

Safra Yollarına Açılan Karaciğer Hidatik Kist Olgularında Tanı ve Tedavi¹

DIAGNOSIS AND THE TREATMENT OF THE HYDATID DISEASE OF THE LIVER RUPTURED THE BILIARY TRACT

Faruk AKSOY*, Metin BELVİRANLI**, Yahya PAKSOY***, Adnan KAYNAK**, Mustafa ŞAHİN****

* Yrd.Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,

** Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,

*** Uz.Dr., Özel Ultra Görüntüleme Merkezi,

**** Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KONYA

Özet

Amaç: Çalışmanın amacı safra yollarına rüptüre olan karaciğer hidatik kisti olgularında tanı ve tedavi seçeneklerini karşılaştırmaktır.

Ön Değerlendirme: Hidatik kistin safra yollarına rüptürü nadir rastlanan ciddi komplikasyonlardandır. Hidatik kiste yönelik cerrahi tekniklerle beraber safra yollarının drenajı için koledokoduodenostomi ve T-tüp drenajı en sık uygulanan girişimlerdir.

Materyal ve Metot: Ocak 1987-Kasım 1999 tarihleri arasında 474 karaciğer hidatik kisti olgusu içinde safra yollarına rüptüre olmuş 18(%) 3.8) olgu retrospektif olarak değerlendirildi ve konu literatür bilgisi eşliğinde incelendi.

Bulgular: Olguların 10'u erkek, 8'i bayan olup, yaşları 28-73 arasında değişmekteydi. Hidatik kist 12 olguda sağ, 6 olguda sol lobda yerleşmişti. En sık şikayet ve fizik muayene bulgusu sağ üst kadrant ağrısı ve hassasiyeti olarak saptandı. Tanıda ultrasonografi(USG), batın tomografisi (BT) ve endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatikografi-den (ERKP) yararlanıldı. Üç olguda sfinkterotomi sonrasında klinik bulgularda iyileşme görüldü. Laparotomi yapılan olgularda safra drenajı için 10 olguda T-tüp drenajı, 5 olguda koledokoduodenostomi uygulandı. Çoğunluğu ameliyat sonrası yara enfeksiyonu olmak üzere 7 olguda komplikasyon görülürken, mortalite görülmedi. Postoperatif yatış süresi ERKP ve sfinkterotomi yapılan olgularda anlamlı olarak düşük idi ($p < 0.05$).

Sonuç: Safra yollarına açılmış karaciğer hidatik kisti olgularında safra yolu drenajında T-tüp veya koledokoduodenostomi uygulaması ile düşük mortalite ve morbidite sağlanabilmektedir. Seçilmiş olgularda tanı ERKP ve sfinkterotomi düşünülmesi gereken diğer tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Hidatik Kisti, Safra Yollarına Rüptür, Koledokoduodenostomi, T-tüp Drenaj, ERKP, Sfinkterotomi

Summary

Purpose: The aim of this study was to discuss the differential diagnosis and to compare the different treatment modalities, of the ruptured hydatid cysts into the biliary tree.

Background: The rupture of hydatid cyst into biliary tree is rare but, may cause severe complications. After surgical procedure; choledochoduodenostomy or T-tube drainage are often applied procedures.

Material and Method: 474 cases were operated on for liver hydatid cyst between January 1987-November 1999 in our clinic, and 18 of these cases(3.8%) which ruptured to biliary tree were evaluated retrospectively.

Results: Ten of the patients were male, 8 were female, and their ages was 28-73 years. The cysts were placed in right lobe in 12 cases and in left lobe 6 cases. The most frequent symptom was right upper quadrant pain and tenderness. Ultrasonography and computerized tomography were usually used as diagnostic tools, but endoscopic retrograd cholangiopancreatography was applied to three cases. Laparotomy was performed in 15 patients and sphincterotomy was sufficient for three cases. In laparotomy; choledochal explorations were done in all cases and T-tube was inserted in ten case, choledochoduodenostomy was performed in five cases. Cholecystectomy was performed in eight cases. Complications occurred in seven cases and four of them were wound infection. There was no death. The postoperative hospital stay was shorter in ERCP group than other patients.

