

Akciğere Fistülize Karaciğer Kist Hidatik Vakasına Acil Laparoskopik Yaklaşım

2

Murat COŞKUN¹
Mehmet Ali GÖK²

ÖZET

Kist hidatik gelişmekte olan ve hayvancılığın yaygın geçim kaynağı olduğu akdeniz ülkelerinde sık gözlenen bir paraziter hastalıktır. Etkeni çoğunlukla ekinokokus granulosusdur. Ensık karaciğer ve akciğerde yerleşim gösterir. Özellikle karaciğer kubbe yerleşimlerinde akciğer komplikasyonlarının görülme olasılığı artmaktadır. Biz bu yazımızda karaciğer yerleşimli olup ani gelişen solunum yetmezliği, yan ağrısı ile opere ettiğimiz laparoskopik cerrahi uygulanan hastamızı sunduk. Literatürde Plevrobilier fistüllü hastalarının yönetimine baktığımızda laparotomi, torokotomi, dekortikasyon, tüp drenaj görmekteyiz. Laparoskopik yaklaşım günümüz pratiğinde artmaktadır.

GİRİŞ

Genel olarak karaciğer kist hidatik hastalığının tedavisi hala tartışma konusudur ve net bir kılavuz

bulunmamaktadır. Genel olarak, tek başına tıbbi tedavinin, tek başına albendazol ile veya praziquantel ile kombinasyon halinde kullanımı bildirilmiş olmasına rağmen, hastalığın iyileştirilmesinde tartışmalıdır.^{1,2}

Bu sebeplerden ötürü cerrahi seçenekleri tedavide halen büyük yer tutmaktadır. Bunlar tam rezeksiyondan (örn. Total perikistektomi veya hepatektomi) minimal invaziv prosedürlere (örn., Kistlerin perkütan aspirasyonu) kadar değişir.

VAKA

40 yaşında erkek hasta kliniğimize öksürük, dispne, ateş, sarı-yeşil balgam, göğüs ağrısı ve hafif sarılık şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde karaciğerde kist nedeniyle bir dönem düzensiz ilaç kullanımı mevcut. Geçirilmiş batın cerrahisi yok.

Muayenesinde batın sağ üst kadranda hassasiyet mevcut, defans mevcut, rebaund yok. Taşipnesi mevcut. Her iki hemitoraks solunuma katılıyor. Dinlemekle barsak sesleri mevcut. Sağ akciğerde solunum sesleri kabalaşmış ve azalmış.

Kan analizinde beyaz küre $12,00 \times 10^3$ uL, hemoglobin 15 g/dl, hematokrit 46,7 %, trombosit

¹ eksik kurum

² eksik kurum

Tip 4: plevral kaviteye rüptür: 4A akut rüptür: hidatik ve biliyer ampiyem, 4B sekonder plevral kist hidatik

Bu kalsifikasyona göre tedavi yaklaşımı değişmektedir. Bizim hastamız bu sınıflamaya göre 4A ve öneri torokotomiye ilave olarak laparotomi olmakta. Fakat yazarların göğüs cerrahı olması ve primer yaklaşımın toraks olması nedeniyle bu önerinin olduğunu düşünmekteyiz.

Günümüzde lapaoroskopik yaklaşım kist hidatik tedavisinde sık kullanılmakta ve iyi sonuçlar vermektedir. Chautems ve arkadaşlarının yayınladığı 84 vaka içeren bir yazıda 35 vaka komplike kist hidatik olarak değerlendirilmiş. Bunlardan da 3 (%9)ünde toraksa fistülizasyon mevcutken 2 si bronşlara bir taneside plevral boşluğa fistülizasyon olarak değerlendirilmiş. Uygulanan cerrahi prosedür laparotomi ile fistülün eksizyonu, plevral ve akciğer drenajı tarif edilmiş. Torokotomi uygulanmamış. Plevral boşluk yanısıra bronşlara fistülizasyonun olduğu vakalarda torokotomi uygulamak bronşial rezeksiyon ve fistül tamiri açısından kaçınılmazdır. Bizim olgumuzda laparoskopik prosedür kullanılarak fistül alanı sütüre edilmiş diafragma tamiri yapıp, tüp tokostomi uygulanmıştır. Tabiki bu uygulama esnasında bronşial fistülün tespit edilmemesi bu kararı almamızda etkin olmuştur. Torokotomi ihtiyacı doğmamıştır.

