonun çıkmasıydı. Tüm bunlara karşın hasta salahlı taburcu edildi. Altı ay sonraki kontrol muayenede hasta tamamen sağlıklıydı.

SONUÇ

Gelişimsel nonparaziter karaciğer kistleri çok nadir görülen bir hastalıktır. Ameliyat öncesi tanı bu hastalıkla gelmekle ve ultrasonla konabilir. Kesin tanı patoloji incelemesiyle ortaya çıkar. İdeal tedavi kistin eksizyonudur. Ameliyat seçiminde hastanın genel durumu, kistin büyüklüğü, kistin karaciğer dokusuyla ve civar organlarla olan ilişkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Genellikle mortalite düşük, prognoz iyidir.

SUMMARY

NONPARASİTAR SOLİTAR HEPATİK CYST

Between the years of 1973 and 1983, 13039 operations for various reasons were performed at Atatürk University Medical Faculty, Department of General Surgery. We encountered only one case of the nonparasitar solitar hepatic cyst among them. Because of the rarity of this entity, we discussed the various aspects of nonparasitar solitar hepatic cyst and reviewed pertinent literature.

KAYNAKLAR

- 1- Avitabile, G., Coppola, M.: Le Cisti Non Parassitarie Del Fegato, quadchir, 1970, 13/6: 284-300.

- 2- Doğru, A.M. Ameliyat öncesi, Ameliyat, Ameliyat sonrası, C.II, Öztekin Matbaacılık, Ankara, 1981, S. 597.
- 3- Erle, H.A., George, E.M., et al.: Solitary hepatic cyst anda benign bile duct polyp, Surg, march, 1981, p. 359-363.
- 4- Grases, P.J., Matos-willalobos, M.: Meserichymal hamartoma of the Liver, Caracas Ven-Gastro-enterology, 1979, 7616: 1466-1469.
- 5- Geage, L.J., Jr., M.D., Temel Cerrahi, Kazancıgil, A.: C..II, Güven kitap-evi yayınları, Sanem matbaası, Ankara, 1979, S. 1237-1239.
- 6- Herrmann, G., Gamstaetter, G., : Gutartige lebertumoren-Diagnose und Therapie, Leber magen Dorm , 1978, 8/2: 94-100.
- 7- James, M.W., James , L.M.: Large intrahepatic cysts and pseudo cysts, Am.J. Surg. volume 135, 1978, P. 57-63.
- 8- John, A., Henry, A., Charles, F., : Malignant Nonparasitic of the Liver, Ann. Surg., November, 1971, P. 716-717.
- 9- Kande, J.V., Felman, A.H.: Ultrasonography in primary hepatic tumors in early childhood, pediatri. Radiol. 1980, 9/2: 77-83.
- 10- Koenig, A., Mueller, J.H.A.: Nichtparasitare zysten Der Leber, Zab. chir., 1976, 101/9: 542-548.
- 11- Maingot, R.: Abdominal operations, volum-2 , Appleton-centruy company NewYork, 1974, P. 1292-1294.
- 12- Pedinielli, L., Bourgeon, A., et al.: Les grands Kyster non parasitaire Du foie Chirurgie, 1973, 99/7: 437-445.
- 13- Tien -Yu, L., Chiou-Chiang, C.: Treatmant of Non-parasitic cystic Disease of the Liver: A new Approach to Therapy With Polycystic Liver, Ann Surg., February. 1968, P. 921-929.
- 14- VanRoekel, V., Marx, W.J., et al. : Cystadenoma of the liver, J. clin. Gastro-enteroloji, 1982, 4/2: 167-172.