

Ampiyem Kliniği ile Ortaya Çıkan Plevrobiliyer Fistül Olgusu

A Case of Pleurobiliary Fistula Presented with Empyema

Hıdır ESME¹, Okan SOLAK¹, Coşkun POLAT², Sezgin YILMAZ²,
Bumin DEĞİRMENCI³, Ramazan ALBAYRAK³

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Göğüs Cerrahisi, ²Genel Cerrahi ve ³Radyoloji Anabilim Dalları, Afyonkarahisar

ÖZET: Karaciğer kubbesinde yerleşen hidatik kistin toraksa rüptürü nadirdir ancak plevra, akciğer parankimi ve bronş lezyonlarına neden olan ciddi bir durumdur. Bu yazımızda ampiyem kliniği ile ortaya çıkan, plevrobiliyer fistül ile sonuçlanan ve göğüs tüpü drenajı, dekortikasyon ve laparotomi ile tedavi edilen karaciğer hidatik kist olgusunu sunduk. Bir çok seride manyetik rezonans görüntüleme; plevrobiliyer fistül tanısında primer tanı yöntemi olarak önerilmemekle birlikte olgumuzda plevrobiliyer fistülün varlığı kolaylıkla gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Plevrobiliyer fistül, Ampiyem, Manyetik rezonans görüntüleme

ABSTRACT: Intrathoracic rupture of hydatid cysts, located at the upper surface of the liver, is a rare and severe condition causing a spectrum of lesions to the pleura, lung parenchyma, and bronchi. We present a case of rupture of a hepatic hydatid cyst through the diaphragm resulting in a pleurobiliary fistula, which was presented with empyema and was treated with chest tube drainage, decortication, and laparotomy. Although in many series magnetic resonance imaging is not considered to be a primary diagnostic tool, in our patient when performed, it easily demonstrated the fistula.

Key Words: Pleurobiliary fistula, Empyema, Magnetic resonance imaging

GİRİŞ

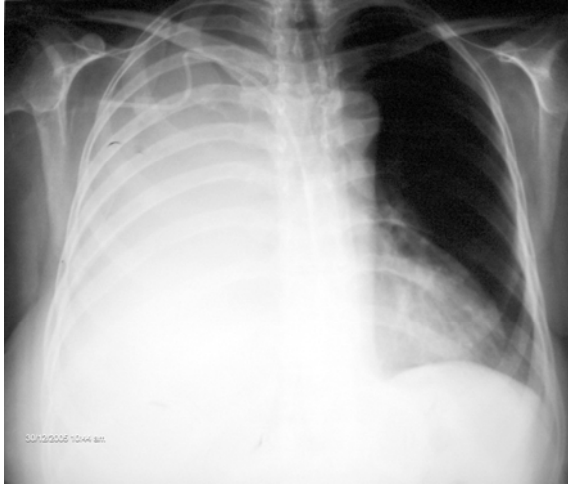
Karaciğer kubbesindeki hidatik kistin toraks içine rüptürü nadir bir komplikasyondur ve karaciğer hidatik kist olgularının %0.6 ile 16'sında görülür (1). Karaciğer hidatik kistinin plevral kaviteye veya bronşial ağaca açılması yüksek mortalite (%9-43) ve morbiditeye sahiptir (2). Toraks ve abdomen kavitesi arasındaki basınç gradiyenti, kompresyon ve kist cidarındaki inflamasyona sekonder diyafragmadaki iskemi ve diyafragma üzerinde safranın kimyasal etkisi diğer predispozan faktörlerdir (1). Kist diyafragmayı geçtiği zaman plevral kaviteye, intratorasik büyük damarlara, perikardiuma ve diafragma ile akciğer arasında adezyon varsa pulmoner parankime rüptüre olabilir (2). Bu çalışmada ampiyem kliniği ile ortaya çıkan ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile tanı konulan plevrobiliyer fistül (PBF) olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunuldu.

