

# KİST HİDATİKTE TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI

## 43. BÖLÜM

Ramazan GÖZÜKÜÇÜK<sup>1</sup>

Çok eski bir hastalık olarak bilinen Kist Hidatik hastalığı, halen dünyanın farklı bölgelerinde geniş toplumlara etkileyen halk sağlığı sorunu olup, ülkemizi de içeren Akdeniz ve Ortadoğu ülkelerinde endemik olarak seyretmektedir. Kist Hidatik hastalığında parazit en sık olarak karaciğere yerleşmektedir. Parazitin vücuda ağız yoluyla alındıktan sonra barsaklardan geçip portal venden öncelikle karaciğere ulaşması nedeniyle en çok etkilenen organımız karaciğerdir <sup>(1-5)</sup>. Kist Hidatik hastalığı tedavisinde temel yaklaşım, hastalığa sebep olan parazitin öldürülmesi ve kistin yol açabileceği komplikasyonların önlenmesidir. Tüm hastalıklarda olduğu gibi burada da arzu edilen ideal tedavi yöntemi hem hastalığı tam iyileştirmeli hem de yan etkileri minimal olmalıdır. Medikal tedavide en sık kullanılan antibiyotiklerden benzimidazol grubunun başlıca yan etkileri bulantı, kusma, baş ağrısı ve kaşıntıdır. Ayrıca, karaciğer toksisitesi en önemli yan etkilerinden birisi olup, bu ilaçlar nadiren toksik hepatite neden olabilmektedir <sup>(6)</sup>. Dezenfeksiyon amacı ile kullanılan skolosidal solüsyonların istenmeyen etkileri ise nispeten seyrek görülse de anafaksi ve sklerozan kolanjit gibi daha ciddi sorunlardır.

Kist Hidatik hastalığın dört ana tedavi yöntemi vardır; medikal tedavi, cerrahi tedavi, perkütan tedavi ve gözlem "izle ve bekle" <sup>(7)</sup>. Kist hidatik

hastalığının güncel tedavisinde, medikal tedavi vazgeçilmez olup, tek başına veya diğer yöntemlerle birlikte kullanılabilir <sup>(8)</sup>.

Kist Hidatik hastalığının tedavisinde yaşanan sorunları başlıklar halinde özetlersek;

Medikal tedavide karşılaşılan sorunlar: Tedavide kullanılacak ilacın türü ve kullanım süresi, ilaç yan etkileri, bu ilaçların uygulanacak diğer tedavi yöntemleri ile kombinasyonu sonucunda ortaya çıkabilecek ek sorunlar.

Cerrahi tedavide karşılaşılan sorunlar: Laparoskopik ya da açık cerrahi tedavi yönteminin seçimi, özellikle safra yollarına açılmış kistlerde tedavi yaklaşımı başlıca sorunlardır.

Perkütan tedavi planlanmasında karşılaşılan sorunlar: Girişim yapılacak bölgenin yeri, girişime bağlı olası komplikasyonlar, yapılan işlemin uzun vadeli beklenen sonuçlarındaki tartışmalar olarak sıralanabilir.

### Medikal Tedavi Sorunları

Kist Hidatik hastalığının bildirilen antibiyotik ile tedavisi, ilk kez 1977 yılında Bekhti tarafından mebendazolün kullanılmasıdır <sup>(9)</sup>. Daha sonraları benzer ilaç türlerinden albendazol ve thia-bendazol de kullanılmıştır. Bunlardan birisi olan

<sup>1</sup> Dr Öğretim Üyesi, Özel Hisar Intercontinental Hospital, rgozokucuk@gmail.com

- Santral yerleşimli kistlerde, kist sıvısının sızmasını karaciğer parenkimi engelleyebilirken, periferik yerleşimli kistlerde karaciğer dışına doğru geliştiği durumda, çoğunlukla ponksiyon sonrasında kist sıvısının karaciğer dışına ve karın boşluğuna sızarak ciddi sorunlara yol açması kaçınılmazdır.
- İşlem sırasında germinatif membranın tamamen çıkarılamaması.
- Kist sıvısının aspire edilmesi sonrası kist içindeki basıncın düşmesiyle, geride kalan germinatif membran safra fistülü gelişmesine yol açabilir.

