

KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNDE UYGULADIĞIMIZ CERRAHİ YÖNTEMLER

Murat SOYLU, Seymen BORA, İbrahim ÖZMAN, Enver TEKİN,
Hasan BAKIR, Kemal ASTARCIOĞLU

D.E.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

1985-1993 yılları arasında karaciğer kist hidatigi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 36 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bütün hastalarda tanı ultrasonografi velveya kompiütize tomografi ile kondu. 34 olguda kist sadece karaciğerde lokalize iken 2 olguda intraabdominal diğer organlarda kist mevcuttu. 26 olguda karaciğerde tek kist saptandı (%72.2). Cerrahi tedavi olarak kistektomi, parsiyel kistektomi + omentoplasti, parsiyel kistektomi+kapitonaj, parsiyel kistektomi + intrafleksiyon ve parsiyel kistektomi + eksternal drenaj yöntemleri uygulandı. Eksternal drenaj uygulanan 5 olguda morbidite oranı %40 iken diğer gruplarda morbidite olmadı. Sonuç olarak, komplike olmayan karaciğer kist hidatigininin cerrahi tedavisinde parsiyel kistektomi + omentoplasti, kapitonaj, intrafleksiyon yöntemi düşük komplikasyon oranı nedeniyle seçilebilecek tedavi yöntemidir. Eksternal drenaj yöntemi ise sadece enfekte veya biller drenaj gerektiren karaciğer hidatik kistlerinde uygulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, cerrahi tedavi, eksternal drenaj

SUMMARY

We retrospectively reviewed 36 patients with hepatic hydatid disease treated surgically between 1985 and 1993. The diagnosis was established by ultrasonography and/or computed tomography. In 34 cases the cysts were located in the liver whereas in 2 cases, cysts were found only on abdominal viscera. In 26 cases, a single cyst was found in the liver (72.2%). All of the patients were treated surgically. As surgical treatment cystectomy, partial cystectomy and omentoplasty, partial cystectomy and capitonnage, partial cystectomy and intraflexion; and partial cystectomy and external drainage were performed. In five patients treated by partial cystectomy and external drainage of the residual cavity, the morbidity rate was 40 percent while no morbidity was observed in the remaining patients. In conclusion, partial cystectomy plus omentoplasty, capitonnage and intraflexion is the procedure of choice for uncomplicated cysts with a low complication rate. External drainage procedures must only be performed in the surgical treatment of infected hydatid cysts or those requiring biliary drainage.

Key words: Hydatid cyst, surgical treatment, external drainage

Hidatik kist aynı türden iki ayrı sestodun embryo şekillerinin ara konakçı insan ve hayvanlarda yapmış olduğu bir hastalıktır ve bazı endemik bölgelerde önemli bir sağlık sorunudur. İnsanlarda kist hidatik %70-75 oranında karaciğerde, %25 oranında akciğerde ve nadiren de dalak, santral sinir sistemi, böbrekler, adrenal glandlar, kalp ve kemiklerde yerleşmektedir (1,2).

Son 50 yıl içinde kist hidatik hastalığının cerrahi patolojisinin daha iyi anlaşılması ve cerrahi teknikteki gelişmelere rağmen en etkin tedavi konusu tartışmalıdır (3,4). Cerrahi tedaviden sonra %10 oranında rekürrens görülmesine rağmen mebendazol ve albendazol gibi antihelmintik ilaçlarla tedavinin başarı oranının yüksek olmaması nedeniyle kist hidatik hastalığında günümüzde cerrahi tedavi en iyi yöntem olarak görülmektedir (5,6).

Bu çalışmada kliniğimizde karaciğer hidatik kistli olgulara uyguladığımız cerrahi tedavi yöntemleri ve sonuçları sunulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 1985- Eylül 1993 tarihleri arasında karaciğer kist hidatik hastalığı nedeniyle ameliyat edilmiş olan 36 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Hastaların 20'si erkek (%55.5), 16'sı kadındı (%45.5). Yaşları 20-61, ortalama 42.2 idi. Semptom olarak en sık sağ üst kadranda ağrısı görüldü (%55.5). En sık klinik bulgular hepatomegali (%33.3), ve batında kitle (%13.8) idi. 8 hastada (%22.2) ise semptom yoktu ve karaciğer kist hidatiği tanısı ultrasonografi ile tesadüfen konuldu. 34 hastada hidatik kist karaciğerde lokalize iken iki hastada karaciğer dışında kist mevcuttu. Bunların biri peritoneal kavitede, diğeri omentum ve batın ön duvarında bulundu. Bu iki hasta da daha önce kist hidatik nedeniyle opere edilen nöks olgulardı. 26 hastada karaciğerde tek kist (%76.5), 8 hastada ise en fazla 5 tane olmak üzere multipl karaciğer kisti mevcuttu (%22.2).

