

173459

T. C.
M. S. B.
GÜLHANE AS. TIP AKADEMİSİ
1. CERRAHİ KLİNİĞİ
DİREKTÖR : Prof. Dr. NECATİ KÖLAN

KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNİN TEDAVİSİNDE
UYGULANAN CERRAHİ YÖNTEMLERİN
KIYASLANMASI

H A Z I R L A Y A N

Dr. Hasan Faik ERDOĞAN
1. Cerrahi Kl. Asistanı
1976

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
ÖNSÖZ	2
GİRİŞ VE TARİHÇE	3
KAYNAKLARIN TARANMASI	4-35
ARAÇ VE YÖNTEM	36-41
TARTIŞMA	42-48
SONUÇ	49-50
ÖZET	51
KAYNAKLAR	52-55

Ö N S Ö Z

Cerrahi kliniklerinde, cerrahi ençok düşündüren problemlerden biri muhakkak ki tanı güçlüğü kadar tedavisinde de sürprizler gösteren kist hidatik olgularıdır.

Yurdumuzun bir çok bölgelerinde hayvancılığın halkımızın başlıca uğraşı ve geçim kaynağı olması yanında, modern Veteriner hizmetlerinin tam olarak gerçekleştirilememesi kist hidatik olgularının diğer gelişmiş ülkelere göre daha sık rastlanma olasılığını yaratmaktadır.

Sayrılığın tedavisinde günümüze dek bir çok yöntemler önerilmiştir. Karaciğer kist hidatiklerinin tedavisinde olguların nüks etmemesi ve diğer komplikasyonların görülmemesini sağlayacak ideal tedavi yöntemi henüz bulunamamıştır.

Her otör kendisine uygun gelen cerrahi girişimi savunmaktadır. Biz her yöntemin uygulanmasından elde edilen sonuçları kıyaslayarak kist hidatik tedavisindeki en uygun girişimi saptamaya çalıştık.

Bana bu çalışma olanağını veren ve gerekli yardımlarını esirgemeyen Sayın Hocam Prof.Dr. Necati KÖLAN'a Sayın Doç.Dr. Seçkin SARI'ya ve Baş Asistanlarıma teşekkürü borç bilirim.

Asistan Dr. Hasan Faik ERDOĞAN

GİRİŞ VE TARİHÇE

Kist Hidatik *Tenia Echinococosis*'in hexocant embriyonunun karaciğerde yerleşmesi ile oluşan kistik bir oluşumdur. Klinik olarak kistin gösterdiği belirti ve semptonlar, kistin anatomisine, morfolojisine, komplikasyon yapıp yapmamasına bağlı olarak değişik özellikler gösterir. (8.27)

Organizmada en sık karaciğerde, sonra sırası ile akciğer ve dalakta yerleşmektedir. Bu organların dışında organizmanın herhangi bir bölgesinde gelişmesi mümkündür.

Tarihin çok eski dönemlerinden beri bilinen bir sayrılıktır. Din kitabı Talmud'da ilahlara kurban edilen hayvanlarda, bazen içi su dolu keselere rastlandığı bildirilmektedir. HYPOCRATES dahil birçok hekim sayrılığı tarif etmiştir. GOETZE 1782 de BREMSER 1819 da Hidatik Kistin germinative tabakasında skolekslerin varlığını mikroskopik inceleme sonunda ispat etmiştir.

Bu sayrılığın nedeni *Tenia Echinococosis* olduğunu 1853 de VON SIEBOLD tarafından gösterilmiştir. 1804 de LAENNEC aynı sayrılığın koyun ve sığırlarda bulunduğunu gösterdi. 1897 de BECLERE ve daha sonra ECSUDARO ilk kez sayrılığın radyolojik tanımını yapan araştırmacılar olmuşlardır. 1898 yılında PSODAS, 1903-1910 yıllarında TUFFIER sayrılığın cerrahi iyileştirilmesinde bugün bile geçerli prensipleri ortaya koymuşlardır.

F. DEVE 1901-1946 yılları arasında Kist Hidatik sayrılığına ilişkin geniş yayınları ile modern Hydatilogie ilmini kurmuştur.

Echinococosis Hydatitosis sözcüğü ilk kez RUDOLPH tarafından tıp literatürüne sokulmuştur. Kelimenin aslı Yunanca olup *Echinos* kirpi, *Cocus*, tane sözcüklerinden türemiştir. (2)

KAYNAKLARIN TARANMASI

Tenia Echinococosis, Sestodes grubundan köpeklerde yaşayan en küçük tenia türüdür. Uzunluğu 2-5 mm genişliği 0,5 mm dir. Bu tenia dört parçadan oluşmuştur. Parazitin başında, üzerinde dört adet vantusu bulunan rostelin kısmı vardır. Parazitin son halkasının içersinde 400 ile 800 yumurta bulunur. Bu yumurtalar neme ve ısı değışikliklerine karşı son derece dirençlidir. Bütün bu etkenlerden hiç bir zarar görmeksizin yıllarca canlı kalabildiği saptanmıştır. Parazitin son halkası belirli bir erginliğe erişince kopar ve yaşadığı hayvanın dışkısı ile dışarı atılır. Yumurtaların dış kısmı sert ve kalın bir tabaka ile çevrilidir. Bu kabuk içersinde "Hexanthe Embryon" bulunur. Herhangi bir ara madde ile insan, koyun, sığır gibi canlıların barsaklarına erişen bu yumurtaların dış kabuğu hazım enzimleri ile eritilir. Serbest kalan embryo barsak duuvarına yapışır, daha sonra barsak duvarını geçerek nezenter damarlarına ulaşır, buradan karaciğer dokusuna yerleştiği gibi bazen karaciğerden V. cava sistemine geçip vücutta başka bir organa yerleşme olanağını bulaı bilir. Parazitin yerleşme yerini içeren organı yiyen hayvanda, örneğin köpekte, Echinococ evrimini tamamlar. (6.27, 32)

Kist Hidatik en sık karaciğerde yerleştiği yapılan araştırmalarla saptanmıştır. Karaciğerde bölge ve loblarına göre yerleşme yeri sırası ile en sık sağ lobda olmak üzere sol lobun ön yüzünde yerleştiği görül mektedir. Bu tip bir yerleşim göstermesini açıklamak için çeşitli gö-rüşler ileri sürülmüşsede, kesin bir görüş birliğine varılamamıştır. Bazı araştırmacılar ise lavranın barsak duvarını delerek doğrudan karaciğere ulaştığı tezini savunmaktadırlar. Kistin karaciğerin sağ lobunda, diğer

karaciğer bölgelerine göre daha sık yerleşme nedeni, vena porta kanının bu lobda stagnasyon fazlalığı ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür. (28)

Herhangi bir organa yerleşen embriyonun belirli bir gelişim evrimi vardır. Embriyo yerleştiği organ içerisinde çok yavaş bir büyüme gösterir. Kistin içerisinde kaya suyu bulunur. Bu sıvının biyokimyasal yapısı incelendiği zaman PH : 7,4 NaCl % 5,5, Üre % 0.35, Ca % 0.88, Glycose % 0.23, Kreatin % 0.09, Amino asit % 0.23 olduğu anlaşılar.

Kistin iki tabakası vardır. Dışta olan tabaka kitüküladır. Bu taba kanın içerisinde skoleks ve yavru vesikülleri oluşturan nembrana stratum germinativum tabakası bulunur. Bu iç tabakadan zamanla kız ve torun vesiküller oluşur, Belirli bir süre sonra bu veziküller içerisinde, sekonder veziküllerin olduğu görülür. Parazit çoğunlukla böyle gelişmesine karşın bazen exogen bir gelişme gösterebilir.

