

# Karaciğer kist hidatığına bağlı gelişen bronkobilyer fistül: olgu sunumu

Bronchobiliary fistula due to hydatid disease of the liver: a case report

Nuretdin SUNA<sup>1</sup>, Ufuk Barış KUZU<sup>1</sup>, Mahmut YÜKSEL<sup>1</sup>, Muhammet Yener AKPINAR<sup>1</sup>, Selçuk DIŞİBEYAZ<sup>1</sup>, Erkan PARLAK<sup>2</sup>

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi <sup>1</sup>Gastroenteroloji Kliniği, Ankara  
 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>2</sup>Gastroenteroloji Bilim Dalı, Sakarya

*Bronkobilyer fistül, bilyer sistem ile bronş sistemi arasında defektif geçiş olması ile karakterize nadir görülen bir durumdur. Daha çok karaciğer kist hidatik veya amibik hastalığı, kolelitiazis, koledokolitiazis, peptik ülser, malignite, konjenital malformasyonlar ve cerrahiye sekonder bir komplikasyon olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavisinde cerrahi yöntemlerinde, morbidite ve mortalite oranı yüksek olduğundan günümüzde daha az invaziv yöntemler tercih edilmektedir. Bu yazıda karaciğer kist hidatığına bağlı gelişen bronkobilyer fistüllü olgunun, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi yöntemi ile hem tanı konulmasını hem de tedavi edilmesini sunuyoruz.*

**Anahtar kelimeler:** Bronkobilyer fistül, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi

## GİRİŞ

Bronkobilyer fistül (BBF), bilyer sistem ile bronş sistemi arasında defektif geçiş olması ile karakterize, nadir görülen bir durumdur. Genellikle karaciğer kist hidatik veya amibik hastalığı, kolelitiazis, koledokolitiazis, peptik ülser, malignite, konjenital malformasyonlar ve cerrahiye sekonder bir komplikasyon olarak ortaya çıkmaktadır (1,2). Klinik bulgular, altta yatan nedenden bağımsız olarak safıralı öksürük (bilioptizi), ateş ve dispnedir. Bilioptizi, genellikle daima BBF açısından patognomoniktir (3). Kist diyafragmayı geçtiği zaman plevral kaviteye, intratorasik büyük vasküler yapıları, perikardiuma ve pulmoner parankime rüptüre olabilmektedir (4). Ancak kist hidatığın toraks içine rüptürü nadir bir komplikasyondur ve karaciğer kist hidatik olgularının %0.6 ile %16'sında gelişmektedir (5). Karaciğer kist hidatığın plevral boşluğa veya bronşa açılması yüksek mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (4). Bu yazıda karaciğer kist hidatığına bağlı gelişen BBF'li olgunun, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP) yöntemi ile hem tanı konulmasını hem de tedavi edilmesini sunuyoruz.

## OLGU

Seksensekiz yaşında kadın hasta pnömoni nedeniyle takip edilen merkezde karaciğerde kistik lezyon saptanması üzerine kliniğimize refere edildi. Öksürük ve yeşilimsi sarı renkte balgam yakınması olan hastanın özgeçmişinde aterosklero-

*Bronchobiliary fistula is a rare condition characterized by an abnormal connection between the biliary and bronchial system. The condition can be caused by hydatid cysts, amoebic disease, cholelithiasis, choledocholithiasis, peptic ulcer, malignancies, congenital malformations and surgery. The risk of morbidity and mortality inherent with surgical intervention makes less invasive methods preferred. Herein, we report a case in which endoscopic retrogradcholangio pancreatography was used for the diagnosis and treatment of a bronchobiliary fistula.*