Conclusion: T-tube drainage after choledochal exploration and choledochoduodenostomy procedures are safe and has low morbidity. ERCP and sphincterotomy can be applied for diagnosis and treatment in selected cases as an alternative method.

Key Words: Liver Hydatid Cyst, Intrahepatic rupture, Choledochoduodenostomy, T-tube Drainage, ERCP, Sphincterotomy

Hidatik kist, hipokrat zamanından beri bilinen ve ilk olarak karaciğerde su toplanması şeklinde tanımlanan bir hastalıktır (1). Dünyada her iklim bölgesinde görülmekle birlikte en çok besicilik yapılan ülkelerde, Kuzey Afrika ülkeleri ve Asya'nın hemen her yerinde rastlanmaktadır (2,3). Hidatik kist, bu hastalıkla etkin mücadele eden ülkeler için sağlık problemi olmaktan çıkmasına rağmen, ülkemiz için halen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (4-6).

Bu hastalığın en önemli komplikasyonları kistin enfekte olması, bası veya karaciğer içi safra yollarına rüptür ile tıkanma sarılığı oluşturması, peritona rüptüre olması ve diğer organlara yayılmasıdır. Olguların 1/3'ünde bu türde komplikasyonlar görülmektedir. Safra yollarına rüptür önemli ve ciddi komplikasyonlardan olup, %1.3-25 olguda rastlanmaktadır (3,7-10). Kliniğimizde 1987-1999 yılları arasında safra yollarına rüptür tespit edilen 18 hidatik kist olgusunun tanı ve tedavisi literatür bilgileri ışığında değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem

Ocak 1987-Kasım 1999 yılları arasında S. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 474 karaciğer hidatik kisti olgusu yatırılarak tedavi edildi. Bu olgulardan 37'sinde (%7.8) sarılık olduğu tespit edildi. Sarılık nedeni 18 olguda (%3.8) kara-

ciğerdeki hidatik kistin safra yollarına açılması idi ve retrospektif olarak bu olguların dosyaları incelendi. Olgularda yaş, cinsiyet, fizik muayene bulguları, kan ve biyokimyasal değerler, görüntüleme metotları, uygulanan cerrahi teknikler, postoperatif hastanede kalış süresi, komplikasyonlar ve yandaş hastalıklar araştırılacak parametreler olarak seçildi.

Sonuçlar

Olguların 10'u erkek (%55.5) 8'i kadın (%45.5) olup, yaş ortalaması sırasıyla 51.8+16.1 (28-73) ve 44.8+16.1 (15-63) idi. Karaciğer dışı hidatik kiste rastlanmadı. Hidatik kist 12 olguda (%66.6) sağ, 6 olguda (%33.4) sol lobtaydı. Sağ lobdaki bir olgu (iki adet kist) hariç diğerlerinde kist sayısı tek idi. Bir olgunun nüks olduğu ve 7 yıl önce ameliyat geçirdiği öğrenildi.

Hastaların klinik bulguları Tablo 1'de gösterilmektedir. Fizik muayenede tüm olgularda sağ üst kadranda hassasiyet vardı. İki olguda (%12.5) akut karın saptandı. Laboratuvar bulguları Tablo 2'de ve tanıda kullanılan görüntüleme yöntemlerine ait bilgiler tablo 3'de verilmektedir. Beş olguda sağ (%27.7) bir olguda (%5.5) sol üst kadranda kitle ve iki olguda (%11.1) safra kesesinde hidrops tespit edildi.

