

Safra Yollarına Açılan Karaciğer Kist Hidatik'lerinde Fizyopatoloji, Tanı ve Tedavi (32 Hastanın Retrospektif Olarak İncelenmesi)

PA 77/OPYSIOLOGY, DIOGNOSIS AND MANA GEMENT OF INTRA BILLARYRUPTURE OF UYD-ITID CYSTOE THEIJVER (A RETROSPECTIVA STUDYOF32 CASES)

Prof.Dr.İsmail KAYABALI, Dr.Turgut ÇAVUŞOĞLU, Dr.Hünkâr KUTLU Dr.Mehmet Ali YERDEL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, ANKARA

ÖZET

Safra yollarına açılmış 32 hastadan meydana gelen bir K.H. serisi sunuldu. Tanıda en çokyardımcı yöntem Üllrasonografi olur. Yanlış ön lanı oranı %10'dur. Oddi sfinkleri'ndeki patolojinin tedavisi için sistematik (T) drenajı uygulandı. Bu tedavinin, hastalığın fizyopatolojisi yönünden en uygun yöntem olduğu düşünüldü. Total morbidite %36,5'dir. Mortalite yoktur. Uzak sonuçlar cesaret verici olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Kist Hidatik'leri, Safra yollarına rüptür

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991,2:208-212

Karaciğer Kist Hidatik (K.H.) lcrinin büyük safra yollarına açılması konusunda 1960'lı yıllardan bu yana gittikçe artan sayıda yerli ve yabancı yayın yapılmaktadır. Buna karşılık birkaç araştırmacı dışında konunun fizyopatolojisine çok az değinilmiştir (1,2,3,4,5,6).

Bu çalışmamızda 1960-1988 döneminde A.Ü.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda izlenen 32 hasta sunulmuş ve konunun fizyopatolojisi kısaca tartışılmak istenilmiştir.

MATERYELVE BULGULAR

Materyelimizi oluşturan 32 hastanın 18 (%56,2)'si erkek, 14 (%43,8)'ü kadındır. En genç

Geliş Tarihi: 5.4.1991

Kabul Tarihi: 3.6.1991

Yazışma Adresi: Dr.İsmail KAYABALI
A.Ü.Tıp Fak.Genel Cerrahi ABD
Cebeci-ANKARA

SUMMARY

In this series the findings are not typical. The most valuable way of diagnosis is ultrasonography. The percentage of faulty diagnosis is 10%. The external drainage of the common bile duct with a (T) tube for the treatment of oddi's pathology is the best method. Total morbidity was 36,5%. No mortality in this series.

KeyWords: Hydatid cysts of the liver, Intrahepatic rupture

Turk J Gastroenterohepatol 1991, 2:208-212

hasta 19, en yaşlı hasta 88 yaşındadır; yaş ortalaması 39,2 yıldır.

Ameliyat öncesi semptomları ve klinik bulguları (Tablo 1)'de, laboratuvar bulguları ise Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Malcrye imizde Semptomatoloji

Şikayet-Bulgu	Vak'a Sayısı	Oran (%)
Ağrı	24	78,1
Zayıflama	14	43,7
Sarıklık	18	56,2
Ateş	11	34,3
Hepatomegali	22	75
Tümör	3	9,2
Nüks	9	28,1
Fistül	2	6,2

Tablo 2. Serimizde Rulin Laboraluar Muayene Ortalaması

Parametre	Ortalama Değerler	Normal Sınırlar
İlb (%)	%58,9	%100
İİı (%)	%52,2	%50
Akyuvar	8.750	10.000
Sedim.	60 mm.	8-10 mm.
Total bilir.	%64 mg.	%02 -1 mg.
Direkt bilir	%35 mg.	%01 -0.4 mg.
AKŞ	%121.2 mg.	%70 -110 mg.
Üre	%19.3mg	%10-40 mg.
SGOT	172 U	8 -10 U/ml.
SGPT	194 U	5 - 30 U/ml.
Alk. Fosfat.	184 U.	15 - 69 U/L.
Ser Alb.	%335 gr.	%4 - 5.6 mg.

