

KARACİĞERİN SEMPTOMATİK NONPARAZİTER RETANSİYON KİSTLERİ

İbrahim SANAL*, Hayri ERKOL**, Avni GÖKALP**, Necdet AYBASTI*,
Göktürk MARALCAN***

Anahtar Terimler: Karaciğer, kist, konjenital, nonparaziter, retansiyon

Key Words: Liver, cyst, congenital, nonparasitic, retention

ÖZET

Karaciğerin nonparaziter kistleri klinik pratikte nadir olmakla birlikte etyoloji, klasifikasyon ve tedavileri ile ilişkili olarak tam açıklık kazanmamıştır. Bu konuda yazılanların çoğu halen tartışmalıdır. Bu makalede son zamanlarda literatürde önerilen geniş "unroofing" uyguladığımız bir karaciğer konjenital kistlerinin klasifikasyon ve tedavisi gözden geçirilerek tartışıldı. Ayrıca konjenital nonparaziter kistlerde cerrahi tedavi planı önerildi.

SUMMARY

Symptomatic Nonparasitic Retention Cyst of The Liver

Although uncommon in clinical practice, nonparasitic cyst of the liver has not been understood completely regarding to their etiology, classification and management. Much has written on this subject are still controversial.

In this article, a case of congenital nonparasitic hepatic cyst treated by wide "unroofing" which has been proposed currently in literature is presented.

We reviewed and discussed classification and management of congenital nonparasitic hepatic cyst. In addition, a suggested plan for surgical management of patients with congenital nonparasitic hepatic cyst is presented.

GİRİŞ

Klinik pratikte nadir görülen nonparaziter hepatik kistler etyolojileri, klasifikasyonları ve tedavileri ile ilişkili olarak henüz tam açıklık kazanmamıştır(1,2). Ultrasonografi ve kompüterize tomografi gibi noninvasiv görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler nedeni ile son zamanlarda daha sık olarak karşılaşılmaktadır. Nonparaziter hepatik kistler konjenital veya akkiz olabilirler. Sonradan kazanılmış kistler neoplastik inflamatuvar olabilmektedir. Konjenital kistler (retansiyon kistleri) soliter, multipl veya polikistik hastalığın komponenti olarak değişik çaplarda bulunabilirler. Kadınlarda daha sık

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.Doç.Dr.

** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.Yrd.Doç.Dr.

*** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.As.Dr.

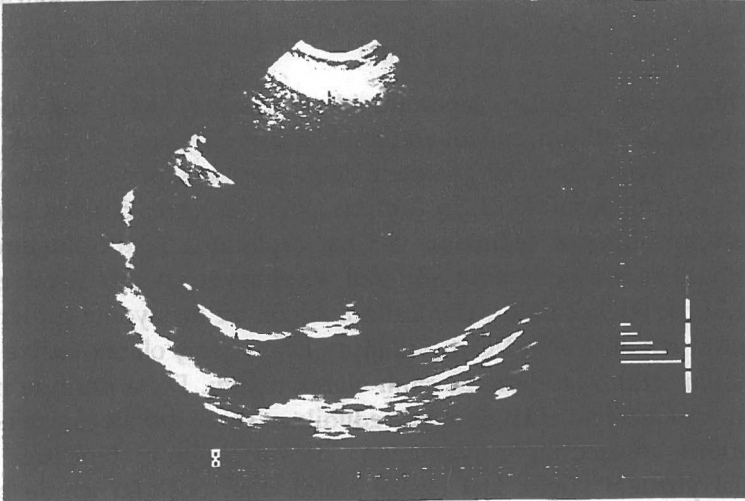
görülürler. Konjenital kistlerin çoğunluğu asemptomatiktir ve tedavi gerektirmezler. Ancak çok büyük veya önemli derecede semptom veren kistler operasyon gerektirmektedir. Semptomatik nonparaziter hepatik retansiyon kistlerinde (NPHRC) sıklıkla önerilen cerrahi yöntemler kistin enükleasyonu, hepatik rezeksiyon, formal lobektomi, safra kanalı iştiraki olanlarda Roux-en Y internal drenaj, enfekte olgularda eksternal drenaj ya da marsupializasyondur. Bu yöntemlerin morbidite ve mortalitesi önemli oranlara varabilmektedir(1,3,4).

