

Safra Yolları Hidatik Kist ve Askariasis Vakalarında Endoskopik Tedavi

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF BILIARY HYDATID DISEASE AND BILIARY ASCARIASIS

M.Hadi YAŞA*, Necati ÖRMECİ*, Ali Reşit BEYLER*, Ahmet BEKTAŞ*, Hasan ÖZKAN*, Kadir BAHAR*, Cihan YURDAYDIN*, Selim KARAYALÇIN*, Abdülkadir DÖKMECİ*

*Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD, ANKARA

Özet

Karaciğer, %5-70 ile kist hidatik vakalarının en sık görüldüğü bölgedir. Kist hidatik ve askariasis vakaları daha çok geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Hastalık çoğunlukla asemptomatik seyrederek. Fakat kistler safra yollarına açıldıklarında veya askaris safra yollarına yerleştiğinde hastalar genellikle kolanjit ya da sadece sarılık tablosu ile doktora başvurumaktadırlar.

Safra yollarına rüptüre olmuş kist hidatik ve safra yollarına yerleşmiş olan askariasis vakalarında cerrahi tedavi yakın zamana kadar yegane tedavi şekliydi. Ancak endoskopik sfinkterotominin uygulama alanına girmesi ile bu hastalıkların tedavisinde büyük ilerlemeler olmuştur. Günümüzde bu hastalıkların tedavisinde endoskopik tedaviler ilk tedavi seçenekleri olarak kabul edilmektedir.

Ocak 1993 ile Nisan 1996 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan ERCP işlemi sırasında safra yollarına açılmış 28 kist hidatik (15 kadın, 13 erkek, ortalama yaş; 46.1 yıl) ve 2 askariasis (27 ve 44 yaşında 2 kadın) vakası teshil edildi. Bütün hastalara endoskopik tedavi uygulanarak safra yolları parazit ve artıklarından temizlendi. Bunun için endoskopik sfinkterotomi, basket kateter ya da nazobilier dren uygulandı.

Biz bu makalede endoskopik tedavi sonuçlarımızı sunarak literatürü gözden geçirdik.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, Safra yolları, Bilier askariasis, Endoskopik tedavi

T Klin Gastroenterohepatoloji 1996, 7:40-44

Geliş Tarihi: 26.11.1996

Yazışma Adresi: Dr.M.Hadi YAŞA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji BD, ANKARA

Summary

The liver is the most common site of hydatid disease infestation and occurs in 50-70% of all infected patients. Hydatid disease and ascariasis is predominantly a disease of undeveloped or developing countries. They are frequently asymptomatic, but sometimes cholangitis or only jaundice is the first sign of these diseases.

Communication with the biliary tree is the most common complication of hydatid disease of the liver. Previous reports showed that surgery is the only method of treating liver hydatid cysts that have ruptured into the biliary system and biliary ascariasis.

The introduction of endoscopic sphincterotomy represented a great advance in the management of these diseases. Endoscopic sphincterotomy is now the first of choice treatment for hepatic hydatid disease open to the biliary tree and biliary ascariasis.

From January 1993 to April 1996, we have observed 28 patients (15 female, 13 male, mean age; 46.1 years) with complication of hepatic hydatid disease and 2 patients (2 female, 27 and 44 years old) with bilicary ascariasis on ERCP. All patients were treated endoscopically. Endoscopic therapy consisted of endoscopic sphincterotomy, cyst material extraction with basket catheter and nasobilier drainage.

We report the results of our endoscopic therapy and review literature.

Key Words: Hydatid cysts, Bile ducts, Biliary ascariasis, Endoscopic therapy

T Klin J Gastroenterohepatol 1996, 7:40-44

Daha çok geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerin problemi olmasına rağmen, gastrointestinal parazitler bugün ekonomik açıdan en gelişmiş ülkelerde bile hala sağlık sorunu olmaya

devam etmektedirler (1-7). Ülkemizde de pilot bölgelerde yapılan araştırmalarda bazı bölgelerde toplumun yaklaşık %65'inde gastrointestinal parazitler tesbit edilmiştir (1,4,5).

Kist hidatik ve askaris safra yollarına en sık yerleşen parazitlerdir. Fasciola hepatica ise safra yollarına seyrek olarak yerleşir (2,6). Biz, son 3 yıl içerisinde kolanjit veya sadece sanlık nedeniyle kliniğimize başvuran ve klinik, biyokimyasal tetkikler, ultrasonografi ve abdominal tomografi sonucunda ekstrahepatik kolestaz düşünülen kist hidatikli 28 ve bilier askariazisli 2 vakamıza endoskopik tedavi yöntemini uyguladık. Bu makalede sonuçlarımızı sunarak bu konudaki literatürü gözden geçirdik.

