



Nadir bir karaciğer kist hidatik komplikasyonu: Bronkobiliyer fistül

A rare complication of liver hydatid cyst: Bronchobiliary fistula

Yekta Duygu ÇİMEN BEŞİRLİ, Halil YILMAZ, Kamil ENLİ, Mustafa ÇELİK

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Denizli

ÖZET • Karaciğer kist hidatik olguları genellikle asemptomatik seyreder; fakat nadir olarak komplikasyonlara bağlı atipik semptomlarla prezente olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, öksürük şikayeti ile başvuran ve incelemeler sonucunda bronkobiliyer fistül tespit edilen bir kist hidatik olgusu sunulmaktadır. Elli dokuz yaş kadın hasta, 6 aydır devam eden inatçı öksürük ve son 3 aydır safralı balgam şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde kist hidatiğe yönelik perkütan aspirasyon, enjeksiyon ve reaspirasyon ile endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi öyküsü mevcuttu. Görüntülemelerde, karaciğer sağ lob yerleşimli kistin diyafragma ve akciğer ile ilişkili olduğu, bronkobiliyer fistül geliştiği saptandı. Hastaya medikal tedavi (albendazol) ile beraber endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi işlemi ile endoskopik drenaj uygulandı. İşlem sonrası semptomlarda belirgin düzelme gözlemlendi. Karaciğer kist hidatik, özellikle endemik bölgelerde öksürük gibi atipik bulgularla prezente olabilmektedir. Bronkobiliyer fistül, nadir fakat ciddi bir komplikasyondur. Bu nedenle açıklanamayan, inatçı öksürük ve safralı balgam varlığında ayırıcı tanıda kist hidatik akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, öksürük, bronkobiliyer fistül, ERCP

ABSTRACT • Hepatic hydatid cysts are often asymptomatic; however, in rare cases, they may present with atypical symptoms due to complications. In this case report, a patient presenting with cough was evaluated and subsequently diagnosed with a bronchobiliary fistula secondary to a hydatid cyst. A 59-year-old female patient presented to our clinic with a 6-month history of persistent cough and a 3-month history of biliary sputum production. Her medical history included previous puncture, aspiration, injection, re-aspiration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedures for hydatid disease. Radiological imaging revealed a hepatic cyst located in the right lobe of the liver, with extension to the diaphragm and a fistulous connection to the bronchial tree, consistent with a bronchobiliary fistula. The patient was treated with albendazole and underwent endoscopic drainage via endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Following the intervention, significant clinical improvement was observed. Hydatid liver cysts can present with atypical symptoms such as chronic cough, especially in endemic regions. Bronchobiliary fistula is a rare but serious complication. Therefore, in patients with unexplained persistent cough and biliary sputum, hydatid disease should be considered in the differential diagnosis.

Keywords: Hydatid cyst, cough, bronchobiliary fistula, ERCP

GİRİŞ

Kist hidatik (KH), etiyolojik ajanı *Echinococcus granulosus* olan, zoonotik paraziter bir hastalıktır. Bu hastalık; başta karaciğer (%50-54) olmak üzere, akciğerler (%35-40), böbrek, dalak, beyin, iskelet ve kalp gibi birçok organda (%11) tutulum yapabilmektedir. Güncel bir değerlendirmede Türkiye'deki prevalansının 50-400/100.000 ve insidansının 3,4/100.000 olduğu bildirilmektedir (1).

Komplike olmayan hidatik kistler genellikle asemptomatiktir. Semptomlar kistin bulunduğu organa, büyüklüğüne, organdaki yerleşimine bağlı değişkenlik gösterir. Klinik bulgular genellikle komplikasyonlara bağlı görülmekle birlikte, ileri derecede büyüyen kistlerde basıya bağlı semptomlar; öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı görülebilir. Nadiren de olsa rüptür gelişmesi durumunda ök-

sürükle berrak soğan zarı görünümünde sıvı gelmesi, anafilaksi, ürtiker, bronkospazm, sekonder gelişen enfeksiyona bağlı ateş yüksekliği, balgam çıkarma görülebilir (2). Kist hidatik en sık karaciğerde görülmesine rağmen nadir olarak hepatik hidatik kistin akciğer parankimasına doğrudan fistülleşmesi, hızlı akciğer tahribatına, solunumsal semptomlara ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir (3). Burada dirençli öksürük ve safra içeren balgam kliniği ile başvuran ve bronkobilyer fistül tespit edilen nadir bir kist hidatik komplikasyon vakası sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