Son zamanlarda literatürde definitif cerrahi yöntem olarak önerilen daha konservatif ve etkili bir girişim olduğu bildirilen geniş "unroofing" (2,3,4,5,6) ile birlikte komşu kiste fenestrasyon uyguladığımız bir semptomatik konjenital nonparaziter hepatik kist olgusu nedeniyle klasifikasyon, tedavide yaklaşım literatür önderliğinde gözden geçirilerek tartışıldı, ve tedavide yaklaşım planı önerildi.

VAKA TAKDİMİ

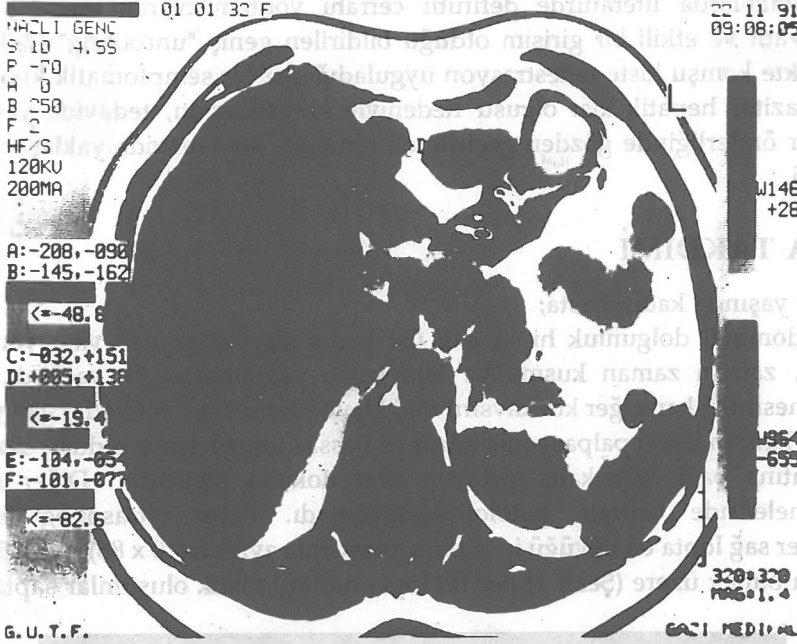
NG, 60 yaşında kadın hasta;

Üst abdominal dolgunluk hissi, sağ üst kadranda sağ omuza yansıyan ağrı, bulantı, zaman zaman kusma ve kilo kaybı yakınmaları ile yatırıldı. Fizik muayenesinde; karaciğer kot kavsini mid klavikuler hatta 4 cm kadar geçiyordu, sağ üst kadranda derin palpasyonla ağrılı ve hassas idi, geçirmiş olduğu sezeryan ameliyatına bağlı göbekahtı insizyon skar dokusu mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde belirgin patoloji saptanmadı. Batın ultrasonografisinde, karaciğer sağ lopta en büyüğü ince bir septasyonla ayrılan (10 x 86)+(93 x 56)mm çapında olmak üzere (Şekil 1) her iki lopta multipl kistik oluşumlar saptandı.



Şekil 1

Tüm abdominal CT scan'de; karaciğer normalden büyük, sağ lopta laterale yakın yerleşimli, kubbeden inferior uca kadar uzanan, 150 x 120 x 79mm, sağ lob posterior segmentte 50 x 37, 15, 13 mm, sağ lob anterior segmentte 8, sol lopta 19 mm boyutlarında ve 1 cm'den küçük 3 adet kistik oluşum saptandı (Şekil 2). Pankreas, dalak, böbrekler ve adneksiyal lojda kistik ya da solid kitle görünümü saptanmadı.