Kistin yerleşmiş olduğu organda kendi dış tabakası dışında adventisya adı verilen ve kistin yerleştiği organın parankimasına yaptığı bası sonunu gelişen bir tabaka oluşur. Bu tabaka içerisinde oblitere olmuş kan damarları, safra kanalları bulunduğu görülmüştür. Bazı kistlerde bu çevre damarlarından kist içerisine kanama olmaktadır. Kistin adventisyasına kist kapsülü adı da verilmektedir.

Kist boşluğunda bulunan kaya suyunun içerisinde parazitin artık albumin proteinleri bulunur. Bazı sayrılarda rastlanılan anafilaktik reaksiyon bu tip albumin tarafından meydana getirildiği saptanmıştır. Bazı kistlerde kist boşluğu kız ve torun veziküllerle tamamen dolar ve kist içeriği koyu jelatini bir oluşuma dönüşür. Bu tip kitlere ponksiyon yapıldığında kaya suyu alınamaz.

Kist Hidatik sayrılığının sık görüldüğü ülkeler, Arjantin, Uruguay, Şili, Cezayir, Tunus, Kıbrıs, Lübnan, Yugoslavya, Güney İtalya, Rusya'dır.

Bu memleketlerde morbidite yüzbinde 4,4 - 12,6 arasında değişmektedir. Yunanistanda her yıl 600-650 arasında Kist Hidatik olgusu ameliyat edilmektedir. Bu ülkede morbidite 7,5 dur. (Dokuz milyonluk nüfusta)(20)

Türkiye'de Kist Hidatik yaygınlığını bildirecek sıhhatli araştırmalar yoktur. Buna rağmen 1955-1959 yılları arasında M. ÜLKER 1853 Kist Hidatik olgusu saptamıştır. Bundan çıkan sonuca göre yılda ortalama 275 Kist Hidatik olgusu ameliyat için hastanelere başvurmaktadır. Ortalama bir hesapla yurdumuzda morbidite yüzbinde üçtür.(35)

Kist Hidatik yerleştiği organ ve dokuya göre çeşitli semptomlar ve belirtiler göstermektedir. Bazı olgularda kistin çevre dokulara yaptığı bası veya kistin yırtılması, apseleşmesi, kireçlenmesi gibi komplike durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu olgularda tanı, bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. (27)

Bugün klinikte, Kist Hidatik sayrılığının tanısında kullanılan test ve muayene usullerini şu şekilde sıralayabiliriz.

1- A n a m n e z : Sayrının hikayesinde, allerjik veya anaflaktik bir krizin bulunup bulunmadığı ve evcil hayvanların yaşantısındaki yeri sorulmalıdır.

2- K l i n i k B u l g u l a r : Sayrının fizik muayenesinde, mun tazam kenarlı direngelik veren hareketli bir kitlenin palpe edilmesi.

3- L a b o r a t u a r İ n c e l e m e l e r i : Laboratuvar tetkikleri arasında önemli bir yeri olan Weinberg reaksiyonunun aslında, kompleman birleşmesi esasına dayanan ve sayrılarının % 50 sinde doğru sonuç veren bir incelemedir. Bu reaksiyon parazitin çıkarılmasının iki ay sonrasına kadar pozitif kalmaktadır. Fakat bazı parazitik sayrılıklarda da aynı sonuç alınmaktadır.

Casoni testi, intradermal inceleme olup, olguların % 85 inde doğru

sonuçlar verir. Sayrılığın tedavisinden sonra da uzun zaman olumlu kaldığı saptanmıştır. KATZ ve PAN'a göre bu incelemeye % 54-92 oranında güvenilmelidir. Oysa LITCMAN % 56 doğru sonuç verdiğini iddia etmektedir. (22)

Bu sayrılığın tanısında kullanılan iki serolojik inceleme daha vardır. Hemaglutinasyon ve Betonite flokülasyon reaksiyonu. Bu incelemelerin sayrılığın etken olduğu sürece doğru sonuç verdiği saptanmıştır. (16)

Kist Hidatik bulunan sayrılarda lökosit formülü yapıldığında Eozinofil oranının % 4 den daha fazla olduğunu görmek mümkündür. Bu inceleme her zaman doğru olmayabilir. Bazı Kist Hidatik olgularında alkale fosfat'ın yükseldiği saptanmıştır. (43)

4- Radyolojik İncelemeler :

a- Direkt batın grafisinde sağ diaframanın yüksek görünüm arz etmesi veya karaciğer alanı içerisinde kireçlenme odaklarının görülmesi Kist Hidatik kuşkusu uyandırmalıdır. (16)

b- Sağ sinüs diaframatikusun kapalı olması.

c- Bazı olgularda karaciğer içerisinde yoğunluk artışının saptanması.

d- Splenoportografi yapıldığında karaciğerde damarsız bir bölgenin görülmesi Kist Hidatik yönünden önem kazanmaktadır. GILSANZ, GALLEGOCALLE, YASTE bu yöntem ile çok sayıda Kist Hidatik'i karaciğerde lokalize etmişlerdir. (16)

e- Komşu organların itilmesinin saptanması.

f- Retroperitoneumoperituvan'la kistin veya kitlenin büyüklüğünün anlaşılma olasılığı vardır.

g- Kolanjiografi'de, karaciğer Kist Hidatiklerinde tanı yöntemi olarak önemli laboratuvar incelemesidir. Karaciğer Kist Hidatiklerinin

çoğu safra yollarına açılır. . Sonuç olarak kist sıvısı safra yollarına, safrada kist içine geçebilmektedir.

Bu özelliğe dayanılarak kolanjiyografi ile bu geçişler, Oddi sfinkterindeki spazm ve safra yollarına ilişkin geniş bilgi elde edilebilmektedir.

5- R a d y o b i y o l o j i k İ n c e l e m e :

İyot 131 ile işaretlenmiş Rose Bengal ile yapılan karaciğer sintigrafisinde, hem karaciğerin şekli, hem safra yollarında bulunan bir tıkanma sayrı için zararsız bir şekilde ortaya konabilmektedir. Karaciğer içerisinde hypoaktif sahaların bulunması kist yönünden değer arz etmektedir.(8, 20)

Gerek karaciğer sintigrafisinin gerekse arterioğrafinin Kist Hidatik tanısında çok önemli bir yeri vardır.(33)

AYIRICI TANI :

Karaciğer Kist Hidatiklerini, kist yansılaması yapan bazı sayrılık lardan ayırt etmek gerekmektedir. Bu patolojik değişimlerden bazılarını şöyle sıralayabiliriz.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1- Karaciğerin kistik tümörleri | 4- Karaciğer apseleri |
| 2- Karaciğerin travmatik kan kistleri | 5- Karaciğerin iyi huylu tümörleri |
| 3- Karaciğer sirozları | 6- Primer ve sekonder karaciğer kanserleri |

ENSİDENS :

Kist Hidatik embriomunun, vena porta'dan geçtikten sonra, tutulduğu ilk süzgeç organ karaciğerdir. Kist Hidatik bütün yaş gruplarında görülmekle birlikte çok genç yaşlarda raslanmaktadır. Kistin tanısı için uzun

bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Kliniğimizde 1963-1973 yılları arasında ameliyat edilen 103 olguda yaş ortalaması 30,02 olarak bulunmuştur.

