

ЕХИНОКОК ЈЕТРЕ И ЖУЧНИХ ВОДОВА - УЗРОК МЕХАНИЧКЕ ЖУТИЦЕ (ПРИКАЗ СЛУЧАЈА)

Лазовић Р., Бајић П., Добричанин В.

Клинички центар Црне Горе, Подгорица

HYDATID CYST OF THE EXTRAHEPATIC BILE DUCT - CAUSE OF THE OBSTRUCTIVE JAUNDICE (CASE REPORT)

Лазовић Р., Бајић П., Добричанин В.

Clinical Center of Montenegro, Podgorica

SUMMARY

Hydatid disease is a parasitic infestation by a tapeworm of the genus *Echinococcus* which represent significant healthcare problem in Montenegro as in many other regions of the earth. The incidence in Montenegro is 4.57/100.000. Communications with bile ducts is one of the most frequent complications of the hydatid disease. Wide communications can be followed with cholangitis and obstructive jaundice. We presented 51 years old patient with obstructive jaundice and hydatid cyst of the liver. Total pericystectomy is golden standard of the surgical treatment, which is, unfortunately possible only in 6-10% of the cases. The usage of the intraoperative ultrasound is standard procedure.

Key words: Jaundice; hydatid disease; surgical treatment

САЖЕТАК

Ехинококоза је хумана паразитарна болест која представља значајан здравствени проблем у многим регионима свијета. Црна Гора, земља Медитеранског региона, сматра се ендемским подручјем за *Echinococcus granulosus*, са инциденцом 4,75 на 100.000 становника. Комуникације са жучним водовима је једна од најучесталијих компликација ехинококозе јетре. Велика комуникација омогућава пражњење хидатидне мембране у жучне водове испољавајући клиничку слику холангитиса са симптомима: повишеном температуром, жутицом, мучнином, повраћањем, увећањем јетре и болом у горњем абдомену. Приказан је пацијент стар 51. годину са израженом екстрахепатичком опструкцијом и великом ехинококном цистом јетре. Тотална перицистектомија је златни стандард у оперативном лечењу али, на жалост, могућа је у свега 6-10% случајева. Коришћење интраоперативног ултразвука је данас стандард и обавеза код ове оперативне процедуре.

Кључне речи: ехинокок; иктерус; хируршки третман

УВОД

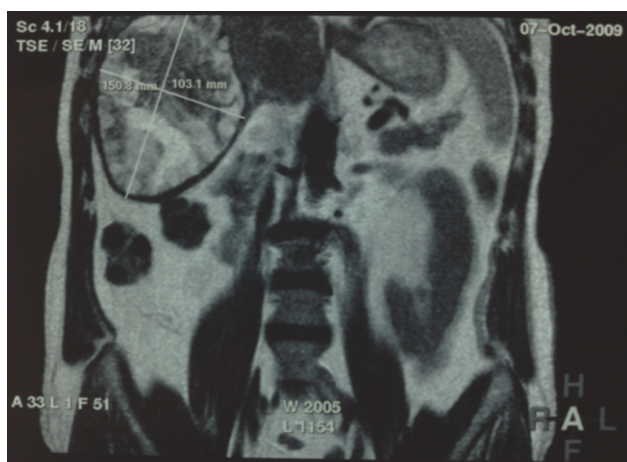
Ехинококоза је хумана паразитарна болест која представља значајан здравствени проблем у многим регионима света. Најзаступљенија је у умереном климатском појасу северне и јужне земљине полулопте у областима са развијеним сточарством и релативно ниским нивоом хигијенских навика (1). Црна Гора, земља Медитеранског региона, сматра се ендемским подручјем за *Echinococcus granulosus*, са инциденцом 4,75 на 100.000 становника (2). Ризичну групу у хуманој популацији представља становништво које је у блиском контакту са псима и стоком. Јетра је ангажована у 55-75% случајева (3), а обзиром на већу запремину десног јетриног режња, мањи степен ангулације десне портне вене на бифуркацији порталног трункуса и већи проток крви, десни режањ је чешће ангажован од левог. Сматра се да циста расте од 1-5 цм годишње, зависно од компресибилности ткива у коме се циста развија. (4,5,6) Комуникација са жучним водом је једна од најучесталијих компликација ехинококозе јетре. Велике цисте преко 10 цм у пречнику готово увек стварају комуникацију. Уколико дође до комуникације билијарног стабла са садр-