Materyel ve Metod

Kliniğimize kolanjit veya sadece tıkanma sanlığı ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda, 28'i safra yolları ile ilişkili kist hidatik, 2'si ise askariazis tanısı almış 30 vaka değerlendirilmiştir.

Kist hidatikli 28 hastanın yaş ortalaması 46.1 iken, safra yollarında askaris bulunan vakaların yaş ortalaması 35.5 idi (Tablo 1).

Hastaların bazı klinik ve laboratuvar özellikleri ise Tablo 2 ve 3'te özetlenmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastalarda bazı demografik özellikler

	Hasta Sayısı	Yaş ortalaması (yıl) (min.-maks.)
KİST HİDATİK GRUBU		
Kadın	15	48.7 (30-64)
Erkek	13	43.1 (15-60)
Toplam	28	46.1 (15-64)
ASKARIAZİS GRUBU		
Kadın	2	35.5 (27 ve 44)
Erkek	-	
Toplam	2	35.5 (27 ve 44)

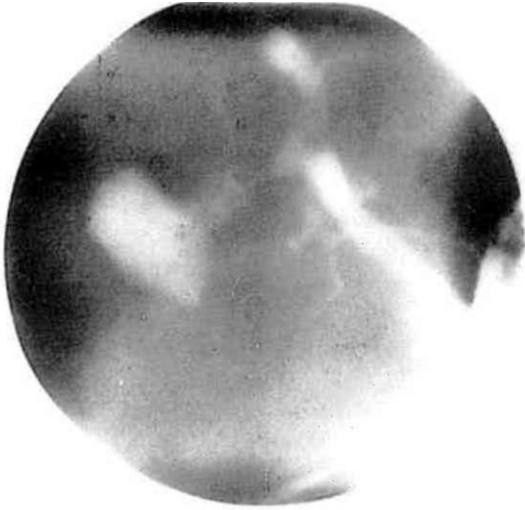
Tablo 2. Hastaların kliniğimize geliş nedenleri

	Hasta sayısı
KİST HİDATİK GRUBU	
Kolanjit	22 (%78.6)
Sadece sarılık	4 (%14.3)
Sarılık ve Sağ hipokondriumda kurt ağrı	2 (%7.1)
ASKARIAZİS GRUBU	
Kolanjit	2 (%100)

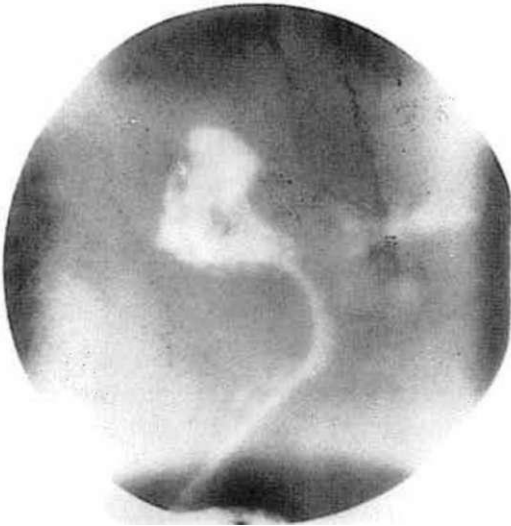
Tablo 3. Kist hidatik grubunda bazı laboratuvar parametreleri

	Bulunan ortalama değerler	Yüksek bulunan hasta sayısı	Normal bulunan hasta sayısı	Min.-maks. değerler
Total Bilirubin: (0.10-1.3 mg/dl)	5.9	21	7	0.7 - 28.6
Direkt Bilirubin (0.0 - 0.3 mg/dl)	3.4	21	7	0.2 - 16.2
Alkalen fosfataz (32-105 U/L)	381.6	24	4	71 - 1409
GGT* (0-50 U/L)	191.3	25	3	24 - 602
AST=SGOT** (0-42 U/L)	54.4	8	20	18 - 191
ALT=SGPT*** (0-40 U/L)	61.9	12	16	21 - 177
Lökosit sayısı (4000-9000 mm ³)	9364.7	20	8	4200- 12400

*: Gamma glutamül transpeptidaz, **: Aspartat transaminaz, ***: Alanin transaminaz



Şekil 1.



