

Ana Safra Yollarına Açılan Dev Karaciğer Kist Hidatiği: Nadir Bir Akut Batın Nedeni

1

Gizem YAMAN¹
Ömer BAŞOL²

GİRİŞ

Kist hidatik (KH) veya kistik ekinokokkozis, Akdeniz ülkeleri, Türkiye, Avustralya, Kuzey Afrika, Güney Amerika, Yeni Zelanda, Filipinler, Kuzey Çin ve Hint Yarımadası'nda endemik olan parazitik bir zoonozdur (1). En sık nedeni küçük bir sestod olan *Echinococcus granulosus* (E. granulosus), daha az sıklıkla neden olan diğer etken ise *Echinococcus multilocularis*'tir. (E. multilocularis/E. alveolaris). E. granulosus'un yıllık insidansı 200/100.000'dir (2). Diğer sestodlara benzer olarak, *Echinococcus* ara ve kesin konağa sahiptir. Kedi ve köpekler kesin konak iken, insan, keçi ve koyunlar ara konaktır (3). Erişkin parazit köpekgillerin ince bağırsağında yaşar ve yumurtaları dışkı ile atılır. Dışkı ile kontamine sebzelerin ara konaklarca tüketilmesi sonrasında ara konağın midesinde yumurtalardan larvalar çıkar. Larvalar, ara konağın ince bağırsak

mukozasından geçerek portal kan akımı ile karaciğere gelirler.

Bu nedenle KH, en sık karaciğerde görülür. Diğer en sık tutulan organlar akciğer ve dalak olmakla birlikte KH, neredeyse tüm organlarda görülebilir (4).

Larvalar, konağın hedef organında, germinatif bir tabaka olup kistik sıvının yapımından ve skoleks ile yavru kistlerin gelişmesinden sorumlu olan endokisti ve dışta opak laminalara sahip bir tabaka olan ektokisti oluştururlar. En dışta konağın dokusuna ait perikist adı verilen bir fibröz kapsül oluşur ve bu kistik yapıyı sınırlar (5).

Ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) en önemli tanısal araçlar olup, komplikasyonları tanımaya ve tedavi planlanmasına yardımcı olur. Kist hidatik tedavisi; medikal tedavi, perkütan drenaj veya açık/laparoskopik cerrahi müdahale şeklindedir (3).

Biz bu çalışmada; karaciğer sol lobunu tama yakın dolduran, sol hepatik safra yollarına açılan ve buna bağlı olarak bilirubin yüksekliği ile akut batın bulguları veren hastayı sunmayı amaçladık.

¹ Araştırma Görevlisi Doktor, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, gizemyaman91@gmail.com

² Doktor Öğretim Üyesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, dromerbasol@gmail.com

Karaciğer KH cerrahisi laparoskopik uygulanabilir. Laparoskopik yaklaşımın, daha az invaziv olması, kısa hastanede kalış süresi, yara yeri enfeksiyonu riskinin az olması ve kist kavitesinin daha iyi görülmesi gibi avantajları olsa da, özellikle Gharbi tip 3 ve 4 KH'de manüplasyon kısıtlı olup, kist içeriğinin intraabdominal bulaş olmadan aspi-re edilmesi zordur (3).

Safra yollarına rüptür, karaciğer kist hidatiğin en yaygın komplikasyonudur ancak, yalnızca %3-17 oranında görülür. Preoperatif BT'de perikistik safra kanalı ve ekzofitik komponent varlığı, biliyer obstrüksiyon riski nedeni ile, cerrahi olmayan tedaviler için kontrendikasyon oluşturur (1). Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP), kistobiliyer ilişkiyi göstererek, preoperatif ve postoperatif dönemde tedavi kararı için rehber olabilir. Biz, vakamıza preoperatif dönemde ERKP uygulayarak, hem safra drenajını sağlayarak hem de safra yollarındaki kist içeriğinin drenajını sağlayarak, hastayı elektif cerrahiye hazırladık. Preoperatif endoskopik sfinkterotomi, postoperatif eksternal fistül oranını %11,1'den %7,6'ya düşürür. Postoperatif dönemde, ERKP, eksternal biliyer fistül yönetimi için bir fırsat sağlar (1,20). Safra yollarına rüptüre karaciğer kist hidatik cerrahisinde, safra yollarındaki tüm kist içeriği temizlenip, intraoperatif kolanjiyografi ve koledoskopi ile ana safra kanalı explore edilirse, T tüp drenaj yeterli bir tedavi olur (21).

PAİR, PAİRD ve PEVAC/MoCat (modifiye kateterizasyon tekniği), karaciğer kist hidatik tedavisinde kullanılan minimal invaziv tekniklerdir. PAİR tekniği evre CE1, CE2 ve CE3 karaciğer kist hidatik için uygundur. PAİR endikasyonları: Perkütan uygulamaya uygun multiple kistler, unilokule kistler, cerrahi tedaviyi reddeden hastalar, cerrahi sonrası relaps gelişen hastalar, cerrahi tedavinin kontrendike olduğu hastalar, medikal tedaviye cevap vermeyen hastalar, gebeler. PAİR kontrendikasyonları: Koopere olmayan hastalar, perkütan uygulamaya uygun olmayan inaktif/kalsifiye kistler, safra yolları ile bağlantısı olan kistler, intraabdominal kaviteye açılan kistler (22). PAİRD, PAİR'in bir varyantı olup, işlem sonrası kist içine drenaj

kateteri bırakılır ve kist kavitesi, 24 saat drene edilir. Eğer kist içeriği perkütan drenaj uygulamak için uygun değil ise veya safra yolları ile bağlantısı var ise, PEVAC/MoCat uygulanabilir. Bu teknikte 14F kateter kist içine yerleştirilir ve izotonik salin solüsyonunun ardışık injeksiyonu ve aspirasyonu ile kist vezikülleri ve endokisti içeren solid komponent drene edilir. Drenaj 24 saatte 10-15 ml'nin altına düştüğü zaman, kateter çıkarılır (6).

