

# Karaciğer Hidatik Kistinin Neden Olduğu Sarılık (İki Vaka Nedeniyle)

JAUNDICE CAUSED BY DISEASE OF THE LIVER  
(due to two cases)

N.Zafer UTKAN, Faruk VAR, Selçuk ARDA, Ahmet TULPAR, Bahattin DALKILIÇ

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. SİVAS

## ÖZET

Karaciğer (KC) hidatik kisti Türkiye, Mısır, Yunanistan gibi Doğu Akdeniz ülkelerinde sık görülmektedir. KC hidatik kisti genellikle semptom vermez, sarılık ilk bulgu olabilir. Bu durumda da teşhis koymak bazen zor olabilir. Sarılık semptomlarıyla kliniğimize başvuran ve bir tanesinde ancak exploratris laparotomiyle KC hidatik kisti saptanan iki vakayı yayınlamayı uygun gördük.

Anahtar Kelimeler: Sarılık, Hidatik kist

T Klin Gastroenterohepatoloji 1995; 6: 62-64

## SUMMARY

Hydatid disease originated from East Mediterranean Turkey, Egypt, Greece. Most cyst are asymptomatic, but sometimes Jaundice was the first sign of this disease. Correct diagnosis of biliary complications in hydatid liver disease is not always easy to achieve. Two cases was admitted with jaundice. In one of these cases was achieved diagnosis with only explorative laparotomy.

Key Words: Jaundice, Hydatid disease

T Klin J Gastroenterohepatol 1995; 6: 62-64

Hidatik kist hastalığı, echinococcus granulosus parazitinin lavralarının insan, koyun sığır gibi ara konakçıların iç organlarında kist oluşumuyla kendini gösteren bir hastalıktır.

Ağızdan alınan yumurtalar asid etkisiyle midede parçalanır. Barsak duvarından mezenterik ve portal venöz dolaşıma geçerek KC'e gelir. %70 oranında KC'de yerleşir. Hastaların %56-70'i infektedir. Sıklıkla sağ lobda görülür ve asemptomatiktir (1). Semptomların ortaya çıkması lokalizasyona, kistin büyüklüğüne, sayısına, organ kompresyonuna ve sekonder enfeksiyona bağlıdır (2).

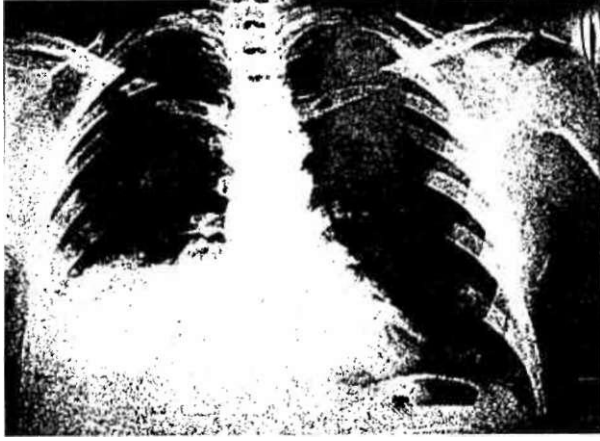
Kistin biliyer sisteme ait komplikasyonları %5-25 arasındadır (1,3). Sarılık ilk semptom olabilir ve hayatı tehdit eden acil cerrahi girişim gerektirebilir (1,2). 1989-1993 yılları arasında kliniğimizde öpere edilen vakaların %33'ünde (10/30) biliyer sisteme ait komplikasyonlar saptandı. Son altı ay içerisinde sarılık nedeniyle başvuran 2 vakada (%6.7) tanı ve tedavi zorluğu olması nedeniyle bu vakaları yayınlamayı amaçladık.

