

İlk Laparoskopik Karaciğer Hidatik Kisti Olgumuzun 7 Yıllık İzlem Sonucu: Olgu Sunumu

Turgay ERGİNEL, Gülay DALKILIÇ

Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul

Özet

35 yaşında bayan hasta karaciğer sol lobunda kist hidatik nedeniyle karbondioksit kullanılmadan uygulanan 'laparolift' yöntemi ile laparoskopik olarak ameliyat edilmiştir. Hastaya postoperatif medikal tedavi uygulanmamıştır. Yedi yıl sonra yapılan kontrollerinde de şikayetsiz ve semptomuz olarak yaşamını sürdürmektedir. Bu olgu laparoskopik teknik uygulayarak ameliyat ettiğimiz ilk vakamızdır. Laparoskopik teknik cerrahlar tarafından benimsedikçe uygun vakalarda karaciğer hidatik kisti olan olgularda laparoskopik yaklaşım uygulama alanı bulabilir.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, laparoskopi, E. granulosus

Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi 2005; 12(2): 75-77

Summary

7 years of follow up of our first laparoscopic hydatid cyst of liver a case report

Hydatid cyst in the left lobe of the liver of a 35 years old female patient was treated laparoscopically, using the gassless 'laparolift' technic. She was not treated medically postoperatively. After 7 years she is still living without any complaint or symptom. This case is our first one using the laparoscopic technic. In time, when surgeons are more familiar with the laparoscopic technic, selected cases of hydatid cyst in the liver may be treated laparoscopically.

Key words: Hydatid cyst, laparoscopy, E. granulosus

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2005; 12(2): 75-77

Giriş

Karaciğer hidatik kisti tedavi modaliteleri içinde genel yaklaşım açık cerrahi tedavidir. Bunun yanında perkütan drenaj ve laparoskopik yöntemler de tedavi seçenekleri arasındadır. Uzun erimli sonuçlara örnek olabilmesi açısından 7 yıllık olgumuzu sunmak istedik.

Olgu Sunumu

35 yaşında bayan hasta sol karaciğer lobunda saptanan 6 x 4 cm ebatlarında hidatik kist tanısı ile enterne edildi. Preoperatif tetkiklerinde başka patolojik özellik saptanmayan hasta 28/5/1998 tarihinde ameliyata alındı.

Hasta supin pozisyonda yatırıldı. Göbekten başlayan ve median hatta 3.5 cm'lik insizyonla batusuna girildi. Laparolift apareyinin balonu batına yerleştirildi. Şişirildi ve askılarından apareyin koluna tesbit edildi. Laparoliftin kolu ameliyat masasına fikse olduğu için aparey yükseltmek suretiyle batın ön duvarı gaz kullanılmadan eleve edildi. Kamera ve bir adet operatif disektör bu delikten içeriye gönderildi. Ayrıca iki adet grasper için iki adet 5 mm'lik port daha yerleştirildi. Yapılan eksplorasyonda kistin tam beklenildiği gibi ameliyat sahası içinde ekspozite olduğu saptandı. Kistin etrafı %10'luk NaCl solüsyonu emdirilmiş gazlı bezlerle emniyete alındı. Bir Veres iğnesi ile kiste girildi. Altı cc. kadar boşaltıldıktan sonra Veres çıkarılmadan içeriye %10'luk NaCl solüsyonu enjekte edildi. 10 dakika beklenildikten sonra kist içeriği bütünüyle aspire edildi. Kistin ön duvarına koter ile 3 cm'lik bir insizyon yapıldı. Germinatif membran bir endobag içine alınarak vücut dışına çıkarıldı. Kavite içine girilerek safra kaçağı yönünden değerlendirildi. Açık safra kanalı gözlenmedi. Kist kavitesi omentum ile dolduruldu. Omentum kavite kenarlarına hemoklips ile tesbit edildi. Güvenlik için yerleştirilen gazlı bezler çıkarıldı. Kanama kontrolünü müteakiben iki adet dren konuldu ve ameliyata son verildi. Katlar emilmeyen sütürlerle per primam kapatıldı.

