

KARACİĞER HİDATİK KİSTİNDE CERRAHİ TEDAVİ (126 Olgunun değerlendirilmesi)

Dr.Durkaya ÖREN *
Dr. K. Yalçın POLAT**
Dr. Murat POLAT **
Dr. İlhan YILDIRGAN***
Dr. Mahmut BAŞOĞLU***

ÖZET :

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında son 10 yılda karaciğer hidatik kisti nedeniyle ameliyat edilen 126 olgunun komplikasyonları ve uygulanan farklı cerrahi girişimlerin sonuçları incelendi. En çok uygulanan ameliyat çeşitleri "tüple dışa drenaj" ve "parsiyel kistektomi+kapitonaj" idi. En fazla komplikasyon tüple dışa drenaj ameliyatında görüldü (% 52.8). Bunu parsiyel kistektomi+dışa drenaj ameliyatı izledi (% 45.4). En düşük komplikasyon oranları kapitonaj (% 10), parsiyel kistektomi+kapitonaj (% 16.6) ve omentoplasti (% 20) ameliyatlarında görüldü. En fazla hastanede kalış süresi 23.1 ± 3.7 gün ile tüple dışa drenaj grubundaydı. En kısa süre ise omentoplasti grubundaydı (9.2 ± 2.3 gün).

Süpürasyonlu ve major safra yolu fistüllü olgular hariç tüple dışa drenaj ameliyatı tavsiye edilen bir metod değildir. Gerek komplikasyon oranlarının düşük oluşu, gerekse hastanede kalış sürelerinin kısa olması nedeniyle uygun olgularda parsiyel kistektomi+kapitonaj, kistektomi ve omentoplasti uygun tedavi metodlarıdır.

GİRİŞ

Hipokrat zamanında beri bilinen hidatik kist günümüzde Güney Amerika, Uzakdoğu ülkeleri, Ortadoğu ve Doğu Avrupa'da endemik olarak bulunur (1,3,4,6). Ülkemiz sıklık açısından dünyada beşinci sırada bulunmaktadır. Hemen her bölgede olmakla birlikte Doğu Anadolu bölgesinde daha sık görülmektedir. Görülme sıklığı ülkemiz için 100.000'de 6.6'dır (7,10,11).

Hastalığın günümüzde en seçkin tedavisi cerrahidir (2,3,7,8,11,13). İlk tedavi şekli olan marsupiyalizasyon ilk olarak 1871'de Lindeman tarafından uygulanmıştır. Kapitonaj ise ilk kez 1895'de Psodon tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın temel anlamda ilk cerrahi prensipleri 1903-1901 yılları arasında Duftier ve

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

*** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Arş. Görevlisi

ark. tarafından tanımlanmıştır (10,11,13). Cerrahi tedavideki temel öge yüksek komplikasyon riskini ve nüksleri minimuma indirmektir (4,8). Başlangıçta ortaya konan cerrahi teknikler yüksek komplikasyon oranlarına sahipti. Cerrahi tekniklerin gelişmesiyle ameliyatlar basite indirgenmekte, postoperatif biliyer fistül ve büyük sepsislere engel olunmaktadır. Nüks oranları da giderek azalmaktadır (3,7,10,13). Geçmişte cerrahların en çok çekindiği kist sıvısının etrafa yayılması ihtimali, geliştirilen nontoksik skolosidal ajanlarla minimuma indirilmiştir (4,5,6,11).

Günümüzde cerrahi tedavideki asıl problem oluşan kist kavitesinin nasıl düzeltileceğidir (9,10,13). Başlangıçta çok iyi olarak tanımlanan marsupiyalizasyon, morbiditenin yüksek olması nedeniyle günümüzde önemini giderek kaybetmektedir. Bunun yerine omentoplasti+tüp drenaj, kapitonaj, kistektomi giderek önem kazanmaktadır (6,9,10,11).

Hidatik kistte medikal tedavinin yeri pek yoktur. 1970'li yıllarda Bekhti ve arkadaşları 3 medikal tedavi olarak mebendazol'ü denedikleri ve başarılı olduklarını rapor ettiler. Ancak daha sonraki deneyimler mebendazol'un cerrahi tedaviye alternatif olamayacağını ortaya koydu (4,6).

