

**KARACİĞER HİDATİK KİSTLERİNİN CERRAHİ TEDAVİ
SONUÇLARI**

(SURGICAL TREATMENT OF HYDATID CYSTS OF LIVER)

Dr. Ümit TOPALOĞLU*

Dr. Nihat BENGİSU**

Dr. Yücel ARITAŞ**

Dr. Seyfi AKŞEHİRLİ***

Dr. Yaşar YEŞİLKAYA**

Ö Z E T :

1977 - 1983 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde, karaciğer kist hidatiği sebebiyle cerrahi tedaviye alınan 28 vakada 49 kiste uygulanan cerrahi teknikler retrospektif ve prospektif olarak karşılaştırıldı. Çalışmanın sonunda omentoplastinin morbidite, hastanede kalış ve drenaj süreleri açısından marsupializasyona üstün olduğu görüldü.

S U M M A R Y :

The operative techniques which have been applied to the 28 patients with hepatic hidatid disease between 1977 - 1983 in Medicine faculty of Erciyes University, are compared retrospectively and prospectively. In the comparison of techniques, omentoplasty have been found to be superior to the other techniques, as far as morbidity, duration of hospitalization and external drainage are concerned.

G İ R İ Ş :

Bu çalışmanın amacı, karaciğer kist hidatiği tanısı konulan hastalarda çeşitli tip cerrahi tedavilerin, morbidite, mortalite, drenaj süreleri ve hastahanedeki kalış süreleri açısından karşılaştırılarak üstün olan yöntemi tesbit etmektir.

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(***) Genel Cerrah, Kayseri.

MATERYAL VE METOD :

Çalışmaya 1977 - 1983 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde, karaciğer kist hidatigi sebebiyle ameliyat edilen 28 hasta (toplam 49 kist) alınmıştır. Vakaların 24'ü kadın 4'ü erkektir. Yaşları 6 ile 65 arasında değişmektedir. Tanıda kullanılan yardımcı metodların başlıcaları karaciğer fonksiyon testleri (SGOT, SGPT, bilirubin, alkalin fosfataz), cozinofili, weinberg testi, akciğer ve ayakta direkt karın grafisi, intravenöz kolanjiografi, scanning ve ultrasonografidir.

Uygulanan Cerrahi Tedavi Yöntemleri :

Kistlere uygulanan cerrahi girişim yöntemleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Buna göre 9 vakada 13 marsupializasyon, 19 vakada ise 36 parsiyel kistektomi ve omentoplasti tekniği uygulanmıştır. Ayrıca omentumdaki iki kist için kistektomi, dalaktaki bir kist için splenektomi, akciğerdeki bir kist için kistektomi ve kapitonaj uygulanmıştır. 5 vakada ise muhtelif sebeplerle kolesistektomi yapılmıştır.

Operasyon sırasında kist çevresinin tamponlar ve % 30'luk sodyum klorür emdirilmiş havlularla korunmasına özen gösterilmiştir. Erişilebilen en uygun yerden trokarla kistin içine girilerek, hidatik sıvının bir kısmı aspire edildikten sonra kist içine % 30'luk sodyum klorür enjekte edilerek, kız veziküllerin ölmesi için 5¹ beklenip kist muhtevası germinal tabaka ile birlikte boşaltılmıştır. Formol ve benzeri ajanlar toksik olduğu için kullanılmamıştır (1). Germinatif membran çıkarıldıktan sonra kavitenin bilier sistemle irtibatı görülmüşse ilgili safra kanalikülleri bağlanmıştır. Kist duvarının mümkün olan kısımları eksize edildikten sonra, omentum majus kist kavitesi içine yerleştirilmiştir. Ayrıca rutin olarak kavite içine iki adet lastik dren konulmuş ve bu drenler hasta taburcu edilirken çekilmiştir. Omentoplasti veya başka bir tekniğin uygulanması mümkün olmayan kistler marsupialize edilmiştir. Çalışmamızdaki istatistiki değerlendirmeler «Mann Whitney U Testine ve İki Yüzde Arasındaki Farkın Önemlilik Testine» göre yapılmıştır.

