

SARILIĞIN NADİR SEBEBİ: KARACİĞER KİST HİDATİĞİNİN SAFRA YOLLARINA PERFORE OLMASI

Dr. Kemal ÖDEV*, Dr. Bilge ÇAKIR*, Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU*, Dr. Adil KARTAL**,
Dr. Mustafa ERKEN*

*S.Ü.T.F. Radyodiagnostik Anabilim Dalı, **S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Karaciğer kist hidatiği karaciğerde küçük safra yollarına, birleşik kanala ya da koledok kanalına perfore olabilir. Kist hidatiğin komplikasyonu olarak sarılık semptomu gösteren 2 olguda sonogramda karaciğerde iç ve dış safra yollarında genişleme tespit edildi. Bir olguda yapılan ultrasonografi (US) ve perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) ile, 1 olguda da ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile karaciğer sol lob medial segmentinden porta hepatis kadar uzanan kistik kitlenin dış safra yollarına bası yaptığı tespit edildi. Dört olguda da cerrahi girişimden önceki radyolojik bulgular cerrahi girişim bulguları ile verifiye edildi.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, perkütan transhepatik kolanjiografi.

SUMMARY

A Rare Cause of Jaundice: Rupture into the Biliary tree of the Liver Hydatid Cyst

Hepatic hydatid cyst perforation into the biliary tree may involve the small intrahepatic bile ducts, common hepatic duct or common bile duct.

On sonogram, dilatation of intra and extrahepatic biliary tract was demonstrated in two cases with jaundice that is a complication of hydatid cyst. Ultrasonography (US) and percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) showed that hydatid cyst found at porta hepatis causes to compression to the extrahepatic biliary tract in one case.

Ultrasonography (US) and computed tomography (CT) disclosed that cystic mass localized in medial segment of the left liver lobe and porta hepatis causes to the same finding as well as in one case. Preoperative radiologic findings were confirmed surgically in 4 cases.

Key Words: Hydatid cyst, ultrasonography, computed tomography, percutaneous transhepatic cholangiography.

GİRİŞ

Safra yollarında tıkanma yapan en yaygın neden taş veya tümöral lezyonlardır (1). Tıkanma sarılığı, hidatik kumun, yavru kistlerin ya da yırtılan membranların safra yollarına boşalması sonucunda görülmektedir (2,3,4,5).

Son yıllarda kaynaklarda spontan olarak kistin bilyer sisteme perfore olduğunu göstermek için sonografi ve BT'nin kullanıldığını belirten az sayıda vakanın olduğu belirtilmektedir (6,7).

Ülkemizde hidatidosisin sık görülmesinden dolayı kist hidatiğin komplikasyonu olan sarılık ile beraber abdominal kitle saptanan olguların tanı ve tedavisi-

nin önem arzemesinden dolayı bu çalışma sunulmuştur.

MATERYAL VE METOD

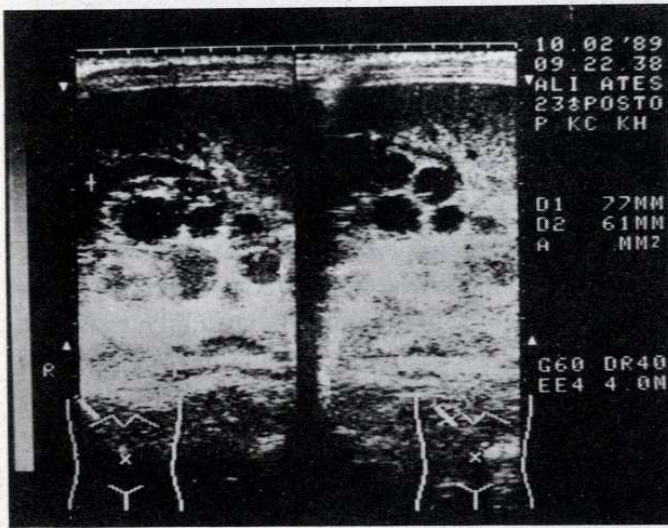
1985-1991 yılları arasında Radyodiagnostik Anabilim Dalında kist hidatik tanısı olan 321 olgudan 4'ünde (4/321) kistik lezyonların bilyer sisteme perfore olduğu teşhis edildi. Olguların yaş ortalaması 31'dir. En yaygın klinik muayene bulgusu olan ateş ve sarılık ile beraber sağ üst kadranda ağrı ve hepatomegali vardı. Bütün olgularda radyolojik bulgular cerrahi girişim bulguları ile doğrulandı.