Şekil 2

Subkostal insizyonla yapılan laparotomide karaciğer (KC) sağ lobunda, anterolateral yüzde, belirgin, sağ lobun büyük kısmını işgal eden, parlak grimsi renkli ve kısmen damarlanmalar gösteren kistik oluşum saptandı. Yine sağ lob anteromedial inferior kısmında 1 cm çapında, yüzeysel kistik oluşum saptandı. Sağ lob posterior süperior segmentte 4-5 cm çaplarında kistik oluşum palpe edildi. Dominant kiste aspirasyon uygulandı. Aspirasyon sıvının berrak gelmesi üzerine kist tamamen boşaltıldı. Daha sonra küçük bir insizyonla girilerek kist kavitesi kontrol edildi. Kistin KC dışına taşan kısmı geniş olarak eksize edildi. Serbest kenarlar kilitli sütürlerle devamlı olarak dikildi. Daha derinde ince bir duvarla komşuluk gösteren kist de aspire edildikten sonra duvarı eksize edilerek kilitli sütürlerle "unroofing" uygulanan kist boşluğuna fenestre edildi. Anteromedial yüzdeki küçük kist eksize edildi. Kist boşluğu içinde belirgin irregülarite, papillarite, solid elementler ya da kalsifikasyon gibi görünüme raslanmadı. Eksize edilen kist duvarının histopatolojik inceleme sonucu NPHRC ile uyumlu olarak; mikroskopik kesitlerde kist duvarının yassılaştırmış küboidal

epitelle döşeli fibröz doku, hepatosit, aberan safra kanalları içerdiği, malignite saptanmadığı, nonparazitik fibroepitelyal simple kist tanısı ile rapor edildi(3.12.1991/911-91). Postoperatif devresi komplikasyonsuz seyreden hasta 10.gün çıkanlı.

TARTIŞMA

NPHRC'leri simple kistler veya polikistik hastalığın bir komponenti olarak görülebilirler(3,4). NPHRC'leri her yaşta görülebilmekle birlikte sıklıkla 40-60 yaşları arasında saptanır. Polikistik hastalık kadınlarda 2/1, simple kistler ise 4/1 oranında daha sık görülürler(3).

Birçok araştırmacıya göre retansiyon kistleri konjenital orjinlidir ve kaynağını embriyonik gelişim sırasında oluşan aberan kanallardan aldığı ileri sürülmektedir. Kist oluşumu ise bu kanalların inflamatuvar hiperplazisi veya obstrüksiyonu ile sıvı retansiyonuna bağlanmaktadır (1,2,3). Bazı araştırmacılara göre soliter simple NPHRC'leri ve polikistik KC aynı sürecin farklı görünen şekilleri olarak kabul edilmektedir. Ancak bu teori pek taraftar bulmamaktadır (3).

Simple NPHRC'lerin çapı 1-15 cm'ye kadar değişir. Dış yüzeyleri parlak grimsi-mavi görünümündedir. Kist duvarı ince, opalesan veya transperandır, ve damarlanmalar gösterir. Kist berrak veya sarımsı-kahverengi sıvı materyel içerir. Bazen safra ile boyanabilir(3). Simple NPHRC'lerin duvarı genellikle üç tabakadan oluşmuştur. En içte hücresel elemanlardan zengin gevşek konnektif doku, orta kısımda hücreden fakir yoğun bağ dokusu ve en dışta safra kanal segmentleri, KC hücre adacıkları ve KC parankimine karışan konnektif doku ağını içeren yapı gösterir(1,2,3). Polikistik hastalıkta ise KC'in tutulan kısmı çeşitli çapta çok sayıda kistler tarafından genişlemiş ve deforme olmuştur. Kesitlerde bal peteği tarzında multipl kaviteler görülür. Sıklıkla bütün KC'ye dağılmıştır. Mikroskopik olarak epitel tabakası gelişmenin evresine ve kistin büyüklüğüne göre hiç olmayabilir, dejenere olabilir, ya da küboidal veya kolumnar tipte olabilir(3). Soliter kistlerden farklı olarak polikistik hastalık sıklıkla başta böbrekler (yaklaşık % 50 oranında) olmak üzere diğer organların da kistik tutulumu ile birlikte görülebilir. Polikistik KC böbrek dışında pankreas, dalak, overler ve akciğerin kistik hastalığı ile birlikte bulunabilir(3,6).