Şekil 2.

Askariasisli 2 hastada ise biyokimya sonuçları sırasıyla; Total bilirubin: 5.3 ve 3.4 mg/dl, direkt bilirubin: 3.1 ve 2.1 mg/dl, alkalen fosfataz: 658 ve 294 U/L, GGT: 364 ve 208 U/L, AST: 66 ve 40 U/L, ALT: 72 ve 32 U/L idi. Lökosit sayıları ise 12200 ve 10500/mm³ idi.

Xylocain ile orofarengeal anestezi yapıldıktan sonra hastalar sol oblik pozisyonda masaya yatırıldı. Hastalar daha sonra 10 mg diazem ya da

5-7.5 mg midazolam ile sedatize edildikten sonra Olympus GIF TJF IT 10 (Optical Co Ltd. JAPAN) fleksibl yandan gören duodnoskoplara girildi. Papilla Vateriye ulaşıldı. Uygun teknikle yapılan kanülasyondan sonra önce bütün hastalara ERCP yapılarak kist hidatik ve askaris ile safra yolları arasındaki ilişki ortaya konuldu (Şekil 1). Sonra kılavuz tel eşliğinde standart papillatom (Microvasive ya da Hoobs Medikal firmasına ait sfinkterotomi) ile safra yollarına girildi. Daha sonra ilk kez Japonya'da Kawai ve Almanya'da Classen tarafından tanımlanan (8,9) standart teknikle, hastalara yeterli sfinkterotomi uygulandı. Bunun için önce sfinkterotomi gerilerek papillanın kesilecek kısmının sfinkterotomi bıçağı üzerine oturması sağlandı. Bunu takiben kısa aralıklarla akım verilerek saat 12-13 yönünde, kraniale doğru yaklaşık 1 cm kadar kesme işlemi yapıldı. Endoskopik sfinkterotomiden sonra gerektiğinde basket kateter kullanılarak koledaktaki materyal tamamen temizlendi. Çapları 5 cm'den büyük olan 6 hastada ise ayrıca endoskopik olarak kist içine 7 F genişliğindeki nazobilier dren (Hoobs veya Wilson-Cook) yerleştirilerek 3-7 gün süre ile dekompresyon uygulandı (Şekil 2).

Askariasisli vakalarda ise endoskopik sfinkterotomi işleminden sonra Wilson-Cook firmasına ait Donnia basket kateterler kullanılarak ana safra yollarına girilerek kanal parazit ve artıklarından temizlendi.

Sonuçlar

Bütün hastalara endoskopik papillatomi başarıyla uygulandı. Kesi uzunluğunun yeterli olmadığı 2 vakada 2-4. gün 2. seansta endoskopik sfinkterotomi işlemi tekrarlanarak yeterli kesi yapıldı.

Safra yollarında askaris bulunan hastaların ikisinde de endoskopik sfinkterotomi sonrası askarisler basket kateterle yakalanarak endoskopik yolla dışarı çıkarıldı.

Bütün hastalara işlem sonrası profilaktik amaçla 5 gün süreyle geniş spektrumlu antibiyotik verildi.

Safra yollarında askaris bulunan hastalar işlemden 5-8 gün sonra taburcu edilirken, kist hidatikli hastaların tümü, enfeksiyon kontrol altına

alındıktan sonra, karaciğerdeki primer odağın cerrahi tedavisi için genel cerrahi kliniğine verildi.

Tartışma

Hidatik kist, insanları ara konakçı olarak seçen, Orta Doğu ülkeleri, Avustralya ve Güney Amerika gibi bazı ülkelerde endemik olarak görülen bir parazitozdur (2,4). Enfekte köpeklerin gaitasıyla dışarıya atılan kist yumurtalarının insanlar tarafından oral yolla alınmasıyla ince barsaklara, oradan portal ven yoluyla karaciğere gelen kistler, çoğunlukla sağ lobda yerleşerek büyümeye başlarlar (2,6). Karaciğer, hidatik kistin %50-70 yerleşim oranı ile en sık yerleştiği organdır. Olgunlaşan kistlerin yılda ortalama 1 cm çapında büyüme kaydettikleri bilinmektedir. Zamanla çapları büyüyen kistler, basınç artımı sonunda safra yollarına açılarak komplike hale gelebilmektedirler (6,7,10).