Tanıda bütün olgularda ilk olarak ultrasonografiden (USG) yararlanıldı. On iki olgu-

Tablo 1. Hastaların Genel Özellikleri ve Klinik Muayene Bulguları

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Sağ Üst								Üst kadranda	
			Kadr. Ağrı	Ateş	Kusma	Sırt Ağrısı	Kaşıntı	Sarılık	Hazımsızlık	Titreme	Kitle	
1	55	K	+	-	+	+	-	+	+	-	-	
2	43	K	+	-	-	-	-	+	-	-	-	
3	15	K	+	-	-	-	-	+	-	-	-	
4	60	E	+	-	-	+	+	+	-	-	-	
5	59	K	+	-	-	-	-	+	+	-	-	
6	73	E	+	+	-	+	-	+	-	-	+	
7	63	K	+	-	-	-	-	+	+	+	+	
8	31	E	+	-	+	+	-	+	+	-	+	
9	50	E	+	+	+	-	+	+	+	+	+	
10	50	K	+	-	+	-	+	-	+	-	-	
11	35	E	+	-	+	-	-	-	+	-	-	
12	55	E	+	-	+	+	-	-	+	-	-	
13	51	E	+	-	-	-	-	-	-	-	-	
14	45	K	+	+	+	-	+	+	+	+	-	
15	65	E	+	-	-	-	-	+	+	-	+	
16	70	E	+	-	-	-	-	+	+	-	+	
17	28	E	+	-	+	-	+	+	+	-	-	
18	29	K	+	-	+	+	-	+	+	-	-	
%			100	16.6	50	33.3	27.7	77.7	72.2	16.6	33.3	

Tablo 2. Laboratuvar Bulguları

Olgu	White blood cells (mm ³ x1000)	Haemoglobin (gr/dl)	Total Serum Bilirubin (mg/100ml)	Direkt Serum Bilirubin(mg/100ml)	Serum Alkaline phosphatase	SGOT i.u/l	SGPT i.u/l
1	12.4	9.9	4.9	3.1	416	87	76
2	13.7	10.2	5.8	3.6	321	109	89
3	11.4	11.1	7.1	4.9	342	46	38
4	12.9	8.5	16.7	12.5	487	113	116
5	10.5	10.8	3.1	1.9	204	34	42
6	13.3	12.1	16.9	13.8	1530	650	660
7	16.0	10.8	7.6	7.3	1400	150	170
8	12.8	14.3	7.3	6.3	214	204	544
9	13.1	14.0	15.0	14.7	323	44	32
10	11.1	14.5	1.2	0.4	401	642	726
11	9.8	9.7	1.3	0.3	203	121	35
12	11.5	14.2	1.5	1.1	375	84	133
13	11.9	9.4	1.2	0.3	293	56	84
14	11.9	11.5	11.4	10.7	432	76	58
15	8.9	11.8	3.4	2.1	871	92	100
16	13.2	11.7	19.0	17.4	638	141	154
17	15.7	12.3	20.4	15.3	514	192	365
18	10.9	9.9	5.0	2.3	156	32	49

da (%66.6) intrahepatik safra yollarının ve koledokun genişlemiş olduğu ve üç olguda (%16.6) kist içeriğinin safra yolları ile ilişkili olduğu rapor edildi. Üç olguda (%16.6) safra kesesinde kalkül olduğu saptandı. Dört olguda batın tomografisi (BT) ve bir olguda manyetik rezonans kolanjiografi(MRK) yapıldı. Üç olguda (%18.75) ERKP uygulandı. İndirekt hemaglutinasyon testi 12 olguda(8 olguda pozitif), Weinberg testi 8 olguda (1 olguda pozitif) ve Casoni deri testi 3 olguda (1 olguda pozitif) yapıldı. Alkalen fosfataz, lökosit, total ve direkt bilürubin, SGOT ve SGPT değerlerinin sırasıyla %77.7, %83.3, %77.7, %83.3 ve %88.8 oranında normalin üstünde olduğu saptandı (Tablo 2). Beş olguda hemoglobin'in 10 gr/dl'nin altında olduğu belirlendi. Ameliyat öncesi safra yollarına iştiraki şüpheli olan yedi olguda ameliyat anında kolanjiografi yapılarak kist kavitesi ile safra yollarının ilişkili olduğu tespit edildi.

