

Karaciğer Kist Hidatiğine Bağlı Bilio-Bronşiyal ve Bilio-Plevral Fistül Gelişimi: Olgu Sunumu

BILIO-BRONCHIAL AND BILIO-PLEURAL FISTULAS DUE TO HEPATIC HYDATID CYST: A CASE REPORT

Aydın NADİR*, Melih KAPTANOĞLU**, Ekber ŞAHİN***, Kürşat KARADAYI****, Ömer TOPÇU****, Özgür SONGUR*****

* Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD,
** Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD,
*** Uz.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD,
**** Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,
***** Arş.Gör.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, SİVAS

Özet

Amaç: Karaciğer kist hidatiklerinin önemli bir komplikasyonu da intratorasik yayılımdır.

Olgu Sunumu: Bu çalışmada hem trakeobronşiyal sisteme hem de plevraya açılan karaciğer kubbesinde yer alan kist hidatik olgusu literatür eşliğinde sunuldu.

Sonuç: Septik komplikasyonların erken tedavisi ve dikkatli değerlendirme bilio-bronşiyal ve bilio-plevral fistüllerin başarılı tedavisinde şarttır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer,
Bilio-bronşiyal ve bilio-plevral fistül,
Karaciğer, Kist hidatik

T Klin Gastroenterohepatoloji 2004, 15:45-49

Summary

Objective: Intrathoracic dissemination is an important complication of hepatic hydatid cysts.

Case Report: Both tracheo-bronchial and pleural fistulization of liver cyst, placed at hepatic dome, is reported in below presented article.

Conclusion: Careful assessment and early treatment of septic complications are essential in successfully treating of bilio-bronchial and pleural fistulas.

Key Words: Lung,
Bilio-bronchial and pleural fistulas,
Liver, cyst hydatid

T Klin J Gastroenterohepatol 2005, 15:45-49

Kist hidatik, Hipokrat'tan beri bilinen antik bir hastalık olmasına karşın, endemik görüldüğü bölgelerde halen ciddi bir sağlık problemidir (1). Ekinokokus cinsine bağlı olarak dört türün etken olduğu kabul edilmektedir (E.granulosis E.multilocularis, E.oligarthus ve E.vogeli). Ancak bunlardan ilk iki türü insanda hastalığa yol açmaktadır (1,2).

İnhalasyon yoluyla kistin bulaşabileceği bildirilse de yaygın bulaşma sindirim sistemi yoluyla- dır. En sık karaciğere, ikinci sıklıkta da akciğere yerleşmektedir (3). Karaciğer kist hidatiği sıklıkla karaciğerin sağ lobuna yerleşir, aşırı gerginlik ya da travma sonucu genellikle safra kanallarına, peri-

tona ve nadiren de diyafragmayı geçerek toraksa rüptüre olur (3,4). İntratorasik rüptür ender bir komplikasyondur ve literatürde %0.6 ile %16 arasında rapor edilmektedir. Bilio-bronşiyal fistül gelişme oranı ise çok daha düşük olup, %0.7-0.9 olarak bildirilmektedir (4-7). Aşağıda hem trakeo-bronşiyal sisteme hem de plevra boşluğuna rüptüre olan karaciğer kubbesinde yer alan kist hidatik olgusu sunulmuştur.

Olgu

Hidropnömotoraks (Resim 1) ile kliniğimize kabul edilen 54 yaşındaki bayan hastanın öyküsünde başka bir merkezde 15 gün pnömoni tedavisi aldığı, kliniğinin düzelmemesi üzerine bize gönde-

Resim 1. Ön-arka akciğer grafisinde sağ akciğerin tamamen kollabe olduğu ve sağ hemitoraksın yarısının sıvı ile dolu olduğu görülmektedir.

rildiği öğrenildi. Hastanın sağ üst kadran ağrısı ve öksürük ile birlikte sarı renkli sıvı ekspektorasyonu vardı. Fizik muayenede sağ hemitoraks solunuma katılmıyor ve aynı tarafta solunum sesleri alınmıyordu. Toraks CT'de de sağ hemitoraksta hidropnömotoraks ve karaciğer lojuna uyan bölgede 6x7.5 cm boyutunda kist hidatikle uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 2) Hastaya parapnömonik ampiyem ön tanısı ile sağ tüp torakostomi yapıldı. Tüpten germinatif membranlar ve kız veziküllerin gelmesi üzerine komplike kist hidatik ön tanısı ile hasta operasyona alındı.

