

Karaciğer kisthidatiklerinin cerrahi tedavisi

Dr. Settar BOSTANOĞLU, Dr. Tevfik KÜÇÜKPINAR

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara
SSK Ankara Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET

Bu retrospektif çalışmada, 1984-1988 yılları arasında kliniğimize kabul edilen 181 karaciğer kisthidatik olgusu incelenmiştir. Bu olgulardaki, 228 kist cerrahi olarak tedavi edilmiştir. İncelenmiş, yüzseksenbir hastadan 68 i erkek ve 156 hasta primer kisthidatiktir. Preoperatif tanı metodlarını, cerrahi tedavi yolları, postoperatif erken morbidite ve mortalite oranları, postoperatif erken komplikasyonlar ve 8 ay-10 yıllık periyoddaki nüks oranlarını araştırdık. Kist hidatik hastalığının medikal ve sosyo-ekonomik boyutlarını tartıştık. Yirmi yedi kisthidatiğe (%11.8) total kistektomi, 74 kisthidatiğe (%31.8) tüp marsüpiyalizasyon, 90 kisthidatiğe (%39.7) parsiel kistektomi + kapitonaj, 25 kisthidatiğe (%10.7) parsiel kistektomi + tüp marsüpiyalizasyon, 10 kisthidatiğe (%4.51) parsiel kistektomi + omentoplasti, 1 kisthidatiğe (%0.43) sol lobektomi ve 1 hastada (%0.43) fistülektomi + tüp drenaj uygulandı. Mortalitemiz 2 (%1.10), nüks oranımız 8 olgu (%4.41).

Anahtar kelimeler: **Kisthidatik, cerrahi tedavi**

KİSTHİDATİK hastalığı Echinococcus granulosus'un etken olduğu, özellikle hayvancılıkla uğraşan ülkelerde endemiler yapabilen bir sağlık problemidir. Güney Amerika, Avustralya Yeni Zelanda, Irak, İran, Kuzey Afrika ülkeleri, Yunanistan bu ülkeler arasındadır. Türkiye'de daha önceden yayınlanan birçok raporda da belirtildiği gibi, Ekinokokkozisin en sık görüldüğü ülkelerden birisidir(1,2).

Son 40 yıldır görülme insidansı oldukça artmıştır. Bunun nedeni artan ülkeler arası göç ve seyahatlerdir. Bu hastalığa endemik bölgeler dışında da sıklıkla rastlanmaktadır (3,4).

Hidatitozisde bilindiği gibi memeli hayvanlar ve insan ara konakçısıdır. Karaciğer en sık oranda hastalığa yakalanan organdır (%70), ikinci sıklıkla akciğerde rastlanmaktadır. Daha ender olarak vücudun değişik organ ve lokalizasyonlarında yerleştiği bildirilmiştir(5).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu retrospektif çalışma SSK Ankara Hastanesi 1.

SUMMARY: Surgical treatment of hydatid diseases of the liver

In this retrospective study, we examined 181 patients with 228 hepatic hydatid cysts treated surgically in our clinic between 1984 and 1988. Sixtyeight of 181 were men and 156 of 181 were primary hydatid cysts. We ascertained the preoperative diagnostic methods, ways of surgical treatment, postoperative early morbidity and mortality rates, postoperative early complications and recurring rates in a follow-up period of 8 months-4 years. We discussed the medical and socio-economic dimensions of hydatid disease. Twentyseven cases (%11.8) had total cystectomy, 74 (%31.8) had tube marsupialisation, 90(%39.7) had partial cystectomy + capitonage, 25 (%10.7) had partial cystectomy + tube marsupialisation, 10 (%4.51) had partial cystectomy + omentoplasty, 1 (%0.43) had left lobectomy and 1(%0.43) had fistulaectomy + tube drainage. Our mortality is 2(% 1.10). The recurring rate in the mentioned follow-up period is %4.41 (8 cases)

Key words: **Hydatid disease, surgical management**

Genel Cerrahi Kliniğine 1984-1988 yılları arasında başvurmuş ve cerrahi olarak tedavi edilmiş 181 hastayı kapsamaktadır.

Preoperatif tanı metodları, cerrahi tedavi çeşitleri, postoperatif erken morbidite, mortalite oranları, postoperatif erken komplikasyonlar ve 8 ay-4 yıllık bir periyoddaki rekürrens oranları incelenmiştir.