Karaciğer hidatik kist vakalarında en önemli ve yaygın komplikasyon kistin safra yollarına rüptüre olmasıdır (11,12). Karaciğere yerleşen kistlerin yaklaşık %5-40'mm safra yollarına açıldığı bildirilmiştir (6,12,13). Safra yollarına açılan kistler tıkanma sanlığı ve kolanjitis gibi acil tedavi gerektiren klinik tablolar oluştururlar (2,6,10).

Karaciğer ve safra yolları Hidatik kist vakalarında son yıllara kadar cerrahi tedavi başlıca tedavi şekliydi (1,11). Eksternal kapitonaj en yaygın kullanılan cerrahi tekniktir. Ayrıca kistektomi, omentoplasti, tüp drenajı ve kistojejunostomi gibi cerrahi tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır (1,11). Fakat cerrahi tedavide yüksek mortalite ve morbidite söz konusudur/Bunlarda rekürrens riski de yüksektir. Rekürrens oranı %11'lere kadar çıkmaktadır (1,11). Özellikle safra yollarına rüptür olmuş Hidatik kist vakalarında bu daha da belirgindir. Cerrahi tedavinin en önemli komplikasyonları rezidüel kavitede enfeksiyon gelişmesi ve biber fistül oluşmasıdır. En iyi sonuçların alındığı eksternal kapitonaj tedavisinde bile komplikasyon oranı %4.5 kadardır. Kistektomide ise bu oran %8.1'lere kadar çıkmaktadır. Vakaların önemli bir kısmında ise ikinci bir operasyon gerekmektedir (0,6).

ERCP'nin kullanım alanına girmesi ile safra yolları hidatik kistlerinin tanı ve tedavisinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir (6,7,10,13). Başlangıçta

ERCP safra yollarındaki hidatik kistin gösterilmesi ya da karaciğer ile irtibatının ortaya çıkarılması amacıyla sadece tanıda kullanılmıştır (2,3,7,13). İlk kez 1987 yılında Karawi bir hastasında endoskopik yolla safra yollarındaki kistleri temizlemiş ve böylece safra yolları hidatik kist tedavisinde endoskopik metotlar uygulama alanına girmiştir (7). Bu tarihten sonra endoskopik tedavi metodunun etkinliği pek çok araştırmacı tarafından ortaya konulmuştur (1,3,6,13).

Postoperatif mortalite ve morbiditenin azaltılması ve kolanjit, septisemi gibi komplikasyonların önlenmesi için safra yollarına rüptür olmuş Hidatik kist vakalarının tedavisinde öncelikle endoskopik tedavi önerilmektedir (6,13). Endoskopik tedavide mortalite ve morbidite düşüktür. Bu tedavi yönteminin kolay uygulanabilir olması, efektif olması, başarı oranının yüksek ve komplikasyonlarının düşük olması başlıca avantajlarıdır (6,7,4 0).

Özellikle sanlık ve karaciğerdeki enfeksiyon nedeniyle metabolizması bozulmuş olan hastalarda uygulanan cerrahi tedavi hem mortaliteyi hem de morbiditeyi yükseltmektedir. Buna karşılık, endoskopik sfinkterotominin uygulama alanına girmesiyle bu tür hastalar hem daha başarılı bir şekilde tedavi edilebilir hale gelmişler, hem de operasyon öncesi uygulanan endoskopik tedaviler ile sanlık ve sekonder enfeksiyonlar ortadan kaldırılarak mortalite ve morbidite oranı azaltılmıştır (3,7,10,13).

Ascaris lumbricoides, gastrointestinal kanalda ve özellikle de jejunumda yerleşen bir parazittir. Dünyada insanların yaklaşık %25'inde bulunur. Uzak Doğu, Sovyetler Birliği Ülkeleri, Latin Amerika ve Afrika'da bazı ülkelerde endemik olarak bulunur ve enfestasyonlara sebep olur. Bazı ülkelerde toplumun büyük çoğunluğunda mevcuttur ve bu ülkelerde akut karın vakalarının %3'ünde etiyolojik faktör olarak suçlanmaktadır (14,15,16).

Gastrointestinal kanalda yaşayan bu parazitler de; Oddi sfinkteri yetmezliği durumlarında veya daha önce sfinkterotomi yapılmış olan vakalarda Amptilla Vateri yoluyla ana safra yollarına, oradan da karaciğer içi safra yollarına veya safra kesesine kolayca geçebilmektedirler (14,15,16). Safra yollarına yerleşen askarisler assendan kolanjitis,

pankreatitis, ekstrashepatik koleliaz, karaciğer absesi ve safra yollarında taş oluşumu gibi komplikasyonlara sebep olabilmektedirler (14,16).