Sonografik inceleme probe frekansı 4 MHz ve 3.75 MHz olan real time (Tosiba SAL 50A, Tosiba

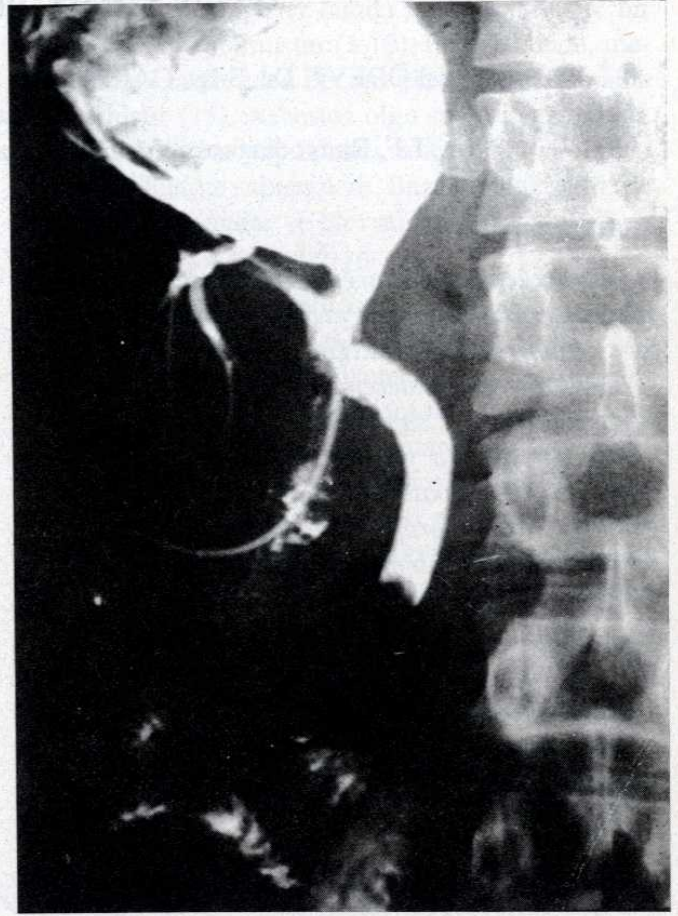
SAL 77B) cihazlarla yapıldı. BT inceleme 3. jenerasyon, 512x512 matriks, Toshiba TCT 600S cihazı ile 10 mm kesit kalınlığı alınarak kontrast madde verilmeden önce ve verildikten sonra yapıldı. PTK, dış çapı 0.7 mm, iç çapı 0.5 mm olan 20 cm uzunluğunda 23 numara Chiba iğnesi ile orta aksiller hatttan girilerek floroskopi ekranı altında yapıldı.

BULGULAR

Sonografik incelemede 1 olguda karaciğerde birçok sayıda, değişik boyutlarda kapsüllü anekoik kistik kitleler saptandı. Bilyar sistemde genişleme bulundu. Bir olguda karaciğer sağ lobunda 70x80 mm boyutlarında içinde anekoik kız veziküller ve aralarında ekojenik matriks bulunan kapsüllü kitle saptandı. Sonogramda, endokistin perikistten ayrılmasından dolayı bu iki tabaka arasında kist sıvısının girmesinden dolayı yarım ay (menisküs bulgusu) şeklinde görünüm tespit edildi. Ayrıca bu olguda cerrahi girişimden 1 ay sonra yapılan sonografide, kistektomi lojunda artık germinatif membranlar ve bilyer sistemde genişleme saptandı. Daha sonra polietilen drenden kontrast madde (1 ampul Urovizyon %75) verilerek yapılan poş grafisinde kist lojundaki membranlara ait dolma defekti şeklinde görünüm ve koledok kanalının germinatif membranlarla tıkalı olduğu görüldü (Resim 1,2).



Resim 1: US'de karaciğer sağ lobunda 70x80 mm boyutlarında kız veziküller ihtiva eden kistik kitle görülmektedir. Perikist ile endokist arasındaki yarım ay (Menisküs bulgusu) görünümü mevcuttur.



Resim 2: Polietilen drenden kontrast madde verilerek yapılan poş grafisinde, kistektomi yerindeki germinatif membranlara ait dolma defekti ve koledok kanalındaki tıkanma görülmektedir.