Sonuç olarak ülkemizde arasında bulunduğu, kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde, nonspesifik sağ üst kadranda ağrısı ve dispeptik şikayetler ile başvuran hastalarda karaciğer kist hidatik, akut sağ üst kadranda ağrısı ile başvuran hastalarda ise karaciğer kist hidatiğinin safra yollarına rüptürü ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gereken bir klinik durumdur. Özellikle, rüptüre bağlı anafaksi ve ani ölüm riski mutlaka akılda tutulmalıdır. Olguların çoğunluğunda USG tanı için yeterli olmakla birlikte batın BT rüptür lokalizasyonunu göstermede oldukça faydalıdır. Tedavi öncesi USG ile evreleme yapılmalıdır. Tedavi medikal, açık/laparoskopik cerrahi veya perkütan drenaj şeklinde olabilir. Tedavi prosedürü, kistin yapısı, evresi, safra yolları ile bağlantısı ve hastanın durumuna göre şekillenir.

KAYNAKLAR

1. Gomez I Gavara C, López-Andújar R, Belda Ibáñez T, et al. Review of the treatment of liver hydatid cysts. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(1):124-131.
2. Çaycı M, Tihan D. "Karaciğer Kist Hidatik Tedavisinde Güncel Yaklaşım." *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016; 42.1: 53-59.
3. Sayek I, Onat D. Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. *World J Surg*. 2001; 25(1):21-27.
4. Hepgül G, Tihan D, Kocael P, ve ark. Olgu Sunumu: primer dalak kist hidatiği [Case report: primary splenic hydatidosis]. *Türkiye Parazitol Derg*. 2010; 34(3):184-6.
5. Polat P, Kantarci M, Alper F, ve ark.. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics*. 2003; 23(2):475-537.doi:10.1148/rgr.232025704
6. Botezatu, C., Mastalier, B., Patrascu, T. Hepatic hydatid cyst:diagnose and treatment algorithm. *Journal of medicine and life*, 2018; 11(3), 203–209.
7. Mandal S, Mandal MD. Human cystic echinococcosis: epidemiologic, zoonotic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Asian Pac J Trop Med*. 2012; 5(4):253-260. doi:10.1016/S1995-7645(12)60035-2.
8. Craig PS, McManus DP, Lightowlers MW, et al. Prevention and control of cystic echinococcosis. *Lancet Infect Dis*. 2007; 7(6):385-394.doi:10.1016/S1473-3099(07)70134-2
9. Ormeci N, Idilman R, Akyar S, et al. Hydatid cysts in muscle: a

- modified percutaneous treatment approach. *Int J Infect Dis.* 2007; 11(3):204-208.doi:10.1016/j.ijid.2005.10.015
10. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology.* 1981; 139(2):459-463. doi:10.1148/radiology.139.2.7220891
 11. Neumayr A, Troia G, de Bernardis C, et al. Justified concern or exaggerated fear: the risk of anaphylaxis in percutaneous treatment of cystic echinococcosis-a systematic literature review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011; 5(6):e1154.doi:10.1371/journal.pntd.0001154
 12. Junghanss T, da Silva AM, Horton J, Chiodini PL, et al. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives. *Am J Trop Med Hyg.* 2008; 79(3):301-311.
 13. Franchi C, Di Vico B, Teggi A. Long-term evaluation of patients with hydatidosis treated with benzimidazole carbamates. *Clin Infect Dis.* 1999; 29(2):304-309. doi:10.1086/520205
 14. Keshmiri M, Baharvahdat H, Fattahi SH, et al. Albendazole versus placebo in treatment of echinococcosis. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2001; 95(2):190-194.doi:10.1016/s0035-9203(01)90162-2
 15. Milicevic, M. Hydatid disease. *Surgery of the liver and biliary tract,* 1994, 1121-1150.
 16. Yüksel O, Akyürek N, Sahin T et al. Efficacy of radical surgery in preventing early local recurrence and cavity-related complications in hydatid liver disease. *J Gastrointest Surg.* 2008; 12(3):483-489. doi:10.1007/s11605-007-0301-1
 17. WHO/OIE Manual on Echinococcosis. Echinococcosis in Humans and Animals: A Public Health Problem of Global Concern. World Organisation for Animal Health (Office International des Epizooties) and World Health Organisation. 2001.
 18. Besim H, Karayalçın K, Hamamci O, et al. Scolicidal agents in hydatid cyst surgery. *HPB Surg.* 1998;10(6):347-351. doi:10.1155/1998/78170
 19. Langer JC, Rose DB, Keystone JS, et al. Diagnosis and management of hydatid disease of the liver. A 15-year North American experience. *Ann Surg.* 1984; 199(4):412-417.doi:10.1097/0000658-198404000-00007
 20. Galati G, Sterpetti AV, Caputo M, et al. Endoscopic retrograde cholangiography for intrabiliary rupture of hydatid cyst. *Am J Surg.* 2006; 191(2):206-210.doi:10.1016/j.amjsurg.2005.09.014
 21. Taçyıldız I, Aldemir M, Aban N, et al. Diagnosis and surgical treatment of intrabiliary ruptured hydatid disease of the liver. *S Afr J Surg.* 2004; 42(2):43-46.
 22. WHO/CDS/CSR/APH/2001.6: PAIR. Puncture, Aspiration, Injection, Re-Aspiration an option for the treatment of cystic echinococcosis. *Bull World Health Organization.* 2001: 1-44.