

Karaciğer Hidatik Kistlerinde İntraoperatif Endoskopi

INTRAOPERATIVE ENDOSCOPIC DETECTION OF HYDATID CYSTOBILIARY COMMUNICATION

Dr.Ali MENTEŞ, Dr.Yıldıray YÜZER, Dr.Ahmet ÇOKER, Dr.Sinan ERSİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, HPB Cerrahi birimi,
İZMİR

ÖZET

Amaç: Karaciğer hidatik kisti bulunan altı hastada, kist içeriği boşaltıldıktan sonra kalan kavite safra kanal sistemi ile ilişki bulunup bulunmadığı açısından intraoperatif endoskopi ile değerlendirilmiştir.

Durum Değerlendirmesi: Güç anatomik yerleşimlerdeki kistlerin duvarlarının görsel değerlendirmelerinin tam olabilmesi morbidite potansiyeli taşıyan, ancak kistobiller ilişki bulunmadığı takdirde gereksizliği anlaşılan geniş cerrahi disseksiyon gerektirir. İntraoperatif koledokoskopik yaklaşım; bu tür hastalarda gereksiz geniş disseksiyonu engelleyebilir.

Yöntem: Güç anatomik yerleşimli altı hastada yöntemin uygulanabilirliği denenmiştir.

Çıkarımlar: Üç hastada kistobiller ilişki ortaya konulmuş ve geniş disseksiyonun sadece bu hastalarda, ilişkinin kapatılmasını sağlayabilecek ölçüde yapılması sağlanmıştır.

Sonuç: İntraoperatif koledokoskopi, güç anatomik yerleşimli karaciğer hidatik kistlerinde, kist ile safra ağacı ilişkisini belirlemede yararlı gözükmiştir.

Anahtar kelimeler : Ekinokokkozis, karaciğer, kist hidatik, tıkanma sarılığı, tanı, endoskopik tanı

SUMMARY

Six patients were evaluated by intraoperative endoscopy of the hydatid cyst cavity for the diagnosis of cystobiliary communication. All patients had liver cysts at unfavourable localization for visual inspection. A biliary communication had been demonstrated in none of the patients preoperatively, though three patients had jaundice either at admission or in their medical history. Five patients had infected hydatid cysts, while one patient had bile stained cyst contents. Intraoperative endoscopy revealed biliary communication in three patients and suggested biliary leakage in another one. The success rate of intraoperative endoscopic evaluation of the cyst cavity was %100. There were no complications.

Key words: Echinococcosis, liver, hydatid disease, obstructive jaundice, diagnosis, endoscopic diagnosis.

Karaciğer kist hidatiklerinin en sık rastlanan komplikasyonu safra yollarına açılmasıdır (1,2,3). Androulakis (4), komplike hidatik kistli hastaların ortalama %76.5 'unda safra ağacı katılımı olduğunu bildirmiştir. Alwan (5), bu katılımın üçte iki hastada küçük safra kanalları ile olduğunu, üçte bir

hastada ise aşikar bilier rüptür şeklinde olduğunu göstermiştir. Kistin safra yollarına açılması preoperatif dönemde dolaylı göstergeler ile ultrasonografik olarak (2), doğrudan bulgular ile de direkt kolanjiografi ile (2,6) tanınabilirse de, bu yöntemlerin ısrarla kullanılmaları her hasta da ürün ver-

meyebilir (7). Bu yazıda, kist kavitesinin safra ağacına açılımına ilişkin güvenilir bilginin intraoperatif endoskopi ile arandığı altı hasta bildirilmektedir.