Bir olguda ise sonografide porta hepatiste lokalize olan kistik kitlenin varlığı yapılan PTK ile bu bölgede dolma defekti şeklinde görünüm saptandı (Resim 3,4).

Bir olguda da sonografik incelemede, karaciğer sol lob medial segmentinde lokalize olan ve hilusa kadar uzanan membranöz septalarla ayrılmış kız kistler içeren 51x71 mm boyutlarında ve ayrıca sol lob lateral segmentinde birçok sayıda kistik kitleler saptandı. Sadece sol lobta küçük safra yollarında genişleme vardı. BT incelemede kontrast madde verilmeden önce karaciğer sol lob medial segmentini ve porta hepatisi tutan hipodens (17,2HÜ) kitlenin yanında sol lob lateral segmentinde de birçok sayıda hipodens kitleler görüldü. Kontrast madde verildikten sonra bu kitlelerin kontrast madde tutmadığı ve karaciğere göre belirgin şekilde düşük yoğunlukta olduğu görüldü. Bu olguda ayrıca karaciğerin

Kistik lezyonun görünümünde değişiklik meydana getirerek tanıya yanılığa ve neticede tedavinin gecikmesine neden olabilir (6,8). Rüptüre olmadan önce kist içindeki basınç bilyer sistemdeki basınçtan daha yüksektir. Kist içindeki basınçta tedrici olarak yükselme rüptür olayına neden olmaktadır (6).

Sonografi ve BT'nin teşhis amacı ile uygulama alanına girmediği dönemlerde kist hidatiğin ve komplikasyonlarının cerrahi girişimden önce teşhis edilmesi sorun teşkil ediyordu (6). Kist hidatik rüptürü tip I (endokist yırtılarak perikistten ayrılır ve kist içeriği perikist içinde muhafaza edilir), tip II (kist içeriği safra yollarına boşalabilir) ve tip III (hem endokist hem de perikist yırtıldığı zaman kist içeriği plevra ya da periton boşluğuna boşalabilir) olmak üzere 3 tip olarak sınıflandırılmaktadır (5).

Karaciğerde lokalize kist hidatik küçük ya da büyük safra yollarına açılabilir. Kaynaklarda kistlerin %40-90'ında bu olayın olduğu ancak safra yollarındaki tıkanmanın olguların %5-10'unda meydana geldiği belirtilmektedir (5). Perikistin yırtılması sonucunda hidatik kumu, kist sıvısı ve bazanda kız veziküller yada membran parçaları safra yollarına boşalabilir. Bu olay sonucunda tıkanma sarılığı veya kolanjit tablosu meydana gelebilir (5).

Olgulardan birincisinde, sonogramda kistik kitlenin karaciğer içi safra yollarına açılması nedeni ile bilyer sistemde genişleme görüldü (tip II). Koledok kanalının genişliği 12 mm'nin üzerinde bulundu. Ayrıca hastada kolanjit tablosu vardı. İkinci olguda, endokistin perikistten ayrılması sonucunda bu iki tabaka arasındaki boşluğa kist sıvısının girmesi ile yarım ay (Menisküs) şeklinde görünüm saptandı (tip I). Bu olguda genişlemiş küçük safra yollarındaki ekojenik partiküllerin kız veziküllere ait membran parçaları olabileceği düşünüldü.

Tıkanma sarılıklarının ayırıcı tanısına yaklaşım amacı ile kullanılan diğer bir tanı yöntemi perkütan transhepatik kolanjiografidir. Bu yöntem invaziv olmasına karşın bilyer sistemdeki tıkanmanın kesin sebebinin ve yerini tayin edebilir (9). Üçüncü olguda sonogramda porta hepatise yakın yerde lokalize kistik kitle vardı. Bilyer sistemde genişleme görülmedi. Yapılan PTK de kitlenin dış safra yollarına bası yaptığı görüldü.

Dördüncü olguda US de karaciğer sol lob medial segmentinde lokalize olan multiveziküler kistik kitlenin porta hepatisteki dış safra yollarına bası yapabileceği ve bunun sonucunda kolestaz

tablosunun geliştiği düşünüldü. BT incelemede karaciğer sol lob medial segmentinde lokalize kitlenin porta hepatise bası yaptığı saptandı. Ayrıca lateral segmentte de küçük kistik kitlelerin varlığı tespit edildi. Ancak sadece karaciğer sol lobundaki safra yollarında minimal derecede genişleme görüldü.

