

KİST HİDATİKTE NÜKS SORUNU

42. BÖLÜM

Çağrı AKALIN¹

Giriş

Kist Hidatik (KH) tedavisinde amaç parazitin tamamen ortadan kaldırılıp azalmış morbidite ve mortalite ile birlikte parazitin nüksetmesini engellemektir. Nüks KH, tedavide başarısızlığın ana kriterlerinden biri olup cerrahi sonrası görülme olasılığı ortalama %10 olarak kabul edilmektedir ^(1,2). Genellikle asemptomatik seyreden nüks KH, tedavi edilmediğinde piyojenik enfeksiyon, intrabilier rüptür ve anafilaktik şok gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir ^(1,2). Bu nedenle nüks durumunda, hastaya erken tanı konulması ve tekrar nüksetmesini engelleyecek tedavi modalitelerinin uygulanması önem arz etmektedir.

Nüksü Etkileyen Faktörler

Literatürde nüks KH hakkında birçok çalışma bulunmaktadır. 1978 yılında Mottaghiani ve ark.ı tarafından nüks KH'nın ana nedeninin cerrahi tedavide çıkarılma sırasında kist içeriğinin dökülmesi olduğu ifade edilmiştir ⁽³⁾. Diğer yandan Haddad ve ark.ı tarafından nüksün en önemli nedeninin endokistin cerrahi için erişilemeyen veya zor yerlerden eksik eksizyonu olduğu ileri sürülmüştür ⁽⁴⁾. Ayrıca yazarlar, ilk operasyon sırasında tüm canlı kistleri ve protoskoleksleri öldürmemeye veya eksizyememenin birincil neden olduğunu vurgulayıp ameliyat sırasında bu fak-

törlere dikkat edilerek nüksün azaltılabileceğini ifade etmişlerdir. Bunun üzerine bu risk faktörleri göz önüne alınarak yapılan açık ve laparoskopik operasyonlarda nüks ihtimalinin azaldığı saptanmıştır ^(5,6). Bu operasyon yaklaşımları da kendi aralarında nüks açısından kıyaslanmış ve laparoskopik yaklaşımın açık yaklaşıma göre daha az nüksettiği bildirilmiştir ^(7,8). Diğer yandan yapılan çalışmalarda ise cerrahin pratiği ve deneyiminin kistin nüks oranını etkilediği vurgulanmıştır ^(9,10).

Kist çapının nüks ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada, El Malki ve ark.ı, KH'nın nüks ihtimalini etkileyen faktörlerden biri olarak kist çapının 10 cm'den büyük olması olarak ifade etmişlerdir ⁽¹¹⁾. Buna karşın, Mottaghian ve ark.ın tarafından ise kist çapının nükste etkili olmadığı ifade edilmiştir ⁽³⁾. Ayrıca El Malki ve ark. tarafından aynı çalışmada, nüksün bağımsız risk faktörü olarak KH'nın karaciğerde olması ve ilk operasyonda kist sayısının 3'ten fazla olması olarak gösterilmiştir. Nüks ihtimalini etkileyen bir faktör de yapılan cerrahidir. Gollackner ve ark. tarafından yapılan çalışmada, radikal cerrahinin konvansiyonel cerrahiye göre daha az nükse yol açtığını ifade etmişlerdir ⁽¹²⁾. Fakat radikal cerrahinin rekurrens ihtimalini azaltmasına rağmen morbidite ve mortaliteyi arttırdığı gösterilmiştir ^(3,5,13,14).

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, dr.cagriakalin@gmail.com

öncesi her hastayı iyi bir şekilde değerlendirmeli ve olası yayılımı ve komplikasyonları en aza indirmek için titiz bir cerrahi tercih etmelidir.