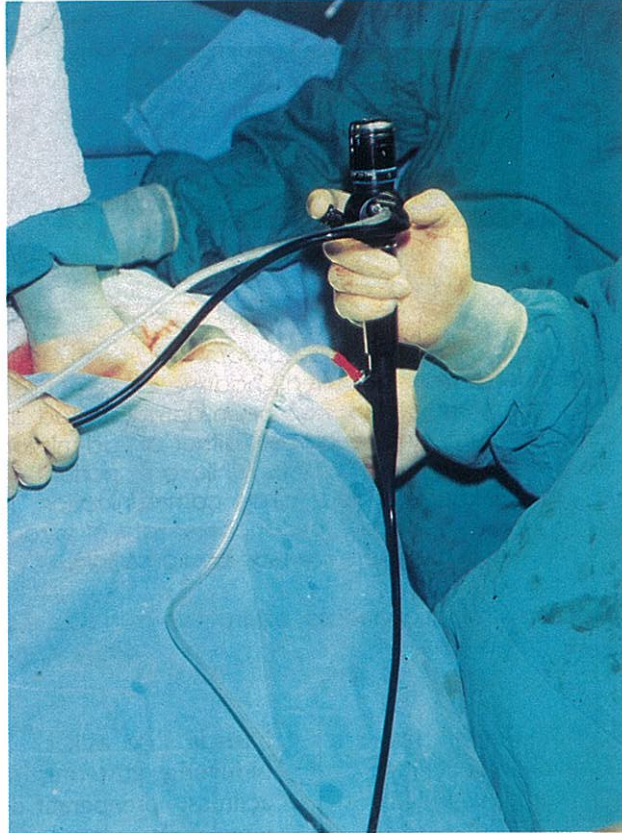
YÖNTEM VE VAKALAR

Karaciğer hidatik kisti olan altı hasta, kist boşluğunun safra ağacı ile herhangi bir ilişkisi olup olmadığı bakımından cerrahi girişim sırasında endoskopik olarak incelenmiştir. Her vakada endoskopi Olympus CHF-T20 fiberoptik koledokoskop aracılığı ile yapılmıştır (Resim 1). Altı hastanın kısa takdimleri şöyledir:

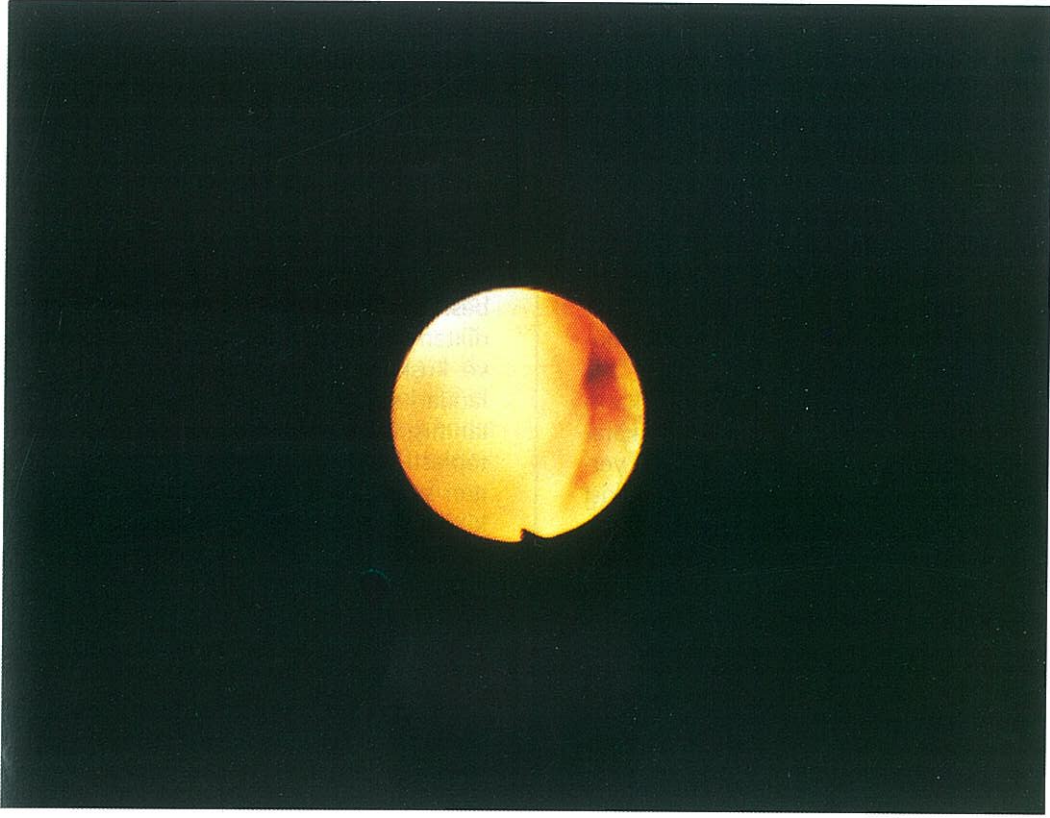
Hasta 1: Kırkdokuz yaşında erkek olgu, karın ağrısı ve sarılık yakınmaları ile başvurmuştur. Üst karın ultrasonografisi, karaciğer sağ lob, diafragmatik yüzde bir hidatik kist ile ekstrahepatik safra yolu obstruksiyonu göstermiştir. BT filmleri koledok kanalı üzerine dıştan bası olarak yorumlanmıştır. Cerrahi girişim sırasında safra kesesinin hidropik olduğu ve ana safra kanalının 2 cm çapa ulaştığı görülmüştür. Karaciğer sağ lobunda, safra kesesi komşuluğunda 25x15x15 cm