Ameliyat öncesinde İV. antibiyotik (Sefalosporin grubu) başlandıktan sonra on beş olguya (%83.3) laparotomi yapıldı. Akut karın bulguları saptanan ve kolanjit düşünülen iki olgu (%11.1) acil ameliyata alındı. Ameliyata alınma süresi 3.9±2.7 (1-9) gündü. Bütün olgularda sağ subkostal kesi uygulanıp, iki olguda kesi sol subkostale uzatıldı. Kistin 12 olguda (%66.7) sağ, 6 olguda(%

33.3) sol lobda yerleştiği gözlenirken, çift taraflı yerleşim görülmedi. Kist sayısı bir olgu hariç (sağ lobda 2 adet) tüm olgularda bir olup, çapları 30-169 mm (ort. 99.3±53.4 mm) arasında idi.

Laparotomide iki olguda batın içinde kız veziküllere rastlandı. Karaciğer dışı safra yolları disseke edilip, koledokotomi yapıldı. Koledok çapları 12 ile 26 mm (ort.14.5±3.7 mm) arasında idi. Önce kiste ponksiyon yapıldıktan sonra skolisidal (AgNO₃, betadin veya hipertonik NaCl) ajanlar verilerek 5 dakika beklendi. Kistotomi yapılarak kavite temizlendikten sonra safra yolları germinatif membran (iki olgu) ve kız veziküllerden (on üç olgu) temizlendi. Duodenuma geçiş kontrol edildi. Uygulanan ameliyatlar Tablo 3'de gösterilmektedir. Daha önce kolesistektomi geçirmiş bir olgu dışında on üç olguda (%72.2) kolesistektomi yapıldı. Üç olguda safra kesesinde taş olduğu USG ile tespit edilmişti.

ERKP ile safra yollarında veziküller görülen ve kist ile iştirakli 3 olguda sfinkterotomi ile safra yolları boşaltıldı (Şekil 1). Bir olguda kolanjit tablosu mevcut olup, işlem sonrasında pürülan materyalin boşaldığı görüldü.

T-tüp konulan olgularda 10-18. günlerde (ort. 12.7) kolanjiografide safra yollarının açık olduğu

Tablo 3. Tanı Yöntemleri ve Uygulanan Cerrahi Yöntemler

Olgu	Görüntüleme Metodları	Kistin sayısı ve Yeri	Kistin Çapı(cm)	Biliyer Drenaj	Kiste Uygulanan Ameliyat	Endoskopik Sfinkterotomi	Yatış Günü	Yandaş Hastalık ve Ameliyat
1	USG	Sağ lob 1	4	Koledoko duodenostomi	Dışa Drenaj	-	11	Kolelitiyazis Kolesistektomi
2	USG	Sol lob 1	6	T-tüb drenaj	Roux-en-Y Perikistojejunostomi	-	16	(Opere Kolesistekt.)
3	USG	Sağ lob 1	5	T-tüb drenaj	Dışa Drenaj	-	13	Kolelitiyazis Kolesistektomi
4	USG	Sağ lob 1	8	Koledoko duodenostomi	Dışa Drenaj	-	17	Kolelitiyazis Kolesistektomi
5	USG	Sağ lob 1	8	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi +Kapitonaj	-	22	Kolesistektomi
6	USG	Sağ lob 1	16	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi +Kapitonaj	-	11	Kolesistektomi
7	USG	Sol lob 1	16	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi +Kapitonaj	-	11	Kolesistektomi
8	USG	Sağ lob 1	7	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi Peritona açık drenaj	-	14	Kolesistektomi
9	USG	Sol lob 1	10	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi +Omentoplasti	-	14	Kolesistektomi
10	USG	Sol lob 1	6	Koledoko duodenostomi	Parsiyel Kistektomi +Kapitonaj	-	9	Kolesistektomi
11	USG+CT	Sağ lob 1	6	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi +Kapitonaj	-	14	Kolesistektomi
12	USG+CT	Sağ lob 1	11	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi + Kapitonaj	-	11	Kolesistektomi
13	USG	Sol lob 1	4	Koledoko duodenostomi	Parsiyel Kistektomi Peritona açık drenaj	-	12	-
14	USG	Sağ lob 2	5 ve 3	Koledoko duodenostomi	Parsiyel Kistektomi Peritona açık drenaj	-	10	Kolesistektomi
15	USG+CT+ERCP	Sağ lob 1	5	-	-	+	3	-
16	USG+MR	Sol lob 1	8	T-tüb drenaj	Parsiyel Kistektomi Peritona açık drenaj	-	16	Kolesistektomi
17	USG+ERCP	Sağ lob 1	3	-	-	+	6	-
18	USG+CT+ERCP	Sağ lob 1	5	-	-	+	9	-

