

Kist hidatiğe bağlı torakobilier fistül*

Salih ÇETİNKURŞUN, Haluk ÖZTÜRK, Ahmet ALPER, M. Turgay SAKARYA, İlhami SÜRER, Köksal ÖNER

GATA ve Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ve Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Summary

Thoracobiliary fistula due to hydatid cyst

Thoracobiliary fistula is an uncommon clinical syndrome. It is characterized by abnormal communication between the biliary system and the chest. These fistulas are usually formed as a result of complication of hepatic amebiasis and echinococcosis. In this report a case of thoracobiliary fistula in a 13-year-old patient has been presented. Her medical complaints were fever, biliptesis (expectoration of bile), jaundice and thoracoabdominal pain. The diagnosis was confirmed by US, CT and ERCP. The drainage of right lower lobe lung abscess, ligation of the bile duct which was opened to the cyst, right lung thoracotomy, primary diaphragma repair and cholecystectomy were performed during the operation. No complication was observed in the postoperative period.

Key words: Echinococcosis-hepatic-pulmonary, biliary fistula, bronchial fistula

Giriş

Torakobiliyer fistül ender görülen bir lezyondur (6). Konjenital olabileceği gibi travma, abse, hidatik kist ve kolelitiazise sekonder olarak da gelişebilmektedir (2,3,4,5). Literatürde bildirilen olguların çoğu hidatik kist ve piyojenik abselere bağlıdır (1,6). Hidatik kist, amibik veya piyojenik abse gibi yer kaplayan lezyonların diyafragmada bası sonucu incelmeye ve kas atrofisi yarattıkları ve sonuçta fistülün oluştuğu düşünölmektedir (1,6).

Bu yazımızda; karaciğer kist hidatiği nedeni ile perkütan drenaj uygulanmış olan bir olguda, bir yıl sonra saptanan torakobiliyer fistül komplikasyonu

nadir rastlanması nedeni ile sunulmuş olup; etyoloji, tanısı ve cerrahi sağaltım yöntemleri literatür ışığı altında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

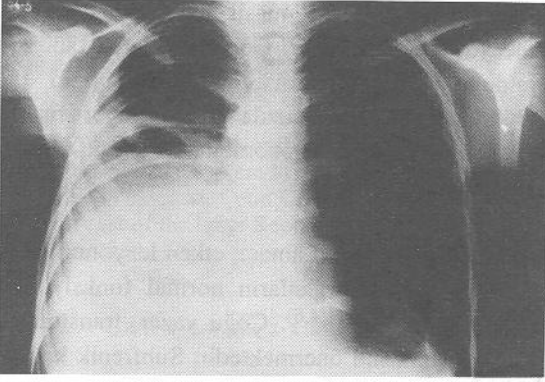
M.G., 13 yaşında kız çocuğu. Yaklaşık 18 ay önce başlayan karın ağrısı nedeni ile yapılan incelemelerinde karaciğer kist hidatiği tanısı konulmuş ve olguya 10 mg/kg/gün dozunda Albendazol tedavisi başlanmıştır. Ancak 2 ay içinde lezyonun gerilemediği görölmüş, perkütan kist drenajı uygulanmış, drenaj esnasında % 20 NaCl solüsyonu skolisidal ajan olarak kullanılmıştır. Kist poşuna yerleştiren kateter 45 gün sonra kistin iyileştieği söylenerek çekilmiş. 14 ay süre ile hiçbir yakınması olmayan olguda daha sonra ateş, halsizlik, kilo kaybı ve sarılık yakınmaları başlamış; klinik tabloya öksürük, safralı balgam çıkarma (biliptezis) ve sepsis bulguları eklenmiştir. Olgu fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine yatırılmıştır. Çekilen toraks grafisinde akciğer absesiyle uyumlu görünüm saptanmıştır (Resim 1).

Yapılan karın ultrasonografisi (US) ve bilgisayarlı tomografide (BT) karaciğer sağ lob posteriorunda 60x67 mm boyutlarında canlı olmadığı izlenimi veren kistin diyafragma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Resim 2). Ayrıca koledoğun normalden geniş olduğu ve içinde düzensiz dolma defektlerinin bulunduğu görölmüştür.