boyutlarında, üzeri her yönde karaciğer parankimi ile kaplı bir kist bulunmuştur. Koledoktomisi yapılarak, kist safra kesesi yatağından aspire edilmiştir. Aspirasyon ile enfekte hidatik içerik elde edilmiştir. Kist, safra kesesi yatağından açılmış, içeriği tümü ile boşaltılıp kavite serum fizyolojik ile temizlendikten sonra duvarları incelenmiştir. Kistin, karaciğer dokusunun derinliklerine uzanan büyük hacmi dolayısı ile çıplak gözle değerlendirme doyurucu olamamıştır. Bu nedenle endoskop, kaviteye sokularak tüm duvarlar dikkatle incelenmiştir. Bu inceleme sonunda sağ lob safra kanalları sistemi ile kist boşluğu arasında belirgin açılma saptanmıştır.

Ana safra kanalı açılarak hidatik artıklar temizlenmiş ve koledoktan verilen yüksek basınçlı irrigasyon sıvısının kaviteden gelişi ile safra açılımı doğrulanmıştır. Uygun görüş sağlanarak safra ağacı açılımı kist kavitesi için 3/0 ipek dikişler ile onarılmıştır. Kaviteye omentoplasti, koledoka T-drenajı uygulanarak ameliyat sonlandırılmıştır. Hasta, postoperatif dönemi olaysız geçirerek yedi gün sonra taburcu edilmiştir.



Resim 1: Olympus CHF-T20 koledokoskop kullanılmaya hazır durumda



Resim 2: Karaciğer sağ lob diyafragma komşuluğundaki kist (olgu 5) duvarının endoskopik kontrolde iç yüzeyi. Kiste dışarıdan kompresyon duvarın incelenmesini kolaylaştırmaktır. Dikkatli inspeksiyona rağmen safra açılımı yoktur.

Hasta 2: Ellibeş yaşında kadın olgu, bir yıl süreli karın ağrısı yakınması ile başvurmuştur. Ultrasonografide karaciğer sağ lobunda, portal pedikülün hemen altında enfekte bir kist göstermiştir. Bilgisayarlı tomografi bu yerleşimi doğrulamıştır. Cerrahi eksplorasyonda, portal venin hemen arkasında, karaciğer 1. segmentinden köken almış 8 cm çapında bir kist bulunmuştur. Kistin aspirasyonu ile enfekte hidatik materyel elde edilmiştir. Kistin yerleşimi dolayısı ile çıplak gözle inspeksiyon olanağı bulunmadığından, küçük bir kistotomi ile kist boşaltıldıktan sonra kaviteye endoskop sokulmuştur. Kist boşluğunun duvarlarının dikkatle incelenmesi ile herhangi bir safra açılımı saptanamamakla birlikte, duvarın bir noktasında olası safra bulaşmasını düşündüren sarı renkli boyanma tespit edilmiştir. Kaviteye küçük bir omentum parçası ile dren yerleştirilmiştir. Postoperatif dönem, iki gün süre ile devam eden toplam 50 ml safra ile boyalı seroz akıntı dışında olaysız

