

Karaciğer Kist Hidatiği Ameliyatı Sonrası Oluşan Safra Fistülü ve Safra Peritoniti

Feza Ekiz¹, Cihan Karataş¹, Meltem Küçükylmaz², Mehmet Kurt³

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği¹, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği², Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği³, İstanbul

ÖZET

Karaciğer kist hidatiği ameliyatı sonrası oluşan safra fistülü ve safra peritoniti

Amaç: Karaciğer kist hidatiği ameliyatları sonrası görülen safra kaçaklarının bir kısmının uygulanan cerrahi tekniğe bağlı oluşabileceğini ifade etmek amacıyla karaciğer kist hidatiği nedeniyle ameliyat edilen hastalar retrospektif olarak incelendi.

Gereç ve Yöntem: Çeşitli sayı ve boyutta kistleri olan ve son 10 ay içinde kliniğimizde ameliyat edilen 10 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları 14-75 arasında (ortalama 52.4 yaş); kadın/erkek oranı 7/3 idi. Tanı aracı olarak ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve serolojik testler kullanıldı.

Bulgular: On hastadaki toplam kist sayısı 18 idi. Bunların 11'ine parsiyel kistektomi + drenaj, üçüne kistotomi+drenaj, ikisine introfleksiyon, ikisine de perikistektomi uygulandı. Bu 18 kisten 13'ünde kist içeriği berraktı ve safra yolları ile bağlantı gözlenmedi ve bu kistlere parsiyel kistektomi veya intro-fleksiyon uygulandı. Bu işlemler sonrası iki hastada komplikasyon görüldü. Hastalardan birinde safra fistülü diğerinde ise safra peritoniti ve subhepatik bilioma gelişti. Safra fistülü 10. günde kendiliğinden iyileşti. Safra peritoniti Douglas'a yerleştirilen periton dializ kanülü ile tedavi edildi ve kateter 48 saat sonra çekildi. Subhepatik bilioma bilgisayarlı tomografi eşliğinde perkütan drenaj edildi ve safra drenajı iki ay boyunca devam etti, 2'inci ayın sonunda kendiliğinden kesildi.

Sonuç: Parsiyel kistektomi veya introfleksiyon sonrası görülen safra kaçaklarının kist duvar kenarının dikilmesi veya kliplenmesi ile önlenilebileceği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Karaciğer hidatik kisti, safra fistülü, safra peritoniti

ABSTRACT

Bile peritonitis and bile fistula occurring after the operation of the hydatid cysts of liver

Objective: Ten patients who underwent hydatid cyst surgery were evaluated retrospectively show the relationship between surgical technique and postoperative bile leakage.

Material and Methods: Ten cases with different number of cysts in different diameters operated for hepatic hydatid disease were evaluated retrospectively. Mean age of the patients was 52.4 (14-75) with a male to female ratio of 3/7. Diagnosis was confirmed with serological tests, ultrasonography and computerized tomography.

Results: A total number of 18 cysts were observed in 10 patients included in this study. Surgical operations applied were partial cystectomy for 11 cysts, cystotomy drainage for 3 cysts, intro-flexion for 2 cysts, and pericystectomy for 2 cysts. Of these 18 cysts, 13 cysts had clear fluid without intrabiliary rupture, and were treated by partial cystectomy or intro-flexion. After these procedures two patients had complications. External biliary fistula developed in one of them and bile peritonitis with subhepatic bilioma developed in the other. Bile fistula healed spontaneously on the tenth day. Bile peritonitis was managed by inserting a periton dialysis catheter into Douglas left for 48 hours. Subhepatic bilioma was drained percutaneously under computerized tomography and bile drainage persisted for two months, which ceased spontaneously.

Conclusion: It is concluded that biliary leakage after partial cystectomy or cystotomy can be avoided by suturing or clipping cut edges of pericysts.

Key words: liver hydatid cyst, bile fistula, bile peritonitis

Bakırköy Tıp Dergisi 2007;3:61-63

GİRİŞ

Karaciğer kist hidatiğinde kist duvarı çıkarıldığında veya kesildiğinde hemostazın sağlanması amacıyla ke-

narların dikilmesi gerektiği klasik kitaplarda vurgulanmıştır (1). Ameliyat sonrası görülen safra kaçağı genellikle gözden kaçan safra yolu iştirakine bağlanmıştır. Kist duvarının çıkarılması veya kesilmesi sonrası safra kaçağı olabileceğini bilimsel verilere dayanarak ortaya koyan Gahukamble ve ark'nın (2) 2000 yılında yayınladıkları yazıları dışında, bu konuyu aydınlatan, başka yazıya rastlamadık. Kliniğimizde gözlediğimiz safra fistülü ve peritonitin nedeninin cerrahi girişim ile yakından ilgili olabileceğini vurgulamak amacıyla karaciğer kist hidatiği nede-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Meltem Küçükylmaz
Bağcılar EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-440-4000/1105