жајем цисте, већи притисак унутар цисте (80 цм Н₂О) празни садржај цисте у билијарно стабло у виду хидатидног песка, цисти кћерки или фрагменте ендоцисте. Велика комуникација омогућава пражњење хидатидне мембране у жучни систем испољавајући клиничку слику холангитиса са симптомима: повишеном телесном температуром, жутицом, мучнином, повраћањем, увећањем јетре и болом у горњем абдомену (7). У случајевима цистобилијарних комуникација (ЦБК) на прегледу ЦТ се могу запазити: дилатација интрахепатичних жучних водова, дилатација екстрахепатичних жучних водова, дефект у континуитету цистичног зида, цистекћерке, фрагменти мембране или цистични песак у билијарном тракту као и изчезавање цисти-кћерки из хидатидне цисте које су биле присутне на предходном ЦТ налазу (8). Перицистектомија, холедохотомија, ослобађање жучног пута од хидатидног садржаја са Т-дренажом и сатура комуникације представља сигурно хируршко решење. Код ехинококозе јетре стопа морталитета износи 4-5% (9).

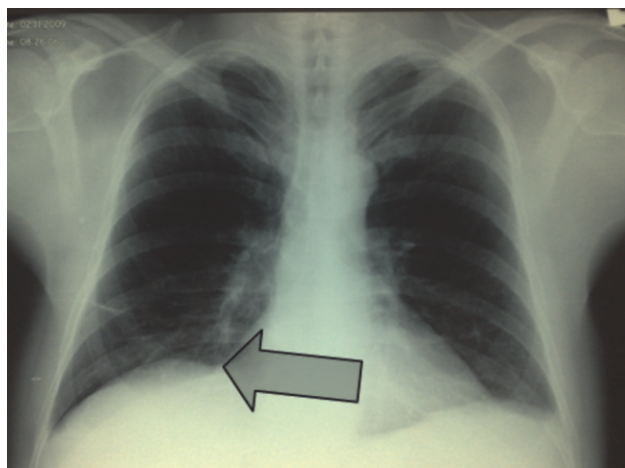
Хирургија (радикална, нерадикална, лапароскопска) комбинована са хемиотерапијом представља златни стандард у терапији хепатичне ехинококозе. Цистектомија и парцијална перицистектомија је хируршка процедура која се најчешће користи у ендемским регијама Инциденца ЦБК у публикованим серијама креће се између 10-25% (Миљевић, Кенан), (10,) до 80% када су у питању окултне ЦБК (Lewal) (11). Жутица код ехинококозе испољава се код 6-10% случајева (11), а у ендемским регијама од свих опструкционих иктеруса достиже проценат од 3-10% (El Mufti) (12). Начин збрињавања комуникације зависи од њене величине и локализације, а принцип је одстранити цистичне елементе из билијарног вода и осигурати несметану дренажу билијарног стабла. Место цистичне комуникације са жучним водом заступљена је у 65% случајева, сатура и Т-дренажа у 18%, док билио-дигестивне деривације су неопходне код 2-5% случајева (11). ЕРЦП са ЕПТ показала је добре резултате у решавању интрабилијарне руптуре цисте као и постоперативних билијарних фистула.(13). Перкутане и лапароскопске процедуре су заступљене у збрињавању некомплицоване хидатидне цисте јетре (14, 15, 16, 17).

ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Пацијент Ц. Ш. 51. година старости, број историје болести 19755/770/09, примљен са клиничком сликом механичке жутице. У анамнези: тамна мокраћа, ахолична столица, повремени мучнина и нагон на повраћање. Пре три дана приметио жуту пребојеност беоњача. До сада није лечен нити оперисан. Лабораторијске анализе при пријему: WBC: 13.6 G/L; NEU: 86.5%N; RBC: 5.13 T/L; HGB: 158 g/l; PLT: 166 G/L; GLuC: 9.6 mmol/l; Уреа: 4.0; TP: 58.7 G/L; BilT: 203.6 μ mol/L; AST 118.6 U/L; ALT218.9 U/L; AlkP: 152,5 U/L; GGT:326.7; CRP: 46.4 mg/l. Вирусни маркери (HBS, HCV и HIV) негативни. USG абдомена: У десном лобусу јетре експанзивна промена која, ултрасонично, одговара ехинококној цисти. СТ налаз одговара ултрасонографском налазу. Налаз MR томографије абдомена: Јетра је увећана, са циновском мултилокуларном ехинококном цистом укупног



Слика 1. МР Томографија.

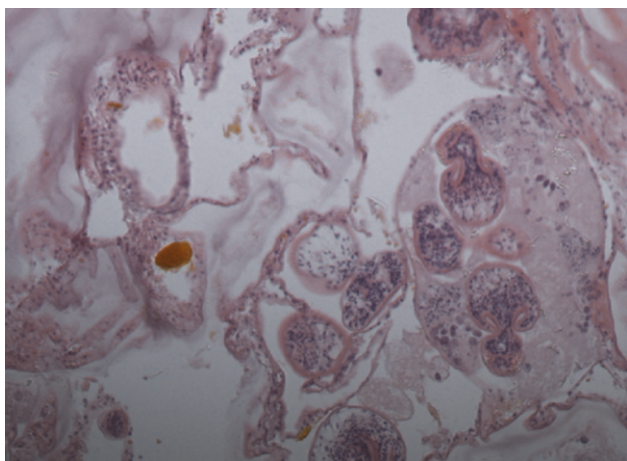


Слика 2. РТГ плућа (знак залазећег сунца)



Слика 3. Холангиографија кроз Т-дрен.

промера до 150мм, која захвата скоро цели десни лобус јетре. Жучна кеса елонгирана, без патолошког садржаја. Интра и екстрахепатични жучни водови нису проширени. У главном жучном воду хиподензне формације које могу одговарати цистама ћеркама. Панкреатични вод уредног тока и калибра, прати се целом дужином. Панкреас примерене величине, без фокалних промена. ЕРСП нисмо урадили због техничког квара на апарату. Серолошке пробе на ехинокок Ag позитивне. На радиографији плућа уочава се јасан знак залазећег сунца. Након преоперативне припреме и адекватне хидрације приступа се оперативном лечењу. Одлучили смо се за десни субкостални приступ. Интраоперативно: VI, VII и VIII сегмент јетре комплетно деструирани огромном ехинококном цистом. Садржај перицисте испуњен живим цистама ћеркама и билијарним садржајем. Након евакуације комплетне ендоцисте и перицистектомије, урађена бочна сатура четири комуникантна жучна вода концем PDS 4.0. Потом, трансцистична холангиографи-



Слика 4. Патохистолошки налаз.
(број 8403/09HE 20x)

ја (претходно холецистектомија) показује уредну билијарну дренажу осталог јетреног паренхима и стоп препапиларно. Урађена холеднохотомија и екстрахована циста ћерка из дисталног холедоха пречника 1,5cm. Поновљена ЈО холангиографија: уредан налаз. Операција завршена двоструком дренажом перитонеалног простора. Постоперативни ток уредан, рана пер примам инт. Шавови скинути десетог постоперативног дана. Холангиографија кроз Т-дрен урађена је 12. постоперативног дана: Испуњавају се жучни водови, десни, леви и заједнички као и холедох. Нема знакова екстралуминације. Дуоденум се промјтно пуни контрастом. Жучни водови нису проширени. Патохистолошки налаз број 8403/09 HE 20x.

