

Spontan İntraperitoneal Kist Hidatik Rüptürüne Yaklaşım

SM Tilev, C Ceran

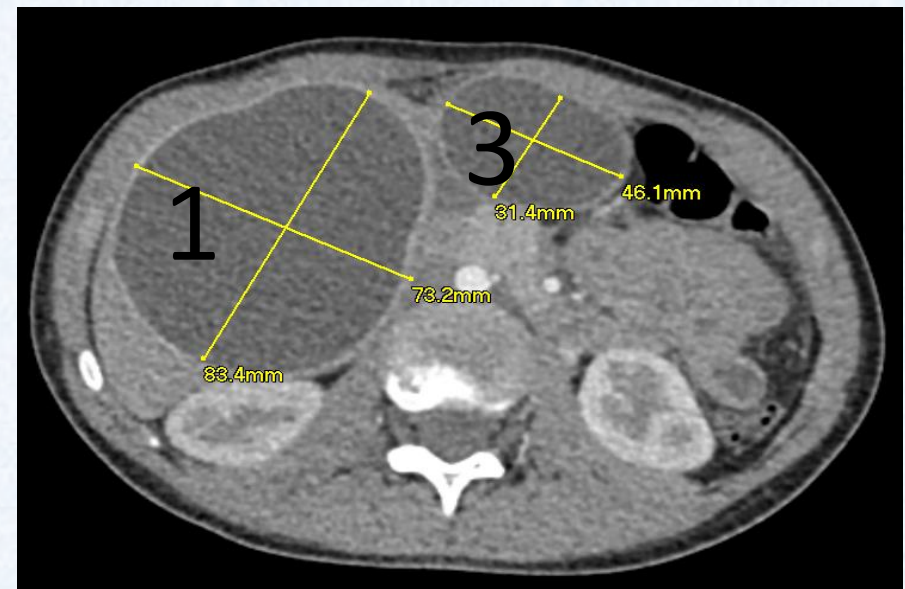
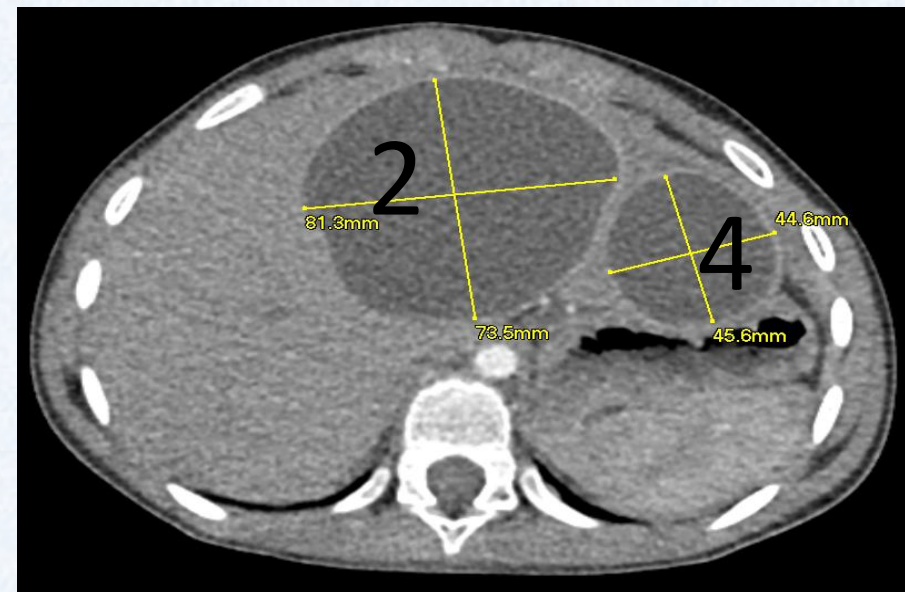
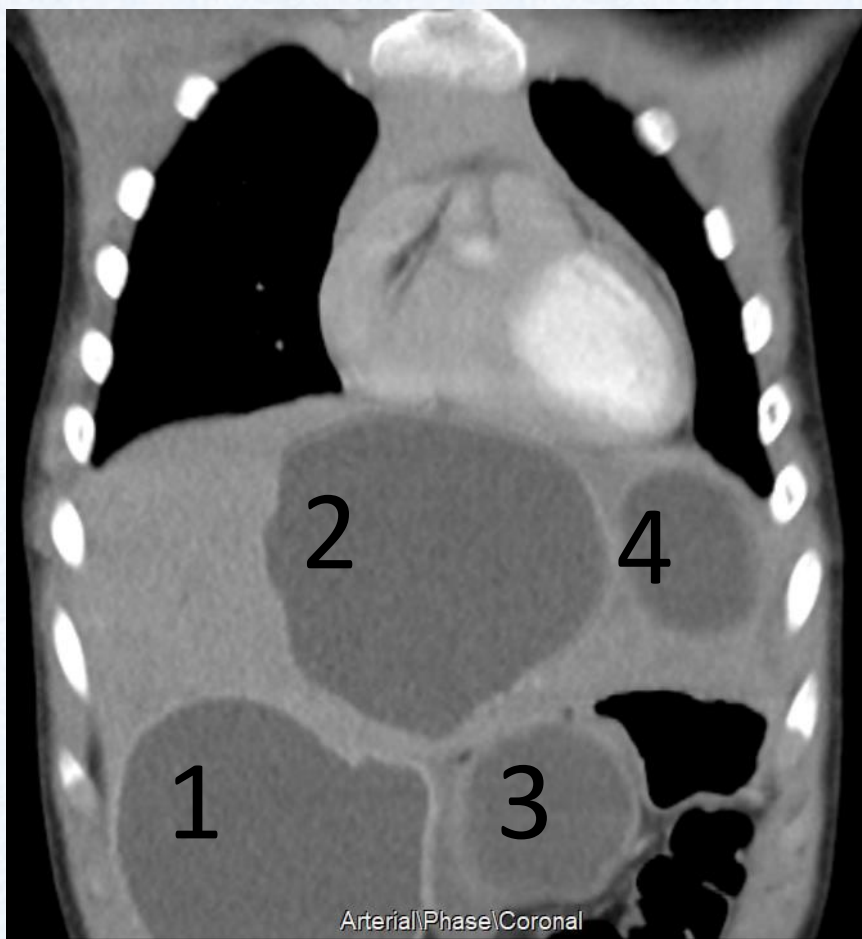
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ

Kist hidatiğin en tehlikeli komplikasyonları arasında safra yollarına fistülizasyon ve karın içi rüptür bulunur. Karın içi kist rüptürü genelde travma sonrası gerçekleşir. Spontan rüptür çok nadirdir. Bu çalışmada spontan intraperitoneal kist hidatik rüptürü nedeniyle acil opere edilen bir hastanın yönetimi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU:

Yedi yaşında kız hasta, annesi tarafından fark edilen karında kitle şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede, batin üst kadrantları dolduran, düzgün yüzeyle ve fikse bir kitle palpe edildi. Ultrasonografide karaciğer parankiminde segment II'de 5 cm, segment IV'ten I'e uzanan 8 cm (Resim 1) ve segment V-VIII düzeyinde 8,5 cm çapa ulaşan iki adet olmak üzere, dört adet çift duvar bulgusu olan kist saptandı. Hesaplanan toplam kist hacmi yaklaşık 850 ml idi. Toraks ve beyin tomografileri normaldi. Albendazol tedavisi başlanarak perkütan drenaj planlandı. Hasta bir hafta sonra acile karın ağrısı ile başvurdu. Ultrasonografik incelemede mevcut kistlerin birinde hava habbecikleri, kistlerin çevresinde ve hepatorenal alanda minimal serbest sıvı gözlemlendi. Hastanın tetkik edilmesi esnasında ürtikeryal döküntüleri belirdi. İntravenöz steroid ve antihistaminik uygulandı. Takiben anjioödem ve solunum sıkıntısı gelişti. İntravenöz adrenalin ile müdahale edilip acilen ameliyata alındı. Operasyonda 1 numaralı kistin ön yüzünde 0.5 cm lik bir rüptür izlendi. Karın içinde bol miktarda kayasuyu görünümlü serbest sıvı izlendi. Sıvı aspire edildi ve batin bol SF ile yıkandı. İntakt kistler aspire edilip hipertonic salin ile irrigate edildi. Tüm kistlerin duvarları açılıp germinatif membranları çıkarıldı. Kistlerden 1 ve 4 numaralı olanlara parsiyel kistektomi, 2 ve 3 numaralı kistlere ise parsiyel kistektomi, kapitonaj ve omentopeksi yapıldı. İki ve 3 nolu kistlerde, birden fazla sayıda, safra yoluna fistülizasyon izlendi ve onarıldı. Postoperatif üçüncü haftada ultrasonografide 3 numaralı kistin boşluğunda 4 cm boyutunda biloma raporlandı ve perkütan girişim ile drenaj yerleştirilip 2. haftada dreni çekildi. Postoperatif dönemde dört haftalık 4 kür albendazol tedavisi aldı. Postoperatif 16. ayda karaciğer inferiorunda 1 cm çapında nüks kist hidatik izlendi. İki yıl içinde 4 cm'e ulaşan kist için cerrahi tedavi yapıldı. Ek komplikasyon gelişmeyen hasta ayakta takipli ve sağlıklıdır.



Resim: Kistlerin ameliyat öncesi koronal ve horizontal kesit BT görüntüleri.

SONUÇ:

Kist hidatik rüptürü anafilaktik şoka neden olabilen, hayatı tehdit eden, acil bir durumdur. Acil operasyon endikasyonu vardır. Muayenede çok gergin ve sert olarak ele gelen, 5 cm den büyük çaplı kistlerde spontan perforasyon riski daha yüksek olduğu için tedavi ivedilikle planlanmalıdır. Hem safra yollarına ve hem de karın içine rüptür riskini belirlemek için, bu hastaların ve kistlerinin özelliklerinin dökümanate edilmesinin önemine dikkat çekmek istedik.