Elektronik posta adresi / E-mail address: meltemkucukylmaz@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 10 Nisan 2007 / April 10, 2007

Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Mayıs 2007 / May 29, 2007

niyle son 10 ayda ameliyat ettiğimiz 10 hastanın sonuçlarını bildirmek istedik.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çeşitli sayı ve boyutta kistleri olan ve son 10 ay içinde kliniğimizde ameliyat edilen 10 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları 14-75 arasında (ortalama 52.4 yaş); 7'si (%70) kadın, 3 (%30) erkek idi. Tanı aracı olarak US, BT ve serolojik testler kullanıldı. Hastalarımızda toplam 18 kist saptandı. Kistlerin 3'ü (%16) karaciğer sol lob medialde, 2'si (%11) sol lob lateralde, 1'i (%5) sol lob posteriora, 6'sı (%33) sağ lob posteriora, 4'ü (%22) sağ lob anterior, 1'i (%5) porta hepatis düzeyinde ve 1'i (%5) karaciğer dışında mesane anterosüperiorunda idi. Tüm hastalar preoperatif 10 gün postoperatif 3 ay alben-dazol (10 mg/kg/gün) kullandı.

BULGULAR

İndirekt hemaglutinasyon testi 9/10 hastada pozitif idi. BT 10 hastanın tamamında kist sayısı ve tanı açısından %100 başarılı iken US tanıda %100 başarıyı yakaladı ancak 1 hastada kist sayısında yanıldı (%5). Kistlerin 11/18'ine (%61) parsiyel kistektomi + drenaj, 2/18'ine (%11) introfleksiyon, 2/18'ine (%11) kistotomi drenaj, 2/18'ine (%11) total kistektomi yapıldı. 1/18'inde (%5) ise inaktif olarak değerlendirildi ve herhangi bir işlem uygulanmadı. Kistlerden bir tanesi safra yolları ile ilişkili idi, safra yolları ligatüre edildi ve sorun gelişmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 15.5 gün idi (3-28). Postoperatif komplikasyon olarak; parsiyel kistektomi yapılan 1 hastada safra peritoniti ve subhepatik safra kolleksiyonu, introfleksiyon yapılan 1 hastada 10 gün süren safra fistülü, kistotomi + drenaj yapılan 1 hastada kavite içinde apse saptandı. Kavite içinde gelişen apse drenin oluşturduğu trakt üzerinden yerleştirilen yeni bir dren ile, safra peritoniti periton lavaj kanülü yerleştirilmesi, subhepatik bölgede lokalize safra ise BT eşliğinde yerleştirilen dren ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Serimizde mortalite görülmedi.

TARTIŞMA

Hidatik kistlerin %70'i karaciğerde yerleşir. Olguların %85'inde sağ lob tutulur. Safra yollarına açılma en sık görülen komplikasyondur. Süpürasyon en sık ikinci komplikasyondur ve kaynağı safra yollarıdır. İntraperitoneal

rüptür veya plevral kaviteye açılarak da komplikasyonlara neden olabilir (3). Hidatik kistin tedavisi kistin içeriği ile birlikte ve kist içeriğinin etrafa bulaşmasına engel olarak çıkarılması ve kalan kavitenin uygun bir şekilde tedavisidir. Tedavide uygulanan yöntemlerden eksternal drenaj, marsupializasyon yüksek komplikasyon oranı ve uzamış drenaj süresi gibi dezavantajları vardır. Kistin adventisyel tabakası ile beraber çıkarılması uygulanan yöntemlerdendir. Parsiyel hepatektomi büyük ve multipl kistlerde tavsiye edilir. Omentoplasti kavitenin tedavisinde başarılı bir şekilde kullanılır (3).

