

KARACİĞERİN KUBBE YERLEŞİMLİ KİST HİDATİKLERİNE TRANSTORASİK YAKLAŞIM

Transthoracic Approach For Hydatid Cysts of the Dome of the Liver

Ahmet Bal¹, Mustafa Özsoy¹, Gürhan Öz², Taner Özkececi¹, Bahadır Celep¹,
Sezgin Yılmaz¹, Yüksel Arıkan¹

ÖZET

Kist hidatik hastalığı hayvancılığın yaygın olarak yapıldığı yerlerde halen ciddi bir sağlık sorunudur. En sık karaciğerde yerleşim gösterir. Hastalar çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte karın ağrısı gibi nonspesifik şikâyetleri de bulunabilmektedir. Tanı çoğunlukla rastlantısal olarak konmaktadır. Tedavi edilmeyen kist hidatik hastalığı safra yoluna açılma, obstrüksiyon, rüptür ve buna bağlı anafilaktik şok gibi ölümcül komplikasyonlara neden olabilmektedir. Tedavisi için farklı yöntemler olmakla birlikte hastalığın primer tedavisi cerrahidir. Cerrahi için klasik yaklaşım şekli abdominal yolla olmaktadır. Ancak karından ulaşımın güç olduğu karaciğer kubbe yerleşimli kist hidatikleri için torakotomi ile transdiyafragmatik yaklaşım da alternatif bir tedavi yöntemi olabilir. Bu yazı ile transtorasik yaklaşımla tedavi edilen karaciğer kubbe yerleşimli üç kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: *Kist hidatik; Torakotomi; Karaciğer*

ABSTRACT

Hydatid disease is still a serious public health problem especially in areas where animal husbandry is widely practiced. The most common localization of the disease is liver. However most patients are usually asymptomatic but some of them suffer from non-specific abdominal pain. Diagnosis is usually made incidentally. If cyst hydatid disease is left untreated, a variety of complications such as opening to the bile duct, obstruction, and free rupture to peritoneum which can consequently cause an anaphylactic shock leading even death. Despite many methods have been described, the primary treatment is still surgery. The classical surgical approach is abdominal route. Cases which are difficult to reach from the abdominal route such as hydatid disease located in the liver dome, access with a transdiaphragmatic thoracotomy may be an alternative treatment option. In this paper we aimed to present a transthoracic approach which is successfully used in the treatment of hydatid cysts of the liver dome in three patients.

Keywords: *Cyst hydatid; Thoracotomy; Liver*

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi
Anabilim Dalı,
Afyon

²Afyon Kocatepe Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi
Anabilim Dalı,
Afyon

Ahmet Bal, Yrd. Doç. Dr.
Mustafa Özsoy, Yrd. Doç. Dr.
Gürhan Öz, Yrd. Doç. Dr.
Taner Özkececi, Yrd. Doç. Dr.
Bahadır Celep, Yrd. Doç. Dr.
Sezgin Yılmaz, Yrd. Doç. Dr.
Yüksel Arıkan, Yrd. Doç. Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Ahmet BAL
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, Afyon
Tel: 505 2257487
e-mail:
abal@aku.edu.tr