Bilicir askariasis tanısında oral ve intravenöz kolesistokolanjiyografi, ultrasonografi ve ERCP kullanılan başlıca yöntemlerdir (14,16).

ERCP uygulanmadan önce bu tür hastalar da cerrahi yöntemlerle tedavi edilmekteydiler (14,16). Günümüzde ERCP sadece mükemmel bir tanı aracı değil, aynı zamanda bilier askariasis tedavisinde en önemli tedavi yöntemidir (16). Endoskopik olarak safra yollarındaki askarisin çıkarılması ile, hastalarda analjezik ve antispazmodik ilaçlara pek cevap vermeyen biliyer kolik ve akut pankreatit gibi klinik durumlar ve bunlara ait laboratuvar bulguları hızla düzelmektedir (15,16).

Sonuç olarak safra yollarına rüptüre olmuş kist hidatik ve safra yolları askariasisi vak'alarının tedavisinde ilk seçilecek yol endoskopik tedavi yöntemi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akınoğlu A, Bilgin İ, Erkoçak EU. Surgical Management of Hydatid Disease of the liver. *Can J Surgery* 1985; 28(2): 171-3.
2. Langer JC, Rose DB, Keystone JS, Taylor BT, Langer B. Diagnosis and Management of Hydatid Disease of the Liver. *Ann Surg* 1984; 199(4): 412-7.
3. Lee SH, Scudamore CH. Combined radiologic and endoscopic management of biliary obstruction from ruptured hydatid disease. *Gastrointestinal Endoscopy* 1991; 37(1): 73-5.
4. Babacan F, Söyletir G, Ener B, Johanson CB. Marmara Üniversitesi Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarına Gelen Dışkı Örneklerinde Barsak Parazitlerinin Dağılımı. *Türk Mikrobiyol Cem Derg* 1989; 19(2-3): 216-21.
5. Altaş K, Öztürk R. Rize İli ve Çevresinde çengelli solucan ve diğer Barsak Parazitleri Hakkında Bir Araştırma. *Türk Mikrobiyol Cem Derg* 1991; 21(2-3): 376-83.
6. Karawi MA, Yasavvy MI, Mohamed ARE. Endoscopic Management of Biliary Hydatid Disease: Report on Six Cases. *Endoscopy* 1991; 23: 278-81.
7. Karawi MA, Mohamed ARE, Yasawy MI, Halecm A. Non-surgical Endoscopic Transpapillary Treatment of Ruptured Echinococcus Liver Cyst Obstructing the Biliary Tree. *Endoscopy* 1987; 19:81-3.
8. Kawai K, Akasaka Y, Murakimi K, et al. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla Vater. *Gastrointest Endoscopy* 1974; 20: 148-51.
9. Classen M, De-ming L. Endoscopische sphincterotomie der papilla Vateri. *Deutsche Med Wochenschr* 1974; 99: 496-7.
10. Gschwantler M, Brownstone E, Erben WD, Auer H, Weiss W. Combined Endoscopic and Pharmaceutical Treatment of Alveolar Echinococcosis with Rupture into The Biliary Tree. *Gastrointestinal Endoscopy* 1994; 40 (2-1): 238-41.
11. Behrns KE, Heerden JA. Surgical Management of Hepatic Hydatid Disease. *Mayo Clin Proc* 1991; 66: 1193-97.
12. Scot J, M Corkell. Echinococcal Cysts in The Common Bile Duct: An Uncommon Cause of Obstruction. *Gastrointest Radiol* 1985; 10: 390-3.
13. Vignote ML, Mino G, Mata ML, Dios JF, Gomez F. Endoscopic Sphincterotomy in Hepatic Hydatid Disease Open to the Biliary Tree. *Br J Surg* 1990; 77:30-1.
14. Schulman A. Biliary Ascariasis Presenting in The United States. *Am J Gastroenterol* 1977; 68: 167-70.
15. Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R. Hepatobiliary and Pancreatic Ascariasis in India. *The Lancet* 1990; 335(23): 1503-06.
16. Saraswat VA, Gupta R, Dhiman RK, Gujral RB. Biliary Ascariasis: Endoscopic Extraction of a Living Worm From The Bile Duct. *Endoscopy* 1993; 25: 552-3.