geçmiştir. Dren dördüncü gün çıkarılarak, hasta ameliyat sonrası yedinci gün taburcu edilmiştir.

Hasta 3: Otuzdört yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve geçirilmiş sarılık öyküsü ile başvurmuştur. Son iki yılda, hidatik akciğer kistleri nedeni ile iki kez cerrahi girişim geçiren hastada, 4 cm hepatomegali ve karın sağ üst kadranda 15 cm çapında bir kitle saptanmıştır. Karın ultrasonografisi karaciğerde çoğul hidatik kist göstermiştir. Cerrahi girişim sırasında karaciğerin her iki lobunda 12 ayrı kist bulunmuştur. Kistlerden bir tanesi segment 4'ün inferior kısmında, portal pediküle yakın komşulukta ve ana safra kanalı üzerine dıştan bası yaparak oturmuştu. Her kist uygun koruma önlemleri ile ayrı ayrı aspire edilerek boşaltılmıştır. Porta hepatis oturan kistin içeriğinin safra ile boyalı olduğu görülmüştür. Kist kavitesinin çıplak gözle incelenmesi herhangi bir safra açılımı göstermemiş ise de kist boşluğunun

posterokranial kısmında, karaciğer parankimi içerisine uzanan bir girinti incelenememiştir. Endoskop bu girintiye sokularak yapılan gözlemede, minimal safra sızıntısı yapan çok küçük bir kanal ağzı saptanmış ve 3/0 ipek ile zorlukla kapatılmıştır. Kontrol endoskopide safra sızıntısının durduğu görülmüştür. Omentoplasti uygulanan bu kist dışındaki kistlere omentoplasti veya introfleksiyon yapılmış periferde yerleşen 2 kist ise çıkarılmıştır. Teknik nedenler ile safra kesesi alınmıştır. Postoperatif dönem, yara enfeksiyonu dışında olaysız geçmiş, hasta ameliyatı izleyen onuncu gün taburcu edilmiştir.

Hasta 4: Kırkaltı yaşında bir kadın karın ağrısı ile başvurmuştur. Ultrasonografi karaciğer sağ lobunda, diafragmatik yüzde yerleşimli 15 cm çapında enfekte bir hidatik kist göstermiştir. Cerrahi eksplorasyonda kistin nekrotik ve enfekte içerik ile dolu olduğu saptanarak, boşaltılmış ve kavite serum fizyolojik ile temizlenmiştir. Kist boşluğunun, yerleşimi nedeni ile çıplak gözle incelenmesi mümkün olmadığından, kaviteye endoskop sokularak duvarları boylu boyunca incelenmiştir. Safra açılımı bulunamamıştır. Kist boşluğu omentoplasti ile kapatılmış, postoperatif dönemi olaysız geçen olgu ameliyatın beşinci günü taburcu edilmiştir.

Hasta 5: Elli yaşında kadın olgu, karın ağrısı ile başvurmuştur. Fizik muayenede 3 cm hepatomegali saptanmıştır. Ultrasonografi, karaciğerde çoğul hidatik kist göstermiştir. Cerrahi girişim sırasında karaciğer sağ lobunda altı kist saptanmıştır. Kistlerden bir tanesi 10 cm çapında, diafragmatik yüzde posterior yerleşimde olup, aspirasyon ile enfekte hidatik içerik alınmıştır. Diğer kistlerin içerikleri berrak bulunmuştur. Tüm kistler ayrı ayrı boşaltılarak içleri rahatça incelenebilmiş, ancak posterior yerleşimli kistin duvarlarının incelenmesi ancak endoskopi aracılığı ile mümkün olabilmıştır (Resim 2). Herhangi bir safra sızıntısı bulunmamış olup, kist boşluğuna omentoplasti uygulanmıştır. Diğer kistler de omentoplasti, introfleksiyon veya açık bırakma ve hemostaz ile tedavi edilmişlerdir. Postoperatif dönem sorunsuz geçmiş, hasta bir hafta sonra taburcu edilmiştir.

