

ERCP'de Koledokta Kız Veziküllerin Görülmesi İle Tanı Konulan Bir Kist Hidatik Olgusu

A Case of Cyst Hydatid which is Diagnosed By Appearance of Girl Vesicles in Choledoc with ERCP

Bilal Toka¹, Kerem Karaman², Ahmet Tarık Eminler¹, Zeynep Ertürk³, Mustafa İhsan Uslan¹,
Aydın Şeref Köksal¹, Erkan Parlak¹

¹ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenterolojik Cerrahi Bilim Dalı

³ Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Öz

Kist hidatik insanlarda en sık *Echinococcus granulosus* enfeksiyonu ile ortaya çıkan endemik bir hastalıktır. Çoğunlukla karaciğer (%60-70) ve akciğeri (%20-30) tutmakla birlikte vücutta her organda görülebilir. Hepatik kist hidatidin sık ve ciddi komplikasyonlarından birisi de safra yollarına rüptürü olup %5-25 oranında görülür. Klinik olarak safra yollarına rüptür asemptomatik olabilirken, safra yollarına bası veya safra kanalı tıkanıklığına sekonder kolesistit, kolanjit, karaciğer abseleri ve pankreatit gibi durumlara da presente olabilir. Tanıda USG en önemli tetkik olup safra yollarına rüptürü saptamada ise MRCP değerlidir. Safra yollarına rüptüre olan kist hidatik olgularında preoperatif terapötik ERCP %80-100 oranında başarıyla uygulanarak kistobilier geçişler, hidatik membranlar veya bilier obstrüksiyona neden olan kız veziküller gösterilebilir. Bu yazımızda koledokolitiazis ön tanısıyla kliniğimize başvuran bir hastada yapılan ERCP de kız veziküllerin görülmesiyle tanı konulan bir kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık. (**Sakarya Tıp Dergisi 2016, 6(4):240-244**)

Keywords Hidatik kist, bilier rüptür, ERCP.

Abstract

*Hydatid cyst, an endemic disease in humans is most often caused by Echinococcus granulosus infection. In addition to being mostly held in the liver (60-70%) and lungs (20-30%), it can occur in any organ of the body. One of the most common and severe complications of hepatic hidatid cyst is also rupture into the biliary tract and it is seen in 5-25%. The rupture into the biliary tract can be clinically asymptomatic; however, it can also occur with conditions such as bile duct pressure or cholecystitis secondary to bile duct obstruction, cholangitis, liver abscesses and pancreatitis. While the most important examination for diagnosis is USG, MRCP is valuable for the detection of rupture into the biliary tract. Biliary obstruction caused by cysto-biliary transitions of Daughter vesicles and/or hydatid membranes can be proven through implementation of preoperatively therapeutic ERCP success rate of 80-100% in patients with hydatid cyst rupture into the biliary tract. Herein, we aimed to report a case of hydatid cyst diagnosed by the appearance of daughter vesicles during ERCP performed on a patient admitting to our clinic with a presumptive diagnosis of choledocholithiasis. (**Sakarya Med J 2016, 6(4):240-244**).*

Anahtar Kelimeler Hydatid cyst, biliary rupture, ERCP.