PATOLOJİ

Kist Hidatik, sayrılarda gelişme sürecinde bazı patolojik değişimlere uğramaktadır. Pek tabii ki bu oluşuma bağlı olarak klinik belirtilerde de gelişmeler olmaktadır. DEW 'e göre bazı olgularda, kistin safra kanallarına açılması sonucunda kanalları içerisinde implantasyon meydana gelebilmektedir. LITCHMAN'ın iddiasına göre Kist Hidatik olgularının % 35 inde tıkanma sarılığı gelişmektedir.(22) WALTERS, RAMSTELL ve ENGEL Kist Hidatiklerin tekrarlayan koledok kanalı tıkanmalarına neden olabileceğini göstermişlerdir. HANKINS'e göre kist ve karaciğer safra yolları arasında meydana gelebilecek yırtılmalar, karaciğer içi apselerin oluşmasına neden olabilir.(15) DAGHER ve HOVNANIAN ilk kez, intrabilier rüptür terimini, kist ile safra yolları arasında meydana gelebilecek yırtılmalar için kullandı.

DEVE, karaciğer Kist Hidatiklerinin safra yollarından çok periton içerisine yırtılarak diğer batin organlarını enfestasyona uğratacağını iddia etmektedir. Bazı hallerde kistin safra yolları ile birleşerek yırtılması sonucu safra peritoniti meydana gelmektedir. Diğer taraftan kistin intraperitoneal yırtılması her zaman massif bir fenomen olarak karşımıza çıkmaktadır. Zira kistin tepe noktasında meydana gelen küçük bir delikten, çok az miktarda kist sıvısının sızıntı şeklinde boşalma olasılığı vardır. Bu tip bir olguda, kaçan kist sıvısının diğer batin organlarında sekonder kistleri oluşturabilmektedir. Buna kistin metastazi adı verilmektedir.(16)

Bütün karaciğer Kist Hidatikleri kendine özgü belirtilerden çok, gastrointestinal sisteme ilişkin yakınmalara neden olurlar. Karaciğerin sağ veya sol lobunda yerleşmiş Kist Hidatikler genellikle komşu diafragmaya bası, nekroz ve iltihabi değişimler yapıp akciğerin kaide loblarında

bazı patolojik reaksiyonlara neden olur. Bu durum uzun süre devam ettiği zaman hepato-bronşiyal fistüllerin gelişmesine zemin hazırlar. Bu tür olgularda akciğer ampiyemi, atelektazi ve konsolidasyon sahaları oluşmaktadır.

LEBON ve arkadaşları kist hidatiğin karaciğer parankimasını harap ederek lokalize sirozlar meydana getirdiğini göstermiştir. Kistin vena porta dallarını bası altında tutup, her olguda belirli ölçüde portal hipertansiyon geliştirdiğini iddia etmektedir.

Kist hidatiğin gelişmesi çok yavaş olduğu için sayrılık uzun süre gizli kalır. Bundan dolayı kist hidatiğin başlangıç devresinde tipik klinik belirtiler yoktur. Karaciğer kist hidatiği belirli bir büyüklüğe erişince yakınmalara neden olur. (16.36). İnsanın karacigerinde gelişen kist hidatikler başlıca iki mekanizma ile klinik belirtiler vermektedir.

- a. Parazitin kendisi tarafından meydana getirilen yaygın toksin reaksiyonlar
- b. Kistin lokalizasyonuna bağlı olarak meydana gelen yerel belirtiler(32)

Klinik olarak karaciğer kist hidatiklerini şu şekilde incelemek gelenek haline gelmiştir.

I-PRE TUMÖRAL DEVRE

II-TUMÖRAL DEVRE

III-KOMPLİKASYON DEVRESİ

1-PRE TUMÖRAL DEVRE :Bu devrenin kendine has belirgin bir özelliği yoktur. Ancak DİELAUFÖY tarafından belirtilmiş bazı küçük gözden kaçabilen yakınmaları saptamak mümkündür. Bunlar sağ omuzda ağrı, yağlı gıdalara karşı tiksinti, Ürtiker sağ hemitorokta efüzyon, vb. Bunlardan başka epigastriyumda ağrı, sindirim bozuklukları, mukoza kanamaları, ruhi bozukluklar kist hidatikli sayrılarda görülen bazı yakınmalardır. Bütün bunlar kist hidatik için spesifik bulgular değildir.

II-TUMÖRAL DEVRE: Kistin karaciğer merkezinde yerleştiği ender olgularda tanı güçtür. Bu olgularda karacigerde genel bir büyüme dikkati çeker.

Buna karşın kist, kısa zamanda periferik büyüme gösterir bazan diaframa, bazende karın duvarı yönünde gelişme gösterir. Karın ön duvarı yönünde büyüme gösteren kistler , palpasyonda oldukça düzenli, esnek kıvamda, solunumla hareket edebilen ağrısız özellikler gösterip, perküsyonla matite verirler.

Yukarı yönde büyüyen kistler uzun süre gizli kalır. Dispne, öksürük, interkostal ağrılarla kendilerini ortaya koyarlar. Fizik muayenede sağ hemitoraksta hareket azlığı, vibrasyon torasikte azalma, sağ sinüste kapanma görülür.

Aşağı yönde büyüyen kistler çoğunlukla safra yollarını sıkıştırarak sarılığa vena portaya bası yaparak portal hipertansiyona neden olarlar.

Arka yöne yönelik büyüme gösteren kist hidatikler böbrek tümörünü taklit ederler

Pratik olarak, aşırı portal hipertansiyon belirtilere bulunmayan, karaciger belirtileri vermeyen ve hepatomegali gösteren sayrılarda karaciger kist hidatiği olasılığı düşünülmelidir.(36)

Kistin klinik belirtileri, kistin karacigerde lokalizasyonuna, büyüklüğüne komplikasyon yapıp yapmamasıyla yakından ilgilidir. Basit karaciger kist hidatiği çevre dokulara bası yapmadığı sürece ağrısız ve asemptomatiktir. Kist belirli bir büyüklüğe erişince sayrı, karnında ağırlık hissi duyabilir. Ve pozisyon değiştirdiği zaman bu hissi daha iyi duyar. Bir çok karaciger kist hidatiklerinde sayrının yakınmaları akcigerlere ait olduğu saptanmıştır.(16)

III-KOMPLİKASYON DEVRESİ:

I- Karaciger kist hidatiğinin rüptürü

II- Kistin süpüre olması

III- Kistin bası yapması

IV- Kalsifikasyon

I-Karaciger kistinın direkt veya endirekt travmaya uğraması sonucu kist yırtılabilir. Kist boşluğundan batın içerisine yayılan anafilaktik reaksiyon veren

Kaya suyu sayrıda allerjik veya anafilaktik şok tablosu yaratır. Daha sonra bu sayrılarda sekonder echinococcosis meydana gelecektir. Rüptüre olan kistlerde x sayrılarının % 90 ı olaydan sonra hayatta kalmaktadır.

Safra yollarına açılma daha çok enfekte kistlerde görülmektedir. BRUNE 274 olguluk serisinden 27 sinde kist ile safra yolları arasında iştirak olduğunu bildirmiştir. Safra yollarına hidatik kistin açılmasıyla ortaya çıkan tablo kole-dokolitiasis krizlerinin hatırlatır.

Safra yollarına açılan kist hidatikler oddi sfinkterinde spazm meydana getirirler . Bu spazmın uzun süre devam etmesi sonucu oddide fibrotik oddidis oluşur Esasen kist içeriğinin, safra yollarında allerjik ve refleks mekanizma ile önce fonksiyonel, sonrada organik lezyona neden olduğu 1951 de, A.CHİFLET tarafından bildirilmiştir. DELCAMPO ise bu olayı allerjik ödem ile meydana geldiğini iddia etmiştir.

Plevra boşluğuna açılma, karacigerde diaframa yönünde büyüyen kistlerde ken-diliğinden meydana gelmektedir. Kistin enfekte olması bu olayın hazırlanmasına ne-den olar. (16) Sayrılarda ani ve çok şiddetli yan ağrısı, solunum güçlüğü, hava açlığı meydana gelir. Ani ölüm olabilir. Fizik ve laboratuvar incelemede, plevr a boşluğunda sıvı olduğu saptanır.