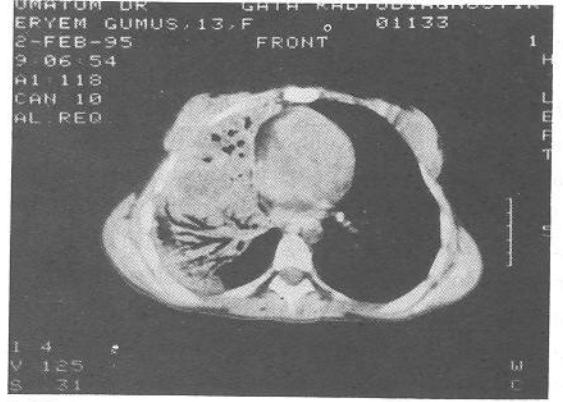
Olguya endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi (ERKP) yapıldığında verilen opak maddenin diyafragmayı geçerek sağ akciğer alt lob parankimi ve bronşlara dağılım gösterdiği izlenmiştir (Resim 3). Olguya aynı anda sfinkterotomi uygulanmış ve nazobiliyer stent yerleştirilmiştir. Nazobiliyer drenaj

* XIV. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur (Pamukkale, 26-30 Eylül, 1995)

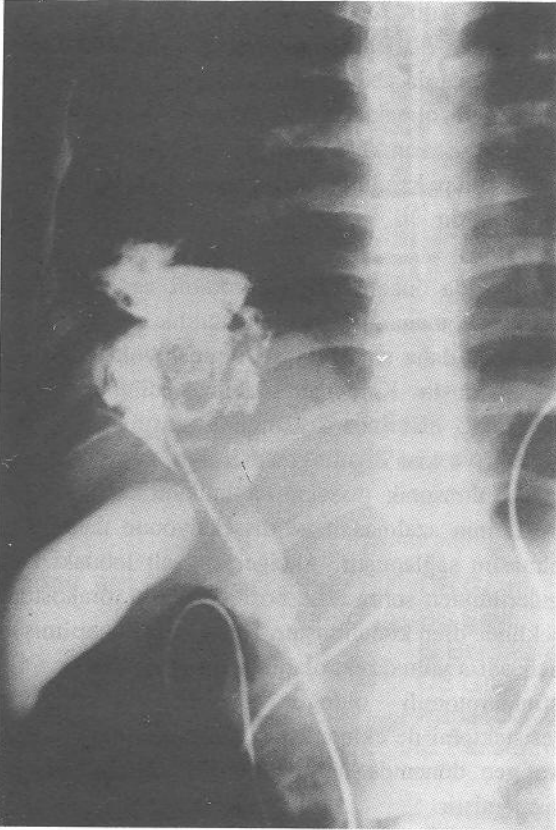
Adres: Dr. Salih Çetinkurşun, GATA ve Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 06018 Etlik, Ankara



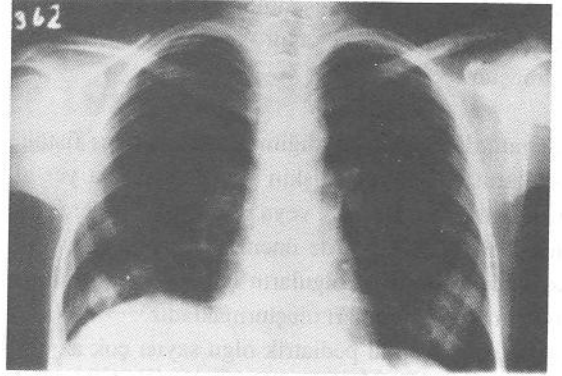
Resim 1. Olgumuzun ameliyat öncesi akciğer grafisi.



Resim 2. Olgumuzun ameliyat sonrası abdomen BT görünümü.



Resim 3. ERCP ile torakobilyer fistülün gösterilmesi.



Resim 4. Olgumuzun ameliyat sonrası 2'nci ayda akciğer grafisi.

rakostomi ve kolesistektomi uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen olgunun genel durumu ve radyolojik bulguları hızla normale döndü (Resim 4).