Polikistik hastalığın bir komponenti olan polikistik KC ile multikistik KC aynı hastalık olarak kabul edilmelidir. Multipl kistler soliter kistlerin aynı gelişim sürecinden geçen ve sayısal farklılık gösteren bir formu olabilir. Bunlardan bir veya birkaçı olgumuzda saptandığı gibi dominant olarak bulunabilir. Ve büyük çaplara erişerek semptom verebilir. Bu bakımdan NPHRC'leri:

I- Polikistik karaciğer (polikistik hastalığın bir komponenti),

II- Non-polikistik (simple) NPHRC,

a)Tek (soliter),

b)Multipl kistler, olarak klasifiye etmek uygun olabilir.

NPHRC'lerin sıklığı büyük abdominal eksplorasyon serilerinde 17/10.000 olarak bildirilmektedir (1,7) ve otopsi serilerinde rapor edilen sıklıkla yaklaşık olarak aynıdır (1). Soliter NPHRC'leri genellikle asemptomatiktir. Sanfelippo ve arkadaşları tarafından Mayo Kliniği'nde 17 yıllık periodda yapılan bir araştırmada saptanan 82 olguluk serinin sadece 15'inin semptomatik olduğu bildirilmektedir(7).

Semptomlar nonspesifiktir. En sık raslanan semptom abdominal dolgunluk ve üst abdominal rahatsızlık hissidir. Klinik bulgular başlıca abdominal kitle ve hepatomegalidir. Sarılık nadirdir. Bazan hasta akut komplikasyonlarla cerrahi girişimi gerektirebilir. Bu komplikasyonlar peritoneal kaviteye rüptür, strangülasyon, torsiyon, intrakistik hemoraji ve bası semptomları olabilir (7,8,9,10,11).

KC'in NPHRC'lerinin paraziter kistlerden, kistadenokarsinoma, travmatik kist ve abselerden ayırtılması yapılmalıdır. Kist duvarında septasyon, solid elementler, kalınlaşma, irregülarite, kalsifikasyon gibi atipik özellikler dikkatli araştırmayı gerektirir(3,12). Endemik bölgelerde multipl kistler hidatik kist yönünden araştırılmalıdır(4,6).

Semptomatik veya büyük kistler cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Ancak cerrahi tedavinin seçimi konusunda fikir birliği yoktur(4). Enükleasyon ile kistin total eksizyonu ve hepatik rezeksiyon birçok yazarlar tarafından ileri sürülmektedir(13,14). Ancak eğer kist çok büyükse ve klivaj planı bulunamıyorsa total eksizyon güç olabilir. Safra kanalları ve damarların kesilmesine neden olabilir. Hepatik rezeksiyon ise potansiyel olarak morbidite ve mortalite oranı yüksek bir operasyondur(4).

Kist tavanının geniş olarak çıkarılması (unroofing) malignite saptanan olgular dışında definitif bir girişim olarak uygulanabilir. Bu yöntemde total eksizyon ve hepatik rezeksiyona oranla daha az komplikasyon görülmektedir(4). Bu yaklaşıma başlıca itirazlar genelde total eksizyon dışındaki tekniklerin yüksek oranda rekürrense neden olabileceği kanısındır(15). Ancak bazı araştırmacılara göre bu yöntem düşük rekürrens oranına sahiptir(4). Bizim olgumuzda da postoperatif devrede herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmaştır. Halen izlenmekte olup bir yakınması ve rekürrensi yoktur. Önerilen diğer girişimlerden tüp kistostomi ile drenaj yöntemindeki rekürrens fazladır(16). Eğer kist içeriği safıralı ise Roux-en Y yöntemi ile jejunuma internal drenaj önerilmektedir. Ancak daha önce steril olan hepatik kist operasyondan sonra enterik organizmalarla enfekte olabilir. Bu nedenle safra içeren kistlerde geniş unroofing ve safra kanallarının bağlanması ile birlikte kısa süreli dışı drenajın daha başarılı olacağı bildirilmektedir(4). Ayrıca Roux-en Y anastomozda kist duvarının ince olabilmesi anastomozu teknik olarak güçleştirebilir.