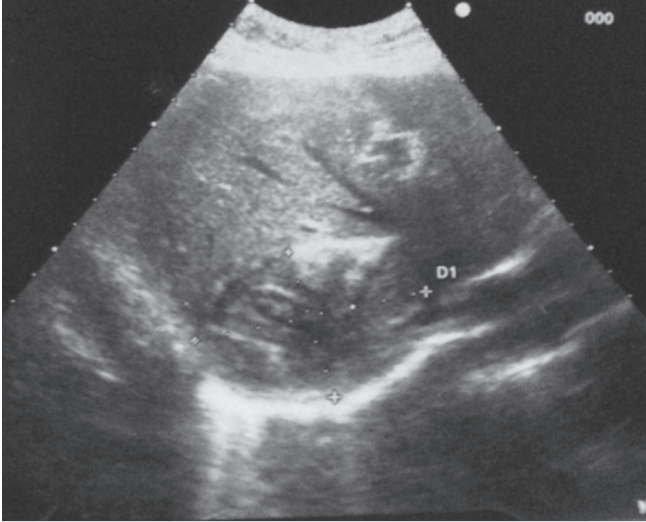
**Key words:** Bronchobiliary fistula, endoscopic retrograde cholangiopancreatography

tik kalp hastalığı mevcuttu. Fizik muayenesinde akciğerin sağ orta ve alt zonlarında solunum seslerinde hafif azalma ve kaba raller, abdomenin sağ üst kadranda hassasiyet ve hepatomegali mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; aspartat aminotransferaz 18 U/l (<40), alanin aminotransferaz 12 U/l (<41), gama glutamil transferaz 24 U/l (8-61), alkalin fosfat 78 U/l (40-130), total bilirubin 0.6 mg/dl (<1.2), direkt bilirubin 0.22 mg/dl (<0.30), albumin 3,03 g/dl (3.5-5.2), amilaz 51 U/l (28-100), beyaz kan hücreleri 12,5X10<sup>3</sup>/µl (3.7-9.7), C-reaktif protein 32 mg/dl (0-8), eritrosit sedimentasyon hızı 43 mm/saat (0-15) saptandı.

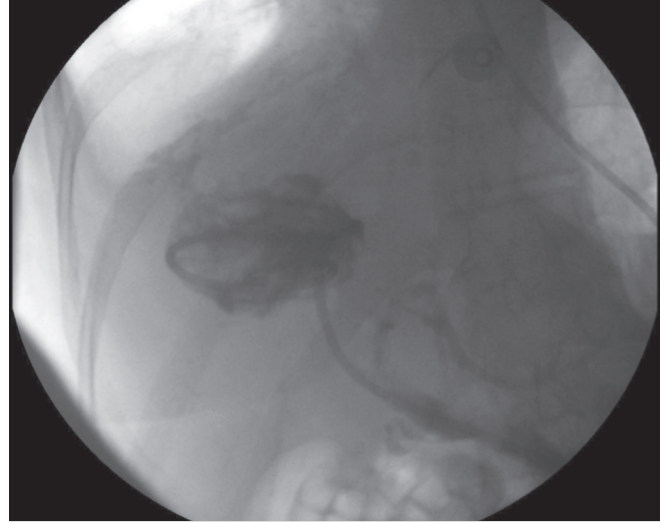
Transabdominal ultrasonografide karaciğer segment 7'de 71x60 mm çapında membranları çökmüş, diafragma bütünlüğü bozan, diaframı geçip akciğer parankimine yapışık gibi görünen kist hidatik ile uyumlu lezyon izlendi (Resim 1). ERKP'de koledok selektif kanülize edilerek sfinkterotomi yapıldı. Kolanjiogramda sağ anterior safıra yollarından kist içine kaçak ve BBF traktı izlendi (Resim 2). Kiste uzanan dal içine 7 Fr nasobilyer dren (NBD) konuldu (Resim 3). Yaşı ve komorbid durumu dikkate alınarak cerrahi girişim için yüksek riskli kabul edildi. Kliniği ve laboratuvar değerleri düzelmeye başlayan hasta NBD ile taburcu edildi. Birbuçuk ay sonra semptomları ve laboratuvar değerleri tamamen düzeldi. NBD'ci çekildi. NBD çekilmesinden sonraki 18 aylık izlemde hastada semptom gelişmedi.