görüldükten sonra T-tüp çıkartıldı (ortalama 13.1 gün). Bir olguda 5 güne kadar uzayan safra sızıntısı görüldü. Yedi olguda (%38.9) komplikasyon görüldü. Dört olguda postoperatif kesi enfeksiyonu saptandı, drenaj ve antibiyotik tedavisi ile iyileşme görüldü. Birer olguda sağda plevral effüzyon ve derin ven trombozu gelişti. Medikal tedavi ile iyileşme sağlandı. Sfinkterotomi yapılan bir olguda kist kavitesinde apse gelişti ve perkütan drenaj uygulandı. Postoperatif erken dönemde mortalite görülmedi.

Hastanede kalış süreleri T-tüp, koledokoduodenostomi ve endoskopik sfinkterotomi gruplarında sırasıyla 14.2+3.3 (11-22), 11.8+3.1 (9-17) ve 6 (3-9) olarak tespit edildi. Postoperatif yatış süresi ise 9.8+3.4 (5-15), 9.0+1.4 (7-10) ve 4.3+2.5 (2-7) bulundu. Bütün olgulara taburcu olduktan sonra iki ay süre ile Mebendazol/Albendazol verildi. Postoperatif dönemde 14 olgu ortalama 31

nemde 14 olgu ortalama 31 ay (11-86 ay) takip edildi ve bu sürede nüks görülmedi.

Guruplar arasındaki değerlendirmede Kruskal-Wallis varyans analiz testi uygulandı. Gurupların ikili olarak karşılaştırılmasında Man-Whitney-U testi kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Tartışma

Ekinokokkozis insan ve hayvan sağlığı açısından önemli bir paraziter hastalıktır. Günümüzde de dünya üzerinde ciddi bir sağlık problemidir. Hayvancılığın (bilhassa koyun yetiştiriciliği) önemli olduğu Akdeniz ülkeleri, Avustralya, Güney Amerika gibi bölgelerde sık görülmektedir. A.B.D'de Akdeniz ülkelerinden gelen göçmenlerde daha sık görülmesi dikkat çekicidir. Görülme sıklığına göre ülkemiz ikinci guruba girmektedir (3,4)

Hidatik kist genellikle çocukluk çağında insana bulaşmakta ve aktif çalışma döneminde semp-

Şekil 1.

tom vermektedir (11) Vakalarımızda yaş ortalaması 48.7 bulunmuştur. Karaciğer en sık tutulan organdır (3). Semptomlar genellikle tutulan organa, yerleşim yerine, komşu organlara etkisine ve rüptür sonucu oluşan komplikasyonlara bağlıdır (4). Dew'in 1928'de sarılıkla görülen ilk olguyu tanımladığından beri, pek çok vaka serisi bildirilmiştir (7-9,11-15).