Sağ posterolateral torakotomi ile toraksa girildi. Plevral kavitenin vezikül ve germinatif membranlarla dolu ve visseral plevranın yer yer 1 cm ye kadar kalınlaşmış olduğu görüldü. Sağ alt lob lateral bazal segmentte parankim nekrozu ve buradan safra sızıntısı olduğu tespit edildi. Akciğer alt lob ile diafragma arasında füzyonu andıracak sıkı yapışıklık vardı. Bu yapışıklıklar hassas diseksiyonla ayrıldı. Bu sırada diafragmayı geçerek alt loba ulaşan 1 cm çapında fistül traktı saptandı. Ameliyatta karaciğer kist hidatiğinin toraksa rüptüre olduğu tespit edilince hasta tekrar Genel Cerrahi ile konsülte edildi ve frenolaparotomi yapılmasına karar verildi.

Frenolaparotomi yapıldığında karaciğer kubbesinde 6x7x8 cm'lik hidatik kist ve bu kisten

Resim 2. Karaciğerden geçen BT kesitinde 6x7.5 cm büyüklüğünde kistik oluşum ve kist içinde serbest hava görülmektedir (OK işareti).

diafragmayı geçerek alt loba uzanan yaklaşık 5-6 cm uzunluğunda fistül traktı görüldü. Kistotomi yapıldıktan sonra kist lojuna açılan safra kanalları kapatıldı. Kist lojuna bir adet diren konularak bütünden dışarı çıkarıldı ve diafragma primer olarak kapatıldı. Dekortikasyon yapıldıktan sonra alt lobdaki parankimal defektler tamir edildi. Operasyon komplikasyon olmadan sonlandırıldı. Postoperatif takibinde sorunu olmayan hasta 20. gün taburcu edildi. İki ay süre ile hastaya profilaksi için albendazol (15mgr/kg) verildi. Postoperatif 8. ayda yapılan kontrolünde şikayeti olmayan hastanın PA akciğer grafisinde operasyona sekonder

Resim 3. Hastanın ameliyattan 8 ay sonra çekilen ön-arka akciğer grafisinde sağ alt lobda bulanıklık dışında tüm akciğer alanları seçilmektedir.

değişiklikler dışında anormal bulgu yoktu (Resim 3).

Tartışma

Ekinokokus larvaları tüm dokulara yerleşerek hastalık yapabilmekle birlikte %60 karaciğerde, %30 akciğerde, %10 oranında da diğer organlarda örneğin dalak, böbrek, kalp, beyin, mediasten, iskelet sistemi ve göğüs duvarında görülebilir (1,2,4). Olguların %10-20'sinde akciğer ve karaciğer kist hidatiği birlikte bulunur (2). Komplike olan kist hidatik olguları her türlü hastalığı taklit edebileceği gibi, her türlü radyolojik görüntüyü de verebilir. Bu da tanıda gecikmelere yol açmaktadır. Hastamızın öyküsünde 15 gündür pnömoni tedavisi alması bize öncelikle bir parapnömonik ampiyemi düşündürdü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde alt kesitlerde karaciğer kist hidatiği ile uyumlu görünüm olması üzerine Genel Cerrahi Kliniğine haber verildi. Karaciğer kist hidatiğine yönelik girişimi daha sonraya planlamaları üzerine biz hastaya toraks tüpü taktık. Tüpten mayii ile birlikte germinatif membran ve kız veziküllerin gelmesi nedeniyle komplike kist hidatik olduğu anlaşıldı.

Karaciğer kist hidatikleri boyutları büyüdüğünde aşırı gerginlik veya travma sonucu intrabilier, intraperitoneal ya da intraplevral alanlara rüptüre olabirler (3). Literatürde bu oran yaklaşık % 15.8-23'dür (5,6). İntratorasik yayılma % 0,6-16 oranındadır. Karaciğer kist hidatiklerinin komşuluk yoluyla toraksa yayılımı üç mekanizma ile açıklanmaktadır. Bu mekanizmalar, intraplevral negatif basınç, kistin diyafragma bası yaparak beslenmesini bozması ve safra içeriğinin kimyasal etkisidir (4). Masteri ve arkadaşları Deve's sınıflamasını geliştirdiler ve toraksa açılan karaciğer kist hidatiklerini 4 grupta sınıflandırdılar (Tablo 1). Bizim olgumuzda bu sınıflamaya göre Tip 4 B'ye uymaktadır.