Karaciğerde tek kisti olan 26 olgudan 19 tanesinde kist sağ lobda yerleşmişti (%73.1). Soliter karaciğer kist hidatiğinin 12'si 5 cm'den küçük, 9'u 5-10 cm, 5'i 10 cm'den büyüktü. Preoperatif tanı 29 hastada ultrasonografi, 7 hastada ise ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile kondu. Laboratuvar bul-

gusu olarak 7 hastada eizinoz, 3 hastada lökositoz, 2 hastada karaciğer fonksiyon testlerinden ALT ve AST'de minimal yükselme saptandı. Göğüs ve batin grafisinde 3 hastada sağ diyafragma elevasyonu, 2'sinde sağ diyafragma altında kalsifikasyon saptandı.

Bütün hastalar cerrahi yöntemle tedavi edildiler. İntraperitoneal kontaminasyon şüphesi ile postoperatif 4 hastaya mebendazol, 1 hastaya da albendazol tedavisi başlandı. Cerrahi yöntem olarak 10 hastada parsiyel kistektomi+omentoplasti, 8 hastada parsiyel kistektomi+kapitonaj, 6 hastada parsiyel kistektomi+intrafleksiyon, 5 hastada parsiyel kistektomi+eksternal drenaj, 7 hastada kistektomi uygulandı (Tablo I). Rekürren kist hidatik nedeniyle ameliyat edilen 2 hastada intraabdominal tüm kistler çıkarıldı.

BULGULAR

Postoperatif dönemde parsiyel kistektomi+drenaj uygulanan 5 olgudan 2'sinde sub-

Tablo I. Kist hidatik tedavisinde kullanılan cerrahi yöntem ve sonuçları.

Cerrahi Yöntem	Hasta Sayısı	Komplikasyon
Kistektomi	7 (%19.4)	0
Parsiyel Kistektomi + Omentoplasti	10 (%27.8)	0
Parsiyel kistektomi + Kapitonaj	8 (%22.2)	0
Parsiyel kistektomi + Intrafleksiyon	6 (%16.7)	0
Parsiyel kistektomi + Drenaj	5 (%13.9)	2 (%40)
Toplam	36 (%100)	2 (%5.5)

frenik abse geliştirdi (%40). Ayrıca bu hastalardan birinde postoperatif 2 ay süren safra fistülü oluştu. Her iki hastada da subfrenik abse perkütan olarak drene edildi. Diğer cerrahi tedavi yöntemlerinin uygulandığı hastalarda tekniğe bağlı bir komplikasyon görülmedi.

Hastanede kalış süresi kistektomi uygulanan grupta ortalama 8 gün, eksternal drenaj uygulanan grupta 23 gün, diğer gruplarda ise 12 gün bulundu. Postoperatif mortalite görülmedi.

Hastalardan 22'si 6-96 ay (ortalama 58 ay) takip edildi. Eksternal drenaj uygulanan 1 hastada postoperatif 3'üncü yılda rekürrens saptandı. Bu seride takip edilen hastalardaki rekürrens oranı %4.5 bulundu.

TARTIŞMA

Benign bir hastalık olarak kabul edilen karaciğer kist hidatiğinde uygulanacak cerrahi tedavi kistin büyüklüğüne, sayısına ve lokalizasyonuna bağlı olarak değişmektedir. Tedavide prensip komplikasyon ve rekürrensi en aza indiren yöntemin seçilmesidir. Periferik yerleşimli kistlerde kistin total eksizyonu emin bir yöntemdir. Kistektomi uygulanmıyorsa kist içeriği boşaltıldıktan sonra kist boşluğunun obliterasyonu için omentoplasti, kapitonaj, intrafleksiyon veya eksternal drenaj yöntemleri uygulanabilir (1-4, 6-9).

Rekürrensi önlemek amacıyla kist etraf dokulardan izole edildikten sonra kist içine

skolosidal ajan verilerek sterilize edilmelidir. Böylece intraabdominal kontaminasyon önlenir (5-7). Skolosidal ajan olarak kullanılan solusyonlar %40 formalin, %0.5 gümüş nitrat, %20 tuzlu su, %2 iyod ve cetrimidedir (1,2,7,9,10). Formalin kostik travma ve sklerozan kolanjite yol açması nedeniyle kullanılmamaktadır (11,12). Tuzlu su kullanımı ise hipernatremiye yol açabilmektedir (13). Bizim serimizdeki olgularda skolosidal madde olarak %20 tuzlu su, %0.5 gümüş nitrat ve povidon-iyot solusyonları kullanılmıştır. Kullanılan bu maddelere bağlı bir komplikasyon görülmemiştir.

Postoperatif komplikasyonlar genellikle kist içeriğinin yeterli drene edilememesi ve kist boşluğunun tam olarak oblitere edilememesi ile ilişkilidir (3,4,6,8). Ayrıca kist boşluğunun safra yolları ile ilişkili olması, boşlukta safra birikimi sonucu abse ve biliyer fistül oluşumuna yol açabilir (1,2,8,10). Uzun süreli eksternal drenajda ise drenaj tüpü yoluyla retrograd olarak kist boşluğu enfekte olabilir.