Hidatik kistin safra yollarına rüptürü durumunda tedavideki gecikme hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlara neden olabilir. Birlikte görülebilen ve tıkanma sarılığına sebep olabilecek benin ve malin lezyonların önceden belirlenmesi de önemlidir(9,12).Safra yollarına rüptür sonucunda sarılık dışında, kolesistit, kolanjit, karaciğer absesi, pankreatit ve hatta septisemi gelişmektedir (8,11,16). Sağ üst kadran ağrısı en sık görülen semptom olup, sarılık, ateş, iştahsızlık, bulantı-kusma, sırt ağrısı, kaşıntı, batında şişlik, taşikardi, üşüme ve titreme diğer semptomlardandır (8,11,17). Sarılık literatürde % 76-100 arasında bildirilmektedir (8,11,17). Olgularımızın tamamında karın ağrısı mevcut olup, altı olguda (%33.3) üst kadranlarda kitle saptandı. Bu olguların %83.3'ünde tıkanma sarılığına ait bulgular tespit edildi.

Safra yollarına rüptür olgularında lökositöz görülmekte, alkalen fosfataz, bilirübin (özellikle direkt bilirübin) ve karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) yükselmektedir. Çalışmamızda literatürdeki çalışmalara göre daha az serolojik testler kul-

lanılmıştır. Literatürdekilere paralel olarak KCFT ve bilirübin %88.9, alkalen fosfataz %77.8 yüksek bulunmuş ve lökositöz %77.8 olguda görülmüştür.

Tanıda son yıllarda görüntüleme yöntemlerinden özellikle USG ve BT'nin ilk uygulanması gereken metotlar olduğu belirtilmektedir (8,19-21). Son yıllarda ERKP'nin biliyer rüptür olgularının tanısında ve postoperatif komplikasyonların tedavisinde (safra kaçağı, biliyer fistül, sklerozan kolanjit) yararlı olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda sfinkterotomi ile cerrahi müdahaleye gerek duyulmadan tedavi yapılabileceği belirtilmektedir (13,16,18,22-24). Kliniğimizde bu amaçla tüm olgularda USG'den yararlanıldı. Sonraki yıllarda USG ile beraber rutin olmak üzere 7 olguda BT ve bir olguda MRK kullanıldı. Son olgulardan üçüne ERKP yapılabildi (Şekil 2). Bu olgularda hidatik kist ile safra yolu iştiraki tespit edilip, sfinkterotomi ile biliyer dekompresyon sağlandı. Mevcut klinik bulgular ve sarılık gerileyince cerra-

Şekil 2.

hi girişim uygulanmadı. Bunlardan birisi nüks olgu olup, kolanjit bulguları nedeniyle yatırılmıştı.

Acil ameliyata alınan iki olgu dışında diğer olguları ortalama ilk 4 gün içinde ameliyata alındı. Diğer çalışmalara benzer olarak laparotomide genellikle sağ subkostal kesi kullanıldı.

Karaciğerdeki kist için external drenaj dışındaki yöntemlerden herhangi birisi uygulanabilir. Bu amaçla lobektomi gibi geniş cerrahi girişim yapılan seriler mevcuttur (8,9,11,25). Laparotomi sonrasında koledokotomi ile safra yollarındaki kist elemanları, debris vb. materyalin temizlenip yıkanması gerekmektedir. Ayrıca peroperatif koledokoskop uygulanmasının rezidü kist elemanlarının tanı ve tedavisinde faydalı olacağı belirtilmektedir (26). Duodenuma geçiş ve Oddi sfinkterinin durumu iyi değerlendirilmelidir. Koledok ve Oddi sfinkteri normal olgularda T-tüb drenaj, koledoku geniş ve genel durumu iyi olan olgularda ise koledokoduodenostomi tavsiye edilmektedir. Bazı araştırmacılar inflamatuvar veya sklerozan kolanjit durumunda sfinkterotomi önermektedir. Literatürde seçilmiş olgularda sadece endoskopik sfinkterotominin cerrahiye alternatif olabileceğini bildiren çalışmalar vardır (8,25,27,28).