Bu çalışmanın amacı Anabilim dalımızda son on yılda karaciğer hidatik kisti nedeniyle ameliyat edilen hastalarda uygulanan farklı cerrahi teknikleri birbirleriyle karşılaştırmak ve bunların morbidite üzerine etkilerini ortaya koymaktır.

MATERYAL VE METOT

Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1.1.1981-31.12.1991 yılları arasında karaciğer hidatik kisti nedeniyle ameliyat edilen 126 hasta dahil edildi. Olguların 73'ü (% 57.9) bayan, 53'ü erkek idi (% 42.1) En küçük olgu 4, en yaşlı olgu 82 yaşında idi. Ortalama yaş 48.2 $\pm$ 4.0 olarak bulundu.

Tüm olgularda ameliyat esnasında kist etrafı, periton ve diğer karın organları kompreslerle iyice korundu. Kist içine ponksiyon yapılarak bir miktar kist mayi boşaltıldı. Daha sonra kist içine % 20'lik povidone iodine solusyonu verilerek 10 dakika beklendi. Bilahare uygun vakalarda trokarla girilerek kist içi muhteva boşaltıldı. Germinatif membran çıkarıldı. Safra sızıntısı olan yerler mümkün olduğunca primer sütürle kapatıldı.

Hastalar preoperatif, operatif ve postoperatif bulgular yönünden incelendi. Postoperatif sonuçlar uygulanan cerrahi girişim şekline göre morbidite açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

En sık görülme yaşı erkeklerde 20-29, bayanlarda 50-59 yaş grubundaydı. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Erkek	Bayan	Toplam
0-9	3	2	5
10-19	6	4	10
20-29	19	15	34
30-39	6	14	20
40-49	12	11	23
50-59	1	20	21
60-69	5	7	12
70 ve üzeri	1	—	1
Toplam	53	73	126

Laparatomide kist en çok karaciğer sağ lobunda ve soliter olarak tesbit edildi. Kist lokalizasyonuna göre dağılım Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Kist Lokalizasyonu

Lokalizasyon	Sayı
Sadece sağ lob	96 (%76.3)
Sadece sol lob	16 (% 12.6)
Her iki lob	14 (% 11.1)

Olgularımıza çeşitli cerrahi girişimler uygulandı. Uygulanan cerrahi girişimler ve girim şekline gözlenen komplikasyon oranları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Cerrahi Tedavinin Şekli ve Komplikasyon Oranları

Tedavi	Hasta Sayısı	Genel Komplikasyon Oranı %
Tüple dışa drenaj	53	28 (% 52.8)
P. Kistektomi+Kapitonaj	30	5 (% 16.6)
P. Kistektomi+ Dışa Drenaj	11	5 (% 45.4)
Kapitonaj	10	1 (% 10.0)
Kistektomi	7	2 (% 28.4)
Omentoplasti		
Drenajlı	4	1 (% 25.0)
Drenajsız	2	0 (% 0.0)
Segmentektomi	5	1 (% 20.0)
P. Kistektomi+Kistoenterostomi	4	0 (% 0.0)

Spesifik komplikasyonlar ayrıca değerlendirildi (Tablo 4).

Tablo 4. Spesifik Komplikasyonlar.

Tedavi	Safra Fistülü	Rezidüel Kavitede Enfeksiyon
Tüple dışa drenaj	7 (% 13.2)	17 (% 34.0)
P. Kistektomi+Kapitonaj	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)
P. Kistektomi+ Dışa Drenaj	0 (% 0.0)	3 (% 27.2)
Kapitonaj	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)
Kistektomi	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)
Omentoplasti		
Drenajlı	0 (% 0.0)	1 (% 25.0)
Drenajsız	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)
Segmentektomi	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)
P. Kistektomi+Kistoenterostomi	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)

Olguların hastanede kalış süreleri her biri tedavi şeklinde ayrı ayrı hesaplandı (Tablo 5).