GİRİŞ

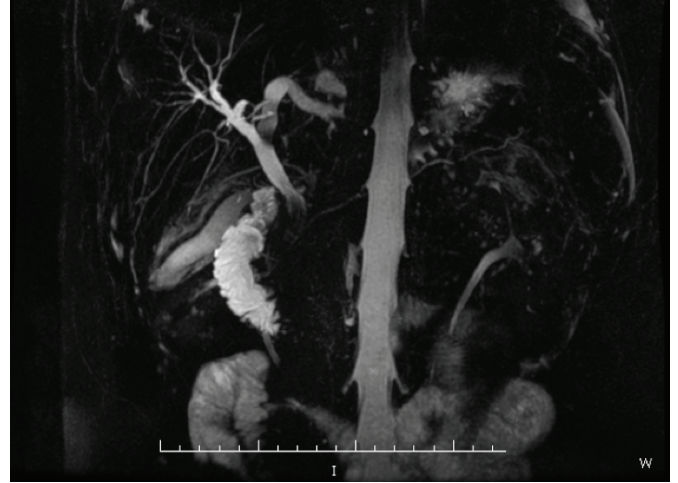
Kist hidatik insanlarda en sık *Echinococcus granulosus* ve ikinci sıklıkta *Echinococcus alveolaris* enfeksiyonu ile ortaya çıkan endemik bir hastalıktır. Fekal-oral yolla bulaşır. Köpek ve tilki gibi hayvanlar parazitin ana konaklarıken insanlar ara konaktır¹. En sık Akdeniz ülkeleri, Orta Asya, Uzakdoğu ve Latin Amerika'da endemik olarak görülür. Çoğunlukla karaciğer (%60-70) ve akciğeri (%20-30) tutmakla birlikte vücutta her organda görülebilir². Çoğu zaman asemptomatik seyrederek, klinik bulguların ortaya çıkması ve tanı konulması genellikle aniden gelişen baskı ve diğer komplikasyonları sonrasında olur¹.

OLGU

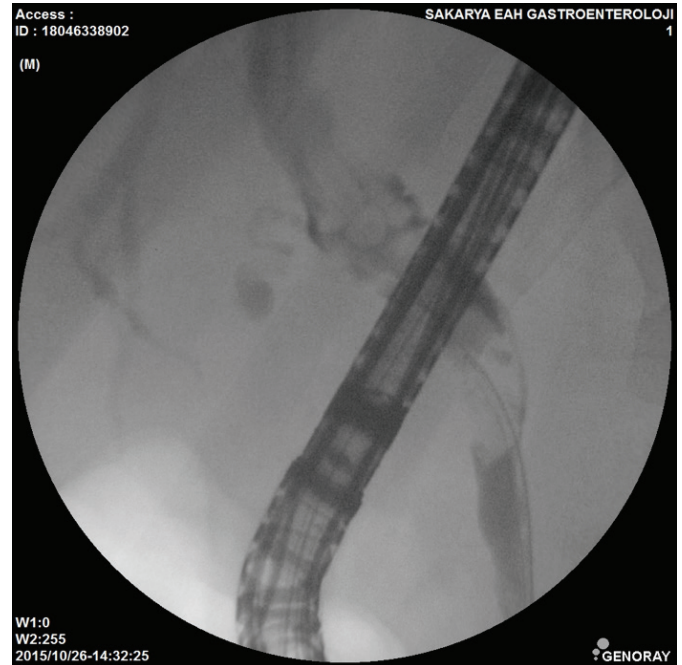
33 yaşında erkek hasta 1 haftadır devam eden karın ağrısı ve sarılık şikayetleri ile başvurduğu acil servisten tarafımıza konsülte edildi. Ağrı, sağ üst kadranda ve kostovertebral bölgede lokalize olup yemeklerle ilişkisizdi ve ağrı kesicilere yanıt vermemekteydi. Hasta evinde hayvan yetiştiriciliği ile uğraşmaktaydı. Daha önce sarılık geçirmemiş ve herhangi bir operasyon öyküsü de yoktu. Bulantı, kusma, dizüri ve hematürisi olmamıştı. Ailesinde sarılık öyküsü yada benzer hastalık yoktu. Fizik muayenesinde bilinci açık ve oryanteydi. Vücut sıcaklığı 36,8 derece, nabız 74/dk, solunum sayısı 20/dk, arteriyel kan basıncı 120/85 mm/Hg saptandı. Defans ve rebound olmamakla birlikte sağ üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik özellik izlenmedi.

Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin düzeyi 13,8 g/dl, beyaz küre sayısı 9300/mm³, trombosit sayısı 287.000/mm³ bulundu. AST 361(5-34) U/L, ALT 398 (0-55)U/L, ALP 451 (40-150) U/L, GGT 365 (12-64)U/L, total bilirubin 4,85 (0,2-1,2) mg/dl, direkt bilirubin 3,5 (0-0,5) mg/dl saptandı. Amilaz ve lipaz değerleri, böbrek fonksiyon testleri ve elektrolit değerleri normal izlendi. Yapılan abdominal ultrasonografide (USG) intrahepatik safra yolları (İHSY) dilate izlenen hastanın koledoku belirgin dilate olup en geniş yerinde 18 mm ölçüldü ve orta-distal kesiminde safra taşı ile uyumlu olabileceği düşünülen görünüm saptandı. Manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) ile değerlendirilen hastanın safra kesesi kontrakteydi. Kese duvar kalınlığı artmış ve perikolesistik alanda koleksiyon lehine şüpheli görünüm mevcuttu. İHSY ve koledok belirgin dilate olup koledok en geniş yerinde yaklaşık 20 mm idi, distalde taş veya çamurla uyumlu olabilecek

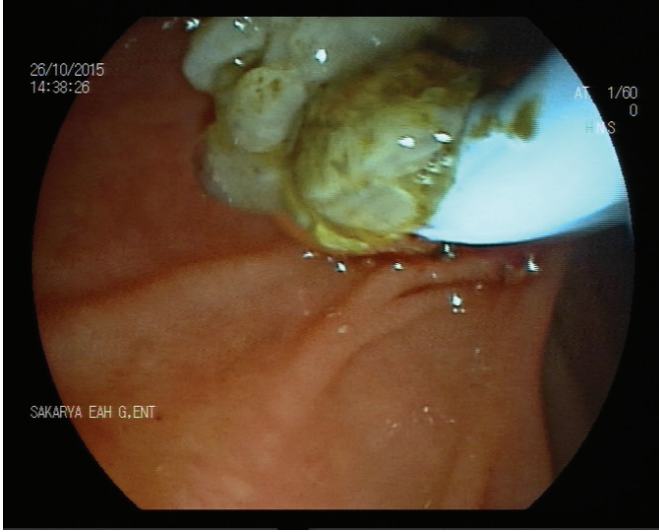
görünüm mevcuttu (Resim-1). Hastaya endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) uygulandı. Kolanjiografide koledok belirgin dilate olup koledok distalinde yoğun içerikle uyumlu görünüm vardı (Resim-2). Sfinkterotomi (EST) sonrası koledok balonla sıvazlandığında üzüm salkımı şeklinde, açık sarı renkli kız vezikülleri içeren bol miktarda kist materyali geldiği izlendi (Resim-3).



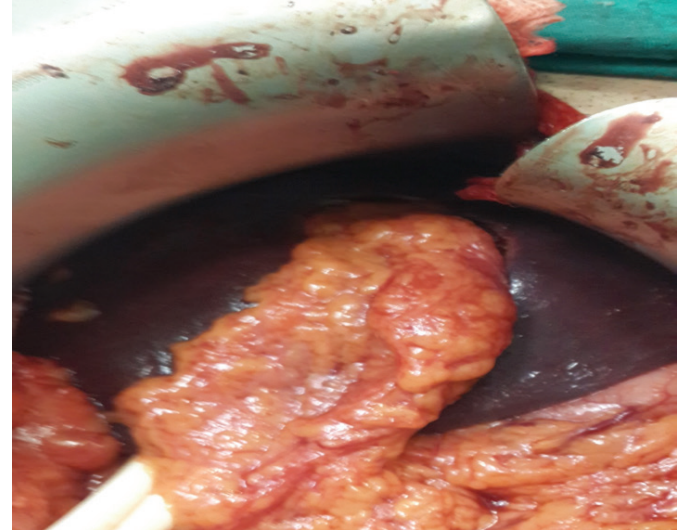
Resim 1: MRCP de koledok dilate görülüyor (ok), hidatik kistin açıldığı sol ana safra yolları belirgin dilate (yıldız) izlenmekte.