Tartışma

Torakobilya ender rastlanan bir durumdur. Literatürde biliyer sistem ile toraks arasında gelişen fistüller için değişik terimler kullanılmıştır. Bu terimler arasında en yaygın kullanılanlar; bronkobilyer fistül, plörobilyer fistül, hepatobronşiyal fistül, plörobilya ve biliyotoraks olmuştur. Ancak bu terimlerden hiçbiri, biliyer sistem ile toraks arasındaki ilişkiyi tam olarak açıklamak için yeterli değildir ^(1,6). Subdiyafragmatik ve intrahepatik kolleksiyonlar, olağan dışı bir yol izleyerek torasik boşluk ya da organlarla anormal bir ilişki oluşturabilmektedir. Bu fistüllerden bir ya da birkaçı aynı olguda bulunabilir.

ile kısa sürede sarılığı gerileyen olgumuzun genel durumu da düzelmiştir. Daha sonra kliniğimize alınan ve genel anestezi altında laparotomi yapılan olguda karaciğer sağ lob arka yüzde abseleşmiş kist hidatik olduğu ve bu kistin diyafragmayı 5x2 cm boyutunda penetre ettiği gözlemlendi. Koledok normal çap ve görünümde bulundu. Olguya parsiyel kistektomi, diyafragma tamiri, açık safra kanalının ligasyonu, sağ akciğer alt lobdan abse drenajı, sağ tüp to-

Amir-Jahed böyle durumlarda torakobiliyer fistül teriminin daha uygun olacağını öne sürmüştür (1).

Olgumuzda daha önce uygulanan perkütan kist hidatik drenajı sonrası oluşan potansiyel boşluğa bir safra kanalının açıldığı ve bu kanaldan germinatif membran parçalarının ana safra yolu ve koledoğa geçerek koledoğu tıkadığı düşünülmüştür. Sfinkterotomi sonrası elde edilen drenaj materyelinde germinatif membran parçalarının histopatolojik olarak gösterilmesi bu düşüncemizi desteklemiştir. Koledokta tıkanma olması, kist içinde safra volümünün artmasına ve enfekte olmasına yol açmıştır. Enfekte olan ve basıncı artan kistin diyafragmayı bası altında bırakarak önce kas atrofisine daha sonra da penetrasyona yol açtığı düşünülmektedir. Literatürdeki benzer olgularda da aynı mekanizma öne sürülmüştür (1,6).

Literatürden saptayabildiğimiz torakobiliyer fistüllü olguların çoğunluğu erişkin yaş gruplarında yer almakta olup, kist hidatik veya piyojenik abselere bağlıdır (1,2,3,4). Literatürde önemli bir yer tutan ve ülkemizden bildirilen olguların çoğunu ise kist hidatığın komplikasyonları oluşturmaktadır (2,3,4,6,7). Torakobiliyer fistüllü pediatrik olgu sayısı çok az olup bunların çoğu konjenital kökenlidir (5). Ülkemizde ise bir çocuk olguda E. coli absesine bağlı torakobiliyer fistül bildirilmiştir (6).

Torakobiliyer fistül klinik olarak üşüme ve titreme ile yükselen ateş, biliyoptezi, sarılık, torakoabdominal ağrı, hepatomegali ve etkilenen tarafta azalmış solunum sesleri gibi bulgu ve belirtiler vermektedir (1,6). Olgumuzda da benzer bulgu ve belirtiler saptanmıştır. Geçmiş yıllarda torakobiliyer fistül tanısında; direkt grafi, bronkografi, drenaj tüplerinden fistülografi ve hepatopulmoner tomografi kullanılmıştır (1-6). Günümüzde US ve ERKP tanının kesinleştirilmesinde çok yararlı bulunmaktadır (4). Olgumuzda tanı için US, BT, ERKP yardımı ile fistülografi kullanılmıştır. ERKP olgumuzda tanıyı kesinleştirmiş ve işlem sırasında yapılan sfinkterotomi ve konulan nazobiliyer kateter ile safra drenajı hastanın sağlığını da önemli katkıda bulunmuştur.

Torakobiliyer fistüllerin en sık rastlanan komplikasyonları; ampiyem, pnömoni, bronkopnömoni ve akciğer absesi olmaktadır. Solunum yolları epiteli

safraya karşı dirençli olduğundan pnömoni ağır seyretmeyebilir (4,6). Ancak masif safra aspirasyonları ölüme yol açabilmektedir. Geçmiş yıllarda tanı zor konulduğu için olguların çoğu postmortem tanınabilmiştir (6). Olgumuzda torakobiliyer fistüle bağlı akciğer absesi ve pnömoni gelişerek sepsise neden olmuştur.