Postoperatif ilk gün sorunsuz geçti. Drenaj minimal idi. Hastada oral beslenmeye ve mobilizasyona geçildi. Postoperatif 2. gün drenajları alınan

hasta 2/6/1998 tarihinde şifa ile taburcu edilmiş müteakip poliklinik kontrollerine çağırılmıştır.

Yapılan poliklinik kontrollerinde patolojik özellik saptanmayan hastaya 2001 yılında ve 2005 yılında akademik amaçla MR yaptırılmış, karaciğer sol lobda 2 cm'lik geçirilmiş operasyona sekonder değişiklikler olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Hidatik kist ülkemizde nadir görülen bir hastalık değildir. En yaygın kabul gören tedavi modalitesi açık teknikte yapılan kistotomi ve kapitonaj tekniğidir.¹ Bu amaçla iki insizyon tekniği tercih edilmektedir. Bunlar göbüküstü median ve Kocher'in subkostal insizyonudur. Küçük kistlerde kistotomi ve omentoplasti yine açık teknikte tercih edilen bir ameliyat yöntemidir. Laparoskopik tekniğin dünyada ve ülkemizde kabul gördüğü ve benimsendiği yıllarda az sayıdaki öncü çalışmalar rehberliğinde konuyu irdeledik.² Önümüzde engel olabilecek önemli bir sorun tesbit ettik. Gazla şişirilen bir batında yüksek bir basınç skolekslerin canlı bir şekilde batına yayılmasına neden olacak mıdır?

Bu problemin çözümü için gazsız laparoskopi tekniği düşünüldü. Laparolift tekniğinde batın ön duvarının altına yerleştirilen sirküler bir balon ameliyat masasına fikse edilen bir kola asılmak suretiyle batın ön duvarı gaz kullanılmadan eleve edilmektedir. Bu durumda batın içi basınç artmayacağı için canlı skolekslerin batına yayılması ihtimali açık bir operasyondaki riskle aynı oranda olmaktadır.

Peki bu durumda herhangi bir hidatik kist ameliyat edilebilir mi? Bu konuda ekibin deneyimi oranında vakalar daha komplike olabilir demek yanlış olmayacaktır. Ancak literatürde zor yerleşimli, birden çok kistin olması, Charbi Evre III-IV olması kontrendikasyon olarak bildirilmektedir.² Ayrıca hidatik kistler nadir de olsa beyin, kalp, kas, tiroid gibi organlarda yerleşmiş ise laparoskopik yöntem söz konusu olamaz.³⁻⁶ Bizim vakamızda oldukça az komplike bir durum söz konusu idi. Kist zaten herhangi bir manipülasyona gerek kalmadan median hatta süperpoze idi. Bu durum kistin ma-

nipülasyonunu kolaylaştırıyordu. Yapılan eksplozasyonda ek bir patolojik bulguya raslanmadı. Literatürde ülkemiz gibi hidatik kist hastalığının endemik olduğu bölgelerde hidatik kistlerin hepatobilier kistlerle karışabileceği ve bu nedenle o bölgenin eksplorasyonunun dikkatli bir şekilde yapılması gerektiği bildirilmektedir.⁷

Açık operasyonlarda uygulanan dezenfeksiyon tekniği, yani bir miktar kist sıvısı aspire edildikten sonra skolesidik bir ajanın kist içine enjekte edilmesi, aynen uygulandı. Bunun için ince bir Veress iğnesi kullanıldı. Önlem olarak da %10'luk NaCl solüsyonu emdirilmiş gazlı bezler kist etrafına yerleştirildi.