Tablo 5. Hastanede Kalış Süreleri

Tedavi Şekli	Ortalama Hastanede Kalış Süresi (gün)
Tüple Dışa Drenaj	23.1±3.7
P. Kistektomi+Kapitonaj	16.2±2.8
P. Kistektomi+ Dışa Drenaj	19.1±3.6
Kapitonaj	13.4±1.4
Kistektomi	15.7±2.1
Omentoplasti	
Drenajlı	12.2±1.1
Drenajsız	9.2±2.3
Segmentektomi	10.3±3.1
P. Kistektomi+Kistoenterostomi	14.3±2.1

TARTIŞMA

Hidatik kist hastalığı, sosyo-ekonomik kalkınmanın az olduğu, hayvancılıkla uğraşan ülkelerde oldukça sık rastlanmasına karşılık gelişmiş ülkelerde az görülmektedir (6,7,9). Pitt ve arkadaşları⁹ tarafından yayınlanan bir raporda A.B.D.'de 26 yılda 24 olgu tesbit edildiği ve bu olguların 22'sinin göç nedeniyle bu ülkeye gelen yabancılar arasında tesbit edildiği belirtilmektedir.

Uzun süre semptomsuz seyredebilecek olan bu hastalığın tanı ve tedavisinin yapılması gerekmektedir. Çünkü kist enfeksiyonu ve rüptürü, anafilaksi, safra yolu tıkanıklığı gibi ciddi komplikasyonlar mevcut olup bunlar hastanın hayatını tehlikeye sokabilir (6,7,13).

Karaciğer hidatik kisti hemen her yaşta görülmesine rağmen daha çok erişkin yaş grubunda gözlenir (12,14). Olgularımızda en genç hasta 4, en yaşlı hasta 82 yaşında idi. Erkeklerde en sık görülen yaş gurubu 20-29 bayanlarda ise 50-59 grubu idi.

Hidatik kist karaciğerin en sık sağ lobunda yerleşir. Atalay ve arkadaşlarının¹ çalışmasında % 62.9'nun sadece sağ lobda, % 16.8'nin sol lobda, % 8.09'nun her iki lob arasında, % 12.09'nun sağ ve sol lobda birlikte bulunduğu rapor edildi. Çalışmamızda olguların % 76.3'ü sadece sağ lobda, % 12.6'sı sade-

ce sol lobda ve % 11.1'i her iki lobda birlikte bulunuyordu.

Günümüzde kist hidatiğin en seçkin tedavisi, gerek semptomatik, gerekse asemptomatik olgularda cerrahidir (6,7,10,13). Daha önceleri medikal tedavi amacıyla mebendazol ve albendazol kullanılmış, ancak bunların cerrahi tedaviye alternatif olmayacağı bir çok araştırmalarla ortaya konmuştur (1,2,7,8). Medikal tedavi yalnızca profilaksi amacıyla, birden fazla nükseden kistlerde, genel durumu ameliyat kaldıramıyacak olarlarda ve kist hidatoziste tavsiye edilmektedir (3,5,8).

Karaciğer hidatik kistinin cerrahi tedavisindeki temel ilke; ya kistin patlatılmadan total eksizyonu veya mümkün değilse kistin boşaltılması, germinatif membran ve kız kistlerin çıkartılması ve kist boşluğunun kapatılmasıdır (11,13,14). Ameliyat esnasında diğer batin içi organların dikkatle korunması oldukça önemlidir. Skoleksleri öldürmek amacıyla çeşitli solusyonlar kullanılmaktadır. Eskiden % 40'lık formaldehid solusyonu bu amaçla kullanılmakta idi. Ancak daha sonraki yıllarda yapılan deneysel ve klinik araştırmalar gerek lokal, gerekse sistemik toksik etkilerinden dolayı formaldehidin kullanımının zararlı olduğunu ortaya koymuştur (1,3,4,6,8). Bundan başka % 2-3'lük sodyum klorür, hipertonic glukoz, chlorhexidin, % 0.5'lik cetrimide ve betadin bu amaçla kullanılmaktadır. Ancak bunlarında sklerozan kolanjit gibi yan etkilerinden söz edilmektedir (5). Olgularımızda % 20'lik povidone ioine solusyonu kullandık. Lokal ve sistemik bir toksisite gözlemedik.