Geliş tarihi/Received:05.07.2013
Kabul tarihi/Accepted:10.11.2013

Bozok Tıp Derg 2014,4(1):70-74
Bozok Med J 2014;4(1):70-74

GİRİŞ

Kist hidatik hastalığı (KH) ekinokok türü parazitin yol açtığı bir hastalıktır. Hastalıktan primer olarak sorumlu tutulan etken *Echinococcus granulosus*'dur. Ülkemizde ve hayvan yetiştiriciliğinin yaygın olduğu Avustralya, Yeni Zelanda, Güney Afrika, Güney Amerika, Kanada, Avrupa'nın Akdeniz'e komşu ülkeleri ve Orta Doğu'da endemik olarak görülmektedir (1). Kist hidatik hastalığı tüm sistem ve organları tutabilmesine rağmen en sık karaciğer ve akciğerde görülür. Karaciğer yerleşimli kist hidatik olgularında safra yollarına açılma ve buna bağlı safra yolları obstrüksiyonu en sık görülen komplikasyonlarıdır. Bunun yanında en korkulan komplikasyonu kistin rüptürü ve buna bağlı anaflaktik reaksiyon ve şok tablosudur (2). Karaciğer yerleşimli lezyonlar için en etkin tedavi seçeneği halen cerrahidir. Cerrahi tedavide öncelikle tercih edilen yöntem abdominal yaklaşımlardır. Ancak karaciğer kubbe yerleşimli diafragmaatik yüze yakın kistlere ulaşım klasik karın insizyonları ile zor olabilmektedir. Yine abdominal yaklaşımda kiste ulaşım güçlüğü nedeni ile kanama, kistin kontrolsüz açılması ve inkomplet tedavi gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (3). Karaciğer kubbe yerleşimli kist hidatik vakalarında torakotomi ile transdiyafragmaatik yaklaşım konvansiyonel cerrahiye alternatif güvenli bir yöntem olabilmektedir. Bu makale ile karaciğer diyafragmaatik yüzde yerleşmiş üç kist hidatik olgusunun transtorasik yaklaşımlı cerrahi tedavi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: 32 yaşında erkek hasta, sağ yan ağrısı şikâyeti ile tetkik edilirken karaciğerde kistik kitle saptandı. Fizik muayenesinde özelliğe rastlanmayan hastanın laboratuvar incelemelerinde patolojiye rastlanmadı. Yardımcı tanı araçlarından karın ultrasonografisinde (USG) karaciğer sağ lobuna yerleşim gösteren Garbie sınıflandırmasına göre tip 2 olarak değerlendirilen 8x10 cm'lik kistik kitle saptandı. Karın tomografisinde (BT) karaciğer sağ lob lokalizasyonunda 10 cm'lik KH ile uyumlu lezyon görüldü. Kist hidatik için indirekt hemaglütinasyon testi (İHA) 1/1280 titrede pozitif bulunan hastaya ameliyat kararı verildi. Sağ posterolateral torakotomi ile kistomi ve

drenaj uygulanan hasta batın dreni 4. gün, toraks tüpü ise 5. gün çekilerek komplikasyon gelişmeksizin 7. gün taburcu edildi.

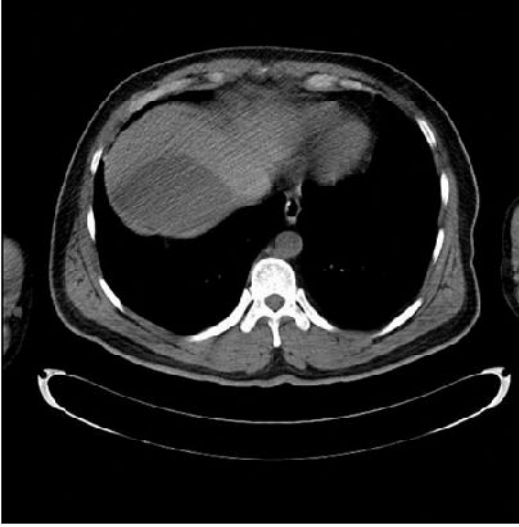
Olgu 2: 56 yaşında bayan hasta non-spesifik karın ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Sağ üst kadranda derin palpasyonunda hassasiyeti olan hastanın laboratuvar verileri olağan sınırlar içerisinde idi. Karın USG'sinde karaciğer sağ lobta 11x10 cm'lik Garbie sınıflandırmasına göre tip 3 KH ile uyumlu kistik natürde kitle saptandı. Batın BT'de ise karaciğer sağ lob kubbe yerleşimli 11 cm'lik KH dışında patoloji saptanmadı (şekil 2). İHA testi 1/640 titrede pozitif olarak bulunan hastaya sağ posterolateral torakotomi ile kistotomi ve drenaj ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası 2. gün karaciğer kist içi ve 3. gün toraks dreni çekildi. Ameliyat sonrası 7. günde hasta sorunsuz taburcu edildi.