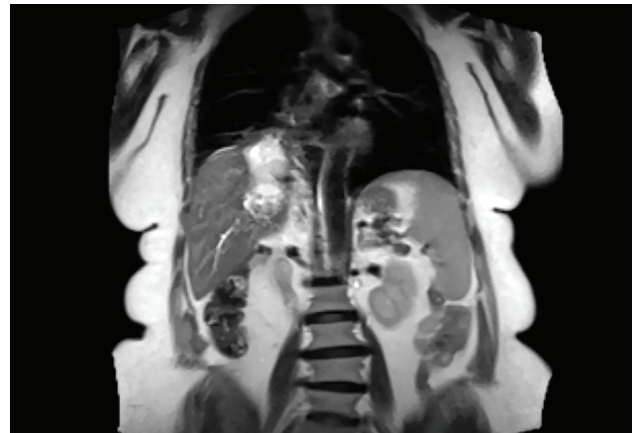
Elli dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık 6 aydır devam eden inatçı öksürük ve son 3 aydır da bu öksürüğe safra eşlik etmesi nedeni ile gastroenteroloji kliniğimize başvurmuştur. Öksürüğün kötü kokulu olduğunu ve gece uykusunu bölecek kadar rahatsız edici olduğunu belirtmiştir.

Özgeçmişinde aritmi mevcut olup düzenli olarak metoprolol 100 mg kullanmaktadır. Hastaya 2023 yılında, karaciğer sağ lob superior kesimde septalar içeren 150 × 115 × 100 mm boyutlarında tip II kist hidatik nedeniyle perkütan aspirasyon, enjeksiyon ve reaspirasyon (PAIR) işlemi uygulanmış olup, aynı yıl dış merkezde endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) yapılarak koledoka stent yerleştirilmiş, daha sonra stent çıkartılmıştır.

İşlemden 8 ay sonra hastada ökrüsürük yakınmaları başlaması üzerine yapılan incelemelerde, genel cerrahi ve göğüs cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta, operasyon riskinin yüksek olması nedeniyle gastroenterolojiye yönlendirilmiştir. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve oryanteydi. Solunum sesleri sağ alt kadranda azalmış olup yer yer raller duyulmuştur. Batın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet saptanmış, defans ve rebound izlenmemiştir.

Laboratuvar incelemelerinde böbrek fonksiyon testleri, aspartat aminotransferaz/alanin aminotransferaz (AST/ALT) ve bilirübinler normal sınırlarda bulunmuştur. Alkalen fosfataz (ALP) 156 IU/L, gama glutamil transferaz (GGT) 56 U/L, C-reaktif protein (CRP) ise 31.47 mg/L olarak yüksek ve Echinococcus granulosus için çalıştırılan indirekt hemaglutinasyon testi (IHA) 1/320 titrede pozitif saptanmıştır.

Görüntüleme tetkiklerinde, karaciğer sağ lobda diyafragma komşu ve diyafragmada eventrasyona yol açan, içerisinde hava içeren, yaklaşık 9 cm boyutunda kistik lezyon izlenmiştir. Lezyonun komşuluğunda sağ alt lobda atelektazi ve buzlu cam dansiteleri gözlenmiştir. Manyetik rezonans (MR) görüntülemeye PAİR sonrası dejenerasyon sürecinde CE tip 4 kist hidatik ile uyumlu bulgular saptanmış, ayrıca intrahepatik safra yollarında dilatasyon ve koledok içerisinde hipointens yapılar dikkat çekmiştir. Bu durum kistin safra yollarına açıldığını düşündürmüştür. Görüntülemelerde bronkobilyer fistül olasılığı bildirilmiştir (Resim 1).



Resim 1 MR görüntüsü.

Hastaya albendazol tedavisi başlanmış ve ERCP uygulanmıştır. İşlem sırasında karaciğer segment 8'deki kistten sağ bronşa kontrast geçişi izlenmiş, böylece kisto-bilyer-bronşiyal fistül doğrulanmış-

tır. Endoskopik sfinkterotomi genişletilmiş, balonla yoğun hidatik membran, çamur ve taş partikülleri çıkartılmıştır. Ardından koledoka 10 Fr x 10 cm plastik stent yerleştirilmiş ve safra drenajı sağlanmıştır.