Toraks boşluğuna ponksiyon yapıldığında kaya suyu alınır. DEVE'ye göre bu tür olguların % 3'ünde yayılma meydana gelir. Bu oranın düşük olmasının nedeni kaya suyu içersinde safra bulunması ve plevrada gelişmeye aday vezikülleri harap etmesine bağlıdır. Buna ek olarak plevra boşluğunda meydana gelen enfeksiyonunda yayılmayı önleyici etkisi vardır. 1296 karaciger kist hidatiğinde bu komplikasyon 6 olup, yani % 0,4 oranında bulunmuştur.(8,11)

Bilio-Pronşik Fistül'de karaciger kist hidatiklerinde görülen bir komplikas-yondur. Bu komplikasyonun görülme oranı her araştırmacıya göre başka başkadır (Tablo:1)

<u>Yazar Adı</u>	<u>Olgu Sayısı</u>	<u>Oran %</u>
P.GUEDJ	600	2,5
TAGLIACOZZO	345	6,9
B.KOURIAS	1037	2,7
R.BOURGEON	154	4,5
İ.KAYABALI	344	0,2

Karaciger kubbesinde oturan ve biliersisteme açılan enfekte kistler diaframa alt yüzüne atake edip oddi sfinkterindeki spazma bağlı olarak artan safra başıncınında etkisi ile diaframayı ve akcigeri delip fistül geliştirir.

Kist ile gastroentestinal sistem arasında %0,5 oranında fistül oluştuğu saptanmıştır.

Karaciger kist hidatiklerinde V.Cava'ya, V.Hepatika'ya, V.Porta'ya açılma çok ender görülmektedir. V.Cava'ya açılmanın daima ölümle sonuçlanmadığını ve bu yolla akciger yerleşmelerin olduğu görülmüştür. (6,8,20)

2.Kistin süpürasyonu: Karaciger kist hidatiğinin süpürasyonu patojen mikro organizmaların kan, lenf, safra yolu ile kiste ulaşması ile meydana gelir. Yapılan araştırmalarda, süpüre kistlerden en çok koli basili veya aneorob bakteriler ürettiği saptanmıştır.

Kistlerdeki enfeksiyon akut karakter kazanırsa sayrılık karaciger apsesi belirtilerini verir. Cerahatlanmış kist hidatikler çevre organlara drene olabilir.

3.Kistin bası yapması: Karaciger kist hidatiklerinde, karaciger içi veya karaciger dışı safra yollarına bası yapıp sarılık yapabilirler. Bazen kistin ana safra yollarına açılıp safra akımını engelleyerek sarılığa neden oldukları görülmüştür.

4.Kalsifikasyon: Karaciger kist hidatiklerinde kalsifikasyon %3-8 oranında rastlanılan bir komplikasyondur. Kalsifiye kistler kollabe olmamaları nedeni ile enfeksiyona zemin hazırlarlar.(36)

TEDAVİ YÖNTEMLERİ: Kist hidatiklerin tedavisinde kemoterapi, antibiyotik ve diğer tıbbi tedavilerin yeri yoktur.(3,25) Kistin pazit formu bir tümör gibi kabul edilmelidir. Parazit ister ölü, isterse canlı özellik gistersin, vucut için yabancı cisim etkisi yaptığı için kesinlikle çıkartılmalıdır. Kist hidatiklerin tedavisinin tamamen cerrahi yöntemlerle gerçekleştirildiği kabul edilmelidir.

Kist hidatik için uygulanacak ameliyat ve seçilecek insizyon kistin büyüklüğü lokalizasyonu, komplikasyon yapıp yapmamasına ve kist sayısına bağlı olarak değişmektedir. Gerçekleştirme olanağı olan olgularda kist tam eksize edilmelidir. Şayet bunu gerçekleştirmek olanaksız ise kist içerisinde canlı vezükülleri tam ve kesinlikle öldürüp kistin sterilitesi sağlanmalıdır. Bu son durum bugün birçok kist ameliyatında uygulanmaktadır. DEVE 1903 de kist hidatiği steril hale getirmek için % 2 lik formaldehit'i kist içine vererek beş dakika beklenilmesi gerektiğini ileri sürmüştür.

Günümüzde Alman cerrahları aynı girişim için % 30 luk hipertonic sodyum klorür solüsyonu kullanılmasını önermektedirler PİSSİ OTİS % 15 lik hipertonic sodyum klorürün kist hidatiğin sterilizasyonu için kullanılması halinde, vezükülleri tamamen öldüğünü ayrıca bu orandaki tuz solüsyonunun batin içine dökülmesini n veya vücut tarafından emilmesini, sayrıya hiç bir zarar vermediğini göstermiştir. Aynı araştırmacı % 15 Lik sodyum klorür yerine alkol veya formaldehit kullanılmasının birçok riskleri olacağını iddia etmektedir.

Karaciger kist hidatiklerinin cerrahi tedavisinde bugün başlıca iki sorun ile karşılaşmaktayız.

A-Parazitin öldürülmesi.

B-Artık boşluğun tedavisi.

A-Parazitin öldürülmesi:Kist hidatiklerin cerrahi tedavisinde kistin patlaması ile hidatik unsurların organizmaya, özellikle peritona yayılma olasılığı var olduğundan, öncelikle kist içinde canlı olarak bulunan paraziti öldürmemiz gerekmektedir.

Bunu gerçekleştirmek için paraziti öldürücü özellik gösteren solüsyonlar emdirilmiş kompreslerle kist çevresi korunmalıdır. İyi bir expoşur temin edilmelidir. Kapalı devre ihtiva eden aygıt kullanılarak kist basıncı düşürülmeli ve daha sonra kist içerisine % 15 lik sodyum klorür solüsyonu veya formoldehit mutlak alkol v.b. gibi bazı solüsyonları vermeliyiz.(31)

MEYMERIA ve arkadaşları parazitisi otuz sekiz madde üzerinde yaptıkları çalışmalardan sonra şu sonuca varmışlardır. En kısa sürüde, en kuvvetli etkisi olan ve en seyreltik oranda, organizma için en az toksik maddeleri şu şekilde sıralamaktadır: Hydrogen peroxide, Cetrimide, İodineoct-Glycine_Dihydropentiodine, sodyum hypochlorite, glyserin, formalin(16)

Kist boşluğuna verilen parazitisi madde burada on dakika bekletildikten sonra kist mayi aspire edilir.Adventisyaya konulan iki askı sütürü ile kist açılır kist boşluğundaki sağlam veya yaralanmış pölijerler çıkartılır. Kız vezikülleri boşaltmak için çoğu kez kepçe veya kaşık gibi aletlerin kullanılması gerekir

HANKINS formalin reaksiyonuna bağlı iki ölüm meydana geldiğini bildirmiştir. HICKEN ise % 96 lik alkol solüsyonun, formalinden çok daha etkili ve tehlikesiz olduğunu bildirmektedir.

B-Kalan Boşluğun tedavisi:Paraziti ekarte ettikten sonra, kalan boşluğun tedavisi için bir çok cerrahi yöntemler salık verilmiştir. Bu yöntemleri tutumcu ve çıkarımcı olarak iki büyük kümede toplayabiliriz(3)

a.Tutumcu Yöntemler.

