SARILIĞIN NADİR SEBEBİ: KARACİĞER KİST HIDATİĞİNİN SAFRA YOLLARINA PERFORE OLMASI

Dr. Kemal ÖDEV*, Dr. Bilge ÇAKIR*, Dr. Saim AÇIKGÖZÖĞLU*, Dr. Adil KARTAL**, Dr. Mustafa ERKEN*
*SÜ.T.F. Radyodiagnostik Anabilim Dali, **SÜ.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dali

ÖZET

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

GİRİŞ
Sahra yollarında tikanma yapan en yaygın neden taş veya tümörle lezyonlardır (1). Tikanma sarılığı, hidatik kumun, yavru kistlerin ya da yirtılan membranların sahra yollarına boşalması sonucunda görülmektedir (2,3,4,5).

Son yıllarda kaynaklarda spontan olarak kistin bileşik sistemde perfore olduğu gözlemek için sonografi ve BT’nin kullanımını belirten az sayıda vakanan olduğu belirtilmektedir (6,7).

Ülkemizde hidatidosisin sıkm görünmesinden dolayı kist hidatığından komplikasyonu olanak sarılık ile beraber abdominal kitle saptanan olguların tam ve tedavisiniz önem arzetmesinden dolayı bu çalışma sunulmuştur.

MATERİYAL VE METOD

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

Haberleşme Adresi: Doç. Dr. Kemal ÖDEV, SÜ.T.F. Radyodiagnostik Anabilim Dali, KONYA

-21-
SAL 77B) cihazlarla yapıldı. BT inceleme 3. gen-
ernasyon, 512x512 matriks, Tosiba TCT 600S cihazı
ile 10 mm kesit kalınlığı almalarak kontrast madde ve-
rilmeden önce ve veril dikten sonra yapıldı. PTK, dış
çapı 0.7 mm, iç çapı 0.5 mm olan 20 cm uzun-
lüğünde 23 numara Chiba ığnesi ile orta aksiler hat-
tan girilerek floroskopi ekranı altında yapıldı.

BULGULAR

Sonografik incelemede 1 olguda karaciğerde bir-
çok sayıda, değişik boyutlarda kapsüllü anekko
kistik kitleler saptandı. Bilyar sistemde genisleme
bulundu. Bir olguda karaciğer sağ lobunda 70x80
mm boyutlarında içinde anekko kıkvezükller ve
aralarında ekojenik matriks bulunan kapsüllü kitle
saptandı. Sonogramda, endokistin perikistten
ayırlmasından dolayı bu iki tabaka arasına kist
sivisinin girmesinden dolayı yarım ay (menisküs
bulgusu) şeklinde görünüm tespit edildi. Ayrıca bu
olguda cerrahi girişimden 1 ay sonra yapılan sonog-
rafide, kistektomi lojunda artık germinatif membra-
lar ve bilyer sistemde genisleme saptandı. Daha son-
rada polietilen drenin kontrast madde (1 ampul
Urovizyon %75) verilerek yapılan poş grafsinde kist
lojundaki membranlara ait dolma defekti şeklinde
görünmeler ve kolesok kanalının germinatif mem-
branlarla tıkalı olduğu görüldü (Resim 1,2).

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

Resim 2: Polietilen drenin kontrast madde verilerek
yapılan poş grafsinde, kistektomi yerindeki
germinatif membranlara ait dolma defekti ve kolesok
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 kık
kistler içerisine 51x71 mm boyutlarında ve ayrıca sol
lob lateral segmentinde birçok sayıda kistik kitleler
saptandı. Sadece sol lobta küçük safra yollarında
genisleme vardır. BT incelemede kontrast madde
verilmeden önce karaciğer sol lob medial segmentini
ve porta hepatisi tutan hipodens (17,2HÜ) kitlenin
yanında sol lob lateral segmentinde birçoık sayıda
hipodens kitler görüldü. Kontrast madde verildikten
sonra bu kitlelerin kontrast madde tuşmadığı ve
karaciğerde göre belirgin şekilde düşük yoğunlukta
olduğu görüldü. Bu olguda ayrıca karaciğerin
subdiyafragmatik bölgesinde de duvarı kalsifiye küçük kistik lezon vardı. Son iki ohabda bilyer sistemde genişleme görülmemiş (Resim 5,6).

Resim 3: Sonogramda, karaciğer hilusunda arka duvar yanıktarısı ile karakterize kistik kiite.

Resim 5: Sonogramda, karaciğer sol lob medial segmentinden başlayan porta hepatis kadar uzanan 51x71 mm boyutlarında kiş veziküller içeren kistik kiite.