Hasta 6: Onaltı yaşında bir kadın olgu, bir yıl süreli karın ağrısı ve bir ay önce geçirilmiş sarılık öyküsü ile başvurmuştur. Muayenede 2 cm hepatomegali bulunmuştur. Abdominal ultrasonografi karaciğer sağ lobunda bir hidatik kist göstermiştir. Cerrahi eksplorasyonda posterior, diafragmatik yerleşimli,

duvarı 8x8 cm lik bir alanda kalsifiye kist hidatik saptanmıştır. Aspirasyonda kist içeriği enfekte bulunmuştur. Kist boşaltılıp kavite serum fizyolojik ile temizlendikten sonra çıplak gözle inceleme sınırlı olarak gerçekleştirilebilmiş, ancak herhangi bir safra açılımı görülebilmiştir. Kaviteye endoskop sokularak yapılan dikkatli bir inceleme, kist boşluğunun inferokaudal kısmında sarımsı renklenme göstermiştir. Olası bir safra sızıntısından kuşku kullanılmış, karaciğer geniş diseksiyonla serbestleştirilerek orta çizgiye çekilerek çevrildikten sonra kistotomi açıklığı genişletilmiş ve kuşku alan ortaya çıkarılmıştır. Kuşku lanılan yerleşimde safra ağacına açılma saptanmış, 2/0 ipeklerle dikilmiştir. Kavite omentoplasti ve drenaj ile kapatılmış ve drenler üç gün sonra alınmıştır. Hasta, postoperatif sekizinci gün sorunsuz olarak taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Karaciğer hidatik kisti olan hastalarda, safra ağacına açılma olduğu halde saptanamaz ise postoperatif dönemde sorunlar ortaya çıkar. Lygidakis (8), safra ağacı açılımı olan hidatik kistler için yapılan çeşitli cerrahi girişimlerden sonra %2.5 mortalite ve %6 morbidite bildirmektedir. Barros (9), çoğu geçici olmakla birlikte %3.8 oranında eksternal safra fistülü bildirmektedir. Postoperatif endoskopik retrograd kolanjiografi, fistül kanalı, kist boşluğu ve safra kanalları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarırsa da, bu tür fistüllerin endoskopik sfinkterotomiden sonra kapanmaları ortalama bir ayı alır (10). Endoskopik tedavinin, safra kanallarındaki hidatik materyelin cerrahi girişim yapılmadan ekstraksiyonu için de kullanılabileceği (6) iddia edilmiş ise de, ilk sonuçlar doyurucu değildir.

Bildirdiğimiz bu altı hasta, karaciğer hidatik kistlerinde kistobilier ilişkiyi saptamak için intraoperatif endoskopinin kullanımı bildirilen ilk yazılı yayındır. Hastaların üç tanesinde (%50) başvuru sırasında ya da anamnezde sarılık vardı. Preoperatif incelemeler ana safra yoluna dıştan bası düşündürmekle birlikte, intraoperatif endoskopi ile iki hastada belirgin safra yolu açılımı ve bir hastada minor safra sızıntısı saptanmıştır. Beş hastada hidatik materyel enfekte olup, bir hasta da ise safra ile boyalı bulunmuştur. Intraoperatif endoskopi dört hastada safra açılımını ortaya koymuş, iki hastada ise kist

enfeksiyonunun kökeninin safra sızıntısına bağlı olmadığını göstermiştir.