Suna N, Kuzu UB, Yüksel M, et al. Bronchobiliary fistula due to hydatid disease of the liver: a case report. *Endoscopy Gastrointestinal* 2014;22:71-73.

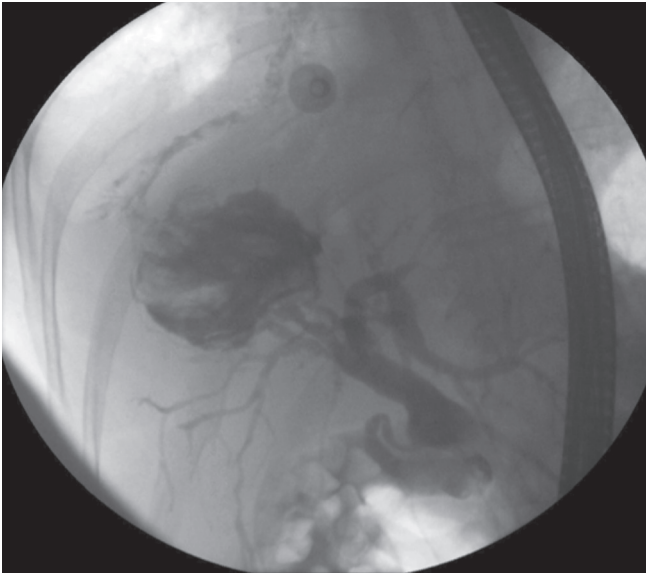
İletişim: Nuretdin SUNA  
 Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
 Gastroenteroloji Kliniği, Ankara  
 Tel: +90 312 306 13 34 • E-posta: nurettinsuna.44@hotmail.com  
 Geliş Tarihi: 18.08.2014 Kabul Tarihi: 20.10.2014



**Resim 1.** Transabdominal ultrasonografide karaciğer segment 7'de 71x60 mm hidatik ile uyumlu lezyon.



**Resim 3.** Kiste uzanan safra dalı içine konulan 7 Fr nasobilyer dren izleniyor.



**Resim 2.** Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografide sağ anterior safra yollarından kist içine kaçak ve bronkobilyer fistül traktunun görünümü.

## TARTIŞMA

BBF ilk olarak Peacock tarafından 1950 yılında rapor edilmiştir (6). BBF'ün en sık sebepleri, gelişmekte olan ülkelerde karaciğer kist hidatik veya amibik hastalığı iken, batı ülkelerinde ise travma ve geçirilmiş biliyer cerrahiye sekonder gelişen komplikasyondur (1,3). Ancak 1980 ve 2010 yılları

arasında raporlanmış olan ve toplam 68 vakadan oluşan bir derlemede, BBF'ün en sık nedeni %32.3 oranında tümörler olduğu bildirilmiştir (7). Olgumuzda olduğu gibi genellikle tüm olgularda bilioptizi mevcuttur. Safra tahrişine sekonder pnömoniler sıklıkla görülmektedir. Bakteriyel süperenfeksiyonların da üzerine binmesiyle pulmoner komplikasyonlar mortal seyredebilmektedir (1).

BBF tanısı için ERKP veya perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) en çok kullanılan yöntemlerdir. Ancak, manyetik rezonans kolanjiyo ve hepatobilyer iminodiasetik asit sintigrafisi gibi noninvaziv yöntemlerle de kesin tanı sağlanmaktadır. ERKP veya PTK, BBF'lerin tanısında olduğu gibi tedavisinde de kullanılmaktadır. ERKP daha yaygın kullanılmaktadır (7-12). Son birkaç yıl içinde, bronkoskopi eşliğinde N-bütül siyanoakrilat embolizasyonunu ve endoskopik yol ile radyofrekans ablasyonu gibi yeni tedavi yöntemleri rapor edilmiştir. Ancak, bu yöntemlerin etkinliği tartışmalıdır (13-15). Literatürde BBF'ün tedavisi için cerrahi yöntemler öneren pek çok rapor bulunmaktadır. Ancak, cerrahi girişimlerde morbidite ve mortalite oranları yüksektir (16). Bu nedenle günümüzde cerrahi yöntemler, daha az invaziv olan diğer girişimsel teknikler başarısız olduğunda kullanılmaktadır.