181 olgunun 68 i erkek (%37.7) 113 ü kadın (%62.2) kadın erkek oranı 2.6/1.6 dir. En geç hasta 13, en yaşlı hasta 89 yaşındaydı (ortalama 42 yaş).

En sık saptanan semptom 163 hastada epigastrium ve sağ hipokondriumda ağrı (%90.05), 55 ele gelen kitle ve şişkinlik (%30.38), 47 bulantı (%25.96), 26 kusma (%14.36), 26 halsizlik (%14.36) 3 dispepsi (%1.65), 8 kilo kaybı (%4.41), 15 soğuk algınlığı, üşüme-titreme (%8.28), 6 allerjikaşıntı (%3.31), 3 çarpıntı-nefes darlığı (%1.65). (Tablo 1) Sedimentasyon hızı 138 hastada (%76.2) artmış olarak bulundu (1 saat 33.9 mm, 2 saat 57.8 mm ortalama).

SGPT 14 olguda (%7.74), SGOT 15 olguda (%8.29), thymol bulanıklık testi 1 olguda (%0.55)

Tablo 1. Olgularımızda en çok görülen şikayetler

Şikayet	% Sıklık	Olgu sayısı (n: 181)
Ağrı	90.05	163
Kitle ve şişkinlik	30.38	55
Bulantı	25.96	47
Kusma	14.36	26
Halsizlik	14.36	26
Dispepsi	1.65	3
Kilo kaybı	4.41	8
Üşüme titreme	8.28	15
Allerji kaşınma	3.31	6
Çarpıntı dispne	1.65	3
Safra fistülü	0.55	1

ve alkale fosfataz 126 olguda (%69.7) yüksek olarak bulundu.

Preoperatif görüntüleme yöntemleri olarak 114 olguda (%62.8) ultrasonografi, 51 olguda (%28.5) ultrasonografi ve scanning, 8 olguda (%4.1) abdominal CAT, 8 olguda (%4.5) Karaciğer-dalak sinigrafisi kullanılmıştır.

Serolojik testlerden Casoni 60 olguda, Weinberg 68 olguda kullanılmıştır.

106 olguda kist karaciğer sağ lobda, 32 olguda karaciğer sol lobda, 52 olguda multibl, 129 olguda (%71.3) tek olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Olgularımızın 116 sında (%64.4) kist çapı 0-10 cm, 87 sinde (%48.3) 10-20 cm, 29 unda (%16.1) 20cm ve üstü olarak gözlemlendi.

Yüzelli altı olgu (% 86.1) ilk kez ameliyat edildi. 23 olgu ilk rekürrens (%12.7). 1 olgu 2. rekürrens (%0.55), 1 diğer olgu 3. rekürrens (%0.55) nedeni ile ameliyat edildi. Preoperatif ve intraoperatif enfekte kisthidatik oranı 20 olgu (%11.04).

Yetmiş üç olguda median, 41 olguda sağ transrektal, 67 olguda Kocher insizyonu kullanılmıştır.

SONUÇLAR

Operasyon esnasında kist etrafı, periton ve karın organları %0.9 luk NaCl solusyonlu kompreslerle iyice korundu, kist içerisine skolosidal olarak 161 olguda (%88.9) %30 luk NaCl solusyonu, 11 olguda (%6.1) %10 Formol solusyonu, 3 olguda (%1.6) %0.9 NaCl, 6 olguda (%3.3) tentüre de iode, batticon ve betadin solusyonları enjekte edildi.

90 olguya (%39.7) parsiel kistektomi + kapitonaj, 74 olguya (%31.8) tüp drenaj, 27 olguya (%11.8) total kistektomi 25 olguya (%10.7) parsiel kistektomi + tüp drenaj, 10 olguya (%4.51) parsiel kistektomi + omentoplasti, 1 olguya (%0.4) sol hepatic lobektomi, 1 olguya (%0.4) fistülektomi + tüp drenaj uygulandı. (Tablo 3).