OLGU SUNUMU

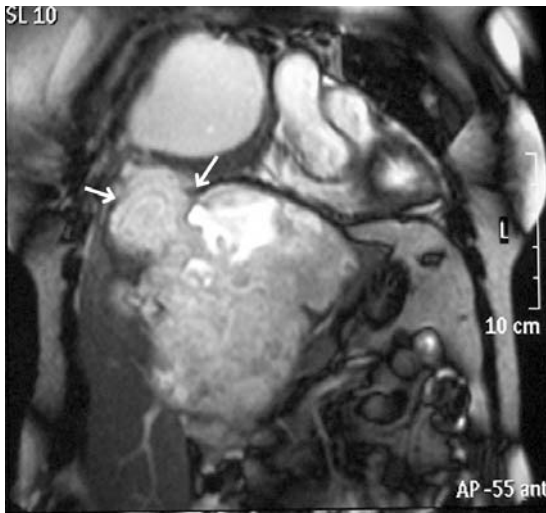
51 yaşında bayan hasta nefes darlığı, ateş ve sağ yan göğüs ağrısı şikayetiyle yatırıldı. Fizik muayenede genel durumu orta, şuur açık ve dispneik görünümdeydi. Tansiyon arteriyel: 110/70mmHg, nabız: 92/dk, ateş: 38.3°C, solunum sayısı: 26/dk idi. Sağ hemitoraks solunuma az katılıyor, sağ akciğer solunum sesleri üst zonda azalmış, orta ve alt zonda alınamıyordu. Batın muayenesinde sağ hipokondriumda hassasiyet ve hepatomegali vardı. Rutin kan tetkiklerinde Hemotokrit: %33, Beyaz küre: 11.260/mm³, Albümin: 2.2 gr/dl, K⁺: 2.98 mmol/dL, Sedimentasyon: 59 mm/saat, diğer hemogram ve biyokimya parametreleri normal sınırlarda idi.

Radyolojik incelemede PA Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta plevral efüzyonla uyumlu totale yakın dansite artışı mevcuttu (Resim 1). Toraks ve üst abdomen bilgisayarlı tomografide (BT), karaciğer sağ lob anterior segmenti ve sol lobu tamama yakın dolduran ve subdiafragmatik alana uzanan lobule konturlu, hipodens, kontrast tutulumu göstermeyen kistik natürde kitle izlendi. Sağ hemitoraksta, anterior ve posterior alanlarda plevral aralığı dolduran, parankimi komprese edip orta bölümden ince bant tarzında sıkıştıran plevral efüzyon izlendi. Üst batın ultrasonografide (USG) intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında obs-

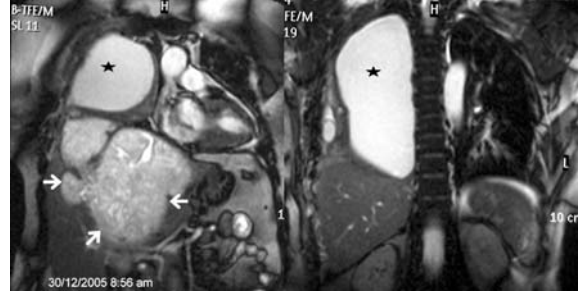
trüksiyon yoktu. Torasentez ile sarı-yeşil renkte safra içeren püyü alındı. Plevral sıvının biyokimyasal analizinde ampiyemle uyumlu olduğu ve bilirubin içerdiği saptandı. PBF'ü değerlendirme amaçlı yapılan koronal planda T2 ağırlıklı MR incelemesinde, karaciğer sağ lob anterior segment ve sol lob yerleşimli lobule konturlu, yaklaşık 14x13x12 cm boyutunda, yoğun içerikli, hidatik kist ile uyumlu kistik lezyon izlendi. Lezyonun supkapsüler alana uzandığı, bu bölgede diafragmaı perfore ederek pleval boşluk ile ilişki kurduğu saptandı. Sağ hemitoraksta özellikle posteriorda belirgin olan yaygın pleval efüzyon ve buna sekonder parankimde belirgin bası vardı (Resim 2 A, B).



Resim 1. Sağ hemitoraksta pleval efüzyonla uyumlu total yakın dansite artışı.



Resim 2 A. Karaciğer hidatik kistinin supkapsüler alana uzanıp diafragmaı perfore ederek toraksa açıldığı görülüyor.