Olgumuz ve literatür ışığında düşüncemiz, bronkobilyer fistül düşünülen olgularda ERKP hem tanıda ve hem de tedavide etkili bir yöntemdir.

## KAYNAKLAR

1. Andalkar L, Trow TK, Motroni B, Katz DS. Bronchobiliary fistula as a complication of liver metastases: diagnosis by HIDA scan. Clin Nucl Med 2004;29:289-91.
2. Khandelwal M, Inverso N, Conter R, Campbell D. Endoscopic management of a bronchobiliary fistula. J Clin Gastroenterol 1996;23:125-7.
3. Kaido T, Kano M, Suzaki S et al. Bronchobiliary fistula after hepatectomy for hepatocellular carcinoma. Dig Dis Sci 2006;51:1117-21.
4. Gerazounis M, Athanassiadi K, Metaxas E, et al. Bronchobiliary fistulae due to echinococcosis. Eur J Cardiothorac Surg 2002;22:306-8.
5. Kabiri EH, El Maslout A, Benosman A. Thoracic rupture of hepatic hydatidosis (123 cases). Ann Thorac Surg 2001;72:1883-6.
6. Peacock TB. Case in which hydatids were expectorated and one of suppuration of a hydatid cyst of the liver communicating with the lungs. Edinburgh Med Surg J 1850;74:33-46.

7. Liao GQ, Wang H, Zhu GY, et al. Management of acquired bronchobiliary fistula: A systematic literature review of 68 cases published in 30 years World J Gastroenterol 2011;17: 3842-9.
8. Karabulut N, Cakmak V, Kiter G. Confident diagnosis of bronchobiliary fistula using contrast-enhanced magnetic resonance cholangiography. Korean J Radiol 2010;11:493-6.
9. Annovazzi A, Viceconte G, Romano L, et al. Detection of a suspected bronchobiliary fistula by hepatobiliary scintigraphy. Ann Nucl Med 2008;22:641-3.
10. D'Altorio RA, Mcallister JD, Sestric GB, Cichon PJ. Hepatopulmonary fistula: Treatment with biliary metallic endoprosthesis. Am J Gastroenterol 1992;87:784-6.
11. Bird R, Fagen K, Taysom D, Silverman ED. A case of bronchobiliary fistula in the setting of adult polycystic kidney and liver disease, with a review of the literature. Clin Nucl Med 2005;30:326-8.
12. Brem H, Gibbons GD, Cobb G, et al. The use of endoscopy to treat bronchobiliary fistula caused by choledocholithiasis. Gastroenterology 1990;98:490-2.
13. Goldman SY, Greben CR, Setton A, et al. Bronchobiliary fistula successfully treated with n-butyl cyanoacrylate via a bronchial approach. J Vasc Interv Radiol 2007;18:151-5.
14. Kim JH, Kim MD, Lee YK, et al. Bronchobiliary fistula treated with histoacryl embolization under bronchoscopic guidance: A case report. Respiratory Medicine CME 2008;1:164-8.
15. Tran T, Hampel H, Qureshi WA, Shaib Y. Successful endoscopic management of bronchobiliary fistula due to radiofrequency ablation. Dig Dis Sci 2007;52:3178-80.
16. Rose DM, Rose AT, Chapman WC, et al. Management of bronchobiliary fistula as a late complication of hepatic resection. Am Surg 1998;64:873-6.