Bu seride yalnız (+) sonuçlar verdiği için K. H. ile ilgili serolojik testler yapılmadı.

Radyolojik ve Radyobiolojik Muayene Sonuçları

1. Her hastada 1975'ten sonra sistematik olarak karaciğer üllrasonografi'si yapıldı. Sonuçlar şu biçimde özetlenebilir:

a) Bu hastaların tümünde K.H.tanı kolaylıkla konmuştur (%100 doğru tanı).

b) 3 hastada Choledocus genişlemiş bulundu,

e) Geri kalan hastalarda kist'in safra yollarına açıldığı belirlendi (%71 pozitif sonuç). Fakat bazı durumlarda safra yollarında taş izlenimi de alınabilir (Şekil 1).

2. Yalnız bir hastada yapılan ERCP başarılı oldu.

3. Bu seride CT scanning, magnetic rezonans ve karaciğer radyoaktif tarama metodu kullanılmadı.

4. Diafragma'ların radyolojik kontrolü her hastada uygulandı.

Yanlış Öntanı Oranı: %10"dur. En çok karıştırma safra taşlarıyla yapılmıştır.

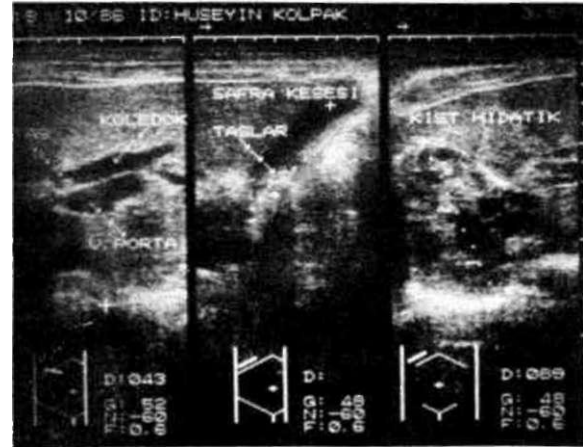
Ameliyat Bulguları

A. Kist'in Lokalizasyonu:

Sağ lob: 27 (%84,1), sol lob: 2(%6,2), bilatral: 2(%6,2), Lobus quadratus: 1 (%3,1).

B. Uygulanan Girişimler:

Yapılan cerrahi girişim 2 bölümde incelenebilir:



Sekili. Safra yollarına açılan karaciğer K.H. lrinde ultrasonografik aldanma örneği:

Ameliyat öncesi tanısı: Karaciğer K.II.+Safra kesesi ve Choledocus'ta multipl taşlar.

Ameliyat tanısı: Choledocus'a açılmış karaciğer K.II.İ+ safra kesesi taşı.

1. Karaciğer'deki kist'in tedavisi: 17 Marsupializasyon + Dış drenaj (%52,7), 5 basit dış drenaj (%15,5), 4 drenajsız tedavi (%12,4), 1 alipik hepatektomi (%3,1) ve 1 omentopeksi (%3,1), 3 hastaya kist tedavisi için ayrı bir girişim yapılmadı (%9,3).

2. Choledocus'taki kist artıklarının tedavisi: Bu amaçla 32 (T) drenajı (%100) yapılmıştır.

C.Choledocus Safrasının Bakteriolojik Muayenesi:

9 hastada yapıldı: 2 defa Staph.albus, bir defa Staph.circus,2 defa E.Coli, 2 defa Klebsiella, bir defa Pseudomonas, bir defa Proleus basilleri üretti ,1 bir hastada üreme olmadı (Bu seride anaerobik çalışma yapılmamıştır).

Ç. Birlikte Bulunan Patoloji:

Bir hastada Choledocus'ta, bir başkasında da safra kesesinde "Para-Hidatik" denen taşlar bulundu; gereken tedavi yapıldı. Bir başka hastada inoperabl dönemde pankreas başı Ca.vardı;ancak bir derivasyon yapılabilirdi.