Kist boşluğunun endoskopik olarak incelendiği hastaların tümünde, kaviteler doğrudan görsel incelemeye uygun olmayan yerleşimlerde bulunmuştur. Bir hastada kist bütünü ile sağlıklı karaciğer parankimi ile örtülü, bir diğerinde portal pedikülün arkasında saklı ve bir üçüncüsünde ise karaciğer dokusunun derinliğine giden derin bir girinti içeriyor idi. Diğer üç hastada kistler, karaciğer arka yüzünde diafragmatik yerleşimli idiler. Hastaların hiçbirinde intraoperatif endoskopi kullanılmaksızın safra açılımının varlığı ya da yokluğu güvenilir bir şekilde belirlenmemiştir. Başvuru sırasında ya da öyküsünde sarılık bulunan karaciğer hidatik kistli hastalarda endoskopik retrograd kolanjiografi yapılması bir kural olsa bile, yetersiz olanaklar ERCP ekibinin program doluluğu gibi faktörler yanında, kist içeriğinin safra kanalı açılımını bası ile örtmesi, akımın kistten safra kanalına doğru olması ve safra yolları içinde kontrast basıncının akımın tersine açıklığı gösterecek düzeye getirilememesi bu vakalarda preoperatif direkt kolanjiografinin yararlılığını sınırlayabilir. Karaciğer kist hidatigine yönelik cerrahi girişimlerde postoperatif bilier komplikasyonlardan kaçınmanın en iyi yolu, kistin safra ağacına açılımının ameliyat sırasında tanınip onarılmasıdır. Alper ve arkadaşları (2) kendi hastalarında kistobilier ilişkisinin intraoperatif kolanjiografi ile %46 ve koledok kanalından metilen mavisi enjeksiyonu ile %19 oranında saptanabildiğini bildirmişlerdir. Bizim deneyimiz, intraoperatif endoskopinin kistobilier ilişkiyi ortaya çıkarmada diğer tanı yöntemlerine belirgin olarak üstün olduğunu düşündürmektedir. Özellikle kist boşluğunun doğrudan görsel

inceleme için uygun olmayan yerleşimlerde bulunduğu hastalarda hidatik içerik boşaltılıp, kavite serum fizyolojik ile temizlendikten sonra intraoperatif endoskopi ile değerlendirme, kist-safra ağacı açılımının saptanarak kapatılmasında seçkin yöntem görünümündedir.

KAYNAKLAR

1. Akınoğlu A, Bilgin I, Erkoçak E. Surgical management of hydatid disease of the liver. *Can J Surg* 1985; 28:171-174.
2. Alper A, Arıoğlu O, Emre A, Uras A, Ökten A. Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts of liver. *Br J Surg* 1987;74:243-245.
3. Yılmaz E, Gökok N, Hydatid disease of the liver. Current surgical management. *Br J Clin Pract* 1990; 44: 612-615.
4. Androulakis GA. Surgical management of complicated hydatid cysts of the liver. *Eur Surg Res* 1986;18:145-150.
5. Alwan MH. Internal drainage in the treatment of intrabiliary communication of hydatid cysts of the liver. *Int Surg* 1982;67:456-458.
6. Al Karawi MA, El-Shiekh Mohamed AR, Yasawy MI. Advances in diagnosis and management of hydatid disease. *Hepato-gastroenterol* 1990;37:327-331.
7. Kune GA, Schellenberger R. Current management of liver hydatid cysts; Result of a 10 year study. *Med J Aust* 1988;149:26-30.
8. Lygidakis N. Diagnosis and treatment of intrabiliary rupture of hydatid cysts of the liver. *Arch Surg* 1983;118:1186-1189.
9. Barros JL. Hydatid disease of the liver. *Am J Surg* 1978;135:597-600.
10. Vignote ML, Mino G, de la Mata M, de Dios JF, Gomez F. Endoscopic sphincterotomy in hepatic hydatid disease open to the biliary tree. *Br J Surg* 1990;77:30-31.

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr.Ali MENTEŞ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi ABD, İZMİR