Geliş Tarihi: 04.06.1994

Yazışma Adresi: Dr.N.Zafer UTKAN  
Rahmi Günay Cad. Ertürk Apt. 38/3  
SİVAS

## VAKA I

Yirmiyedi yaşında Sivas'ta oturan bayan hasta, halsizlik, kolik tarzında karın ağrısı, bulantı, kusma, üç günlük sarılık ve idrar renginin koyulaşması nedeniyle müracaat etti. Yapılan muayenede cilt ve skleralar ikterik, solunum sesleri sağ bazalde azalmış, ronflan railer duyulmakta ve KC kot kenarında 2-3 cm hassas nitelikte ele geliyordu. Laboratuvar incelemesinde bilirubinler 4.6/2.4 mg/dl AF:153 İU, SGOT.7.4 İU ve SGPT:128 İU olarak saptandı. Akciğer grafisinde sağda plörezi ve bazalde atelektazi (Resim 1), USG'de ise intrahepatik safra yolları genişlemiş koledok 20 mm genişlikte duktus koledokusun distal ucunda 10 mm çapında hiperekojen akustik gölge veren kalkül imajı ve safra kesesinde aşırı dilatasyon, septasyon duvar kalınlaşması rapor edildi. Operasyonda koledok 25-30 mm genişliğindeydi. Koledokotomide koledok içerisinde germinatif membran ve kist vezikülleri görüldü (Resim 2). Safra kesesi (SK) posterioründe KC kist hidatiği olduğu düşünülen kütle tesbit edildi. Kolesistektomi sonrası kist boşluğu açıldı, içerisinde sağ hepatik kanalın transeksiyona uğradığı 1-2 cm'lik duvar defekti olduğu görüldü. T tüp konularak uzun bırakılan proksimal bacağı sağ hepatik kanal içerisinden geçirilerek üzerinden primer tamir yapıldı. Kist boşluğuna dren konuldu. 27 gün hastanede kalan hasta şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. PA AC grafisinde sağda plörezi

## VAKA II

Otuzyedi yaşında Sivas'ta yaşayan bayan hasta, kolik tarzında karın ağrısı ve iki günlük sarılık öyküsü ile başvurdu. Hastanın muayenesinde cilt ve skleralar ikterik, epigastrik bölgede hassasiyet vardı. Bilirubin 5.2/1.4 mg/dl, AF: 262 İU, SGOT: 137 İU ve SGPT: 30 İU olarak belirlendi. USG'ide sağ lob medialinde SK lateralinde vena portanın önünde 48x43x42 mm septasyonlar gösteren anekoik yapı ve koledok çapının 17 mm olduğu saptandı. Bilgisayarlı tomografide de aynı bulgular doğrulandı. Eozinofili %5, Casoni cilt testi erken ve geç (+), indirekt hemaglütinayon testi 1/152'de (+) idi.

Operasyonda koledok 15-20 mm genişliğinde SK hidropik ödemli, hiperemik, medialinde kirli sarı renkli nodüler yapı içerisinde enfekte kist mayi aspire edildi. Kolesistektomi yapıldı. Koledokotomi yapılarak içerisinde germinatlv membran ve kist vezikülleri olduğu görüldü. Koledok temizlenerek T tüp konuldu 8x8 cm'lik kist boşluğu temizlendikten sonra sol hepatik safra kanalıyla ilişkili olduğu belirlendi ve suture edildi. Kist içerisine peser sonda yerleştirildi. Post-op 22. gün şifa ile taburcu edildi.



Şekil 2. Koledok içerisinde germinatlv membran ve kist vezikülleri

## TARTIŞMA

KC hidatik kistlerinde sarılık ilk şikayet olarak %4-32 oranında görülür (2,3). Hidatik kist yavaş büyür. Genellikle semptom ve bulgular KC'de kist varlığını göstermeyebilir. Kist rüptürü koledok taşlarının ağrısını taklit edebilir. Eğer kolanjitte varsa, bu durum hayatı tehdit edebilir(1). Dışarıdan safra yollarına kist basısıyla oluşan kolestatik sarılık ise oldukça az bir ihtimaldir (1).

Kist rüptürü %23 oranında intraperitoneal %20 oranında intratoraksiktir (2). Sarılığa sıklıkla sağ üst kadranda kolik şeklinde ağrı eşlik eder. Bizim her iki vakaımızda da bu mevcuttu ve sarılık 4 yıllık vakalarımızın %6.7'inde görüldü.

Komplike olmayan hidatik kistlerde eozinofili ve pozitif serolojik test %25-50 oranında saptanır (2). Ultrasonografi (US) ve kompüterize tomografi (CT) de lokalizasyonu oldukça iyi gösterir. Eğer kalsifikasyonu varsa düz grafide yardımcı olabilir (2,4,5). Bazı çalışmalarda US'nin serolojik testlere göre daha hızlı teşhis olanağı sağladığı gösterilmiştir (4,6). Son zamanlarda ise hidatik kist rüptürüne bağlı sarılığın hem teşhis, hem de tedavisinde ERCP kullanılması önerilmektedir. Ancak biliyer komplikasyonların doğru teşhisi her zaman kolay olmayabilir (7).

Vaka II'de KC'de kist saptanırken Vaka I'de tanı eksikliği SK posterioründeki kist, hidropik kese ve SK'si septasyonu olarak değerlendirilmiştir (Resim 3). Ancak her ikisinde de koledok normalden geniş bulunmuştu. Yine Vaka II'de CT ile KC'de hidatik kist tanısı doğrulanmıştır.

Vaka II'de serolojik testler (+) iken Vaka I'de taşla bağlı tıkanma sarılığı düşünüldüğünden serolojik testler yapılmamıştır.