Operasyon sırasında kist duvarı şüpheli ise biyopsi ve frozen section yapılmalıdır. Maliğnite saptanursa hepatik rezeksiyon seçkin tedavi olmalıdır (15).

Sonuç olarak, yalnız başına ya da eksternal drenajla birlikte geniş unroofing; semptomatik NPHRC'lerinde emniyetle uygulanabilen, etkili dekompresyon sağlayan, komplikasyon ve rekürrensi düşük bir yöntem olarak maliğnite saptanmayan olgularda agresif rezeksiyon ve diğer rezeksiyonsuz yöntemlere alternatif definitif bir girişim olarak uygun olabilir.

NPHRC tanısı konmuş semptomatik ya da büyük kistlerde Hadad ve arkadaşları tarafından önerilen (2) cerrahi tedavi planı Tablo I'de görüldüğü gibi modifiye edilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Fernandez M, Cacippo CC, Davis RP, Nora FP:Management of solitary nonparasitic liver cyst, *The American Surgeon*, 50:205, 1984.
- 2- Hadad AR, Westbrook KC, Graham GG, et al:Symptomatic nonparasiter liver cyst: *The American Journal of Surgery*, 134:739, 1977.
- 3- Schwartz SI:Liver:Cysts and Bening Tumors, In:Maingot's Abdominal Operations, Schwartz SI, Ellis H(Ed.), Appleton and Lange Publication, East Norwalk, Connecticut, 1990, pp:1241-1252.
- 4- Litwin DEM, Taylor BR, Langer B, Greig P:Nonparasitic cyst of the liver,The case for conservative surgical management, *Ann.Surg.*, 205:45, 1987.
- 5- Armitage NC, Blumgart LH:Partial resection and fenestration in the treatment of polycystic liver disease, *Br.J.Surg.*, 71:242, 1984.
- 6- Way LW:Liver, In:Current Surgical Diagnosis and Treatment, Way LW (ed.), Appleton and Lange Medical Publication, Los Altos, California, 1991, pp:497-509.
- 7- Sanfelippo PM, Beahrs OH, Weiland IH:Cystic disease of the liver, *Ann.Surg.*, 179:922, 1974.
- 8- Jones WL, Mountain JC, Warren KW:Symtomatic nonparasitic cyst of the liver, *Br.J.Surg.*, 61:118, 1974.
- 9- Brunet L:Rupture of a solitary nonparasitic hepatic cyst of the liver: report of a case, 140:159, 1974.
- 10- DeBakey M, Jordan GL Jr:Cyst in the liver, In:Disease of the liver (3rd ed.), Schiff L (Ed.), Philadelphia, JB Lippincott, 1972, pp:870-874.
- 11- Soocl SC, Watson A:Solitary cyst of the liver presenting as an abdominal emergency, *Postgrad. Med.J.*, 50:48, 1976.
- 12- Roemer CE, Ferrucci JT, Mueller PR, et al:Hepatic cysts:Diagnosis and therapy by sonographic needle aspiration, *AJR*, 136:1065, 1981.
- 13- Witting JG, Burns R, Longmire WP:Jaundice associated with polvcystic liver disease, *Am.J.Surg.*, 136:383, 1978.
- 14- Sianesi M, Farinon AM, Sacco M:Symtomatic nonparasitic congenital cyst of the liver, *Int.Surg.*, 67:453, 1982.
- 15- Ishak KG, Willis GW, Cummins SD, Bullock AA:Biliary cystadenoma and cystadenocarcinoma, *Cancer*, 39:3221, 1977.
- 16- Belcher HV, Hull HC:Nonparasitic cyst of liver:Report of three cases, *Surgery*, 65:427, 1969.