Resim 2: ERCP esnasında kontrast verilerek yapılan skopik görüntülemelerde koledok dilate ve içerisinde kistten drene olan kız veziküllerin oluşturduğu görünüm (ok) izlenmektedir

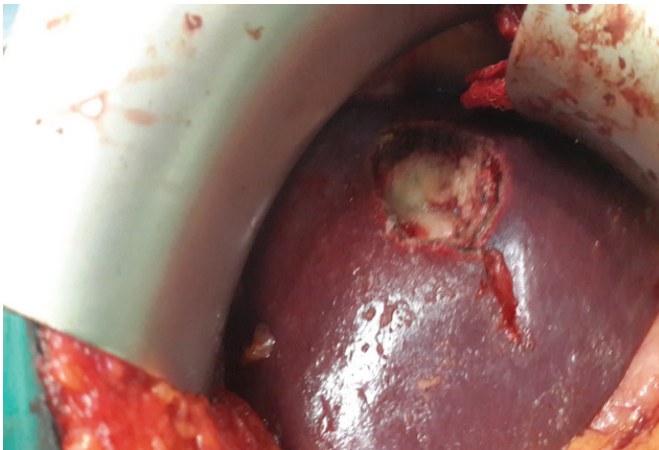


Resim 3: ERCP de endoskopik görüntülemeye sfinkterotomi sonrası koledok taş balonu ile sıvazlandığında çıkarılan kız veziküller üzüm salkımı şeklinde görülmektedir



Resim 5: Kist hidatik germinatif membranı çıkarıldıktan sonra rezidü kavite içerisine dolaşımı bozulmamış omentum parçası getirilerek yapılan omentoplasti görülüyor.

Hastaya safra yollarına drene olmuş kist hidatik tanısı konuldu, nazobilier drenaj tüpü konularak işleme son verildi. ERCP sonrasında albendazole tedavisi başlandı. Takiplerinde ağrısı geçen ve bilirubin düzeyleri normale gerileyen hasta Gastroenteroloji cerrahisi bölümü tarafından opere edildi. Ameliyatta karaciğer segment 3 ile 4 arasında lokalize, safra yollarına açılan 3.5 cm çaplı kist hidatik saptandı. Perikistektomi uygulanarak kistin açıldığı safra kanalı primer onarıldı (Resim 4 ve 5). Hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi ve şifa ile taburcu edildi.



Resim 4: Cerrahi eksplorasyonda karaciğer açıldığında hidatik kist kavitesi görülmektedir

TARTIŞMA

Hepatik kist hidatiğin sık ve ciddi komplikasyonlarından birisi de safra yollarına rüptürü olup %5-25 oranında görülür. Klinik olarak safra yollarına rüptür asemptomatik olabilirken safra yollarına bası ve ya safra kanalı tıkanıklığına sekonder kolesistit, kolanjit, karaciğer abseleri ve pankreatit gibi durumlarla presente olabilir^{3,4}. Ayrıca kistin peritoneal veya torakal boşluğa açılıp içeriğini boşaltmasıyla anafilaktik şok yada bir çok yeni kistin oluşumu meydana gelebilir¹.

Seroloji tanıda kullanışlı olmakla birlikte negatif serolojik sonuçlar tanıyı ekarte ettirmez⁵. Tanıda en önemli tetkik USG olup 1cm ve daha büyük kistler görüntülenebilir. Kist hidatik evrelemesinde de ultrasonografik sınıflamalar bulunmakla birlikte en sık 2001 yılında tanımlanıp 2003 yılında revize edilen dünya sağlık örgütü tarafından standardize edilen sınıflama kullanılmaktadır⁶.