Kaynaklar

1. Atmatzidis KS, Pavlidis TE, Papaziogas BT, et al. Recurrence and long-term outcome after open cystectomy with omentoplasty for hepatic hydatid disease in an endemic area. *Acta Chir Belg.* 2005;105:198–202. Doi: 10.1080/00015458.2005.11679699
2. Akyildiz HY, Akcan A, Karahan I, et al. Recurrent liver hydatid disease: when does it become symptomatic and how does one diagnose it? *Clin Imaging.* 2009;33:55–8. Doi: 10.1016/j.clinimag.2008.05.003.
3. Mottaghian H, Saidi F. Postoperative recurrence of hydatid disease. *Br J Surg.* 1978;65:237–242. Doi: 10.1002/bjs.1800650407
4. Haddad MC, Huwajjah SH, Mourad FH, et al. Adjuvant therapy in the treatment of complications following surgery for hepatic echinococcal cysts. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2000;23(5):406–409. Doi: 10.1007/s002700010094
5. Kapan M, Kapan S, Goksoy E, et al. Postoperative recurrence in hepatic hydatid disease. *J Gastrointest Surg.* 2006;10:734–739. Doi: 10.1016/j.gasur.2005.10.013
6. Prousalidis J, Kosmidis C, Anthimidis G, et al. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis. *Can J Surg.* 2012;55:15–20. Doi: 10.1503/cjs.013010
7. Seven R, Berber E, Mercan S, et al. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts. *Surgery.* 2000;128:36–40. Doi:10.1067/msy.2000.107062
8. Khoury G, Abiad F, Geagea T, et al. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen. *Surg Endosc.* 2000;14:243–245. Doi: 10.1007/s004640000048
9. Cirenei A, Bertoldi I. Evolution of surgery for liver hydatidosis from 1950 to today: analysis of a personal experience. *World J Surg.* 2001;25:87–92. Doi: 10.1007/s002680020368
10. Safioleas M, Misiakos E, Manti C, et al. Diagnostic evaluation and surgical management of hydatid disease of the liver. *World J Surg.* 1994;18:859–865. Doi: 10.1007/BF00299087
11. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Souadka A, et al. Does primary surgical management of liver hydatid cyst influence recurrence?. *J Gastrointest Surg.* 2010;14(7):1121–1127. Doi:10.1007/s11605-010-1220-0
12. Gollackner B, Langle F, Auer H, et al. Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: factors of recurrence. *World J Surg* 2000;24:717–
21. Doi: 10.1007/s002689910115
13. Sielaff TD, Taylor B, Langer B. Recurrence of hydatid disease. *World J Surg.* 2001;25:83–86. Doi: 10.1007/s002680020011
14. Chautems R, Bucler L, Gold B, et al. Long term results after complete or incomplete surgical resection of liver hydatid disease. *Swiss Med Wkly.* 2003;133:258–262
15. Dziri C. Hydatid disease-continuing serious public health problem: introduction. *World J Surg.* 2001;25:1–3. Doi: 10.1007/s002680020000
16. Michail OP, Georgiou C, Michail PO, et al. Disappearance of recurrent intra-abdominal extrahepatic hydatid cyst following oral albendazole administration. *West Indian Med J.* 2007;56:372–375
17. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Bull World Health Organ.* 1996;74:231–242
18. Dziri C, Haouet K, Zaouche A, et al. Comment traiter un kyste hydatique du foie non compliqué? *Ann Chir.* 2005;130:249–251. Doi: 10.1016/j.anchir.2005.02.006
19. Akira S. Mammalian toll-like receptors. *Curr Opin Immunol.* 2003;15:5–11. Doi:10.1016/S0952-7915(02)00013-4
20. Kabelitz D. Expression and function of toll-like receptors in T lymphocytes. *Curr Opin Immunol.* 2007;19:39–45. Doi: 10.1016/j.coi.2006.11.007
21. Kesar V, Odin JA. Toll-like receptors and liver disease. *Liver Int.* 2014;34:184–196. Doi: 10.1111/liv.12315
22. Noori J, Spotin A, Ahmadpour E, et al. The potential role of toll-like receptor 4 Asp299Gly polymorphism and its association with recurrent cystic echinococcosis in postoperative patients. *Parasitol Res.* 2018;117:1717–1727. Doi: 10.1007/s00436-018-5850-6
23. Moradkhani MA, Spotin A, Mahami-Oskouei M, et al. A clinical association between Toll-like receptor 2 Arg753Gln polymorphism with recurrent cystic echinococcosis in postsurgery patients: A case control study. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis.* 2019;66:101336. Doi: 10.1016/j.cimid.2019.101336
24. Yildirim M, Engin O, Oztekin O, et al. Diagnostic evaluation and surgical management of recurrent hydatid cysts in an endemic region. *Radiology and Oncology.* 2009;43(3):162–169. Doi: 10.2478/v10019-009-0032-x
25. Manterola C, Vial M, Melo A, et al. Viability and fertility of human hepatic hydatid cysts. *World J Surg.* 2006;30(2):227–232. Doi:10.1007/s00268-005-0215-6
26. Avgerinos ED, Pavlakis E, Stathoulopoulos A, et al. Clinical presentations and surgical mana-

