

# Karaciğer ve Dalakta Kist Hidatik ve Peritoneal Hidatidoz

Dr. Haluk DEMİRGAZİ\*

Prof. Dr. Mete KESİM\*

Yard.Doç.Dr.Zafer MALAZGİRT\*

Dr. Şükrü ŞİMŞİR\*

Dr. Ercüment ERSÖZLÜ\*

Hidatik hastalık (echinococcosis) dünyada yaygın olarak izlenmekte ve en sık olarak hepatik tutulumla karakterizedir. İnsanlardaki insidans ara konakçı olan koyun, domuz ve köpeklerdeki insidansa bağlıdır. Güney Amerika, İzlanda, Avustralya, Yeni Zelanda ve Güney Afrika endemik bölgelerdir (1).

Karaciğer dışında, periton boşluğundaki kist hidatikler olağan değildir. Ancak dalak, pankreas ve overlerde tanımlandıkları gibi, abdominal veya pelvik kavitede dissémine olabilirler. Karın içine dissémine olan vakaların karaciğerdeki kitlenin uzantısı veya rüptürü sonucu geliştiği düşünülmektedir. Karaciğer dışında kist hidatik bulunduğu zaman karaciğerde de kist hidatik olduğundan şüphe edilmesi her zaman uygundur (2).

Biz, karaciğer ve dalakta kist hidatik ve karın içinde dissémine multipl hidatik kistleri olan bir vakayı takdim ediyoruz.

## VAKA TAKDİMİ

67 yaşında kadın hasta 2 yıldır yemeklerden bir saat kadar sonra tüm karnına yayılan **kurt** vasıflı karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Bazen yediklerini içeren tarzda kusması oluyormuş. 10 yıldır tip II diabetes mellitus tanısı ile takip ediliyor. Fizik muyanede; tüm karın kadranslarında multipl lastik kıvamında semifixe kitler mevcuttu. Laboratuvar bulguları normaldi. Çekilen ultrasonografide karaciğer sağ lob posterior alt kesiminde sağ böbrek ile komşu 7x8cm boyutlarında, porta hepatiste 4.5x5cm boyutlarında; dalak hilusu, sol hipokondriumda birbirinden ayrı 6-9cm çaplarında multipl kistler saptandı (Şekil 1,2). Abdominal bilgisayarlı tomografide karaciğer sol lob medial segmentte, sağ lob posteroinferior segmentte, dalakta kistik lezyonlar saptandı (Şekil 3,4). Karaciğer ve dalakta kist hidatik ve peritoneal hidatidoz tanısıyla yapılan eksplorasyonda omentumda 5 adet 5-15cm çaplarında, transvers kolon mezosunda, dalakta, karaciğer sağ ve sol lobunda ve retroperitoneumda multipl kistler vardı. Retroperitoneumdakine tüple drenaj diğerlerine total kistektomi ve splenektomi uygulandı. Postoperatif 11.gün şifa ile taburcu edildi.