Bilgisayarlı tomografi (CT), karaciğer kistlerini saptamada oldukça yüksek duyarlılığa sahiptir ve kistlerin tam anatomik lokalizasyonu belirlemeye yardımcı olur⁷. MRCP de kist duvarı ile safra yolu arasında belirgin bağlantı, kist duvarında fokal defekt ve kistin deformasyonu veya kist duvarından safra yoluna uzanan kuş gagası benzeri projeksiyon izlenebilir. MRCP intrabilier rüptürleri saptamada oldukça efektif olup sensistivi-

tesisi %91,7 spesifitesi %82,8'dir⁸.

Bizim vakamızda belirgin sarılık ve sağ üst kadranda karın ağrısı bulunmamakla birlikte USG'de özellikle sol intrahepatik safra yollarında ve belirgin dilatasyon izlenmekteydi, ancak karaciğerde klasik kist hidatik görünümünden biri yoktu. Bu durumun rüptüre olan erken evre kistin içerdiği kist sıvısı ile birlikte kız veziküllerinde hemen hepsinin safra yollarına açılan geniş defektten drene olmasıyla geriye çok küçük bir kist dokusu kalmasına bağlı olduğunu düşündürdü. USG'de koledok içerisinde biriken kist dokuları safra çamuru ve taşı olarak değerlendirilmişti. CT görüntülerinde belirgin dilate intrahepatik safra yolları ve koledok izlenmekteydi ancak ön planda yine kist hidatiği düşündürecek belirgin bir görünüm yoktu. MRCP de de benzer bulgular saptanan hastada koledokolitiazis düşünüldü. Ağrı ve sarılık gibi klinik semptomları ön planda olması ve koledokta belirgin dilatasyon izlenmesi üzerine hastaya ERCP planlandı. Yapılan ERCP de koledok ve solda daha belirgin olmak üzere İHSY belirgin dilateydi. Koledok balonla sıvazlandığında kız vezikülleri içeren kist içeriğinin duodenuma drenajı izlenerek hastaya safra yollarına açılan kist hidatik tanısı konuldu.

Preoperatif ERCP, kist hidatiğe bağlı intrabilier rüptürlerin tanısı ve tedavisinde primer yöntemdir ve önerildiği başlıca 4 durum vardır:¹ kolanjit ve akut bilier obstrüksiyon gibi acil durumların tedavisi ile elektif cerrahi olanağı sağlanması² postoperatif kalıcı fistül gelişimi riskini azaltan ve hastanede yatış süresini kısaltan preoperatif endoskopik sfinkterotomi işlemi uygulaması,³ safra yolları içerisindeki kist kaynaklı materyallerin çıkarılması ve yapılacak cerrahi tedavinin planlanması,⁴ büyük rüptürü olan olgularda kist ve safra yolları içerisindeki kist içeriğini boşaltan bir tedavi yaklaşımı sağlamak⁹.

Safra yollarına rüptüre olan kist hidatik olgularında preoperatif terapötik ERCP %80-100 oranında başarıyla uygulanarak kistobilier geçişler, hidatik membranlar ve/veya bilier obstrüksiyona neden olan kız veziküller gösterilebilir¹⁰. Safra yollarına rüptüre olmuş kistlerde ERCP ile uygulanabilecek başlıca tedavi yöntemleri endoskopik sfinkterotomi, balon veya basket ile çıkarma, nazobilier drenaj ve bilier stent kullanımınıdır. Endoskopik sfinkterotomi kistobilier rüptüre bağlı postoperatif fistül ve kaviter enfeksiyon gelişimi riskini azaltmaktadır⁹. Bazı

çalışmalarda ERCP ile kist içeriği ve bilier kanallar tamamen boşaltılarak takiplerinde %25 hastada cerrahi tedaviye ihtiyaç kalmadan kür sağlandığı izlenmiştir^{11,12}. Postoperatif dönemde bilier striktür, stenoz gibi komplikasyonların tedavisinde de ERCP etkin olarak kullanılmaktadır.