Çalışmamızda laparotomi yapılan on beş olguda skolisidal ajanların uygulanmasından sonra kist boşaltıldı. Literatüre benzer olarak parsiyel kistektomi 10 olguda uygulandı. İlk olgulardan üçünde dışa drenaj yapıldı. Kist kavitesi beş olguda kapitonaj, bir olguda omentoplasti küçültülürken, beş olguda peritona açık olarak bırakıldı. Safra yollarını boşaltmak için 10 olguda T-tüp drenaj yapılırken, beş olguda koledokoduodenostomi tercih edildi. Ameliyat öncesi kalkül saptanan üç olgu dahil olmak üzere 12 olguda kolesistektomi uygulandı.

T-tüp uygulanan olgularda postoperatif 10-18. günlerde kolanjiografi çekilerek safra yollarının normal olduğu tespit edilip, T-tüp çıkarıldı. Bir olguda beş gün devam eden safra sızıntısı saptandı. Yedi olguda (%38.9) komplikasyon görüldü.

Endoskopik sfinkterotomi ile tedavi edilen üç olgumuzda ortalama hastanede kalış süresi 6 gün

olup, cerrahi yapılan gruba göre yaklaşık iki kat daha kısaydı ($p<0.05$). T-tüp drenaj veya koledokoduodenostomi gurubunda yatış süreleri birbirine çok yakındı. Ameliyat sonrasında tüm olgularda Benzimidazol türevleri kullanıldı. İlk 10 olguda Mebendazol diğer olgularda albendazol iki ay süre ile kullanıldı.

Sonuç olarak, hidatik kistin karaciğerdeki gelişimi süresince safra yollarına rüptür nadir görülen bir durum olmasına rağmen, ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gerektirmektedir. Safra yollarını boşaltmak için T-tüp drenaj veya koledokoduodenostomi rahatlıkla kullanılabilecek metotlardır. Seçilmiş olgularda tanı ve bazen tedavi amacıyla ERKP ve sfinkterotomi düşünülebilecek alternatif tedavi modelidir.

KAYNAKLAR

1. Merdivenci A, Aydınlioğlu K. Hidatidoz. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Hilal Matb. Koll. Şti. İstanbul. 1982.
2. Walt JA. Cysts and benign tumors of the liver. Surg Clin Nort Am 1977;57:449-64.
3. Schwartz SI. Liver. in: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Doly JM, Fischer JE, Golloway AC. Eds. Principles of Surgery. 7th ed. New York: McGraw Hill, 1999: 1395-465.
4. Budak S. Kist hidatiğin epidemiyolojisi. 1991. 7. Ulusal Parazitoloji Kongresi Özet Kitabı. No: 10, 55-64.
5. Minkari T. Karaciğer hidatik ve alveoler kist cerrahisinin özellikleri. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1988;2:209-40.
6. Unat EK, Tınar R, Yücel A, Töre O, Saygı G. 7.Ulusal Parazitoloji Kongresi Kist Hidatik Raporu. Türkiye Parazitoloji Dergisi 1991;150:1-4.
7. Dodoukis J, Gamvros O, Aletras H. Intrabiliary rupture of the hydatid cyst of the liver. World J Surg 1984;8:786-90.
8. Paksoy M, Karahasanoğlu T, Carkman S, Giray S, Şentürk H, Özçelik F et al. Rupture of the Hydatid Disease of the Liver into the Biliary Tracts. Dig Surg 1998;15:25-9.
9. Belviranlı M, Aksoy F, Karahan Ö, Er C. Kist Hidatik nedeniyle tedavi ettiğimiz 277 olgunun değerlendirilmesi. İç Anadolu Tıp Dergisi. 1994; 4: 68-72.
10. Barış İ, Şahin A, Bilir N, Kalyoncu AF, Emre AS, Akhan O ve ark. Hidatik kist hastalığı ve Türkiye'deki konumu. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayını No:1 Ankara, 1990.
11. Lygidakis NJ. Diagnosis and treatment of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. Arch Surg 1983;118:1186-9.
12. Alper A, Ariogul O, Emre A, Uras A, Okten A. Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts of liver. Br J Surg 1987; 74:243-5.