Kistin primer tedavisine ek olarak 11 olguya (%6.1) kolesistektomi, 1 olguya (%0.55) antrumda malign tümör nedeni ile gastro-enterostomi, 1 ol-

Tablo 2. Kistlerin karaciğerdeki lokalizasyonları

Lokalizasyon	Olgu sayısı	%
KC sağ lobu	106	58.88
Soliter	86	47.77
Multibl	20	11.11
KC sol lobu	32	17.77
Soliter	30	16.66
Multibl	2	1.11
Sağ ve sol lob arası	13	7.22
Sağ ve sol lobda multibl	30	16.66
Toplam	181	100

guya (%0.55) bridektomi yapılmıştır. Operasyon sırasında diafragmanın açıldığı 1 olguya sağ hemitorakstan sualtı drenajı uygulandı. 2 olguda kisthidatik safra yolları ile ilişkili bulundu (%1.11), bu olgularda primer kistin tedavisine ilave olarak koledokotomi yapıp kist kalıntıları temizlendikten sonra 1 olguda T tüp drenaj, 1 olguda da koledokoduodenostomi ilave edildi.

Olgularımızın postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 13.18 gün (3-88), Postoperatif erken komplikasyonlar: 1 olguda pulmoner embolizm, 2 olguda safra kaçağı, 1 olguda pulmoner ve dolaşım yetmezliği, 2 olguda enfeksiyon, 3 olguda evisserasyon, 1 olguda pnömotoraks ve 1 olguda biliokutaneal fistül. Toplam komplikasyonumuz 11, morbidite oranı %6.07 mortalite 2 olgu (%1.10). Takip periyodumuzda 8 olguda rekürrens görüldü (%4.41).

TARTIŞMA

Karaciğer kisthidatigi benign bir hastalık olarak düşünülemez. Progressifdir ve %10-20 oranında nükseder. Hidatik kist karaciğerde yavaş olarak büyür ve yıllarca asemptomatik olarak kalabilir. Kist yeterince büyüyüp çevre organlara baskı yaptığında semptom vermeye başlar. İnfeksiyon ve rüptür en yaygın komplikasyonlardır (3).

Tanıda yardımcı metodlar içinde bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi oldukça kıymetli araçlardır. Abdominal ultrasonografi ekonomik ve

Tablo 3. Olgularımızda uygulanan cerrahi girişimler

Cerrahi Girişim	Olgu sayısı	(%)
Parsiel kistektomi + Kapitonaj	90	39.79
Tüp marsüpiyalizasyon	74	31.89
Total kistektomi	27	11.83
Parsiel kistektomi + Tüp marsüpiyalizasyon	25	10.75
Parsiel kistektomi + plombaj	10	4.51
Sol lobektomi	1	0.43
Fistülektomi + Tüp drenaj	1	0.43
Toplam	228	100

Tablo 4. Değişik ameliyat yöntem ve sonuçları

Yazar	Olgu Sayısı	Total kistektomi	Kapitonaj	Eksternal Drenaj	Marsüpalizasyon	Omentoplasti	Hepatik rez	İntrofleksiyon	İnternal Drenaj	Postop yatış (GÜN)	Morbidite	Mortalite
Sözüer (6)	226	-	15	64	15	87	4	10	-	17,5	14,6	1,8
Atalay (8)	148	17,8	21,4	10,8	1,8	-	6,7	11	-	-	46,2	1,02
Magistrelli (3)	135	37,7	37	-	-	-	9,6	-	-	20	23,7	2,2
Morel (4)	69	55,5	-	18	9	-	31,1	-	2,7	-	9	-
Elhamel (13)	23	35,6	-	8,9	-	-	4,4	-	-	15	13	4,3
Davitson (10)	48	-	-	16,6	-	62,5	4,1	-	-	22	104	4,1
Bizim	181	11,8	39,7	42,5	-	4,5	0,4	-	-	13,1	6	1,1

pratik oluşu ve noninvaziv bir yöntem olması dolayısı ile en iyi yöntem olarak düşünülmektedir. Çeşitli serilerde %90-98.8 oranında doğru tanı konduğu bildirilmektedir (8,9).

Serolojik testlerden uzun yıllar kullanılmış olan Casoni testi bir deri testi olup kisthidatik varlığında %50-80 oranında pozitif olmasına rağmen, yüksek oranda yalancı pozitif sonuç verir ve başarılı tedavi sonrası pozitif kalmaktadır(9). Weinberg testi ise kompleman fiksasyon testi olup %70 dolayında pozitifdir. Bu yöntemde de yalancı pozitif sonuç oranı oldukça yüksektir, ancak başarılı tedavi sonrası negatif olması nedeni ile hastaların izlenmesinde yararlıdır (9). Bizim serimizde Casoni testi 60 olgudan 27 sinde (%45), Weinberg testi 68 olgudan 28'inde (%41.1) pozitif sonuç vermiştir.