Karaciğer hidatik kistinin cerrahi tedavisindeki asıl problem, oluşuan kist kavitesinin nasıl tedavi edileceğidir (2,5,6,7,12). Kist boşluğunun tüple drenajı başlangıçta oldukça fazla uygulanan bir metotttu. Ancak daha sonraki yıllarda postoperatif komplikasyonların yüksek olması, iyileşme süresinin uzun olması nedeniyle terkedilmiştir. Sayek ve arkadaşların¹¹ yaptıkları çalışmada bu olgularda total kompikasyon oranı % 81.8, biliyer fistül oranı % 11 olarak bulundu. Atalay ve arkadaşlarının¹ çalışmalarında ise komplikasyon oranı % 86.7 olarak bulundu. Tüzün ve arkadaşlarının¹³ çalışmasında ise bu gruptaki olguların hastanede ortalama kalış süresi 30 gün olarak bulundu. Çalışma grubumuzda tüple drenaj yapılan olgularda toplam komplikasyon oranı % 52.8, safra fistülü oranı % 13.2, rezidü kalitede enfeksiyon oranı % 34 olarak bulundu. Bu değreler drenajsız ameliyat gruplarından özellikle parsiyel kistektomi+kapitonaj'dan anlamlı ölçüde fazlaydı. (P<0.05). Bu olgularda ortalama hastanede kalış süresini 23.1 ± 3.7 gün olarak bulduk. Verilerimiz literatürle uyumluluk göstermektedir.

Parsiyel kistektomiye ilave olarak geride kalan kist boşluğunun içerisinde kistin kutikuler tabakasından geçen serklaj; dren ile veya drenajsız uygulanabilmektedir (1,4,7,9,14). Ancak bu yöntem kistin diyafragmatik yüzde ve karaciğerin arkasındaki lokalizasyonlarda teknik olarak zordur (3,7). Yapılan çalışmalarda drenajlı grupta komplikasyon oranı % 40, drenajsız grupta ise, % 21 dolayında rapor edilmektedir (13). Ayrıca drenajsız grupta hastanede kalış süresinin önemli ölçüde azaldığı kaydedilmektedir. Bizim çalışmamızda ise drenajsız olgularda komplikasyon oranı % 16.6 olarak bulundu. Rezidü kavitede enfeksiyon ve safra fistülü olgusuna rastlanmadı. Hastanede kalış süresi 16.7 ± 2.8 gün olarak bulundu.

Total kistektomi, kistin kutikuler membranı ile birlikte açılmadan total olarak çıkarılmasıdır. Bu girişim literatürlerde de belirtildiği gibi kistin karaciğerdeki periferik lokalizasyonlarında yapılmaktadır (3,10,12). Santral yerleşimli, önemli komşu oluşumlara yakın lokalizasyonlarda ise riskli olabilen bir yöntemdir. Postoperatif iyileşme süresi kısa, morbiditesi ise oldukça düşüktür. Komplikasyon oranı % 15.30 arasında rapor edilmektedir (4,5,6). Çalışma grubumuzdaki olguların komplikasyon oranı % 28.4 olarak bulundu. hastanede kalış süresi ise 15.7 ± 21 gün idi.

Karaciğer hidatik kisti gibi benign bir hastalık için lobektomi veya segmentektomi bir çok otor tarafından radikal bir girişim olarak görülmektedir. (3,5,7). Olgularımızdan 5'ine segmentektomi yapıldı. Bu grupta komplikasyon oranı % 20, hastanede kalış süresi 10.3 ± 3.1 gün olarak bulundu.

Omentoplasti ilk olarak Papadimetriou ve arkadaşları tarafından ileri sürüldü (8). Hastanede yatış süresinin kısa oluşu komplikasyon oranının az oluşu nedeniyle yurdumuzda da son yıllarda yaygınlık kazanmıştır. Bu tekniğin süpürasyonlu ve major safra yolları ile iştirakli kistler hariç tüm vakalarda kullanılabilceği ileri sürülmektedir (9,10,11). kist boşluğunun omentum ile doldurulmasına ilave olarak kısa süreli tüple drianaj, özellikle enfeksiyon ve safra sızıntısı gibi postoperatif morbiditeyi % 60-70 oranında azaltmaktadır. Bu yöntem ilk kez Sayek ve arkadaşları tarafından önerilmiştir (11). Çalışma grubumuzdaki olgularımızdan 6'sına bu metodu uyguladık bunlardan 4'üne tüple drenaj eklendi. Komplikasyon oranı % 16.6 olarak bulundu. 1 (% 25) olguda rezidü kavitede enfeksiyon gelişti.