13. Becker K, Freiling T, Saleh A, Haussinger D. Resolution of hydatid liver cyst by spontaneous rupture into the biliary tract. *J Hepatol* 1997; 26:1408-12.
14. Kornaros SE, Aboul-Nour TA. Frank intrabiliary rupture of hydatid hepatic cyst: diagnosis and treatment. *J Am Coll Surg* 1996; 183:446-70.
15. Giordano G, Iolango P, Amoruso M, Rizzo MI, Di Venere B, Bonomo GM. Obstructive jaundice caused by hydatid cyst rupture in main bile duct. *Ann Ital Chir* 1999; 70:763-6.
16. Murty TV, Sood KC, Rakas FS. Biliary obstruction due to ruptured hydatid cyst. *J Pediatr Surg* 1989;24:401-3.
17. Kattan YB: Intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. *Br J Surg* 1975;62:885-90.
18. Shemesh E, Friedman E: Radiologic and endoscopic appearance of intrabiliary rupture of hydatid liver disease. *Digestion* 1987; 36:96-100.
19. El-Tahir MI, Omojola MF, Malatani T, Ol-Saigh AH, Ogunbiyi OA. Hydatid disease of the liver; evaluation of ultrasound and computed tomography. *Br J Radiol* 1992;65:390-2.
20. Ascenti G, Scribano E, Loria G, Vallano A, Pandolfo I, Gaeta M. Computerized tomography in the assesment of obstructive jaundice caused by hepatic cysts. *Radiol Med(Torino)*. 1995; 89:804-8.
21. Marti-Bonmati L, Menor F, Ballesta A. Hydatid cyst of the liver: rupture into the bilary tree. *AJR Am J Roentgenol* 1988;150:1051-3.
22. Humayun MS, Rady AM, Soliman GM. Obstructive jaundice secondary to intra-biliary rupture of hepatic hydatid cyst. *Int Surg* 1989;74:4-6.
23. Ponchon T, Bory R, Chavaillon A. Endoscopic retrograde cholangiography and sphincterotomy for complicated hepatic hydatid cyst. *Endoscopy* 1987;19:174-7.
24. Akkiz H, Akinoglu A, Colakoglu S, Demiryurek H, Yagmur O. Endoscopic management of biliary hydatid disease. *Can J Surg* 1996;39:287-92.
25. Ulualp KM, Aydemir I, Senturk H, Eyuboglu E, Cebeci H, Unal G et al. Management of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. *World J Surg* 1995;19: 720-4; discussion 728.
26. Eleftheriadis E, Tzartinoglou E, Kotzampassi K, Aletras H. Choleidoscopy in intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. *Surg Endosc* 1987;1:199-200.
27. Moreno VF, Lopez EV. Acute cholangitis caused by ruptured hydatid cyst(letter). *Surgery* 1985;97:249.
28. Alhan E, Calik A, Kucuktulu U, Cinel A. The intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. *Nippon Geka Hokan* 1994;63:3-9.

Geliş Tarihi: 09.04.2001

Yazışma Adresi: Dr. Faruk AKSOY
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi AD, KONYA
aksoyfaruk@hotmail.com

**Bu çalışma 22-24 Nisan 1999'da Bern'de(İsviçre) yapılan 34th Congress of the European Society for Surgical Research(ESSR) de poster bildirisi olarak sunulmuştur.*