Ameliyat Sonrası

Serimizde post-operatif morbidite şu şekilde sıralanabilir:

1. Plöro-pülmoner komplikasyon'ları: 9 (%27,9).

2. Diafragma altı abse'si: 2 (%9,3). Ultrasonografik kontrol altında kapalı drenajla

boşaltılan bu abselerin her ikisinde de Klebsiella üredi. Tedavide absce poşlarının %0,2'lik AgNO₃ eriyiği ile yıkanması başarılı sonuç verdi.

3. Karın duvarı abse'si: 4 (% 12,4).

Bu seride mortalite yoktur.

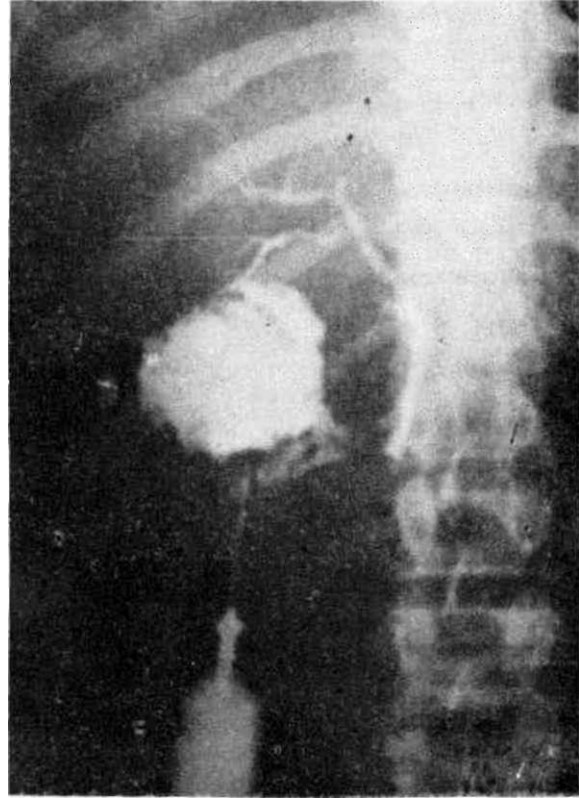
Bu seride post-operatif şifa'nın seyri, T dreni yoluyla yapılan kolanjiyografilerle izlenmiştir (Şekil-2).

TARTIŞMA

Safra yollarına açılan K.H.lerin 3 ilginç yanı vardır:

Olayın fizyopatolojisi, belirtilerin, klasiklerin sandığından daha hafif **oluşu** ve fizyopatolojik yönden hangi tedavi metodunun kullanılacağı. Aşağıda bu konular sırasıyla irdelenmiştir.

Olayın Fizyopatolojisi: Çeşitli araştırmacıların verdikleri sayılara göre karaciğer K.H.leri safra yollarına %12-34 arasında değişen bir oranda açılır; materyelimize göre bu oran %2,4 - 5,6 arasında değişmektedir (Tablo 3). K.H.lerin safra yollarına hangi oranda açıldıkları (Tablo 4)'te gösterilmiştir (7,8).



Şekil 2. Karaciğer içi safra yollarına açılan bir K. H. olgusunda per-operatif **kolanjiyografi bulgusu:** Sağ lobda bulunan Kisl'in karaciğer içi safra yollarıyla ilişkisi ve Oddi sfenktre'ine **takılmış bir yavru vezikül.**

Tablo 3. Çeşitli Araştırmacılara Göre Choledocus Patolojisinin Tedavisinde Kullanılan Metodlar ve Sonuçları