Bronko-bilier fistül görülme oranı ise literatürde % 0.6-0.9'dur. Ergüney ve arkadaşlarının 328 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada sadece 3

Tablo 1. Masteri ve arkadaşlarının 1987'de geliştirdiği Deve's Sınıflaması

A- Küçük bronş içine uzanan fistül	
Tip 1	B- Geniş fistül
A- Fistül olmaksızın intraparankimal kolleksiyon	
Tip 2	B- Fistülle birlikte intraparankimal kolleksiyon
A- Fistül olmadan intraplevral ankiste kolleksiyon	
Tip 3	B- Fistülle birlikte intraplevral ankiste kolleksiyon
C- Parietal fistül	
A- Plevral effüzyonla birlikte plevra boşluğuna rüptür	
Tip 4	(hydatidothorax)
B- Sekonder plevral hidatidozis	

(%0.9) hastada bronko-bilier fistül rapor etmişlerdir (5). Arıbaş ve arkadaşlarının 145 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada hepatobronşial fistül bir olguda bildirmişlerdir (7). Bizim olgumuzda karaciğer kubbesinde yer alan kistin önce alt loba fistülize olduğu daha sonrada alt lobdan plevra boşluğuna açıldığı saptandı.

Bilio-bronşiyal fistül düşünülen olgularda tanıyı desteklemek amacıyla endoskopik retrograd

Resim 4. Şentürk ve arkadaşlarının makalesinden alınan resimde karaciğerden geçen BT kesitlerinde karaciğer kist hidatiği ve kistin içinde serbest hava görülmektedir (Ok işareti). Bu görünümün karaciğer kist hidatiği olup biliptizi olan olgularda bilio-bronşiyal fistül için patognomonik olduğu söylenmektedir (11).

kolanjiyo-kistografi ve bronkografiden de yararlanılmaktadır. Ayrıca bronkografi bası ve sık enfeksiyon sonrası gelişen bronşektaziye de gösterme olanağına sahiptir (4,8). Karaciğer ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi günümüzde daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Karaciğerden geçen bilgisayarlı tomografi kesitlerinde kist poşunun içinde sebat eden hava olması bilio-bronşiyal fistüle (11) işaret eder (Resim 4). Geriye dönük olarak olgumuz irdelendiğinde hem sarı renkte balgam (bilioptizi) hem de bilgisayarlı tomografi kesitlerindeki havanın bilio-bronşiyal fistüle ait olduğu anlaşıldı (Resim 2).

Bilio-bronşiyal fistülü olan veya plevraya açılan olgularda transtorasik yakalaşımı önerenler olduğu gibi beraberinde safra akımını kolaylaştırmak için endoskopik sfinkterotomi de önerilmektedir (12). Karaciğerdeki kist poşuna konulan direnin periton boşluğunu kontamine etmemesi için torakstan dışarı çıkarılması önerilir. Bu yaklaşımda diyafragma kapatılmamaktadır. Ancak bilio-plevral, bilio-cutaneal fistül ve subdiyafragmatik apse gelişme oranı yüksektir (13). Bu yüzden biz direni batından dışarı çıkardık. Akciğer kist hidatiği ile birlikte karaciğer kubbesinde kist bulunan olgularda ve olgumuzda olduğu gibi toraksa açılan karaciğer kistlerinde transtorasik, transdiafragmatik yaklaşım geniş görüş alanı sağlama açısından daha çok kabul görmektedir (4,8,14). Ayrıca toraksa rüptüre olan olgularda %55'e varan oranlarda sağ alt lobda çeşitli anatomik rezeksiyonlara başvurulmuştur (4). Bu da göz önüne alınırsa transtorasik yaklaşım daha kullanışlıdır. Olgumuzda dekortikasyon sonrası özellikle diyafragmatik yüzde masif hava kaçakları ve parankim harabiyeti olmasına rağmen gerekli debridmanlar ve tamirler yapılarak rezeksiyondan kaçınılmıştır.