KC hidatik kistlerinde çeşitli cerrahi yöntemler uygulanabilir. Bunlar hepatik rezeksiyon, perikistektomi, omentoplastiyle birlikte parsiyel kistektomi, kapitonaj ve kistojejunostomi, marsupializasyon veya eksternal drenajdır (8,11).



Şekil 3. Tanı zorluğuna neden safra kesesi posterioründe yerleşen kist hidatik



Şekil 4. Sağ hepatik kanalın T tüp uzun bırakılan bacağı üzerinde primer onarımı (ok işareti ile gösterilmiştir).

En iyi sonuçlar ise kistektomi drenajlı veya drenajsız kapitonaj ve omentoplasidir (6). Hidatik kist rüptörlerinde tedavi metodu ise cerrahi eksizyon ve safra yolları eksplorasyonudur (12). Kolanjit veya süpürayon varsa, hızlı hareket edilmelidir (2). Bir çok araştırmacı koledok geniş olmasa da eksplere edilmesi görüşündedirler (2). intrebiliyer rüptörlerde diğer bir tedavi yöntemi endoskopik sfinkterotomidir. Yapılan çalışmalarda komplikasyon ve mortalitenin çok düşük olduğu belirtilmektedir (3,10,13). Bu cerrahi girişimlerinin yanında preoperatif profilaktik veya post-op nüksü azaltmak amacıyla özellikle plevra ve abdominal rüptürde mebendazol ve albendazol kullanılmaktadır (14-16).

Bizim vakalarımızdan her ikisinde de koledok eksplorasyonu yapıldı. Koledok içindeki kistler temizlenerek T tüp konuldu Vaka I'de sağ hepatik safra kanalının 1-2 cm'lik duvar defekti T tüpün uzun bırakılan bacağı üzerinden yaklaştırılarak suture edildi. Bu yöntemde başarı sağlandı (Şekil 4).

Sonuç olarak bu vakaları sunmaktaki amacımız sarılıkla gelen hastaların değerlendirilmesinde, özellikle ülkemizde sık rastlanılan KC hidatik kistini de düşün-

mek ve araştırmaların bu yönde de planlanması gerekliliğini vurgulamaktır.

## KAYNAKLAR

1. Lee SH Scdomere CH. Combined radiologic and endoscopic management of biliary obstruction from ruptured hydatid disease Gastro Intest. Endose. **1991**; **37:73-75**.
2. Stuiker PC. Oxerbosch D, Jongsma CK, Goozem HG. Jaundice caused by hidatid disease of the liver.Neth J Surg of Medicine 1989; 35:241-48.
3. Vignote ML, Mino G, Mata M. Endoscopic sphincterotomy in hepatic hydatid disease open to te biliary tree. Br J Surg 1990; 77:30-1.
4. Thomas PS, Cowen ERT, Larson HE.Hydatid disease and lestasis. BJCP 1990; **44:336-37**.
5. Dawson JL, Stamatakis JD, Stringer MD, William R. Surgical treatment of hepatic hydatid disease. Br J Surg **1988**; 175:946-50,
6. Akinoğlu A, Bilgin I, Erkoçak EU. Surgical management of hydatid disease of the liver.Can J Surg **1985**; **28:171 -74**.
7. Magistrelli P, Masetti R, Coppola R, ERCP in hydatid disease of the liver. Gastrointest Radiol. **1989**; **14:315-20**.
8. Belli L, Faxero E. Marni A. Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. Am J Surg **1983**; 145:239-42.
9. Pssiotis CA, Wander JU, Candan RE. Surgical treatment of hydatid disease prevention of complications and recurrence. Arch Surg 1972; 104:**459-63**.
10. Panchón T, Bory R, Chavaillan A. Endoscopic retrograde cholangiography and sphincterotomy for complicated hepatic hydatid cyst.Endoscopy **1987**; **19:174-77**.
11. Papandimitriou J, Mandrekas A.The surgical treatment of hydatid disease of the liver.Br J Surg **1970**; **57:431-33**.
12. Dadouki J.Gamxros O, Aletras H.intrabiliary rupture of the hydatid cyst of the liver. World J Surg **1984**; **8:786-790**.
13. Al Karaxal MA, Mohamed ARE, Yasavy I. Non-surgical endoscopic transplary treatment of ruptured echinococcus liver cyst obstructing the biliary tree Endoscopy **1987**; **19:81-83**.
14. Yalın R. Karaciğer hidatik kisti. Ulusal Cerrahi Dergisi. **1987**; **3:11-14**.
15. Morris DL, Lamont G. Suction currette in the management of hydatid cysts. Br J Surg **1987**; **74:323-26**.
16. Brough W, Hennesy O, RickardMD. Preoperative albendazole therapy for reccurent hydatid disease Aus. N Z J Surg 1989; 59:665-68.