1-Dışa Drenaj

2-İçe drenaj

3-Drenajsız kapatma

b-Çıkarımcı yöntemler

1-Kistektomi

2-Kisto-rezeksiyon

3-Düzenli Hepatektomi

İtalyan araştırmacı L-Lojocona tedavi yöntemlerini şöyle sınıflandırmaktadır.(23)

a.Konservatif Yöntemler

1.Marsupializasyon

2.Drenaj

3.Kistektomi

4.Perikistektomi

5.Kapitonaj

6.İntrofleksiyon

b.Radikal Yöntemler

1.Enükuło-Rezeksiyon

2.Atipik Hepatik rezeksiyon

3.Tipik Hepatik rezeksiyon

Komplikasyon yapmamış karaciger kist hidatiklerinde cerrahi yöntemlerden birini uygularken, bazı temel önerileri göz önüne almamız gerekiyor.(18)

a.Uygulanan tedavinin, seneler sonra bile olsa, yeni bir enfeksiyon veya nüks olasılığı gözönünde tutularak mümkün olan enaz destrüktif yöntem olması gerekir.

b.Tedavi süresi uzun olabilir. komplike ve birbiri ardından birkaç girişim yapılması gerekebilir. Bu bakımdan son yıllarda ortaya konulan riski çok bazı modern yöntemlerin kesinlikle faydalı olmadığı ve bütün sayrılarda rutin olarak uygulanmaması gerektiği düşünülmektedir. Klâsik, daha az tehlikeli, özellikle değerini yitirmemiş yöntemleri aprior olarak, birdenbire bir kenara atmamak gerekir.

c.Uygulanacak yöntemler, hem parazitin ortadan kaldırılması hemde kistin yol açtığı safra ve damar lezyonlarının tedavisini öngörmelidir. Tedavinin ana çizgilerinin yukarda özetlenen fizyopatolojik esaslara göre yürütülmesi gerekir.

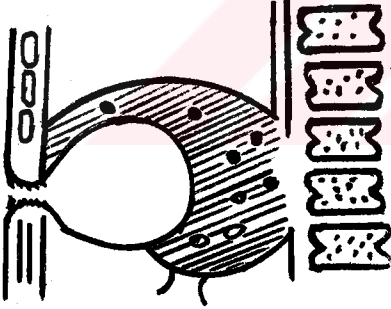
d. Her olgu, yaşı ve kistin karaciger içi topografyasına göre ayrı ayrı incelenmelidir. Bu bakımdan karaciger kist hidatiklerinin tedavisinde uygulanacak tek ve standart bir yönteminin belirlenmesi olanak dışıdır.

e.Karaciger kist hidatiklerinin cerrahi tedavisinde başarıya ulaşmak için hangi yöntem uygulanırsa uygulansın şu amaçları gerçekleştirmek gerekir.

1. Artık boşluğun iltihaplanmasını önlemek.
2. Her türlü safra fistüllerinin gelişmesini önlemek.
3. Perikistin yerinde kalmasına bağlı olarak meydana gelecek nöksleri ortadan kaldırmak.
4. Tam bir hemostaz sağlamak.
5. Ameliyat sırasında gelişen damar ve safra sistemine ait lezyonları ortadan kaldırmak(18)

A. Tutumcu Yöntemler:

1. M a r s u p i a l i z a s y o n : Karaciger kist hidatiklerinde uygulanan ameliyat yöntemlerinin en eskisidir. İlk kez 1871 de LİNDEMAN tarafından uygulanmıştır. Teknik basittir, parazit ve etrafı, yani germinatif tabaka çıkarıldıktan sonra adventisya ile döşeli artık boşluk ensize edilen kenarları aracılığı ile



Marsupializasyon

periton ve cilde dikilir. CURUTCHET"bu yöntem le girişim yarım saatte tamamlanır, sonuç yarım yıl sürer demektedir(2)

Ameliyat çok basittir. Genel durum bozuk, kistin apseleşmiş olduğu olgularda başarı ile uygulanmıştır. Kistin çıkartılmasın-

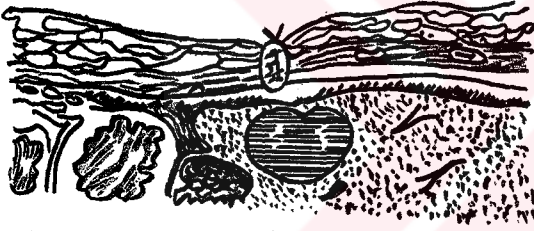
dan sonra geride kalan boşluk, karın içi basıncı, adventisyanın elastikiyeti, karacigerin regenerasyon özelliği sayesinde zamanla küçülmesi ve kapanması esasına dayanır. Adventisya enfeksiyon ve kalsifikasyona uğramışsa elastikiyetini kaybeder

Bu yöntemde kavitenin iltihaplanması subfrenik apse, eskternal safra fistülü dren tahrişine bağlı kanama, postoperatif fıtık gibi komplikasyonlara rastlamak olağandır. Elektrolit ve sıvı kaybı meydana gelebilmektedir. Bazen ameliyat sonrası yara ağzından vezikül kistlerin boşaldığı görülmüştür. Bu olay ancak kistin dışında birçok kist keselerinin veya gözden kaçmış derin ve çok yakın diğer kist-
tin varlığı ile açıklanabilir.

Bu özellik bazı olgularda göze çarpan ve ameliyattan yıllarca sonra ortaya çıkan uzak nüksleri izah etmektedir.

Kist duvarındaki fibrozis veya kalsifikasyona bağlı sertlik meydana gelmişse kaviteyi küçültmek akıllı bir iş değildir.(15)

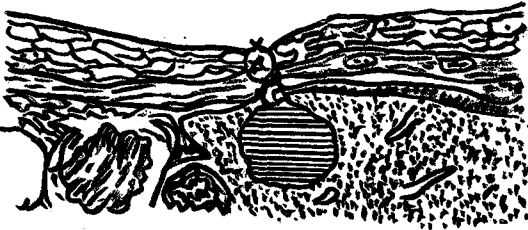
2.B o ş l u ğ u D r e n a j s ı z K a p a t m a: İlk kez 1883 de THORNTON kisti boşaltıp kaviteyi drene etmeden sütüre edilmesini tarif etmiştir. Bu yöntem 1895 de Arjantin'li ALAJANDRO, PSODAS tarafından kullanılmıştır.Bu tedavi yöntemi Güney Amerikalı ve Avrupa'lu cerrahların bir çoğu tarafından uygulanmaktadır.



Şekil 2-a

Girişimin esasını kistin germinatif tabakasını çıkardıktan sonra kist boşluğuna açıklık gösteren safra yolları ve kan damarları dikişli bağlamalarla bağlanır. Geriye kalan boşluk serum fizyolojik veya antibiyotik solüsyonu ile doldurulabilir.(Şekil 2-a)

Bazen kist boşluğu kendiliğinden serum veya safra ile dolmaktadır.Kist boşluğunda apseleşme olursa dışa drene edilmesi gerekmektedir. Bunu gerçekleştirmek için



Şekil 2-b

DEW tarafından öne sürülen kist boşluğunun karın duvarına tesbiti taraftar bulmuştur. (Şekil-2-b) Şayet kist boşluğunda apseleşme olursa güvenilir bir şekilde drene etme olanağı vardır. Bu yöntemin kötü tarafı olgu-

larda apseleşme oranı yüksek olmasıdır.(2,8,32)

Kapitonaj :VENTURINO ve PAYET'e göre Fransa'da SELBET ve MABIT gibi birçok cerrah tarafından ideal kabul edilmiştir.