Bizim hastamızda ayırıcı tanı açısından uygulanan ERCP sırasında çekilen kolanjiyografide koledokta belirgin dolum defekti izlenmesi üzerine endoskopik sfinkterotomi uygulandı. Koledok balonla sıvazlandığında çok sayıda üzüm salkımı görünümünde kız veziküllerin koledoktan drene olduğunun izlenmesi ile kesin tanı konuldu. Koledok birkaç kez balonla sıvazlandı ve artık kist materyali gelmediğinde işleme son verildi. Safra yollarına açılan ana kist dokusu teknik olarak ERCP veya perkütan girişimsel yaklaşımlarla ulaşılması zor bir lokalizasyondaydı, bu nedenle işlem sonrası cerrahi tedavi planlandı.

Safra yollarına açılan kist hidatik olgularında antihelmintik ilaçlar endoskopik veya cerrahi işlemler öncesinde kist içeriğindeki materyali inaktive edip allejik reaksiyonları ve postoperatif rekürrensi en aza indirmek için mutlaka başlanmalıdır. Cerrahi tedavi öncesinde albendazol tedavisi 1 ay süreyle önerilmektedir¹³.

SONUÇ

Endemik bölgelerde obstrüktif sarılıkla başvuran hastalarda safra yollarına rüptüre kist hidatik tanısı akılda tutulmalıdır. Bu hastaların yönetiminde ERCP tanısal değeri yanısıra tedavi amacıyla da etkin olarak kullanılmaktadır. Bilier obstrüksiyon varlığında, ameliyat öncesi ERCP ile sfinkterotomi ve nasobilier drenaj uygulaması postoperatif safra kaçağı riskini azaltmaktadır.

Kaynaklar

1. McManus DP, Zhang W, Li J, Bartley PB. Echinococcosis. *Lancet*. 2003 Oct 18; 362(9392):1295-304.
2. da Silva AM. Hydatid cyst of the liver/criteria for the selection of appropriate treatment. *Acta Tropica* 2003; 85: 237- 42.
3. Dumas, R., et al. "The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease." *Endoscopy* 31.3 (1999): 242-247.
4. Molina Infante, J., Fernández Bermejo, M., Martín Noguero, E., & Pérez Gallardo, B. (2009). Hidatidosis biliar. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(2), 136-138.
5. Parija, S. C. "A review of some simple immunoassays in the serodiagnosis of cystic hydatid disease." *Acta tropica* 70.1 (1998): 17-24.
6. WHO Informal Working Group. "International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings." *Acta Tropica* 85.2 (2003): 253-261.
7. D.B. Lewall Hydatid disease. *Biology, imaging and classification Clin Radiol*, 53 (1988), pp. 863-874
8. Erden, Ayşe, et al. "Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: diagnostic accuracy of MR cholangiopancreatography." *American Journal of Roentgenology* 189.2 (2007): W84-W89.
9. Dolay, Kemal, and Sami Akbulut. "Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease." *World journal of gastroenterology: WJG* 20.41 (2014): 15253.
10. Becker K, Frieling T, Saleh A, Häussinger D. Resolution of hydatid liver cyst by spontaneous rupture into the biliary tract. *J Hepatol* 1997; 26: 1408-1412
11. Hilmioglu F, Karıncaoglu M, Yılmaz S, Yildirim B, Kirimlioglu V, Aladag M, Onmus H. Complete treatment of ruptured hepatic cyst into biliary tree by ERCP. *Dig Dis Sci* 2001; 46: 463-467
12. Somani SK, Srivastava AP. Resolution of hepatic hydatid cyst with biliary communication with ERCP. *J Gastroint Dig Syst* 2012; 2: 114
13. Galati, G., Sterpetti, A. V., Caputo, M., Adduci, M., Lucandri, G., Brozzetti, S., & Cavallaro, A. (2006). Endoscopic retrograde cholangiography for intrabiliary rupture of hydatid cyst. *The American journal of surgery*, 191(2), 206-210.