Bundan sonraki aşamada kist kavitesi küçük olduğu için omentoplastiye karar verildi. Kapitonaj yönteminin daha fazla teknik deneyim gerektirmesi nedeniyle bu tekniğe karar verildi. Bu aşamada kistin duvarının genişçe açılması uygun görülmektedir.⁸ Kistin en kaudal bölümü 2 cm çapında bir daire çıkarılmak suretiyle açıldı. Bu işlem için Nd: YAG laser önerilmektedir.⁹ Biz elektrokoter kullandık. Germinatif membran grasperler ve aspiratör yardımıyla endobag içine konarak vücut dışına alındı. Omentum ile kist kavitesi doldurulduktan sonra çıkmaması için omentum kist kenarlarına hemoklipsler ile tesbit edildi. Bu aşamada endoskopik sütürler de tercih edilebilirdi ama operasyon süresini uzatacağı göz önüne alınarak uygulanmadı.

Kanama kontrolü yapıldıktan sonra gazlı bezler çıkarıldı. Kanama kontrolünü müteakiben katlar prolen sütürler ile per primam kapatıldı. Operasyon hazırlıkları dahil 105 dakika sürdü.

Sadece postoperatif birinci gün analjezik yapıldı. Hastanın genel durumu çok iyi idi. Mobilize idi ve oral beslenmeyi çok rahat tolere etti. Flatus da presante etmesi ile taburcu edilebileceği düşünüldü ancak ilk vaka olması nedeniyle üç gün daha

tamamen akademik amaçla gözlem altında tutuldu.

Takip eden yıllar içinde hastamızda herhangi bir komplikasyon veya nüks gelişmedi. Yedi yıllık bir süreç sonunda hastamızın uygulanan tedaviden kesinlikle şifa bulunduğunu söyleyebiliriz.

Sonuçta, laparoskopik teknik cerrahlar tarafından benimsendikçe uygun vakalarda karaciğer hidatik kisti olan vakalarda laparoskopik yaklaşım uygulama alanı bulabilecek gibi görünmektedir.

Kaynaklar

1. Meyers William C, Kim Robin D, Chari Ravi S. Echinococcal cysts. In Townsend Courtney M., editor. Sabiston Textbook of Surgery. Philadelphia: Saunders, 2001; 1053-9.
2. Erkan M, Tekant Y. Laparoskopik Cerrahi. In Sayek İskender, editör. Temel Cerrahi. Ankara: Güneş, 2004; 1667-8.
3. Savaş L, Önlen Y, Akçalı C, Aslan B, Pourbagher A, Tunç T, Özkoç G. Hydatid disease with atypical localization: 4 cases report. *Scand J Infect Dis* 2004; 36: 613-5.
4. Gökçe C, Patiroğlu T, Akşehirli S, Durak AC, Keleştimur F. Hydatid cyst in the thyroid gland diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Thyroid* 2003; 13: 987-9.
5. Orhan Z, Kara H, Tüzüner T, Şencan İ, Alper M. Primary subcutaneous cyst hydatid disease in proximal thigh: an unusual localisation: a case report. *BMC Musculoskelet Disord* 2003; 4: 25.
6. Cesur S, Çiftçi A, Sözen TH, Tekeli E. Case report: a brain hydatid cyst. *Mikrobiyol Bul* 2002; 36: 215-7.
7. Durgun AV, Görgün E, Kapan M, Özçelik MF, Eryılmaz R. Choledochal cysts in adults and the importance of differential diagnosis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002; 9: 738-41.
8. Mondragon-Sanchez R, Gomez-Gomez E, Mondragon-Sanchez A, et al. Laparoscopic Liver Surgery. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69(Suppl 1): 91-8.
9. Katkhouda N, Mavor E, Waldrep D, Mouiel J. Laparoscopic Management of Liver Disease. In Eubanks W, Stephen, Swanstroöm Lee L., Soper Nathaniel J, editors. Mastery of endoscopic and laparoscopic Surgery. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2000; 274-87.