Hasta 20.05.2025 tarihinde gastroenteroloji servisinden taburcu edilmiştir. Bir hafta sonraki kontrolden; semptomlarının azaldığını, iki ay sonraki kontrolünde ise öksürüğünün tamamen kesildiğini belirtmiştir. Genel durumu iyi olan hastanın, iki ay sonra koledok stentinin çekilmesi planlanmıştır.

Bu olguda karaciğer kist hidatik hastalığının önemli ve nadir bir komplikasyonu olan bronkobiliyer fistül gelişmesi anlatılmıştır. Hastamıza anı ve tedavi süreci ile ilgili bilgiler verilmiştir. Hastamız bilgilendirilmiş olup, onamı alınmıştır.

TARTIŞMA

Kist hidatik, tarım ve hayvancılıkla uğraşan; çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik önlemlerinin yetersiz kaldığı, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen parazitik bir hastalıktır. Ülkemizde Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve İç Anadolu Bölgeleri'nde daha fazla görülmesine rağmen her bölgede görülebilmektedir (4).

Kist hidatik daha sık genç yaşlarda görülmektedir (4). Karaciğer kist hidatik hastalığı sıklıkla kadınlarda görülen bir zoonozdur. Geniş olgu çalışmaları incelendiğinde kadınlarda görülme oranını %51,2 ile %77 arasında bildiren yayınlar vardır (5). Kist hidatik başta karaciğer (%50-54) olmak üzere, akciğerler (%35-40), böbrek, dalak, beyin, iskelet ve kalp gibi birçok organda (%11) tutulum yapabilir (1).

Kist hidatik, genellikle yaşam boyu sessiz kalır, klinik belirti göstermez. Tanı çoğunlukla başka bir nedenle yapılan görüntüleme işlemleri sonucunda tesadüfen konur. Klinik belirti verenlerde

semptomlar kistin yerleştiği yere ve büyüklüğüne bağlıdır. Akciğerde yerleşenlerde öksürük, göğüs ağrısı, hemoptizi, kist sıvı veya membranlarının ekspektorasyonu görülebilir. Karaciğer yerleşimli olanlarda, künt sağ üst kadranda ağrısı en sık görülen yakınmadır. Halsizlik, ateş, dispepsi ve bulantı nonspesifik bulgulardır. Komplike olmuş hidatik kistlerde ateş ile birlikte, sarılık hatta anafilaktik reaksiyon görülebilir (4,5).

Bronkobiliyer fistül kistin hem safra yollarına hem de bronşiyal sisteme açılması sonucu gelişen nadir fakat ciddi bir komplikasyondur. Bu olguda semptomlar öksürük ve sağ üst kadranda ağrısı olarak karşımıza çıkmıştır. Diyafram irritasyonu ile refleks öksürük, bronkobiliyer fistül gelişimi sonucunda öksürük ile membran ve safralı balgam gelmiştir. Ayrıca hastada kötü kokulu, inatçı öksürük, hava yolu irritasyonu ve sekonder enfeksiyon bulguları saptanmıştır. Bu vaka, atipik semptomlarla prezente olabilecek kist hidatiğin ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini göstermektedir.

Kist hidatik tanısı, direkt grafi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konulur, tanı serolojik testlerle doğrulanabilir; ancak, serolojik testlerin negatif olması hastalığı ekarte ettirmez (4).

Serolojik testler kist hidatik şüphesi olan hastalarda tanıya gitmede sıkça kullanılan testler olsa da karaciğer kist hidatik vakalarında tanısal duyarlılık %80-%95 arasında iken kalsifiye kistler veya karaciğer dışı kist hidatik vakalarında daha düşük (%50-%60) olabilir. Serolojik testin özgüllüğü %90'ın üzerinde olup, diğer parazit enfeksiyonlarla çapraz reaksiyon verebilmesi nedeni ile yanlış pozitif sonuçlar çıkabilir (3).

Kist hidatiğin primer tedavisi cerrahi olmakla beraber; tedavi seçenekleri kistin evresine, vakada gelişen komplikasyonlara ve hastanın genel durumuna göre değişir. Cerrahi özellikle büyük fistül-

ler ve tedaviye dirençli vakalarda seçilse de, cerrahi açıdan yüksek riskli olan hastalarda endoskopik yaklaşımlar ve medikal tedavi tercih edilebilir (6).