Son yıllarda kullanılmaya başlanan immunofluorescence, immunoelektroforez, ELISA, indirekthe miagglutinasyon, kompleman fiksasyon testleri %85 gibi yüksek oranlarda pozitif sonuç vermektedir (4,9).

Karaciğer kisthidatiği tedavisinin temel ilkeleri:

- 1) Parazitin öldürülmesi,
- 2) Kistin boşaltılması ve germinativ membranın çıkartılması,
- 3) Kalan kavitenin ortadan kaldırılmasıdır (6).

Kistin cerrahi olarak komple çıkartılması hastalığın ideal tedavisidir. Tüm germinativ tabaka, kız veziküller, kist sıvısı total olarak veya adventisya tabakası ile beraber kist bütün olarak çıkartılmadır (7).

Skolosidal ajan olarak %15-30 luk hipertonic salin solüsyonu, %20-40 lık Formalin solüsyonu, %0.5 lik gümüş nitrat, %10 luk povidone iodine, %0.9 NaCl, Clorhexidin solüsyonu gibi maddeler kullanılmaktadır. Bu skolosidal amaçla kullanılan solüsyonların kist içine verilmesi nedeni ile toksik etkileri bildirilmekte, eğer kist bilier sistemle ilişkili ise formaldehit, hipertonic salin solüsyonu ve gümüş nitrat kullanımı sonucu sklerozan kolanjit, akut pankreatit ve anafilaktik şok ortaya çıkabilmektedir (3,8,10,11). Özellikle for-

maldehit kullanımında anafilaktik şok ve ölüm olayları bildirilmiştir (3).

Kliniğimizde %88.95 oranında %30 NaCl skolosidal olarak kist içine enjekte edilmek suretiyle kullanılmıştır.

Major bir ameliyatın tolere edilemeyeceği durumlarda Mebendazol 35-50 mg/kg 6 ay süre ile verilebilir. Albendazolün gastrointestinal absorpsiyonu daha iyidir. Son yıllarda henüz kullanıma girmeyen praziquantel'in de etkin olduğu bildirilmektedir. Medikal tedaviden amaç kistin kalsifiye olmasını sağlamaktır. Kalsifikasyon olduğu zaman cerrahi tedavi uygulanmasına gerek yoktur ve kistin inaktif olduğunu gösterir. Medikal tedavinin başka bir uygulamasıda ameliyat öncesi proflaktik kullanımıdır. Deneysel olarak gerek Mebendazol gerek Albendazol'un etkili olduğu gösterilmiştir. İnsanda yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi dönemde 1 veya 4 hafta süreyle verilen Mebendazol'un kist içeriğini önemli boyutlarda inaktive ettiği ve fare inokulasyonunda kist oluşumunu engellediği saptanmıştır (9). Ayrıca yeni geliştirilen Benzimidazol bileşiklerinin preoperatif kullanımı ile kist içeriğinin steril hale geldiği, etkili bir skolosidal ajan olduğu ve yeterli preoperatif kan seviyesi elde edilen hastalarda intraoperatif yayılım ve nüksün önlediği ileri sürülmektedir (12).

Germinativ membran çıkarıldıktan sonra geride kalan kist kavitesinin kapatılmasında, hepatik rezeksiyon, perikistektomi, kistojejunostomi, omentoplasti, kapitonaj, marsüpalizasyon eksternal drenaj, introfleksiyon ve serum fizyolojik doldurup primer kapatma gibi oldukça değişik yöntemler kullanılmıştır (3,4,8,10-13).

Cerrahi tekniğin seçiminde kistin büyüklüğü, lokalizasyonu ve komplike olup olmadığı önemli rol oynar.

Kist içeriğinin infekte olduğu durumlarda kistin total olarak çıkarılması, yapılamıyorsa kavitenin mümkün olduğu kadar küçültülerek dışa drene edilmesi gerekmektedir (10).

Kistin safra yollarına açıldığı tesbit edilen durumlarda açık olan safra yolunun emilebilir sü-

türlerle kapatılması, koledogun T tüpü ile drenajı, sfinkteroplasti, koledokoduodenostomi gibi yöntemler önerilmektedir (7,8,10,11,13).