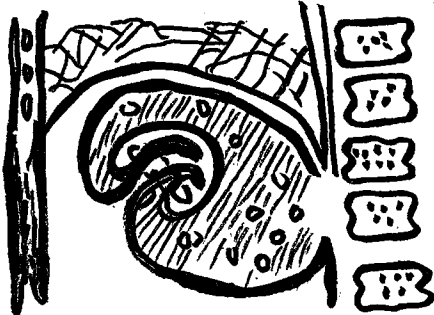


Şekil 3-a

Bu operasyona kapitonaj adı verilmekte ve kist boşluğu drenajsız kapatılmaktadır. Girişimin esasına kist boşluğu formanilize edildikten sonra adventisya duvarının süperfisyel kısmı çıkartılmakta kalan boşluk crome catgut ile sütüre edilmektedir. (Şekil 3-a) (32)

İntroflaksiyon: Bu yöntemde karacigerde bulunan kist lokalize edildikten sonra kistin çevresi kompreslerle korunur. Önce bir miktar kist sıvısı çekilir. Aynı miktar % 5 lik formalin kist içerisine verilir. On dakika beklendikten sonra kist açılır, germinatif tabaka ve veziküller çıkartılır. Kist boşluğu kanama ve safra yolları yönünden kontrol edildikten sonra alkol-iodeli tamponlarla temizlenir.

Perikistium sırt sırta gelmek üzere içeriye doğru çevrilir. Kist boşluğu perikistiumla doldurulur. İçe çevrilmiş olan perikistium crome gatgut dikişlerle tesbit edilir.

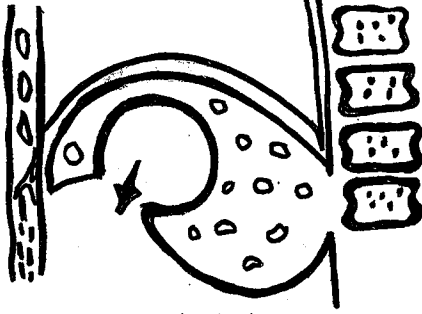


3-b

Kist boşluğunu dolduracak yeterli perikistium bulunmayan olgularda karaciger parankimasından mümkün olduğu kadar içe çevrilebilir. Catgut dikişlerin açılmasını önlemek ve gerginliği gidermek için kist boşluğu tamamen kapatıldıktan sonra karaciger parankiması "U" dikiş-

lerle karşılıklı getirilir. (3) Şekil 3-b

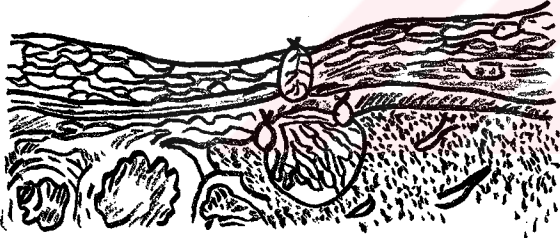
3. İ ç e D r e n a j M e t o t l a r ı :MABİT tarafından önerilmiş bir yöntemdir. Germinatif mebran çıkartıldıktan sonra karaciger dışına taşan kist duvarının bir kısmı rezeke edilir. Kalan kısım periton boşluğuna safra yollarına veya jejunuma ağızlaştırmaktan ibarettir.



Şekil-4

Periton boşluğuna drenaj'da germinatif membran çıkartıldıktan sonra boşluğa açılan safra yolları dikilir. Adventisyanın geri kalan kısmından sıvı periton boşluğuna akar. Akan sıvı periton tarafından emilir.Şekil-4

LARGOT 1956 dan beri duvarı yumuşak olan ve bilhassa çocuk kist hidatiklerinde kistin kabarık kısmını kapak gibi kesmekte ve kist boşluğunu küçültmektedir.



Şekil 5

GÖİNARD 1949 da bu yöntemle kalan kist boşluğunun komplikasyonlara neden olabileceğini ileri sürerek Ommomentoplasti yöntemini ortaya atmıştır. Bu yöntemden kisten arta kalan boşluk ommomentum majus ile doldurulur. Bu surette meydana gelen

serozitenin emilimi ve kalan kaviteye bir organın girmesi önlenmiş olur.(8) şekil 5

Periton boşluğuna drenaj, basit ve kansız bir metot olmakla birlikte,gözden kaçan açık safra yolu mevcudiyeti halinde safra toplanması ve koleperituvan tehlikesi yaratır.Ayrıca kalan boşluğun boynu dar ise buraya bir barsak ansının girerek ileus yapma tehlikesi vardır.(2,8,30)

Kist boşluğunun karaciger dışı safra yollarına drenajı BOURGEON ve arkadaşları kist hidatiklerinin gelişmesi sırasında, safra diskinezilerine dikkati çekmiş ve safra fistüllerinin nasıl geliştiklerini ortaya koymuştur. Karaciger kist

hidatiklerinde en önemli komplikasyonlarından biri oddi sfinkteri darlığıdır.

Bu durum üzerine ilk dikkati çeken GOINARD ve arkadaşları olmuştur.(2)

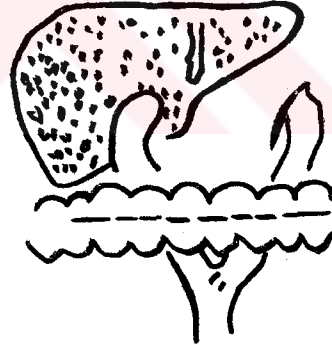
BOURGEON ve PIETRİNİN, karaciger kist hidatiğinde, bazı kistlerin kendiliğinden drenaj oluşturmalarının yayınlamalarından esinlenen GOINARD ve arkadaşları 6-12 mm çapında safra fistülü gösteren kistlerde, kalıntı kist boşluğu kapandıktan sonra, burada toplanan safrayı karaciger içi safra yolları ile ana safra kanallarına aktarma ve karaciger hidatidozisinde sık görülen oddi sfinkter darlığını, sfinkteroplasti yöntemi ile gidermek gerektiğini ileri sürmüştür. Bu yöntemde ilke olarak kolesistektomi yapmakta, koledokomi faydasız görülmektedir.(2)

Jejunuma Drenaj: 1959 da GOINARD ve arkadaşları PEGULLO ve PELİSİER tarafından ileri sürülmüştür. Germinatif membran çıkartıldıktan sonra, adventisyada açılmış bulunan açıklığın kenarları bir jejunum ansına Roux-EN-Y si şeklinde anostomoze edilir. Bazı hallerde, bu jejunum ansı lup şeklinde anastomoze edilir. Bu son operasyone Brawn anastomozu eklenir.

Bu girişim şu durumlarda iyi sonuç vermektedir.

- a.Kist boşluğuna orta büyüklükte birden fazla safra kanalı açılıyorsa
- b.Santral yerleşmiş büyük safra fistülü olan kistlerde

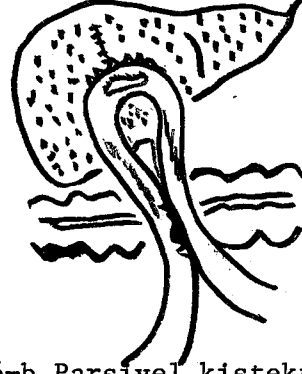
c.Adventisyası çok kalınlaşmış olan olgularda kisto-jejunostomi uygulaması iyi bir yöntem olarak kabul edilir.(şekil6-a)



Şekil 6-a

Parsiyel kistektomi-kisto-jejunostomi, 1966 da O.BUMİN tarafından ileri sürülmüştür. Kistektomi yapmanın mümkün olmadığı veya sakıncalı olacağı düşünülen olgulara salık verilmektedir.Bu yöntemde kist boşaltıldıktan sonra olanakların elverdiği oranda parsiyel kistektomi yapılır. Daha sonra treitz'den on,onbeş santim uzaklıkta bir jejunum parçası kesilerek izole edilir.Roux-EN-Y şeklinde .

kisteki açıklığa anostomoz^e edilir. Bazen bu anostomuz kist ile mide duodenum arasında da yapılabilir. Yazara göre bu cerrahi yöntem karaciğer dokusundan azami tasarruf sağlamaktadır.