Olgu 3: 40 yaşında erkek hasta aralıklı ateş, terleme nedeniyle hospitalize edilen hastanın şikâyetlerine karın ağrısının eklenmesi üzerine değerlendirildi. Fizik muayenesinde geçirilmiş karın ameliyatına bağlı median skar ve sağ üst kadranda derin palpasyonla hassasiyet saptandı. Karın USG'inde ve BT'sinde karaciğer sağ lobta 10 cm'lik enfekte KH ile uyumlu lezyon saptandı. 1/640 titrede İHA testi pozitif olarak bulundu. Sağ transtorasik yaklaşımla ameliyat edilen hastanın karaciğer kist içi dreni 6. gün, toraks tüpü ise 5. gün çekildi. Ameliyat sonrasında sorunsuz geçiren hasta 9. gün taburcu edildi.

Cerrahi Teknik

İntratrakeal genel anestezi altında hastalara sol lateral dekübit pozisyonu verildi. Entübasyon için çift lümenli entübasyon tüpü kullanıldı. Çift lümenli tüpün sağ tarafı iptal edilerek posterolateral torakotomi insizyonu ile 7. interkostal aralıktan toraksa girildi. Akciğer serbestleştirildikten sonra diyafragma, kistin lokalizasyonuna göre frenik sinire dikkat edilerek yaklaşık 4 cm açıldı.

Karaciğer etrafı povidine iyodine tamponlarla korunarak kist içerisine ponksiyon yapıldı. Kist kavitesi povidine iyodin solüsyonu verilerek 15 dk beklendi. Kist içeriği aspire edilerek kist elemanları çıkartıldı. Kist kavitesine bir adet dren konularak batından dışarı alındı. Diyafragma ipek sütürlere separe olarak kapatıldı. Toraksa kanama kontrolü yapılarak ucu apikal bölgede olmak üzere 1 adet 28 numara toraks dreni yerleştirildi. Katlar anatomik planda kapatılarak operasyon sonlandırıldı.



Resim 1: Karın tomografisinde garbie sınıflandırılması doğrultusunda tip 2 olarak nitelenen yaklaşık 10 cm boyutunda kist hidatik ile kistik kitle imajı görülmektedir.



Resim 2: Karın USG' sinde karaciğer sağ lob yerleşimli 11x10 cm'lik Garbie sınıflandırmasına göre tip 3 KH ile uyumlu kistik natürde kitlenin tomografik bulguları görülmektedir.



Resim 3: İçerisinde hava sıvı seviyeleri veren enfekte kist hidatik ile uyumlu 10 cm'lik kistik kitle imajı görüntülenmektedir.

TARTIŞMA

İlk kez Thebesius tarafından tanımlanan kist hidatik hastalığının en sık etkeni *Echinococcus granulosus*'dur. Diğer ekinokok etkenleri ise insanda nadiren hastalığa yol açmaktadır. İnsan parazitin yaşam döngüsünde ara konaktır. İnsana bulaşma fekal-oral kontaminasyonu ile olmaktadır. Özellikle hayvancılıkla uğraşan ve yeterli kişisel temizliğe dikkat etmeyen çalışanlarda görülmektedir (4,5). Hastalık sıklıkla yaşamın 3. ve 4. dekatında rastlanmakla birlikte kadınlarda daha sık görülmektedir (6). Vücutta herhangi bir organı tutabilmesine rağmen en sık karaciğer (%60-70) tutulmaktadır. Hastalarımızın yaş ortalaması ise 42,6 ve üç hastamızın ikisi kadın idi. Ayrıca iki hastamızın anamnezinde hayvancılıkla uğraşma öyküsü vardı. Karaciğer kist hidatikleri genellikle asemptomatiktir.

Ancak vakaların yarısında karın ağrısı, ele gelen kitle gibi şikâyetleri bulunabilmektedir (7). Bununla birlikte asıl klinik tablo kistin büyüklüğüne ve komplikasyonların varlığına bağlıdır.