\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, SAMSUN

## TARTIŞMA

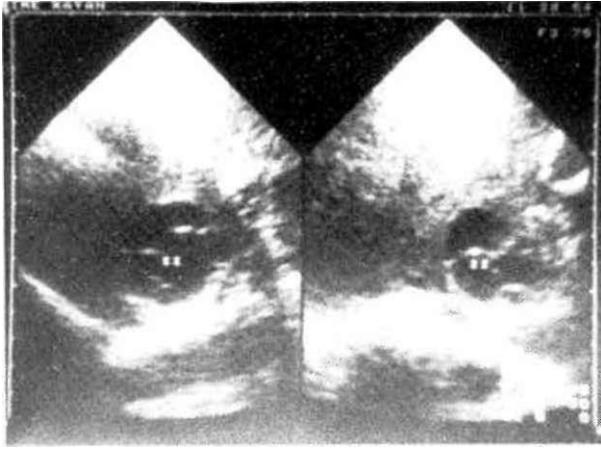
Echinococcus granulosusun (Tenia echinococcus) iyi tanımlanan bir yaşam siklusu vardır. İnfekte köpeğin feçesinden insan tarafından alınan yumurtalar, midede inkübe olduktan sonra barsak duvarından pénétre olarak bir portal ven dalı aracılığı ile karaciğere gelirler. Bunların bir kısmı karaciğerde tahrip edilir, bir kısmı kist haline dönüşürken bir kısmı da hepatik venlerden geçerek akciğerlere erişirler. Akciğerlere erişenlerin bir kısmı burada kist oluşumuna yol açarken bir kısmı da akciğerlerden sistemik dolaşıma geçerek vücudun diğer kısımlarında hidatik kist oluşumuna yolaçabilirler. Değişik bölgelerde bu kistlerin gelişimi farklı hızlarda olmasına rağmen oldukça yavaştır. Bu muhtemelen insan ve hidatik parazit arasındaki immünolojik etkileşmeye bağlıdır. İnsanda, karın içinde ekstrahepatik hidatik kistlerin uzantısı veya rüptürü sonrası spontan disseminasyon gelişebileceği gibi, daha sık olarak karaciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisi sonrasında peritona yayılım sonucu geliştiği bilinmektedir (3).

Vakamızda karaciğer ve dalakta kist hidatiğinin yanı sıra karın içinde dissémine olarak dağılmış omentum, transvers mezo kolon ve retroperitoneumda multipl kist hidatikler vardı. Bu derece dissémine kist hidatik tablosunun rüptür sonrası değil hematojen yolla oluşmuş olabileceğini düşündürdü.

Hidatidoz'un tedavisi hastayı kontamine etmeden kist içeriğinin boşaltılması ve takiben kalan kavitenin uygun bir şekilde kapatılmasını içeren bir cerrahi işlemdir. Kist sıvısı yüksek basınçlı olduğundan, evakuasyon ve sterilizasyon hibitane, alkol veya hipertonic saline gibi skolisidal bir ajanın uygulanmasından sonra gerçekleştirilir. Evakuasyon ve irrigasyonu takiben primer kapama uygulanabilir. Eksternal drenaj ve marsüpiyalizasyonda komplikasyon oranları yüksektir ve uzun süre drenaj gerektirir. Omentoplasty başarılı bir şekilde kavitenin doldurulmasını sağlar. Parsiyel hepatektomi büyük ve multipl kistlerde kullanılabilir. İntrabilier rüptür varsa

marsüpalizasyon eçpr bilier kanalda obstrüksiyon varsa safra kanalı drenajı ile beraber uygulanmalıdır (456).

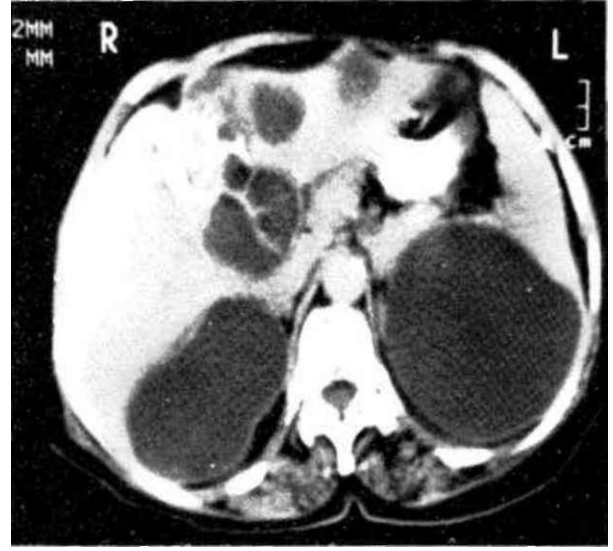
Sekonder peritoneal bidaïdoz tek veya düzineye kadar kist oluşumu ile sonuçlanabilir. Bu görüntü cerrah) korkutabilir. Ancak bunlar tek tek önemli bir sorun olmadan konakçı kapsülü ile beraber intakt olarak çıkarılır. Fakat konakçı kapsülünün bir kısmının mesane, barsak veya bazı organlarca oluşturulması durumunda karaciğerin basit hidatik kistlerindeki cerrahi prensiplerin aynısı uygulanır. Dalakta lokalize oldukları zaman, genellikle cerrahi tedavi splenektomidir. Fakat diafragma yapışıklık gösterirse kist hidatik boşaltılmalı ve splenektomi yapılmaksızın kavitenin serum fizyolojik ile doldurulması daha akılcı olur (7,8).