Preoperatif bilirübin, ALP ve GGT yüksekliğinde kistin safra yolları ile ilişkili olabileceği düşünülmeli ve tanı amaçlı ERCP ya da nazobiliyer drenaj yapılması önerilmektedir (6). Laparoskopik kole-sistektomi sonrası safra kaçağı ile ilgili hastaları inceleyen bir çalışmaya bakıldığında 13 tane kist hidatik hastasına safra kaçağı nedeni ile müdahale edilmiş, ERCP işlemi uygulanmıştır. 13 hastanın 12'sinde işlem başarı ile sonuçlanmıştır. Bizim vakamızda da, bu çalışmada görüldüğü üzere kist hidatiğin neden olduğu safra kaçaklarının ERCP işlemi ile (sfinkteretomi ve biliyer stent uygulaması) yönetiminin oldukça etkin ve güvenilir olduğu görülmüştür (7). ERCP, hem safra yollarındaki fistül açıklığını hem de kontrast geçişi ile bronşiyal sistemle olan bağlantıyı doğrudan göstererek tanının kesinleşmesini sağlamıştır. Bu yöntem, hem tanı hem de tedavi aracı olarak ön planda yer alır. Özellikle cerrahiye uygun olmayan veya cerrahi riski yüksek olan olgularda, endoskopik yöntemlerle safra akışının düzenlenmesi ve kistik içeriğin temizlenmesi mümkündür. Bu olguda da, ERCP sırasında koledoka stent yerleştirilmiş, uygun membran, taş ve çamur materyali balon yar-

dımıyla çıkarılmıştır. ERCP, duodenum ile safra yolları arasındaki basıncı düşürerek, safranin duodenuma akmasını sağlayarak fistülün kapanmasını sağlamaktadır (6,7).

Ülkemiz gibi endemik bölgelerde, kist hidatik hastalığı asemptomatik tablodan organ tutulumuna göre çeşitli semptomlar ile seyredebilmektedir. Açıklanamayan kronik öksürüğü olan, safralı, kötü kokulu balgamı olan hastalarda karaciğer kist hidatiğine bağlı bronkobiliyer fistül de akılda bulundurulmalı ve ileri görüntüleme yöntemleri istenmelidir. Erken tanı ve hastanın klinik, radyolojik ve serolojik sonuçları bir bütün şeklinde değerlendirilerek uygun tedavi yöntemi ile prognoz genellikle iyidir.

Yazarların Makaleye Olan Katkıları: M.Ç. çalışmanın ana fikrini ve hipotezini kurgulamıştır. Makale Y.D.Ç.B., H.Y. ve K.E. tarafından yazılmış, M.Ç. gözden geçirip gerekli düzeltmeleri yapmış ve onaylamıştır. Ayrıca tüm yazarlar çalışmanın tamamını tartışmış ve son halini onaylamıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Finans Beyanı: Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. Durgun C, Alkan S, Durgun M, Dindar Demiray EK. Türkiye'den kist hidatik konusunda yapılmış yayınların analizi. *BSJ Health Sci.* 2022;5(1):45-9. doi: 10.19127/bshealth-science.937804.
2. Uysal S, Uyan A, Taşbakan M, et al. (2015). Clinical Evaluation of Fifteen Cases of Hydatid Disease. *Mediterr J Infect Microb Antimicrob.* 2015;4:13. doi: 10.4274/mjima.2015.13.
3. Alloubi I, Hasni Alaoui T, Motiaa Y, Sbai H, Rachidi Alaoui S. Unforeseen pulmonary destruction following hepatic hydatid cyst fistulization: A case report of emergency pneumonectomy in a critically ill patient. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2025;33(6-7):241-6. doi: 10.1177/02184923251374364.
4. Duru Çetinkaya P, Diniz Z, Gezer S. A Case Report of Giant Lung and Liver Hydatid Cyst. *Ankara Med J.* 2017;17(1):89-92. doi: 10.17098/amj.304667.
5. Albayrak D, Sezer YA, İbiş AC, et al. Karaciğer Kist Hidatik Olgularımız. *Balkan Medical Journal.* 2008;2008(2):95-9. https://izlik.org/JA74YK95PH
6. Şahin DA, Kuşaslan R, Türel KS, et al. Surgical Treatment in our Hydatid Cyst Patients and Efficiency of Sphincterotomy with ERCP. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2006;7(1):11-6. doi: 10.18229/ktd.30224.
7. Çelik M, Yılmaz H, Kılıç MC, et al. Efficacy and safety of endoscopic retrograde cholangiopancreatography with endoscopic sphincterotomy and biliary stenting in post-operative bile leaks. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2023;29(8):904-8. doi: 10.14744/tjtes.2023.49963.