Kist hidatiğin en önemli komplikasyonları safra yollarına açılması buna bağlı tıkanma sarılığı, apse ve kolanjit gibi tablolardır. Bunun yanında nadirde olsa kistin perforasyonuna bağlı anafilatik reaksiyon ve şok tablosu da görülebilmektedir. Karaciğer kubbe yerleşimli kist hidatiklerinde ise kistin toraksa açılmasına bağlı safralı balgam, ampiyem, bronkobilyer fistül, akciğer apsesi, bronşektazi gibi yaşamı tehdit edebilecek komplikasyonlara rastlanabilmektedir (8). Olgularımızın birinde kist hidatiğin enfekte olmasına bağlı ateş varken, diğer ikisinde klinik olarak non-spesifik karın ağrısı dışında semptom ve bulgu saptanmamıştır. KH hastalığının tanısı kist sıvısının ve membranın görülmesi ile konulmaktadır. Yardımcı tanı araçlarından laboratuvar incelemelerinde komplikasyon olmadığı sürece eozinofili dışında patolojiye rastlanmamaktadır. Serolojik testler içerisinde IgG ELISA ve indirekt hemaglutinasyon testi en sık kullanılan testlerdir. Bunun dışında artık rutinde çok kullanılmayan Casoni deri testi, Weinberg hemaglutinasyon testi, eozinofil sayımı ve eritrosit sedimentasyon hızı testleri bulunmaktadır (9). Biz de kliniğimizde KH tanısı için serolojik test olarak İHA kullanılmaktadır ve hastalarımızın hepsinde İHA testleri anlamlı yüksek bulunmuştur. Günümüzde tanı sıklıkla başka nedenlerle yapılan görüntüleme yöntemlerinde kistin rastlantısal olarak saptanmasıyla konulmaktadır. Karın ultrasonografisi ve tomografisinde kist içerisindeki germinatif membranları ve kız veziküllerin saptanması tanısaldır (10). USG ve tomografi KH tanısında iyi sonuçlara sahiptir (11). Üç olguda da tanı için BT ve USG kullanılmıştır.

Karaciğer kist hidatiklerin primer tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen veya tolere edemeyecek hastalar ile komplike olmayan küçük kistlerin varlığında medikal tedavi denebilmektedir. Medikal tedavinin temelinde albendazol yer almaktadır. Perkutan tedavi ise ancak sınırlı sayıdaki olguda tatminkâr sonuçlar veren bir işlemdir. Cerrahi prensibin temelinde karaciğere zarar vermeyecek şekilde parazitin tamamen temizlenmesi, kistin içindeki elemanların boşaltılmasıdır. Karaciğer kist hidatiklerin tedavisinde parsiyel kistektomi, karaciğer rezeksiyonları gibi prosedürler olmasına rağmen halen en sık kistotomi ve kist poşunu küçültücü

işlemler uygulanmaktadır. Cerrahi sonrasında kanama, enfeksiyon, apse ve safra fistülü gibi komplikasyonlarının görülme olasılığı hakkında çok değişik oranlar bulunmaktadır. Bazı yayınlarda safra fistüllerini %2'den %80'lere kadar çıktığı bilinmektedir (12,13). Karaciğer ön yüz yerleşimli kist hidatik olgularında cerrahi teknikte çoğunlukla sorun olmamakla birlikte kubbe yerleşimlerinde kiste ulaşım oldukça zordur. Özellikle Kouraklis ve arkadaşlarının tanımladığı üzere karın cerrahisi geçirmiş hastalarda cerrahi disseksiyon da oldukça zorlaşmaktadır (14,15). Torakotomi ile yaklaşımda tek akciğer ventilasyonu ile akciğer alt lob ve diyafragma eksplorasyonu en iyi şekilde ortaya konmaktadır. Bu noktada dikkat edilmesi gereken nokta kubbe kistlerinde akciğer alt loba yapışıklık daha sık görüldüğünden disseksiyon titiz yapılarak hava kaçağı olmamasına özen göstermek gerekir. Gezer ve arkadaşlarının 200 vakalık serisinde hiçbir hastada mortaliteye rastlanmazken en sık görülen komplikasyon sanılan aksine safra fistülü değil uzamış hava kaçağıdır. Safra fistülü oranını ise % 4 olarak belirtmişlerdir (16). Pnömoni, atelektazi, ampiyem, kanama torakotomiye bağlı sık görülen diğer komplikasyonlardır. Olgularımız sınırlı sayıda da olsa herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadık. Yayınlar da benzer cerrahi girişim uygulanan hastalardaki ortalama hastanede kalış sürelerini 10 gün olarak belirtmişlerdir. Bizim olgularımızda ise ortalama hastanede kalış süresi benzerdir. Biz gerek uygulanan cerrahi prosedürün rahatlığı, gerekse ameliyat sonrası hastanın konforu ve komplikasyon oranlarındaki düşüklükler nedeniyle torakotomi ile yaklaşımın alternatif bir tedavi metodu olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Doğan R, Yüksel M, Çetin G, Süzer K, Alp M, Kaya S, et al. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: report on 1055 patients. Thorax. 1989;44(3):192-9.
2. Köksal AŞ, Arhan M, Oğuz D. Kist hidatik. Güncel Gastroenteroloji. 2004;8(1):61-7.
3. Yılmaz E, Gökçok N. Hydatid disease of the liver: current surgical management. Br J Clin Pract. 1990;44(6):612-5.