- gement of liver hydatidosis: our 20 year experience. *HPB (Oxford)*. 2006;8(3):189-193. Doi: 10.1080/13651820500539495
27. Chokki A, Zribi R, Nouira S, et al. Prevesical hydatid cyst: An exceptional occurrence. *J Postgrad Med*. 2008;54:313-5. Doi:10.4103/0022-3859.43515
 28. Bal N, Kocer NE, Arpaci R, et al. Uncommon locations of hydatid cyst. *Saudi Med J*. 2008;29:1004-8
 29. Aeberhard P, Fuhrmann R, Strahm P, et al. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: an experience from outside the endemic area. *Hepatogastroenterology*. 1996;43:627-36
 30. el-Tahir MI, Omojola MF, Malatani T, et al. Hydatid disease of the liver: evaluation of ultrasound and computed tomography. *Br J Radiol*. 1992;65(773):390-392. Doi:10.1259/0007-1285-65-773-390
 31. Amman RW, Eckert J. Cestodes: Echinococcus. *Gastroenterol Clin North Am*. 1996;25:655-89. Doi: 10.1016/S0889-8553(05)70268-5
 32. Milicevic, MN. (2000). Hydatid disease. Blumgart LH and Fong Y (Eds). *Surgery of the liver and biliary tract* (pp. 1167-204). UK: Saunders.
 33. Ozturk A, Ozturk E, Zeyrek F, et al. Late ultrasonographic findings in cases operated for hydatid cyst of the liver. *Eur J Rad*. 2005;56:91-6. Doi: 10.1016/j.ejrad.2005.01.011
 34. Schipper HG, Kager PA. Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis, an overview. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 2004;214:50-5. Doi: 10.1080/00855920410011004
 35. Altinli E, Saribeyoglu K, Pekmezci S, et al. An effective omentoplasty technique in laparoscopic surgery for hydatid disease of the liver. *JLS*. 2002;6:323-326
 36. Saimot AG. Medical treatment of liver hydatidosis. *World J Surg*. 2001;25:15-20. Doi: 10.1007/s002680020003
 37. Göksoy, E., Kantr, G., Özyegin, A., et al. (1992). Untersuchung der perizystischen Gewebe nach Scolices und Histopathologie bei Leberrechinokokkose: Zystenevakuuation und Omentoplasie versus Perizystektomie (totale Zystektomie). In *Fortschritte in der Chirurgie im letzten Jahrzehnt* (pp. 574-574). Springer, Berlin, Heidelberg.
 38. Jerraya H, Khalfallah M, Osman SB, et al. Predictive factors of recurrence after surgical treatment for liver hydatid cyst. *Surg Endosc*. 2015;29(1):86-93. Doi:10.1007/s00464-014-3637-0
 39. Bickel A, Loberant N, Singer-Jordan J, et al. The laparoscopic approach to abdominal hydatid cysts: a prospective nonselective study using the isolated hypobaric technique. *Arch Surg*. 2001;136:789-795. Doi: 10.1001/archsurg.136.7.789
 40. Athanassiadi K, Kalavrouziotis G, Loutsidis A, et al. Surgical treatment of echinococcosis by a transthoracic approach: A review of 85 cases. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1998;14:134-140. Doi: 10.1016/S1010-7940(98)00144-