Kliniğimizde 90 olguya (%39.79) parsiel kistektomi + kapitonaj, 74 olguya (%31.83) tüp marsüpiyalizasyon, 27 olguya (%11.83) total kistektomi, 25 olguya (%10.75) parsiel kistektomi + tüp marsüpiyalizasyon, 10 olguya (%4.51) parsiel kistektomi + omentoplasti, 1 olguya (%0.43) sol lobektomi, 1 olguya (%0.43) fistülektomi + tüp drenaj uygulandı.

Olgularımızda toplam komplikasyonumuz 11, morbidite oranı %6.07, mortalite oranı %1.01, nüks %4.41 dir. Tablo 4'de değişik serilerdeki ameliyat yöntem ve sonuçları gösterilmiştir.

Mümkün olan vakalarda kistin total eksizyon yöntemleri ile tedavisi, gerek morbiditesinin az oluşu, gerekse iyileşme süresinin kısa oluşu nedeni ile seçilecek girişim olmalıdır. Kistin boşaltılmadan çıkarılması hastayı riske sokacaksa, lokalizasyonu hayati oluşumlara yakınsa, parsiel kistektomiye ilave olarak gerek kapitonaj, gerekse introfleksiyon yöntemleri uygulanmalıdır. Bu yöntemlerde de mümkün olduğunca uzun süreli

tüp drenajdan kaçınılmalıdır.

1989 yılında ekinokokküs parazit enfestasyonu nedeni ile Türkiye'de 1062 si erkek, 1285 i kadın olmak üzere toplam 2347 kişi hastaneye yatırılmış, toplam 34 kişi bu hastalık yüzünden ölmüş ve bu hastalar toplam 45601 gün hastanede yatmışlardır. Ortalama hastanede yatış süresi 19.2 gündür (14).

Kisthidatik hastalığı %70 oranında karaciğerde yerleşmektedir (5). Bir karaciğer kisthidatigi ameliyatı büyük ameliyat sınıfına girmekte ve devlet hastanelerinde 350.000 TL ameliyat ücreti alınmaktadır. Hastanede yatış, ilaç tedavisi, iş ve güç kaybı da gözönüne alınırsa hasta başına yaklaşık olarak 3.000.000 TL maliyet ortaya çıkmaktadır. Yıllık hasta sayısını dikkate alırsak Türkiye'de bu hastalığın tedavisi için yılda kabaca 7-10 milyar TL harcanmaktadır (14).

Halen hidatik hastalığın sık olduğu ülkelerde oldukça basit ve ucuz hijyenik önlemlerin halk sağlığı ve eğitim programları ile kombine edilmesinin hastalığı dramatik olarak azaltacak en etkili yöntem olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Sayek İ, Yalın R, Sanaç Y: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1980; 115: 847-50.
2. Tüzün S, Arınç O, Değirmencioglu I: Karaciğer hidatik kisti. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1987; 2: 122-7.
3. Magistrelli P, Masetti R: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1991; 126: 518-22.
4. Morel P, Robert J: Surgical treatment of hydatid disease of the liver: A survey of 69 patients. Surgery 1988; 122: 859-62.
5. Kölan N ve ark. Anormal lokalizasyonlu kisthidatikler. GATA Bülteni 1981; 14: 205.
6. Sözüer EM, Bilge A: Hydatid Cyst Disease: A series of 226 cases. Gastroenterohepatoloji Dergisi 1991; 2: 41-45.
7. Langer B: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Br J Surg 1987; 74: 237-38.
8. Atalay F ve ark. Karaciğer hidatik kistinde cerrahi tedavi yöntemleri. Gastroenterohepatoloji Dergisi 1991; 2: 143-48.
9. Sayek İ. Temel Cerrahi 1991; 2. Cilt 905.
10. Davson JL, Stamatakis JD: Surgical treatment of hepatic hydatid disease. Br J Surg 1988; 75: 946-50.
11. Ferreyra ME, Thompson JN: Hepatic hydatid disease surgery. The Br J of Clin Practice 1984; 43: 1918-30.
12. Morris DL: Preoperative albendazole therapy for hydatid cyst Br J Surg 1987; 74: 805-6.
13. Elhamel A: Pericystectomy for the treatment of hepatic hydatid cysts. Surgery 1990; 107: 316-20.
14. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 1990.