Gecikmiş, komplike olmuş olgularda morbidite ve mortalite oranları yüksektir (13,14). Morbidite % 9.5-39.3, mortalite ise % 2.3-43 arasında bildirilmektedir (4,8). Biz olgumuzda gerek ameliyat sırasında gerekse ameliyat sonrasında herhangi bir sorun yaşamadık. Ancak genel kist

hidatik serimiz göz önüne alındığında (n=80) morbiditemiz 8 hasta ile % 10'dur. En önemli morbiditemiz 2 hastada gelişen masif hava kaçağı nedeniyle retorakotomidir. Mortalitemiz bir hasta ile % 1.25'dir.

Komplike olmamış kist hidatik olguları kolayca tedavi edilebilirken trakeobronşiyal sisteme ve plevraya açılan olgular ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Erken teşhis ve tedavi septik komplikasyonları önlemek için şarttır. Ayrıca karaciğer kubbesine yerleşen kistlerin intratorasik yayılım gösterebileceği ve bu olgularda diyafragma ve parankim tamirler gerekebileceğinden transtorasik yaklaşımla çok daha kolay görüş alanı sağlanacağı akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Oğuzkaya F, Akçalı Y, Kahraman Y, Emiroğulları N, Bilgin M and Şahin A. Unusually located hydatid cysts: Intrathoracic but extrapulmonary. *Ann Thorac Surg* 1997;64:334-7.
2. Yüksel M, Kalaycı NG: Akciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisi: Yüksel M, Kalaycı NG. *Göğüs Cerrahisi*. Birinci baskı. Bilmedya Grup, İstanbul. 2001;647-658.
3. Saidi F, Sayek İ. Karaciğer kist hidatiği. *Temel Cerrahi*. Birinci baskı, 2. cilt, Güneş Kitabevi, Ankara. 1991;902-8.
4. Kabiri H, Maslout A, Benosman A, Thoracic rupture of hepatic hydatidosis. *Ann Thorac Surg* 2001;72:1883-6
5. Ergüney S, Tortum O, Taspınar AH, Ertem M, Gazioğlu E. Complicated hydatid cysts of the liver. *Ann Chir* 1991;45:584-9.
6. Karydakı P, Pierrakakis S, Economou N, Ninos A, Raitsiou B, Bobotis E, Malahias G, Antsaklis G. Surgical treatment of ruptures of hydatid cysts of the liver. *J Chir* 1994;131:363-70.
7. Arıbaş OK, Kanat F, Görmüş N, Türk E. Pleural complications of hydatid disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002;123:492-7.
8. Xanthakis DS, Katsaras E, Efthimiadis M, Papadakis G, Varouchakis G, Aligizakis C. Hydatid cyst of the liver with intrathoracic rupture. *Thorax* 1981;36:497-501.
9. Örüç O. Paraziter Akciğer Hastalıkları, Akciğer hastalıkları özel sayısı *Yeni Tıp Dergisi* 1990:66-72.
10. Burgos R, Varela A, Casteda E, Roda J, Montero CG, et al. Pulmonary hydatidosis: Surgical treatment and follow up of 240 cases. *Eur J Cardio-Thorac Surg* 1999;16:628-35.

11. Şentürk H, Mert A, Ersavaştı G, Fehmi T, Akdoğan M, Ulualp K. Bronchobiliary fistula due to alveolar hydatid disease. Report of three cases. Am Coll Gastroenterology 1998;93:2248-53.
 12. Rodriguez A N, Sanchez del Rio AL, Alguacil LV, de dias Vega JF, Fugarolas GM. Effectiveness of endoscopic sphincterotomy in complicated hepatic hydatid disease. Gastrointest Endosc 1998;48:593-7.
 13. Athanassiadi K, Kalavrouziotis G, Loutsidis A, Bellenis I, Exarchos N. Surgical treatment of echinococcosis by a transthoracic approach: a review of 85 cases. Eur J Cardio-thorac Surg 1998;14:134-40.
 14. Gerazounis M, Athanassiadi K, Metaxas E, Athanassiou M, Kalantzi N. Bronchobiliary fistulae due to echinococcosis, E J Cardio-Thorac Surg 2002;22:306-308.
-
- Geliş Tarihi:** 25.07.2003
- Yazışma Adresi:** Dr. Aydın NADİR
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi AD,
aydin_nadir@ttnet.net.tr