Bilhassa karacigerin büyük bir kısmı bir veya daha fazla kistlerle işgal edildiği olgularda önem kazanmaktadır. Kistektomi gibi fazla kana ih-

Şekil 6-b Parsiyel kistektomi kisto-jejunostomi-Brown Anastomoz.

tiyaç göstermez Kalan jéjunum ansı kist boşluğu kapandıktan sonra devre dışı kalmaktadır. (Şekil 6-b) (7,9)

Bütün bu incelemelerden sonra karaciger kist hidatiğinde en modern ve en uygun tutumcu veya konservatif tedavi yöntemlerin uygulanmasını şu esaslara bağlayabiliriz.

a-Marsupializasyon, genel durumu bozuk irinleşme gösteren kistlerde kistektomiye hazırlık olarak yapılmasının ,

b-Duvarı ince kistlerde, LARGOT'un kapak rezeksiyonu uygulanmasının,

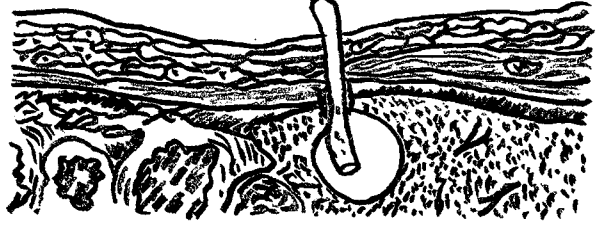
c-Çapı büyük safra fistüllü kistlerde drenaj metotlarının gözönüne alınmasının (2)

d-Perikistektominin tehlikeli olacağı düşünülen olgularda introfleksiyon tekniğini uygulanmasının yararı vardır.

Biz kiliniğimizde bazı olgularımızda marsupializasyonun değişik bir uygulama şekli olan basit kist drenajını uygulamaktayız. Burada kist boşaltıldıktan ve germinatif tabaka çıkartıldıktan sonra, kist boşluğu koterize edilir. Adwēntis-ya pariyetal peritona usulüne uygun olarak dikilir. Kist boşluğu içerisine Stabwound'dan geçen lastik bir dren konur. Zamanla sayrının yarasının gösterdiği belirtiler gözönüne alınarak dren kısaltılır. Kist boşluğunun tamamen dolması beklenir.(Şekil 7)

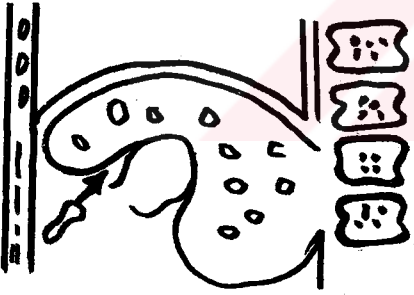
B-Ç ı k a r ı m c ı Y ö n t e m l e r :

Kistektomi : Karaciğer kist hidatiklerinde üstün bir tedavi yöntemidir.(23/İlk kez 1887 de POZZİ tarafından uygulanmıştır. Kistektomi, karaciger parankiması zedelenmeden perikisti çıkarmaktan ibaret olan bir girişimdir. Fransa'da DEVE bu ameliyatın faydasız ve tehlikeli olduğunu iddia etmiştir. 1936 da MELINKOFF, Journal d' Chirurgie'de hocası NAPALKOFF'un



Şekil 7 Basit Kist Drenajı

teknikini detayları ile yayınlamıştır. Bu tekniğe göre karacigerin etrafı iyi bir şekilde korunduktan sonra perikist karacigerden bistürü ile kesilerek ayrılır. Bu ameliyat sırasında massif kanamalar meydana gelebilir. Bu kanamalar tek tek tutularak bağlanmalıdır. Bazen kist patlayıp çevre dokulara bulaşmaktadır. Nihayet ameliyat çok uzun sürmektedir.(Şekil-8) (2,8)



Şekil 8 Kistektomi

1950 de CONSTANTİNİ Cezayir'de rujinle kistektomi yapılmasını tarif etmiştir. Perikistektomi anlayışı adventisyanın parazit parankimine ait olduğunu iddia edenlerin görüşleri ile bağdaşmamaktadır.Esasen adventisya hiç bir sınır göstermeden karaciger dokusu ile devam eder.

Kistektomiye en elverişli olgular, CONSTANTİN'e ve BURGEON'a göre yaşlı sarı çok veziküllü ve kireçlenmiş olan kistlerdir. Çeşitli otörlere göre bu ameliyatta mortalite % 1,9 ile % 20 arasında değişmektedir.

Kistektominin en büyük tehlikesi, kanama ve safra fistülleridir. Bunu önlemek için ameliyat sırasında safra kanalları ve damarları görerek bağlanmalıdır. İnce duvarlı kistlerde total kistektomi uygulanamaz. Ancak parsiyel kistektomi uygulanabilir. Kistektomide üç önemli noktaya dikkat edilmelidir.

- 1.Kalın bir kütüküla varlığına
- 2.Tehlikesiz bir topoğrafinin bulunmasına
- 3.Kistin bir tane olmasına

Bu şartlar olmadıkça kistektomiden kaçınmakta yarar vardır.Ameliyat sırasında hemostaz ve biliostaz dikkatli yapılmalıdır. Kistektomiden sonra karaciger içerisinde kalan boşluk kalın crome cat-gut ile suture edildiği gibi, eğer yara az derin ve yayılmış bir özellik arz ediyorsa tercihan ommomentum parçasını bura ile tamasa getirerek tek tek yara kenarlarına tebbit edilmelidir.

K i s t o -R e z e k s i y o n : (Düzensiz Hepatektomi)

BOURGEON tarafından ileri sürülmüştür. Karacigere bir sapla bağlı olan veya karaciger kenarına oturan küçük çaptaki kistlere uygulanır.Kistin bağlı olduğu karaciger parankimasına birbiri üzerine binen "U" dikişler konarak kist bir tümör gibi karaciger dokusu ile beraber çıkartılır.(2,7)

D ü z e n l i H e p a t e k t o m i : Karaciger kist hidatiğinde ilk düzenli hepatektomî 1929 da Moskova'da N-TEREBİNKY tarafından yapılmıştır. Bu cerrahi yöntemi uygulamak için çok üstün bir anatomi bilgisine ihtiyaç vardır. Bu usulde karacigerin çıkarılacak lobuna giden damarları, safra kanallarını porto hepatisde bağlanır. Sonra çıkartılmak istene lop rezeke edilir. Bu ameliyat şu durumlarda uygulanabilir.

- 1.Kistin önemli bir parankima bozukluğuna yol açtığı hallerde,
- 2.Dışa vezikülleşme varsa,
- 3 Kistin oturduğu yerden dolayı girişim tehlikesi varsa .

Buna karşın kistin iki lopta heybe şeklinde oturduğu olgularda uygulanması im-

kansızdır. Bu girişimi başarmak için bol kana ve iyi bir ekibe ihtiyaç vardır Barada kistle birlikte karaciger dokusunda feda edilmektedir. Kist çıkartıldıktan sonra kalan karaciger dokusunda yeni bir yayılma ile başka bir kist hidatik gelip yerleşmiyeceğini veya o anda henüz gelişmekte bulunan bir kistin bulunup bulunmayacağını tahmine imkan yoktur.

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde çok sık raslanılan kist hidatik sayrılığının tedavisinde yukarda açıklamaya çalıştığımız ameliyat yöntemlerinin hemen hepsi uygulanmıştır. Bu konuda yayınlanmış yazılardan anlaşılacağı gibi bazen bir yöntem diğer yöntemlere göre daha öncelikle uygulama olanağı bulunduğu görülmüştür. Buna rağmen Karaciger kisthidatiklerinde uygulanacak cerrahi yöntemleri olgunun gösterdiği özellikler gözönüne alınarak gerçekleştirmek yerinde bir hareket olacağı inancındayız.