Resim 4: PTK’dede dış safra yollarında bası ve kist hidatige ait dolma defekti görülmektedir.

Resim 6: BT incelemeye karaciğer sol lob medial segmentinde membranöz septalarla ayrılmış hipodens kistik kiite ve sol lob lateral segmentindeki diğer kistik kitlerler görülmektedir. Ayrıca sağ lobda subdiyafragmatik bölgesinde kalsifikasyonlar içeren diğer kistik kiite mevcuttur.

TARTIŞMA

Ekinokok kistinin rüptüre olması insanın hidatid hastalığı taşındığının ilk belirtisi olabilir. Kistin perfore olması önemli allerjik, enfiamasyon ve tıkanma sarılığı gibi olaylara neden olmaktadır.
Kistik lezyonun görünümünde değişiklik meydana getirerek tanida yanıltıcıya ve neticede tedavinin gecikmesine neden olabilir (6,8). Rüptüre olmadan önce kist içindeki basınç bilyer sistemdeki basınçtan daha yüksektir. Kist içindeki basınçta tedrici olarak yükseleme rüptür olayına neden olmaktadır (6).

Sonografi ve BT’nin teşhis amacı ile uygulama alanına girmemiş düömenlerde kist hidatıgen ve komplikasyonlarının cerrahi girişimden önce teşhis edilmesi sorun teşkil ediyordu (6). Kist hidatık rüptürü tip I (endokist yurtlarak perikistten ayrılr ve kist içeriği perikist içinde mühafaza edilir), tip II (kist içeriği safra yollarına boşalabilir) ve tip III (hem endokist hem de perikist yurtldığı zaman kist içeriği plevra ya da periton boşluğununa boşalabilir) olmak üzere 3 tip olarak sınıflandırmaktadır (5).

Karaciğerde lokalize kist hidatik küçük ya da büyük safra yollarına açılımlar. Kaynaklarda kislerin %40-90’ında bu olayan olduğuna ancak safra yollarındaki tıkanmanın olguların %5-10’unu meydana geldiği belirtilmektedir (5). Perikistin yurtlaması sonucunda hidatik kumu, kist sıvısı ve bazında kiz veziküller yada membran parçaları safra yollarına boşalabilir. Bu olay sonucunda tıkanma sarılığı veya kolanjit tablosu meydana gelebilir (5).


Dördüncü olguda US de karaciğer sol lob medyal segmentinde lokalize olan multiveziküller kistik kitenin porta hepatisteki dış safra yollarına bası yapabileceğini ve bunun sonucunda kolestaz tablosunun geliştiği düşünüldü. BT incelemede kareçı sol lob medial segmentinde lokalize kitenin porta hepatise bası yapığı saptandı. Ayrıca lateral segmentte de küçük kistik kitlelerin varlığı tespit edildi. Ancak sadece kareçı sol lobundaki safra yollarında minimal derecede genişleme görüldü.


Hidatik kistin perfore olmasıyla bağlı olarak uygulanın cerrahi girişimden sonra da germinatif membranların da kist hidatıgen kümelerin dış safra yollarına tıkanmaya neden olabileceği gözönünde tutulmalıdır (6,8). İkinci olguda cerrahi girişimden 1 ay sonra hastanın kaldırılması sırra renege dönmesi, sarılılımların gerilmesi ve şişik renginin akolik olması üzerine yapılan US. incelemede önceki ameliyat yerinde homojen olmayan yapıda ekokonjunktüller ve bilyer sistemde genişleme saptandı. Daha sonra polietilen denden konраст madde verilerek yapılan pnot grafisinde, kistektomi yerinde germinatif membranlar ait sirküler dolma defekti ve koledok kanalının distal seviyede tıkalı olduğu tespit edildi. Diğer olgularda cerrahi girişimden sonra herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak, sonografi karaciğer kist hidatıgenin teşhisinde uygulanabilen kolay ve yararlı bir görüntüleme yöntemidir. Perfore olması kist hidatıgen tanısı ve uygulanacak cerrahi girişim planlanmasında klinisyene yol gösterici olmaktadır. Ayrıca cerrahi girişimden sonra görülübilecek komplikasyonların en az düzeyde indirgemesi için ve erken dönemde teşhis edilmesinde uygulanabilcek ilk tanı yöntemi sonografi olmalıdır. BT ise kislerin sayısı, ebedleri ve komşu organlarla ilişkisi hakkında

-24-
daha ayrıntılı bilgi vermektedir. Sonografi ya da BT ile kist hidatığın bilyer sistemde perfore olduğu teshis edildiği zaman cerrahi girişimin uygulanması geciktirilmemelidir.

KAYNAKLAR