4. Şanlı M, Tunçözgür B, Elbeyli L. Pulmonary hydatid disease and surgical therapy. Turkish J Thorac and Cardivasc Surg. 2000;8(8):703-5.
5. Burgos R, Varela A, Castedo E, Roda J, Montero CG, Serrano S, et al. Pulmonary hydatidosis: surgical treatment and follow-up of 240 cases. Eur J Cardio Thoracic Surg. 1999;16(6):628-34.
6. Ersoy OM, Özkan N, Yeginsu A, Kayaoğlu HA, Çelik A. Diaframatik yüzde yerleşim gösteren karaciğer hidatik kistlerine minitorakotomi ile yaklaşım. Ulusal Cerrahi Dergisi. 2009; 25(4): 170-3
7. Munzer D. New perspectives in the diagnosis of Echinococcus disease. J Clin Gastroenterol. 1991;13(4):415-23.
8. Yazkan R, Özsoy İE, Ergene G, Avcılar M. Sağ akciğer ve karaciğer kubbe kist hidatiklerine tek seansta transtorasik yaklaşım. Clin Anal Med. 2011;2(3):7-10
9. Uysal A, Gürüz Y, Köktürk O. Türk toraks derneği paraziter akciğer hastalıkları tanı ve tedavi uzlaşı raporu 2009. p.8-11.
10. Akısu Ç, Delibaş Bayram S. Akciğer hidatidozunun tanısında IHA, ELISA ve Western Blot testlerinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2005;53(2):156-60.
11. Sayek İ, Tırnaksız MB, Doğan R. Cystic hydatid disease: Current trends in diagnosis and management. Surg Today. 2004;34(9):987-96.
12. Avgerinos ED, Pavlakis E, Stathoulopoulos A, Manoukas E. Clinical presentations and surgical management of liver hydatidosis: our 20 year experience. HPB. 2006;8(2):189-93.
13. Kouraklis G, Dosios T, Glinavou A, Kouvaraki M, Karatzas G. An alternative approach for the surgical management of hydatid disease of the liver. Langenbecks Arch Surg. 2001 386(1):62-4.
14. Smyrniotis VE, Kostopanagiotou EK, Farantos CI, Katis CI, Kostopanagiotou GG. Approach for echinococcal cysts located over the superoposterior aspect of the right lobe of the liver. World J Surg. 2003;327(6):699-702.
15. Şehitoğulları A, Çobanoğlu U, Çıkman Ö, Bilici S. Dev akciğer ve karaciğer kubbe hidatik kistlerinde tek seanslı transtorasik yaklaşım. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2009;7(1):12-5.
16. Gezer S, Sırmalı M, Fındık G. Simültane sağ akciğer ve karaciğer kist hidatiklerine tek aşamalı transtorasik yaklaşım: 200 olgunun analizi. SDÜ Tıp Fak Derg. 2008;15(2):1-5