Resim 2 B. Karaciğer sağ lob anterior segment ve sol lob yerleşimli, lobule konturlu, hidatik kist ile uyumlu kistik lezyon görülüyor. Sağ hemitoraksta özellikle posteriorda belirgin olan yaygın pleval efüzyon ve buna sekonder parankimde belirgin bası görülüyor.

Hastaya sağ tüp torakostomi uygulandı ve 1200 cc drenajı oldu. Exploratif laparotomi ile karaciğer sağ lobtaki hidatik kist içeriği aspire edildi. Kist kavitesinin diafragmaı perfore ederek yaklaşık 2x1 cm'lik bir fistülle pleval aralığa fistülize olduğu saptandı. Diafragmatik defekt lokalizasyon olarak karaciğer sağ lobunun posteriorunda idi, primer tamir için uygun expojur sağlanamaması ve spontan kapanma ihtimalinin yüksekliğinden dolayı diafragmaı müdahale edilmedi. Parsiyel kistektomi ve omentopeksi yapıldı. Postoperatif takipte sağ toraks paravertebral alanda apekten diafragmaı kadar uzanan 11x6x4 cm boyutunda loküle ankiste ampiyem saptandı ve videotorakoskopi yapıldı. Diafragmanın evantre olduğu ve akciğerin posteriorda kalın paryetal peel ile sarılı olduğu, diafragma ve akciğer arasında çok yoğun yapışıklıklar olduğu gözlemlendi. Videtorakoskopinin etkinliğinin olmadığı gözlenerek; sağ posterior mini torakotomi ile ampiyemektomi ve dekortikasyon yapıldı. İntraoperatif diafragmatik defektin spontan kapandığı görüldü. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 6. gün önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Safranın akciğer ve pleval alan üzerinde koroziv etkisi vardır. PBF loküle biliöz ampiyeme yol açabilir ve pleval adezyonlara neden olarak akciğer fonksiyonlarını baskılayan tuzaklanmış akciğer ile sonuçlanabilir. Plevral sıvıda ve biloptizide bilirubin seviyesinin analiziyle safra varlığının gösterilmesi PBF için patognomoniktir (3). Olgumuzda torasentez ile sarı-yeşil renkte püyü alındı, sıvının biyokimyasal analizinde ampiyemle uyumlu olduğu ve bilirubin içerdiği saptandı. Toraksta safra görülmesinin en sık sebebi özofajial hastalıkların cerrahi tedavisi sonrası ortaya çıkan anastomoz kaçağıdır.

Torakoabdominal yaralanmalar, karaciğer kist hidatiği, subdiyafragmatik abse ve yer değiştiren biliyer taşlar diyafragma perforasyonuna yol açarak PBF'e neden olabilir (4).

Perkutanöz transhepatik kolanjiografi, endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi, MR kolanjiografi, ⁹⁹Tc-diethyl-IDA ile kolesintigrafi, BT ve USG tanıda ve terapötik yaklaşımda yardımcı incelemelerdir (5). BT hastalığın lokal yayılımı, komşu organlarda diğer kistlerin varlığı, komplikasyonların tanımlanması ve cerrahi yaklaşımın seçiminde yardımcı olur (2). Abdominal USG biliyer ağaçtaki obstrüksiyon ve taş varlığını ve subdiyafragmatik patolojileri gösterir (1). Fakat ne BT nede USG cerrahi planlanması gerekli olan PBF'nin tam lokalizasyonunun tanımlanmasında yeterli değildir (3). MR, PBF tanısında primer radyolojik inceleme metodu olarak kullanılmamakla birlikte, özellikle koronal ve sagittal planlarda yapılan incelemelerde diyafragma ile paradiyafragmatik kitlelerin ilişkisini ve bu lezyonların transdiyafragmatik uzanımını tanımlamakta başarılıdır. Bundan dolayı olgumuzda torasentez sıvısında safra saptamamız üzerine diyafragma ile paradiyafragmatik karaciğer hidatik kisti ve plevral efüzyon arasındaki ilişkiyi ve transdiyafragmatik uzanımı saptamak amacıyla toraks ve üst batin MR çektirdik. MR incelemede, karaciğerde lobule konturlu, yoğun içerikli, hidatik kist ile uyumlu kistik lezyon izlendi. Lezyonun supkapsüler alana uzandığı, bu bölgede diyafragmayı perfore ederek intratorasik ilişki kurduğu saptandı. Howman ve arkadaşları (6) kolanjihepatitisli olgularında bizim olgumuzda olduğu gibi MR sagittal kesitte transdiyafragmatik rüptürü göstererek PBF'ü tanımlamış; tüp torakostomi, BT eşliğinde hepatik abse drenajı ve antibiyoterapi ile tedavi etmişlerdir. Uzun ve arkadaşları (5) ise MR kistografi ile safra kesesi, biliyer duktus ve fistül traktının kontrast madde ile dolduğunu gösterdiler.