Yazar	Yıl	Choled.a açılan K.H.Sayı ve Oram	Yapılan Girişim	Mortalite (%)
J.R.Harkins (9)	1962	8(%20.6)	T Drenajı	0
J.D.Harkins(8)	1965	2(?)		0
Y.B.Kattan (10)	1975	15(%11,19)	"	0
J.W.Lewis (11)	1975	1(%34)		0
J.I. Barros(1)	1978	36(%12.2)	Sfenktropl.	5,5
.M.Martinez-Diaz (6)	1979	13(%13)		6
i.Sayek(12)	1980	16(%16)	T.Drenajı	3
Rlinnabi (13)	1983	65(^28,2)	"	14
A.Ovnat (14)	"	4(9f25)	Karma	0
L.Belli (15)		9(%2i)	T.Drenajı	0
J.C.I. anger (16)		11 ('A 27.5)	"	0
i.Kayabali (17)		14(9f2.4)		0
J.Dadoukis(15)	1984	45(^17)	"	2.2
I.Kayabali (19)	"	9(0;2,9)		0
A.lpcr(20)	1987	28(% 16)	Koled-Duod	3,9
V.Sirbu (20)		?		12,5
O.Aran (22)		43(7,5-i0)	T.Drenajı	4,6
Serimiz	1990	32(9! 2.5)	"	0

Tablo 4. Karaciğer K.H.Icrinin Safra Yollarına Açılma Oranı (7)

Lokalizasyon	Oran(%)
SağDuct.hepaticus	55
Sol *	29
Duct Icpaticus comm.	9
Safra kesesi	6
Choledocus	1

Safra yollarına açılan K.H'ler Oddi sfinkter'inde mekanik ve fonksiyonel olarak 2 türlü değişikliğe yol açmaktadır:

1. Yavru vezikül ve membran parçalarının meydana getirdiği MEKANİK TIKANMA. Bu tıkanma, bütün araştırmacıların standart olarak belirttikleri basit bir mekanik olaydır.

2. Safra yollarına açılan K.H ten Choledocus'a geçen "Eau de roche"un sebep olduğu allerjik reaksiyon ve irkilmeler yüzünden Oddi sfenktör'inde meydana gelen şiddetli spazm(FONKSİYONEL TIKANMA). Bu olaya ilk kez 1955'te P.Goinard dikkati çekmiş ve "K.H.E BAĞLI ODDİ FİBROSİS'İ" olarak tanımlamıştır.(3,4). Daha sonra başka araştırmacılar da bu konuyla ilgilendiler(1). Gerçekte bu organik bir oddi stenosis'i değil, yalnız fonksiyonel ve geçici bir oddi hipertonia(spazm)sıdır. Karaciğerdeki K.H.tedavi edilince, yani Choledocus'taki Eau de roche akıntısı kesilince kendiliğinden ortadan kalkar.Bu tutum, tedavi stratejisi bakımından çok önemlidir ve bu konuda yapılan çalışmalar gittikçe çoğalmaktadır (1,2,12,17,19,23).

Belirtilerin Sanıldığından Daha Hafif Oluşu: Son yıllarda bütün araştırmacılar bu duruma işaret etmektedir. Örneğin akut cholangitis ve cholangiolitis belirtileri, hastaların ancak yarısında görülmektedir(18). Bizim serimizde bu oran %44'tür. Birçok seride, bizde de olduğu gibi, mortalite yoktur(Tablo 3).

Oddi'deki Patolojinin Tedavisi İçin Fizyopatolojik Yönden Hangi Metodun Kullanılacağı hususu: Bu konuda alışılmış bir tutum, Choledocus içindeki kist artıklarının mekanik olarak temizlenmesidir. Ayrıca ameliyattan sonra karaciğer'den safra yollarına geçebilecek kist artıklarının yol açacağı yeni tıkanmalardan korun-

mak da gereklidir. Bu bakımdan çeşitli geçici veya sürekli Choledocus drenaj yöntemleri denenmiştir. Bu konu, son zamanlarda üzerinde spekülasyon yapılan bir problem haline getirilmiştir. Burada esas sorun, Oddi'deki fonksiyonel spazm'ın nasıl ortadan kaldırılacağıdır. Çünkü bu spazm çözülmezse kist boşluğunda sürekli, büyük debit'li ve can sıkıcı bir dış fistülü gelişir. Kanımıza göre Choledocus'taki bozuk safra hidrodinamik'inin yeniden normale döncbilmesi için bu kanaldaki safra akımının derive edilmesi ve oddi'nin bu yolla istirahata konması gereklidir. Bu bakımdan da kompleks derivasyon ameliyatları yerine basit bir (T) drenajı yeterlidir (Tablo 3).