TABLO 1 : KARACİĞER HİDATİK KİSTLERİNDE UYGULANAN CERRAHİ TEKNİKLER

Uygulanan teknik	Kist sayısı
Parsiyel kistektomi ve omentoplasti	36
Marsupializasyon	13
Toplam	49

B U L G U L A R :

Çalışmaya alınan hastalarda en sık rastlanan şikayetlerin başında karın şişkinliği ve karnın üst kadranda hafif ağrı gelmektedir (Tablo : 2). Fizik muayenede hastaların % 85.7'sinde hepatomegali veya palpable kitle tesbit edilmiştir.

TABLO 2 : KARACİĞER KİST HİDATİK HASTALIĞI OLAN 28 HASTANIN SEMPTOMLARI

Semptom	Hasta sayısı	%
Şişkinlik	23	82.5
Ağrı	22	79.2
Zayıflama	6	21.4
Ateş	6	21.4
İştahsızlık	4	14.2
Kusma	4	14.2
Bulantı	3	10.7
Kabızlık	2	7.1
Nefes darlığı	2	7.1
Sarılık	1	3.5
Öksürük	1	3.5

Karaciğer kist hidatiklerinin tanısında kullanılan yöntemler içinde scanning ve ultrasonografinin üstünlüğü belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Karaciğer fonksiyon testleri ve intra venöz kolanjyografilerde tanısal bir özellik görülmemiştir.

28 hastada toplam 49 adet karaciğer kisti tesbit edilmiş olup, 18 hastada tek kist (% 64.3) ve 10 hastada (% 35.6) birden çok kist bulunmuştur. 4 hastada ise karaciğerden başka omentumda 2, dalakta 1, akciğerde 1 adet ilave kist tesbit edilmiştir. Kistlerin karaciğer içi lokalizasyonu Tablo 3'de gösterilmektedir.

Operatif mortalite ve rekürren kist yoktur.

TABLO 3 : KARACİĞER KİSTLERİNİN SAYI VE LOKALİZASYONU :

Yüzeyel kistler	13
Derin kistler	36
— Derin medial kistler	4
— Hepatik kubbedeki kistler	7
— Derin lobar kistler	8
— Derin bilobar kistler	17
Toplam	49

Marsupializasyon uygulanan hastaların hastahanedeki kalış süreleri 18 - 50 (ortalama 31.5) gün olup, drenaj süreleri 22 - 182 (ortalama 76.1) gündür Parsiyel kistektomi ve omentoplasti uygulanan vakalar hastaneyi daha hızlı şekilde 5 - 23 (ortalama 10.2) günde terk etmişlerdir. Drenaj süreleri ise 3 - 27 (ortalama 8.6) gündür. Bu durumda «Mann Withney'in U Testi'ne göre omentoplastide, hastanede kalış ve drenaj süresi marsupializasyona oranla önemli ölçüde kısalmaktadır (Tablo 4).

TABLO 4 : MARSUPIALİZASYON VE OMENTOPLASTİNİN HASTANEDE KALIŞ VE DRENAP SÜRELERİNE TESİRİ :

	Hastanede kalış süresi (gün ortalama)	Drenaj süresi (gün ortalama)
Marsupializasyon	31.5	76.1
Omentoplasti	10.2	8.6

u = 166 p < 0.05 u = 141 p < 0.05

Marsupializasyon uygulanan 9 hastadan 5'inde (% 55.5) komplikasyon görülmüştür. Bunların ikisi yara enfeksiyonu, biri pnömoni, biri rezidüel kavite enfeksiyonu, biri de eksternal geçici safra fistülüdür. Fistül ancak dört ayda kapanmıştır. Parsiyel kistektomi ve omentoplasti uygulanan 19 hasta da ise sadece 2 adet (% 10.5) komplikasyon görülmüş olup, bunlar da basit yara enfeksiyonu şeklindedir. Marsupializasyonda, omentoplastiye oranla daha sık komplikasyon görülmesi istatistiki yönden de önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 5).