Küçük çaplı safra kanallarıyla ilişkili kistlerde bu kanallar sütürlerle kapatılmalıdır. Olguların %5-10'unda kistin major safra kanalları ile ilişkili olduğu ve bu durumda koledok kanalının T tüp ile drenajının yapılması gerektiği bildirilmektedir. Bu yöntemin ilave edilmediği olgularda uzamış safra fistülü sık görülmektedir (1,2,10).

Kist içeriği boşaltıldıktan sonra omentoplasti ile kist boşluğu kolayca oblitere edilebilmek-

tedir. Ancak omentoplasti her kist kavitesini yeterince dolduracak nitelikte yapılamayabilir. Nüks olgularda omentumu tekrar kullanma imkanı kalmaz. Multibl kistlerde, süpüre kistlerde ve major safra yolları ile ilişkili kistlerde de omentoplasti yapılması uygun değildir (4,9,13).

Major safra yolları ile ilişkisi olan bir olgumuzda T tüpü drenajına rağmen uzun süreli safra fistülü gelişti. Ayrıca eksternal drenaj uygulanan 2 olguda subfrenik abse oluştu ve perkutan yoldan tedavi edildi. Eksternal drenaj yöntemi dışındaki diğer yöntemlerle tedavi ettiğimiz olgularda cerrahi yöntemle bağlı komplikasyon gelişmedi. Günümüzde eksternal drenaj yöntemi, postoperatif komplikasyonları nedeniyle sadece komplike olmuş karaciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisinde önerilmektedir (1,2,9,10).

İntraoperatif kontaminasyondan şüphe edilen olgularda postoperatif adjuvan antihelmintik tedavi uygulanabilir. Mebendazol ve son za-

manlarda kullanılmaya başlanan albendazol sıklıkla uygulanan antihelmintik ajanlardır (6,14,15). Bu ajanların insan hidatik kistlerinde küçülme, serolojik reaksiyon ve kist sıvısında sterilizasyon yaptığı saptanmıştır (14,15). İntraoperatif kontaminasyondan şüphe ettiğimiz 4 olguda postoperatif dönemde mebendazol ve albendazol tedavisi uyguladık.

Bu serideki rekürens oranı %4.5 olarak bulunmuştur. Genelde rekürens oranları %10-15 oranında bildirilmektedir (5,6).

Sonuç olarak benign bir hastalık olan karaciğer kist hidatiğinde cerrahi yöntem olarak yüzeysel kistlerde kistektomi, komplike olmamış basit kistlerde ise parsiyel kistektomi sonrası kist boşluğunun omentoplasti, kaptanaj veya intrafleksiyon ile obliterasyonunun en iyi yöntem olduğu, tüp drenaj yönteminin ise komplike olmuş, enfekte ve büyük safra yolları ile iştirakli kist hidatiklerde uygulanabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Sayek I, Yalın R, Sanaç Y. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1980; 115: 847-50.
2. Sayek I. Hydatid disease of the liver. Hacettepe Med J 1983; 16: 85-92.
3. Arıoğlu O, Emre A, Alper A, Uras A. Intraflexion as a method of surgical treatment of hydatid disease. Surg Gynecol Obstet 1989; 169: 356-9.
4. Kartal A, Belviranlı M, Açıkgözoğlu S, Karahan Ö, Kaynak A. Karaciğer hidatik kist kavitelerinin obliterasyonunda overlapping tekniği. Ulusal Cerrahi Dergisi 1993; 9 (4): 268-72.
5. Little JM, Hollands MJ, Ekberg H. Recurrence of hydatid disease. World J Surg 1986; 12: 700-4.
6. Karavias DD, Valgianos CE, Bouboulis N, Rothosis S, Androulakis J. Improved techniques in the surgical treatment of hepatic hydatidosis. Surg Gynecol Obstet 1992; 174: 176-80.
7. Lancer B. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Br J Surg 1987; 74:

- 237-8.
8. Demirci S, Eraslan S, Anadol F, Bozatlı I. Comparison of the results of different surgical techniques in the management of hydatid cysts of the liver. *World J Surg* 1989; 13: 88-91.
 9. Aktan AÖ, Yalın R, Yeğen C, Okbay N. Surgical treatment of hepatic hydatid cysts. *Acta Chir Belg* 1993; 93: 151-3.
 10. Ulusoy AN, Özkan K, Dışkın S. Karaciğer hidatik kistlerinin cerrahi tedavisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1988; 4 (4): 53-6.
 11. Argerwal A, Gang R. Formalin toxicity in hydatid liver disease. *Anesthesia* 1983; 38: 662-5.
 12. Belghiti J, Benhamon W, Honry S, et al. Coustic sclerosing cholangitis. *Arch Surg* 1986; 121: 1162-5.
 13. Wanninayake HM, Brough W, Bullock N, et al. Hypernatremia after treatment of hydatid. *Br Med J* 1982; 284: 1302-3.
 14. Saimot AG, Cremieux AC, Hay JM, et al. Albendazole as a potential treatment of human hydatidosis. *Lancet* 1983; 17: 652-4.
 15. Ronconi P, Boraone A, Alguait. Preoperative treatment of hydatid cysts with mebendazole. *Int Surg* 1982; 67: 405-6.