WHO-IWGE'ye göre PAIR işleminin olası riskleri;

- Ponksiyona bağlı enfeksiyon ve kanama gibi genel komplikasyonlar
- Anafilaksi ve diğer allerjik reaksiyonlar ve bunların yol açtığı sorunlar
- Saçılma ve sızıntıya bağlı ikincil hidatid gelişmesi
- Safra yollarına açılan kistlere bağlı sklerozan kolanjit gelişmesi
- Safra fistülü gelişmesi
- Nispeten büyük kistlerde, hipertonic salinin fazla kullanımına bağlı toksisite gelişmesi

Sonuç olarak, tedaviye bağlı komplikasyonlarda en çok karşılaşılan sorun ilaç yan etkileridir. Medikal tedavide en sık kullanılan antibiyotiklerden benzimidazol grubunun yan etkileri çoğunlukla karaciğerin etkilenmesine bağlı bulantı-kusma ile baş ağrısı-baş dönmesi, saç dökülmesi ve kaşıntı ile nadiren görülen toksik hepatittir <sup>(6)</sup>. Dezenfeksiyon amacı ile hastalara uygulanan skolosidal solüsyonların olumsuz etkileri ise daha ciddi olup en başta gelenleri anafilaksi ve sklerozan kolanjittir.

## Kaynaklar

1. Ebru Sener, Ali Kurt. Hydatid cyst disease in children: 10-years experience at two tertiary centers from Northeast Anatolia of Turkey. *Ann Med Res* 2020;27(4):1103-8. DOI: 10.5455/annalsmed-res.2020.02.148
2. Ali Kurt, Hamza Avcioglu, Esin Guven et al. Molecular Characterization of Echinococcus multilocularis and Echinococcus granulosus from Cysts and Formalin-Fixed Paraffin-Embedded Tissue Samples of Human Isolates in Northeastern Turkey. *VECTOR-BORNE AND ZOONOTIC DISEASES* Volume XX, Number XX, 2020 a Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/vbz.2019.2594
3. Şahin EM, Yüksek YN, Dağlar G, Gözalan U, Kama NA. Diagnosis and Treatment of Hydatid Cysts: Results of 120 patients. *Trakya Univ Tip Fak Derg* 2008; 25(1):6-14.
4. Doğru Ü. Echinococcosis. *The Journal of Current Pediatrics*. 2008;6(1):60-61.
5. Eryılmaz MA, Eroğlu C, Karabağlı P, Çobankara OE. Gluteal Hydatid Cyst: Case Report. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30 (4) : 1380-3.
6. Gözüküçük R, Abci İ, Güçlü M. Albendazole-induced toxic hepatitis: A case report. *Turk J Gastroenterol*. 2013;24(1):82-84.
7. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop*. 2010; 114:1–16.
8. Yetim İ, Erzurumlu K. Karaciğer Hidatik Kistleri Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *J Clin Anal Med* 2013;4(1): 64-71.
9. Bekhti A, Schaaps JP, Capron M, Dessaint JP, Santoro F, Capron A. Treatment of hepatic hydatid disease with mebendazole: preliminary results in four cases. *Br Med J*. 1977;22;2(6094):1047-51. doi: 10.1136/bmj.2.6094.1047.
10. Stojkovic M, Zwahlen M, Teggi A, Vutova K, Cretu CM, Virdone R, et al. (2009). Treatment response of cystic echinococcosis to benzimidazoles: a systematic review. *PLoS Negl Trop Dis* 3: e524.
11. James S. McCarthy and Thomas A. Moore. *Drugs for Helminths*. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020:544-553.
12. Yetim İ, Erzurumlu K, Hokelek M et al. The results of alcohol and albendazole injections in hepatic hydatidosis (An experimental study) *J Gastroenterol Hepatol*. 2005 Sep;20(9):1442-47.
13. Lee WM. Drug-induced hepatotoxicity. *N Engl J Med* 2003; 349: 474-485.
14. Pınarbaşı B, Demir K. Drugs Induced Hepatitis. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006;2 (16): 62-9.
15. Saremi F. Percutaneous drainage of hydatid cysts:

- use of a new cutting device to avoid leakage. *Am J Roentgenol* 1992;158: 83-6.
16. Niron A, Özer H. Ultrasound appearances of liver hydatid disease. *Br J Radiol* 1981; 53(636):335-8.
  17. Jessica K. Fairley and Charles H. King. Tapeworms (Cestodes) In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020:3469–3472.
  18. Akhan O, Dincer A, Gököz A et al. Percutaneous treatment of abdominal hydatid cysts with hypertonic saline and alcohol. An experimental study in sheep. *Invest Radiol*. 1993 Feb;28(2):121-7.
  19. Brett PM, Fond A, Bretagnolle M et al. Percutaneous aspiration and drainage of hydatid cysts in the liver. *Radiology* 1988 Sep;168(3):617-20.
  20. Bülbüller N, İlhan YS, Kirkil C, Yeniçeriöğlü A, Ayten R, Cetinkaya Z. The results of surgical treatment for hepatic hydatid cysts in an endemic area. *Turk J Gastro-enterol*. 2006 Dec;17(4):273-8.
  21. Polat K, Balik A, Oren D. Percutaneous drainage of hydatid cyst of the liver: long term results. *HPB (Oxford)*. 2002;4(4):163-6.