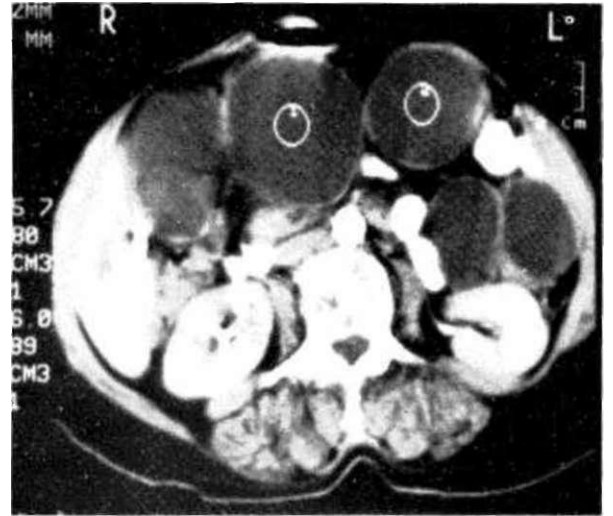
Şekil 1. US'de karaciğerde multipl kistler



Şekil 2. US'de dalak bilusu ve mesane çevresi multipl kistler



Şekil 3. BT'de dalak ve karaciğerde kistler



Şekil 4. BT'de peritoneal multipl kistler

Vakamızda karaciğerdeki kistlere total kistektomi, dalaktaki kist için splenektomi uygulandı. Transvers mezokolon ve omentumdaki multipl kistler total eksize edildi. Sağda Morrison poşu komşuluğundaki retroperitoneuma lokalize kiste tüple drenaj işlemi uygulandı. Bu işlemlerden önce kistlerin içine %20 NaCl skolisidal ajan olarak verildi.

Memleketimizde kist hidatik daha çok yalnız karaciğerde izlenmektedir. Vakamızda görüldüğü gibi hem karaciğer ve dalak hem de peritoneal hidatidoz ender olarak izlenmektedir ve intraabdominal kitle tablosunda başvurmaktadır.

Bu tür vakalarda karaciğerdekiler için klasik işlemlerin, dalaktakiler için splenektominin ve periton içindeki multipl kistlerin total olarak eksize edilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz ve profilaksi için Mebendazol kullanımının yararlı olacağı kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Langer JC, Rose DB, et al. Diagnosis and management of hydatid disease of the liver: A 15 year north america experience. *Ann Surg* 1984; 199:412.
2. Kiine GA, Jones T, et al. Hydatid disease in Australia: An update on prevention, clinical presentation and treatment. *Med J Aust* 1983.
3. Aarons BP, Fitzpatrick SC. Hepato-biliary hydatid disease. In: Kune GA, Sall A, eds. *The practice of biliary surgery*, 2 ed. Oxford: Blackwell, 1980: 399.
4. Belli L, del Favero E, et al. Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. *Am J Surg* 1983; 145:239.
5. Dugalic D, Djukic V, et al. Operative procedures in the management of liver hydatidosis. *World J Surg* 1982; 6:115.
6. Sayek I, Yalin R, et al. Surgical treatment of hydatid disease of liver. *Arch Surg* 1980; 115:847.
7. Aroney M, Souvlis L. Current alternate surgical management of human hydatid disease with emphasis on omentoplasty. *Aust Vet J* 1979; 55:148.
8. Grundmann R, Eitenmuller J, et al. Indications for the various surgical procedures in hepatic echinococcosis. *Chirurg* 1981; 52:332.