İlk laparoskopik kist hidatik tedavisinin tanındığı 1992 den günümüze teknolojik gelişmeler ve cerrahi yeterlilik artmış. Hernekadar da günümüzde gold standart olmasa da birçok hastada laparoskopik kist hidatik tedavisi uygulanabilir hal almıştır. Bizim vakamızda da şartlar zorlanarak minimal invaziv cerrahi uygulanmış ve sonucu cesaretleştirici olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Luchi, S., Vincenti, A., Messina, F., Parenti, M., Scasso, A., & Campatelli, A. (1997). Albendazole treatment of human hydatid tissue. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 29(2), 165-167.
2. Franchi, C., Di Vico, B., & Teggi, A. (1999). Long-term evaluation of patients with hydatidosis treated with benzimidazole carbamates. *Clinical Infectious Diseases*, 29(2), 304-309.
3. Beltran de Heredia, J. M., & Ramos, G. (1985). Transitos hidaticos hepatotoracicos. In *XIII Congreso Internacional de Hidato-*

logia (pp. 281-288).

4. Mestiri, S., & Kilani, T. (1985). Transits hydatiques hépato-thoraciques. In *Proceedings of the XIII Congreso Internacional de Hidatidologia, Société Internationale d'Hydatidologie, Madrid* (pp. 289-302).
- 5-Sokouti, M., Montazeri, V., & Fackrju, A. (2010). Thoracobiliary fistula of calcified hydatid cyst of the liver. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 35(1), 65-68.
- 6-Arslan, Sulhattin, et al. (2011). Bronchobiliary fistula: A rare case. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 33.3, 361-364.
7. Kilani, T., El Hammami, S., Horchani, H., Miled-Mrad, K. B., Hantous, S., Mestiri, I., & Sellami, M. (2001). Hydatid disease of the liver with thoracic involvement. *World journal of surgery*, 25(1), 40.
8. Gerazounis, M., Athanassiadi, K., Metaxas, E., Athanassiou, M., & Kalantzi, N. (2002). Bronchobiliary fistulae due to echinococcosis. *European journal of cardio-thoracic surgery*, 22(2), 306-308.
- 9-Keong, B., Wilkie, B., Sutherland, T., & Fox, A. (2018). Hepatic cystic echinococcosis in Australia: an update on diagnosis and management. *ANZ Journal of Surgery*, 88(1-2), 26-31.
10. Kabiri, E. H., El Maslout, A., & Benosman, A. (2001). Thoracic rupture of hepatic hydatidosis (123 cases). *The Annals of thoracic surgery*, 72(6), 1883-1886.
11. Kilani, T., Daoues, A., Horchani, H., & Sellami, M. (1991). Place de la thoracotomie dans les complications thoraciques des kystes hydatiques du foie. In *Annales de chirurgie (Paris)* (Vol. 45, No. 8, pp. 705-710).
12. Chautems, R., Bühler, L. H., Gold, B., Giostra, E., Poletti, P., Chilcott, M., ... & Mentha, G. (2005). Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by *Echinococcus granulosus*. *Surgery*, 137(3), 312-316.
13. Tocchi, A., Mazzoni, G., Miccini, M., Drumo, A., Cassini, D., Colace, L., & Tagliacozzo, S. (2007). Treatment of hydatid bronchobiliary fistulas: 30 years of experience. *Liver international*, 27(2), 209-214.