Gözlemde, birinci olguda kistik kitlenin küçük safra yollarına açılmış olduğu gözlemlendi. İkinci ve dördüncü olgularda sağ ve sol hepatik kanalların ve koledok kanalının ölü kist vezikülleri ile dolu olduğu görüldü. Kistik kitlenin ana safra yolları ile iştirakli olduğu tespit edildi. Dördüncü olguda ise US ve PTK bulguları cerrahi girişim bulgularına benzemekte idi.

Kist hidatiğin perfore olması sonucunda en ciddi komplikasyon sekonder infeksiyonun meydana gelmesidir (8). Olguların üçünde de sekonder infeksiyon bulguları vardı. Kaynaklarda kist hidatiğin perfore olması ile öldürücü olabilen analaksi şeklinde allerjik reaksiyonların görülebileceği belirtilmektedir (8). Olgularımızın hiçbirinde allerjik reaksiyon görülmedi. Olgulardan birincisi uygulanan ikinci cerrahi girişimden sonra ölüm ile sonuçlandı.

Hidatik kistin perfore olmasına bağlı olarak uygulanan cerrahi girişimden sonra da germinatif membranların ya da hidatid kumların dış safra yollarında tıkanmaya neden olabileceği gözönünde tutulmalıdır (6,8). İkinci olguda cerrahi girişimden 1 ay sonra hastanın cildinin sarı renge dönmesi, sarılığın ilerlemesi ve dışkı renginin akolik olması üzerine yapılan US. incelemede önceki ameliyat yerinde homojen olmayan yapıda ekojenik membranlar ve bilyer sistemde genişleme saptandı. Daha sonra polietilen drenden kontrast madde verilerek yapılan poş grafisinde, kistektomi yerinde germinatif membranlara ait sirküler dolma defektleri ve koledok kanalının distal seviyede tıkalı olduğu tespit edildi. Diğer olgularda cerrahi girişimden sonra herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak, sonografi karaciğer kist hidatiğinin teşhisinde uygulanabilen kolay ve yararlı bir görüntüleme yöntemidir. Perfore olmuş kist hidatik tanısında ve uygulanacak cerrahi girişimin planlanmasında klinisyene yol gösterici olmaktadır. Ayrıca cerrahi girişimden sonra görülebilecek komplikasyonların en az düzeye indirilmesi için ve erken dönemde teşhis edilmesinde uygulanabilecek ilk tanı yöntemi sonografi olmalıdır. BT ise kistlerin sayı, ebadları ve komşu organlarla ilişkisi hakkında

daha ayrıntılı bilgi vermektedir. Sonografi ya da BT ile kist hidatiğin bilyer sisteme perfore olduğu teşhis

edildiği zaman cerrahi girişimin uygulanması geciktirilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Goodman A, Harries Jones P, Lipinski JK. Two unusual cause of jaundice with similar ultrasound and CT findings. J Comput Assist Tomogr 1984; 8(6): 1110-1113.
2. Al-Hashimi HM. Intrahepatic rupture of hydatid cyst of the liver. Br J Surg 1971; 58: 228-232.
3. Gharbi HA, Hasine W, Brauner MW, Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology 1981; 139: 459-463.
4. Harris JD. Rupture of hydatid cysts of the liver into the biliary tracts. Br J Surg 1965; 52: 210-214.
5. Marti-Bonmati L, Menor F, Ballesta A. Hydatid cyst of the liver: Rupture into biliary tree. AJR 1988; 150: 1051-1053.
6. Camunez F, Simo G, Robledo R, et al. Ultrasound diagnosis of ruptured hydatid cyst of the liver with biliary obstruction. Gastrointest Radiol 1986; 11: 330-333.
7. Mc Corkell SJ. Echinococcal cyst in the common bile duct: an uncommon cause of obstruction. Gastrointest Radiol 1985; 10: 390-393.
8. Lewall DB, Mc Corkell SJ. Rupture of echinococcal cysts: Diagnosis, classification and clinical implications. AJR 1986; 146: 391-394.
9. Çavuşoğlu H, Menteş NK. Perkütan trashepatik kolanjiografi ve ultrasonografinin bilyer sistem hastalıklarının tanısına katkıları. Türk Gastroenteroloji Dergisi 1980; 1 (2): 357-364.