Serimizde postoperatif komplikasyon olarak safra kaçağı ve kavite infeksiyonu görüldü. Hidatik kist nedeniyle yapılan çeşitli ameliyatlar sonrası gelişen safra kaçağı insidensi %14.6- %27.5 oranlarında bildirilmiştir (4,5). Bu komplikasyon hastanede kalış süresinin uzamasına neden olur. Ameliyat sonrası safra kaçağı nedenlerinden birinin geride kalan kist duvarına açılan safra yolları olduğu, Gahukamble ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada perikist duvarındaki çeşitli büyüklükteki safra yolları varlığının histolojik olarak gösterilmesi ile ortaya konulmuştur (2). Yazarlar parsiyel perikistektomi ve eksternal drenaj yaptıkları ve ameliyat sırasında kist içeriği berrak olan 24 hastanın 5'inde (%21) safra kaçağı saptamışlardır ve safra kaçağının ameliyat sırasında gerçekleşebileceğini göstermek amacı ile çıkarılan kist duvarlarında ince safra kanallarını histolojik inceleme ile ortaya koymuşlardır. Bu seride iki hasta hariç tüm hastalarda dren gelen safranın 10 gün içinde kendiliğinden kesildiği gözlenmiştir, bizim serimizde safra kaçağı olan iki hastadan birinde ameliyatta yerleştirilen dren 10. gün, diğer hastada ise BT eşliğinde subhepatik bölgeye yerleştirilen dren iki ay süre ile gelen safra kendiliğinden kesildi. Bektas ve arkadaşları 106 hastaya unroofing ameliyatı uygulamışlar ve 11 hastada safra kaçağı 5 hastada postoperatif kanama saptamışlardır (6). Bu seride safra kaçağı olan hastalarda ameliyat sırasında safra yolları bağlantısı saptanıp saptanmadığı net olarak ifade edilmemiştir. Ancak %5'in üzerinde postoperatif kanama bildirmişlerdir. Ozacmak ve arkadaşlarının yayınladığı 108 hastalık seride bir gruba parsiyel kistektomi + introfleksiyon + omentoplasti ve diğer gruba parsiyel kistektomi + drenaj ameliyatı uygulanmıştır (7). Kavitenin eksternal drenaj ile tedavi edildiği grupta yüksek oranda kavite infeksiyonu saptanmıştır. Çalışmamızda kistin total çıkarılmasından parsiyel kistektomi + omentoplasti, introfleksiyon, kistin drenajına kadar değişik teknikler uygulandı ve parsiyel

kistektomi + omentoplasti uygulanan bir hastada safra fistülü gelişti ve 10. gün kendiliğinden kapandı. Introfleksiyon uygulanan bir hastada ise safra peritoniti gelişti. Batın içindeki yaygın safra için Douglas boşluğuna periton diyaliz kanülü, subdiafragmatik safra kolleksiyonu için BT altında yerleştirilen dren tedavi için yeterli oldu. Sağ karaciğer lobunda yerleşmiş büyük bir kist sadece dren yerleştirilerek tedavi edildi ve postoperatif 14. günde kavite içinde oluşmuş koleksiyonla tekrar hastanemize başvurdu. Dren yerinde oluşmuş olan traktdan yeni bir dren yerleştirilerek apse drene edildi. Bu üç hastanın yapılan kontrol US ve BT'lerinde batın içinde koleksiyon

saptanmadı.

Introfleksiyon veya parsiyel kistektomi yapılan hastalarda ameliyat sırasında kist duvarının parsiyel olarak çıkarılması veya introfleksiyon yapmak için kist duvarının kesilmesi safra kaçağına hatta kanamalara neden olabilir. Sonuç olarak kısmen kist duvarı kesilen veya çıkarılan vakalarda ameliyat sırasında safra yolları ile bağlantı saptanmadığı halde ameliyat sonrası safra fistülü veya peritonitinin görüldüğü, bu nedenle parsiyel kistektomi sonrası geride kalan kist duvar kenarlarının dikkatli bir şekilde dikilmesi veya kliplenmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Langer B. Hepatic echinococcosis. In Cameron JL(ed) Current Surgical Therapy. Philadelphia, Mosby, 1998, s. 309-369.
2. Gahukamble DB, Khamage AS, Gahukamble LD. Outcome of minimal surgery for hydatid cysts of the liver in children with reference to post-operative biliary leakage. Ann Trop Paediatr 2000; 20: 147-151.
3. Schwartz SI. Liver. In Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Dally JM, Fischer JE, Galloway AC (eds) Principles of Surgery. New York, Mc Graw-Hill, 1999, s.1403-1405.
4. Magistrelli P, Masetti R, Coppola R, Messia A, Nuzzo G, Picciocchi A. Surgical treatment of hydatid disease of liver. A 20-year experience. Arch Surg 1991; 126: 518-522.
5. Demirci S, Eraslan S, Anadol E, Bozatli L. Comparison of the results of different surgical techniques in the management of hydatid cysts of the liver. World J Surg 1989; 13: 88-90.
6. Bektas H, Lehner F, Werner U, et al. Surgical therapy of cystic echinococcosis of the liver. Zentralbl Chir 2001; 126: 369-373.
7. Ozacmak ID, Ekiz F, Ozmen V, Isik A. Management of residual cavity after partial cystectomy for hepatic hydatidosis: Comparison of omentoplasty with external drainage. Eur J Surg 2000; 166: 696-699.