TABLO 5 : KARACİĞER KİST HİDATİK AMELİYATLARINDA POST OPERATİF KOMPLİKASYONLAR

Post operatif komplikasyonlar	Marsupializasyon Omentoplasti	
Yara enfeksiyonu	2	2
Eksternal geçici safra fistülü	1	—
Rezidüel kavite enfeksiyonu	1	—
Pnömoni	1	—
	5 (% 55.5)	2 (% 10.5)
	t = 2.60 p < 0.05	

TARTIŞMA :

Kist hidatik hastalığı, ekinokokkus granülozusun larvanları ile taşınan paraziter bir infestasyondur. Bu parazit siklik hayatı olan küçük bir barsak kurdudur. Ana konakçı köpek ve kurt gibi etle beslenen hayvanlardır. Ara konakçı ise insanlar ve et yiyen hayvanlardır. Bu hastalık insanlara parazitin yumurtalarının yenmesi ile geçer. Hidatik kistlerin % 70'i karaciğerde yerleşir. % 20 kadarı akciğerde, % 10 kadarı da diğer bütün vücut organlarında yerleşme gösterir (2, 15). Karaciğerde yerleşen kistlerin % 75'i sağ lobu tutar (13).

Benign bir hastalık olmakla beraber yerleştiği organlarda veya komşu oluşumlarda bası yoluyla komplikasyonlar oluşturması, ayrıca rüptüre olduğu zaman anaflaktik şok gibi ağır tablolara yol açması sebebiyle cerrahi önemi büyüktür.

Hidatik kistin tedavisi cerrahidir. Tedavinin üç ana hedefi vardır : (1) Parazitin öldürülmesi, (2) Rezidüel kavitenin oblitere edilmesi, (3) Komplikasyonların önlenmesi.

Preoperatif devrede en uygun cerrahi tekniği belirlemek açısından her kistin lokalizasyonunu ve vaskülobilier yapılarla ilişkisini bilmek gerekir. Bu bilgiler intra venöz kolanjiyografi, ultrasonografi, sintigrafi, selektif anjiyografi ile elde edilir (4). Bizim selektif anjiyografi imkanımız olmadığı için bu metod hariç diğer bütün tanı metodları kullanılmıştır. İğne biopsisi yayılmaya ve anaflaksiye yol açabileceğinden (7), bu metottan özellikle kaçınılmıştır.

Cerrahi literatürde karaciğer hidatiğinin tedavisinde bir çok metodlar vardır (9). Kullanılan en yaygın metod parazitin çıkarılması ve kalan perikistik kavitenin tedavisidir. Bunların başlıcaları basit drenaj, kapsülografi, marsupializasyon, omentoplasti, kistektomi ve hepatik rezeksiyondur. Karaciğerde rezidüel kavitenin tedavisinde kullanılan tekniklerden basit drenaj enfeksiyon ve safra fistülü gibi komplikasyonlara (10, 12) yol açtığından çalışmamızda kullanılmamıştır. Drenajsız primer kapatma yani kapsülorafi ise intakt, enfekte olmayan ve safra sızıntısı görülmeyen vakalarda yapılabilir (5) deniyorsa da bu metod bizce henüz güvenilirlik kazanmadığı için uygulanmamıştır.

Marsupializasyon rezidüel kavitenin tedavisinde kullanılan klasik bir metottur. Marsupializasyon perikistik kavitenin karın ön duvarına ağızlaştırılmasından ibaret olup, post operatif komplikasyonları çoktur. İyileşme devresinde çok uzundur (3, 10, 11). Bu teknik daha radikal prosedürlerin uygulanamadığı, uygunsuz lokalizasyonlu çok büyük ve enfekte kistlerde yapılabilir (4). Ancak seçim iyi yapılmazsa morbidite yüksek olabilir. Bu nedenle ve ayrıca hastanede kalma ve drenaj süresini uzattığı için (Tablo 4) zamanla kliniğimizde bu tekniğin uygulanmasından vaz geçilerek omentoplasti tercih edilmiştir.