Choledocus ve oddi sfinkler'inin pre ve post-operatif fonksiyon kontrolleri post-operatif dönemde kolanjiografi'lerle kolaylıkla yapılabilir (Şekil 2).

KAYNAKLAR

1. Barros JL: Hydatid disease of the liver. Am J Surg 1978, 135:597-600.
2. Bourgeon RL: L'ouverture des kystes hydatiques aux voies biliaires intra-hepatiques. Lyon Chir 1985, 81:161-4
3. Goinard P, Pegullo Let, Pelissier G: Sur le sténose Oddienne consecutive à l'ouverture des kystes hydatiques du foie aux voies biliaires. Mem Ac Chir 1958, 84:619-31.
4. Goinard P, et al: Traitement des kystes hydatiques du foie ouverte aux voies biliaires. Lyon Chir 1970, 66:52-3.
5. Kayabah İ: Karaciğer kist hidatiklerinin oddi sfenktörleri üzerinde etkisi (6 vak'a münasebetiyle kritik etüd). Türk HidatDerg 1965,1:18-51
6. Martínez. Díez M. Goicoechea RG. Vidal EB. et al: Cent kystes hydatiques du foie opérées . Lyon Chir 1979, 75:225-228
7. Dew H: Some complications of hydatid disease. Brit J Surg 1930,18:275-93.
8. Harris JD: Rupture of hydatid cysts of the liver into the biliary tracts. Brit J Surg 1965,52:210-14
9. Harkins JR: Management of complicated hepatic hydatid cysts. Ann Surg 1963,158:1020-34.
10. Kattan YB: Intrahepatic rupture of cyst of the liver. Brit J Surg 1975, 62:885-90.
11. Lewis Jr Jw, Koss N.and, Kerstein M.D: A review of echinococcal disease. Ann surg 1975,181:390-96.
12. Sayek I, Yalın R. Sanaç J: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch surg 1980, 115:847-50.

13. Oelmaestro RF, Bjork J, Arfors KE: Increase in microvascular permeability induced by enzymatically generated free radicals I. *Microvasc Res* 1981, 22:239-54.
14. Eridovich I: Quantitative aspects of the production of superoxide anion radical by milk xanthine oxidase. *J Biol Chem* 1970, 245:4053-7.
15. Granger DN, Rutili G, McCord JM: Superoxide radicals in feline intestinal ischemia. *Gastroenterology* 1981, 81:22-29.
16. Ixy K, Arjos KE: Changes in macromolecular permeability by intravascular generation of oxygen deprived free radicals. *Microvascular Res* 1982, 24:25-33,
17. Grisham MB, Hernandez LA, Granger DN: Xanthine oxidase and neutrophil infiltration in intestinal ischemia. *Am J Physiol* 1986,251:9567-74.
18. Otamiri T, Lindahl M, Tagesson C: Phospholipase A-2 inhibition prevents mucosal damage associated with small intestinal ischemia in rats. *Gut* 1988, 29:489-94.
19. Rossi I', Dri P, Bellavite P, Zabucchi B, Berton G: Oxidative metabolism of inflammatory cells. In Weissman G, Samuelsson B, Paoletti R, eds. *Advances in inflammation research*. V 1. New York. Raven press 1979, 139-55.
20. Pompella A, Maellaro II, Cosini AF, Ferali M, Ciccoli C, Comporti M: Measurement of lipid peroxidation in vivo: A comparison of different procedures. *Lipids* 1987. 22:206-11.
21. Maza S, Frishman Wit: Therapeutic options to minimize free radical damage and thrombogenicity in ischemic/reperfused myocardium. *Am J Cardiol* 1987,114:1206-15.
22. Delmaestro RF, Bjork J, Arfors KE: Increase in microvascular permeability induced by enzymatically generated free radicals II. *Microvasc Res* 1981, 22:255-70.