Биохемијски параметри на отпусту: GluC: 5.4 mmol/l; Urea: 3.7mmol/l; TP: 64.2g/l; BilT: 20.7 μ mol/L; AST: 15.3U/L; ALT: 12.1 U/L; AlkP: 107 U/L. Контролна NMR холангиографија након три месеца уредан налаз. Постоперативно болесник третиран Албендазолом по шеми.

ЗАКЉУЧАК

Овај и бројни литературни случајеви, говоре да онда кад се ради о механичкој жутици треба мислити и на ехинокок. Разлог више ако се ради о ендемском подручју каква је наша земља. У дијагностичком поступку, наравно, треба поштовати задати алгоритам, уз напомену да је опструкцију магистралног жучног вода могуће решити ЕРЦП-ом, што свакако представља предност над холедохотомијом, поготову узимајући у обзир и компликације која иста носи. Тотална перицистектомија је стандард, на жалост могућа је у свега 6-10% случајева (10). Коришћење интраоперативног ултразвука је данас стандард код ове процедуре (11).

ЛИТЕРАТУРА

1. Budke CM. Global socioeconomic impact of cystic echinococcosis. *Emerg Infect Dis* 2006 Feb; 12(2): 296-303.
2. Petrović M., Lalić R., Movsesijan M. et al. Studies on the epidemiology, diagnosis and control of *Echinococcus granulosus* infections. Nuclear techniques in the study and control of parasitic diseases of livestock; Research Co-ordination Meeting, Vienna, 11-14 May 1987, p. 23-34.
3. Gillet M., Bresson-Hadni S. Hepatic alveolar echinococcosis, *Rev Prat*, 1991; 41(19):1805-11.
4. Garcia LS, Bruckner DA. Tissue cestodes: larval forms. In: *Diagnostic medical parasitology*. 4th ed. Washington, D.C.: ASM Press, 2001:387-403.
5. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S. et al. Hydatid Disease from Head to Toe, *RadioGraphics* 2003; 23:475-94.
6. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J. et al. Hydatid Disease: Radiologic and Pathologic features and complications. *Radiographics* 2000; 20:795-817.
7. Karabulut K., Ozden I., Poyanly A. Et al. Hepatic atrophy-hypertrophy complex due to echinococcus granulosus. *J of gastrointestinal surg*, 2006; 10(3): 407-12
8. Ascenti G, Scribano E, Loria G. Et al. Computerized tomography in the assessment of obstructive jaundice caused by hepatic hydatid cysts. *RadioMed* 1995; 89(6):804-8.
9. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. *Bull World Health Organ*. 1996; 74, 231-42.
10. Milicevic M., Obradovic V. Protoscolicoides in the surgical treatment of hepatic echinococcosis-myth or reality. *Acta Chir Jugosl*, 2001.
11. Erzurumlu, Dervisoglu A, Polat C. Et al. Intrahepatic rupture: An algorithm in the treatment of controversi complication of hepatic hydatidosis, *Gastroenterol*. 2005; 11(16):2472-2476.
12. Lewall DB, McCorkell SJ. Rupture of echinococcal cysts: diagnosis, classification and clinical implications. *Am J Roentgenol* 1986; 146:391-394.
13. Gavrilin AV., Vishnevskii VA., Ikramov RZ. Et al. Intraoperative ultrasonic study in surgery of hepatic echinococcosis, *Khirurgiia Mosk*, 1991; 2: 78-82.
14. Todorov T., Vutova K., Petkov D. Et al. Albendazole treatment of human cystic echinococcosis, *Trans R Soc Trop Med Hyg, Bulgaria*. 1988.
15. Magistrelli P et al. Value of ERCP in the diagnosis and management of pre-and post-operative biliary complications in hydatid disease of the liver. *Gastrointestinal radiology*, 1989, 14 (4):315-20.
16. Pelaez V., Kugler C., Correa D. Et al. PAIR as percutaneous treatment of hydatid liver cysts, *Acta Tropica*, March 2000; 75(2): 197-202.
17. Faraj W., Selmo F., Khalifeh M. Et al. Laparoscopic resection of pancreatic hydatid disease, *J of pediatric Surg*, March 2006; 139(3): 438-441.