Cerrahi tedavinin temel amacı; etken lezyonun çıkarılması ve tutulan organların normal fonksiyonlarının sağlanmasıdır (1,4,6). Çoğu yazar, transtorasik yol ile çalışılmasını önermektedir. Subfrenik kist ve abseler, transdiyafragmatik yol ile boşaltılmakta ve geriye kalan kavite içine drenaj tüpleri yerleştirilmektedir. Diyafragma da aynı seansta onarılmaktadır (6). Biliyer tıkanıklığın söz konusu olduğu olgularda abdominal yoldan ikinci bir girişim kaçınılmaz olmaktadır (4). Geçmiş yıllarda biliyer sistemdeki tıkanıklık giderildikten sonra torakobiliyer fistülün kendiliğinden kapandığına ilişkin yayınlar vardır (6).

Olgumuzda öncelikle sfinkterotomi ve nazobiliyer drenaj uygulanarak biliyer tıkanıklık ve sepsis düzeltilmiş, daha sonra da abdominal yoldan girişim uygulanmıştır. Karaciğer mobilize edildikten sonra ultrasonik dissektör kullanılarak kistin ön duvarı açılmış ve kist diyafragmadan ayrılmıştır. Bu aşamada ultrasonik dissektörün kullanılması; kanama miktarının azalmasını ve disseksiyonun daha rahat olmasını sağlamıştır. Akciğer sağ alt loba abse giderildikten sonra abse boşluğuna tüp torakostomi şeklinde dren konulmuştur. Diyafragma onarılmış ve açık safra yolu direkt olarak ligatüre edilmiştir. Olgu sfinkterotomili olduğu için operasyona kollestektomi de eklenmiştir. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Son yıllarda, ülkemizde karaciğer kist hidatiklerinin tedavisi için bazı merkezlerde perkütan drenaj uygulanmaya başlanmıştır. Drenaj sonrası germinatif membran kollabe olduktan sonra kist boşluğuna safra kanalları açılabilir. Bu kanallardan kist parçalarının ana safra yollarına geçebileceği ve tıkanıklığa yol açabileceği olasılığı akılda bulundurulmalı ve bu olgular uzun süre izlem altında tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Amir-Jahed AK, Sadrieh M, Farpour A, et al: Thoracobilia. A surgical complication of hepatic echinococcosis and amebiasis. Ann Thorac Surg 14:198, 1972
2. Barış Yİ: Hidatik kist hastalığı ve Türkiye'deki konumu. 1. baskı, Ankara, Kent Matbaası, 1989. s. 76
3. Doğan R, Yüksel M, Çetin G, et al: Surgical treatment of hydatid cyst of the lung: Report on 1055 patients. Thorax 44:192, 1989

4. Ergüney S, Tortum O, Taşpınar AH, et al: Les Kystes Hydatiques Complices du Foie. Ann Chirurg 45:584, 1991
5. Gauderer MV, Oiticica C: Congenital bronchobiliary fistula: Management of the involved hepatic segment. J Pediatr Surg 28:452, 1993
6. Saylam A, Ersoy Ü, Barış İ, et al: Thoracobiliary fistulas: Report of six cases. Br J Dis Chest 68:264, 1974
7. Yalın R, Bilgin N: Safra yollarına açılan karaciğer kist hidatiklerinde tedavi. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni 8:395, 1975

INTERSEX

An International Workshop

4-6 November 1996

Armada Hotel, Istanbul, Turkey

Sponsored by

ESPU European Society of Pediatric Urology

Organized by

TAPS Turkish Association of Pediatric Surgeons and Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty
Department of Pediatric Surgery and Section of Pediatric Urology

Programme

Monday, 4th November 1996

DB Grant	<i>Intersex: The Problem</i>
BS Şaylı	<i>Intersex: A Long View</i>
G Borgwardt	<i>CAH in Historical Perspective</i>
DB Grant	<i>Recent Advances in Intersex and CAH</i>
Panel Discussion	<i>Aspects of Gender Assignment</i>
G Passerini-Gazel	<i>The Evolution of Intersex Surgery</i>

Tuesday, 5th November 1996

Live Surgery: *Feminizing Genitoplasty: The Passerini Method*
Case Discussions and Video Presentations
G Passerini-Gazel *Vaginoplasties in Childhood*

Wednesday, 6th November 1996

Live Surgery: *Vaginoplasty / CAH*
Free Papers and Workshop Round-up

Secretariat

Dr. Şeref Etker, Kurukahveci Sokak, 2/22 TR-81030 İstanbul, Turkey

Official Tourism Agency

EXCON, Ms. Hacer Yıldız, Prof. Mazhar Öktel Sokak, Sümer Palas Apt. 16/15, TR-80260 İstanbul, Turkey
Tel: +90 212 230 40 50 Fax: +90 212 225 97 83