Rezidüel kavitenin tedavisinde omentoplastiye son yıllarda literatürde geniş yer verilmektedir. Omentoplastinin emniyetli oluşu, hastanede kalış ve drenaj süresini önemli ölçüde kısaltması ve safra fistüllerini asgariye indirmesi, bu tekniği üstün kılan başlıca

özelliklerdir (6, 8, 10). Nitekim çalışmamızda omentoplasti uyguladığımız 19 vakada hastanede kalış süresi sadece ortalama 10.2 gün olup, drenaj süresi de ortalama 8.6 gündür. Oysa ilk yıllar içinde marsupializasyon uygulanan 9 vakada hastanede kalış süresi ortalama 51.5 gün, drenaj süreleri ise ortalama 76.1 gündür (Tablo 4).

Sonuç olarak hastanede kalış süreleri ve drenaj süreleri tekniğe göre önemli ölçüde değişmektedir. Komplikasyon oranı marsupializasyon yapılan vakalarda % 55.5, omentoplasti yapılanlarda ise sadece % 10.5 dir (Tablo 5). Omentoplastide görülen komplikasyonlar basit yara enfeksiyonu olup, safra fistülü gibi ciddi komplikasyonlar görülmemiştir. Omentoplastide dikkatimizi çeken önemli bir üstünlük de doku ve kan kaybının minimal olması ve operasyon süresinin önemli ölçüde kısılmasıdır.

Karaciğer hidatik hastalığının cerrahi tedavisinde bir başka metod olan hepatik rezeksiyon halen tartışmalıdır (2, 3, 14). Literatürde bahsedildiği gibi (2) hepatik rezeksiyonda, sağlıklı hepatik parankim boşuna sarf edilmektedir. Ayrıca ameliyat süresi uzamakta, sağlıklı parankimden ayrılma esnasında rezeksiyon hattında kolaylıkla yaralanma ve hemoraji görülmektedir. Dolayısı ile mortalitesi çok yüksek bir methodtur (2).

KAYNAKLAR

- (1) Aggarwal, R.A., Gara, L.R.: Formalin toxicity in hydatid liver disease. *Anesthesi.*, 58 : 662, 1983.
- (2) Arce, J.: Hydatid disease (hydatidosis) pathology and treatment. *Arch. Surg.*, 42 : 1, 1941.
- (3) Barros, J.L.: Hydatid disease of the liver. *Am. J. Surg.*, 135 : 597, 1978.
- (4) Belli, L., Favero, E., Marni, A., et al.: Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. *Am. J. Surg.*, 145 : 239, 1983.
- (5) Ekrami, Y.: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. *Arch. Surg.*, 111 : 1350, 1976.
- (6) Heslop, J.H.: An assesment of the efficacy of hidatid sedicidal agents used locally in surgery. *Aust. N.Z. J. Surg.*, 37 : 205, 1967.
- (7) Lewis, J.W., Koss, N., Kersteim, M.: Areview of echinococcal disease. *Ann. Surg.*, 81 : 350, 1975.

- (8) Lofti, M., Hashemian, H. : Hydatid cyst disease of the liver and its treatment. *Int. Surg.*, 58 : 166, 1973.
- (9) Maingot, R. : Abdominal operations. Vol I.7. th Ed. New York, Appleton Centry Crofts., 1979, p. 1338.
- (10) Papadimitrios, J., Mandrekas, A. : Surgical treatment of hydatidosis of the liver. *Br. J. Surg.*, 57 : 431, 1970.
- (11) Pissiotis, C.A., Wander, J.V., Condon, R.E. : Surgical treatment of hydatid disease. *Arch. Surg.*, 104 : 414, 1977.
- (12) Pissiotis, C.A., Wander, J.V., Condon, R.E. : Surgical treatment of hydatid disease prevention of complications and recurrences. *Arch. Surg.*, 104 : 454, 1972.
- (13) Romero - Torres, R., Campbell, J.R. : An interpretive review of the surgical treatment of hydatid disease. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 121 : 851, 1965.
- (14) Sayek, I., Yalın, R., Sanaç, Y. : Surgical treatment of hydatidosis of the liver. *Arch. Surg.*, 115 : 847, 1980.
- (15) Sherlock, S. : Diseases of the Liver and Biliary System. Fifth ed. Blackwell, London. 1975, p : 645.