Kistin internal drenajı, kistojejunostomi şeklinde uygulanabilmektedir. Reflüx'ü önlemek için kistojejunostominin parsiyel kistektomi sonrası Roux en-Y şeklinde uygulanması ilk kez Bumin tarafından önerilmiştir. Bu yöntemde kist boşluğunun drenajı barsak içine olduğundan safra sızıntısı, elektrolit kaybı olmaması nedenleriyle oldukça başarılı bir yöntem olarak ileri sürülmüştür (2,3,5,11). Çalışma grubumuzdaki olgulardan 4'üne parsiyel kistektomi+kistojejunostomi uygulandı. Komplikasyon oranı % 0.0 olarak bulundu. Hastanede kalış süresi 14.3 ± 2.1 gün olarak bulundu.

Sonuç olarak karaciğer hidatik kistinde birçok cerrahi tedavi şekli geliştirilmiştir. Tüple dışı drenaj gerek komplikasyon oranının yüksek oluşu, gerekse hastanede kalış süresinin uzun olması nedeniyle süpürasyon gibi zorunlu bir neden olmadıkça uygulanmamalıdır. Önemli oluşumlara yakın olmayan kistlerde parsiyel kistektomi + kapitonaj, kapitonaj tavsiye edilebilir. Periferik lokalizasyonlu kistlerde ise kistektomi uygun bir cerrahi yaklaşım olarak kabul edilebilir. Drenajlı veya drenajsız omentoplasti ideal bir ameliyat şekli olarak gözükmemektedir. Ancak bu konuda kanaat belirtebilmek için yeterli olgu sayısına sahip değiliz. Cerrahi tedavi şeklinin seçiminde cerrahın bilgi ve tecrübesi gözardı edilmemesi gereken önemli bir konudur.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF LİVER HYDATİD CYSTS

Complications and various surgical techniques of 126 patient, which operated in Surgery department of Atatürk University, Medical School with a diagnosis of a liver hydatid cyst. in last 10 years, was investigated.

External drainage with tube and partial cystectomy capitonage were carried out most frequently complication were seen mostly in external drainage with tube (52, 8 %); lowest complication ratio were seen in capitonage (10 %), partial cystectomy+capitonage (16.6 %) and omentoplasty (20 %) hospitalization period was longest with external drainage with tube, (23.1±3.7 days), shortest with omentoplasty (9.2±23. days).

External drainage with tube is not recommended method, with the exceptions of major bile duct fistula cases. Due to low complication ratio and short hospitalization, in proper cases, partial cystectomy+capitonage, cystectomy and omentoplasty are appropriate surgical treatment methods for liver hydatid cysts.

KAYNAKLAR

1. Atalay F, Gündoğdu H. et al. Surgical treatment of hydatid diseases of the liver. Turk J Gastroenterohepatol 1991; 2: 143-148
2. Barros JL. Hydatid disease o the liver. The American Journal of Surgery 1978; 135: 597-600.
3. Bekhti, et al. Treatment of hepatic hydatid disease with mebendazole; preliminary results in fur ceses. Br Med J 1977; 2: 1047-1051.
4. Dinstman M, et al. Surgical treatment ofhydatid cyst of the liver. Arch Surg 1971; 103: 76-78.
5. Erzurumlu K, Tezelman S, Çevikbaş U, Eldegez U. Sklerozan kolanjit etiyojijisinde skolosidal solusyonların etkisi. Ulusal Cerrahi Derg 1990; 6: 22-26.
6. Langer JG, Rose DB, et al. Diagnosis and management of hydatid disease of the liver. Ann Surg 1984; 199: 412-417.
7. Minkari T. Hidatik kist. Çağdaş Cerrahi Derg. 199; 2: 209-240.
8. Papadimetriou J, Madrekas A. The surgical treatment of hydatid disease of the liver. Br J Surg 1970; 57: 431-433.
9. Pitt AH. Management of hepatic echinoccocis in Southern California. Amer J Surg 1986; 152: 110.

10. Pssiotis CA. Surgical treatment of hydatid disease. Arch Surg 1972; 104: 454-459.
11. Sayek I, Yalın R, Sanaç Y. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1980; 115: 847-850.
12. Soyubol, İ, Boylu Ş. Karaciğer hidatik kisti. Dirim 1986; 4: 259-267,
13. Tüzün S, Arınç O, Değirmencioğlu L. Karaciğer hidatik kisti. Çağdaş Cerrahi Derg. 1987; 20 122-127.
14. Yalın R. Karaciğer hidatik kisti. Ulusal Cerrahi Derg. 1987; 3: 11-20.