Biliyer obstrüksiyon olan bronkobiliyer fistül olgularında minimal invaziv cerrahi ile endoskopik olarak stent yerleştirilmesi ve endoskopik sfingterotomi tedavi seçenekleridir (7). Biliyer obstrüksiyon olmayan karaciğer kist hidatiğe bağlı bronkobiliyer fistülün tedavisi geleneksel olarak cerrahidir (3). Tedavi nekrotik, hasar görmüş akciğer dokusunun ve fistül traktının rezeksiyonu veya rezeksiyonsuz subdiyafragmatik abse veya kistin basit drenajıdır (7). Tersine PBF genel olarak daha az zararlıdır ve akciğer rezeksiyonu gerektirmez. Olgumuzda intrahepatik ve extrahepatik safra yollarında

obstrüksiyon olmadığından tedavide endoskopik sfingterotomi düşünülmeyi, tedavimiz tüp torakostomi ile toraksın drenajı ve laparotomi ile karaciğer hidatik kistin drenajı oldu. Ancak göğüs tüpünün drene edemediği posterior paravertebral alanda, lokule sıvı birikmesi üzerine posterior mini torakotomi ile ampiyemektomi ve dekortikasyon yapıldı ve diyafragmatik perforasyonun spontan kapandığı saptandı. Tüp torakostomi ile konservatif yaklaşım ve uygun antibiyotik tedavisinin post travmatik PBF olgularının yaklaşık %60'ında başarı sağlandığı ve fistülün spontan kapandığı rapor edilmiştir (3). Sonuç olarak biliyer obstrüksiyon olmayan PBF olgularının tanısında perkutanöz transhepatik kolanjiografi veya endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi gibi rölatif olarak invaziv olan yöntemler yerine noninvaziv bir yöntem olan toraks MR olgumuzda olduğu gibi kullanılabilir ve yüksek morbidite ve mortaliteye sahip PBF olguları tüp torakostomi ve subdiyafragmatik lezyonun drenajı gibi konservatif yaklaşımlarla kolaylıkla tedavi edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kabiri EH, EL Maslout A, Benosman A. Thoracic rupture of hepatic hydatidosis. *Ann Thorac Surg*, 2001; 72: 1883-6.
2. Gerazounis M, Athanassiadi K, Metaxas E, Athanassiou M, Kalantzi N. Bronchobiliary fistulae due to echinococcosis. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2002; 22: 306-8.
3. Singh B, Moodley J, Sheik-Gafoor MH, Dhooma N, Reddi A. Conservative Management of Thoracobiliary Fistula. *Ann Thorac Surg*, 2002; 73: 1088-91.
4. Ramnarine IR, Mulpur AK, McMahon MJ, Thorpe JA. Pleuro-biliary fistula from a ruptured choledochal cyst. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2001; 19: 216-8.
5. Uzun K, Ozbay B, Etlik O, Kotan C, Gencer M, Sarkarya ME. Bronchobiliary fistula due to hydatid disease of the liver: a case report. *Acta Chir Belg*, 2002; 102: 207-9.
6. Howman SF, Feng TL, Chamberlain RS, Groeger JS, Blumgart LH. Bronchobiliary fistula complicating oriental cholangiohepatitis. *HPB*, 2002; 4: 131-3.
7. Chua HK, Allen MS, Deschamps C, Miller DL, Pairolero PC. Bronchobiliary fistula: principles of management. *Ann Thorac Surg*, 2000; 70: 1392-4.