YURDUMUZDA KİST HİDATİK SORUNU:

Yurdumuzda yüzbinde üç morbidite oranında rastlanılan kist hidati k sayrılığının tedavi maksadı ile bir çok tıp merkezlerinde değişik cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Sayrılarda ameliyat sonrası alınan erken değerler inceleme olanağı bulunduğu halde, ameliyatı takip eden yıllar sonrasına ait, prognoz araştırmaları yapılamamaktadır. Çünkü ameliyat edilen sayrılarının çoğunu aranan adreslerinde bulunamamaktadır. Buna bağlı olarak sayrılığın ve ameliyatın prognozu hakkında tam fikir edinilmesi mümkün olmamaktadır.

I-1959-1972 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Cerrahi Kliniğinde kist hidatik nedeni ile ameliyat edilen sayrılardan 204 olgunun 83'üne kistektomi uygulanmıştır. Ameliyat edilen hastaların % 74.7 sinde şifa % 8.4 de salah, % 16.9 unda ölüm oluşmuştur. Bu durum tablo I'de gösterilmiştir.

Genel olarak bu tablodan da anlaşılabacağı gibi genel mortalitenin % 11,2 olduğu anlaşılmaktadır.(13)

2- Yurdumuzun doğu yörelerinde hayvancılığın bu bölge insanlarına etkisi sonucu, kist hidatik sayrılığının daha yüksek ensidans göstermesi tabiidir. 1966-1972 yılları arasında Erzurum Üniversitesi Tıp Fakültesinde 110 karaciger kist hidatiği tanısı konmuş sayrı ameliyat edilmiştir. Bu sayrılara değişik cerrahi yöntem uygulanmıştır. Olgulardan, yedisine kist-jejunostomi, yedisine parsiyer kistektomi kisto-jejunostomi uygulanmıştır. Daha önce gerçekleştirilen sol hepatik lobektomi ve marsupializasyon girişimlerinden alınan sonuçları diğer cerrahi girişimlerden alınan sonuçlarla karşılaştırılmıştır.

Mortalite, kistektomi uygulanan olgularda % 8, marsupializasyon uygulanan olgularda % 5,9 olmasına karşın, kisto-jejunostomi ve parsiyel kistektomi-kisto-jejunostomi uygulanan olgularda mortalite sıfırdır.

Kisto-jejunostomi uygulanan sayrılarda komplikasyon oranı, parsiyel kistektomi-kisto-jejunostomi uygulanan sayrılardakinden daha yüksektir. Bu sonuç kısmen drenaj güçlüğü ile ilgilidir.

Hastahane yatma süresi yönünden, marsipializasyonda ortalama 51,6 gün, kisto-jejunostomi de 15,9 gün, hepatik lobektomide 13 gün, kistektomide 12,8 gün parsiyel kistektomi-kisto-jejunostomide 11,4 gün olarak bulunmuştur.

Kisto-jejunostomi, mayi ve elektrolit kaybına ve bu yolla pankreatik asteniye, eksojen enfeksiyona, sürekli safrafüstülü oluşmasına, dren tahrişine bağlı kanamaya, neden olmamaktadır. Hastanede yatma süresi kısadır. Masraflı bir ameliyat değildir. Mortalite düşüklüğünü de eklersek marsupializasyondan üstün tarafları ortaya çıkmış olur.

Hepatik lobektomiden üstün tarafları, sağlam karaciger dokusundan özveri yapılmamış olması, kısa zamanda başarılması, bol kan ve kalabalık cerrahi ekibe gerek göstermemesi, ağır, yüksek mortaliteli cerrahi yöntem olmamasıdır.

Bütün bunlar gözününe alınarak kistektomi ile tedavisi olanaksız veya sayrısı için riskli olan her olguya, parsiyel kistektomi-kisto-jejunostomi diğer cerrahi yöntemlere yağ tutulmalı diyenler vardır.(5)

Karaciger kist hidatiğinin çıkarılmasından sonra, geride kalan resüdüel boşluk için cerrahi yünden ileri sürülen bir çok teknikten sonra ötorlerin çoğu konservatif yöntemleri önermektedirler

Ancak kist kenarlarının uygun bir görünüm ve özellik gösteren olgularda daha rahat radikal girişim olan internal anastomazları salık vermektedirler. Böylece kist boşluğunun yarattığı komplikasyonlardan korunulmuş olacağı düşüncesi hakimdir. Bu düşüncenin doğruluğu çeşitli incelemelerle kanıtlanmıştır. Bu yöntemin tedavi alanına girmesi ile postoperatif morbidite önemli oranda azalmıştır denmektedir.

Girişim Yöntemi	Olgu Sayısı	Ek Girişim	Ölüm Oranı	Hastanede Yat.Or.G.	Ölüm Sayısı	Ölüm Sebebi
Marsupializasyon	68	Bir olguya Kolesistek	% 4,4	50.6	3	Dolaşım yetmezliği
Kistektomi	83	(-)	% 16,9	32,2	14	7 olgu dolaşım yetmezliği 2 olgu kanama Diğer sebepler
Hepatektomi	17	5 Kolesis- tek 1 Sfink- teretomi	% 18	45	3	2 Kanama 1 Karaciğer yetmezliği
Parsiyel kistektomi - Kisto - Jejunostomi	13	Kolesiz - tektomi	% 15,4	33,3	2	1 Hemotopoez 1 Dolaşım yet- mezliği
Kistektomi - Marsupializasyon	13	-	% 7,9	45,2	1	K. C. Yetmezliği
Kistektomi - Kapitonaj	5	-	-	18	-	-
Kapitonaj - Marsupializasyon	1	-	-	9	-	-
Kapitonaj	6	1 Kolesis- tektomi	-	23.3	-	-

TABLO - I

3-Atatürk Sanatoryumu Göğüs Hastalıkları Hastanesinde 1965-1972 yılları arasında 295 olguya kist hidatik tanısı konmuştur. Bu olgulardan bir kısmına transtorasik, bir kısım olguya da laparotomi yolu ile girişim uygulanmıştır. Karaciğer kist hidatiklerinde akciğer kist hidatiklerinde olduğu gibi kistotomi-kapitonaj yöntemi uygulanmış ve subdiaframatik saha bir çok olguda perpriman kapatılmıştır. Subdiaframatik kontrol dreni konulan pek az olguda ise dren bir kaç gün sonra alınmıştır. Marsupializasyon tekniğine kıyasla kistotomi-kapitonaj yönteminde şifa çok daha süratli olmuş ve sayrılar iki hafta içerisinde taburcu olmuşlardır. Bu sayrılarda postoperatif dönemde hiç bir komplikasyon olmamıştır. Sadece bir olguda iki ay sonra supdiaframatik apse gelişmiş, bu da drene edilerek şifaya kavuşmuştur. Bu yayınıyla yazar karaciğer kist hidatiğinde kistotomi kapitonaj yönteminin en üstün cerrahi girişim olduğunu iddia etmiştir.(28)

VENTURINO ve PAYET'e göre SEBLEK ve MABİT, kist hidatikte ideal cerrahi yöntemin kapitonaj olduğunu ileri sürmüştür. Bu cerrahi girişim tekniği PERU'da ve bazı ülkelerde yirmi yıldan beri etkili bir yöntem olarak uygulanmaktadır. PAYET bu girişimi uyguladığı 91 sayrısında hastaneden taburcu olma zamanı ortalama on üç gün olduğunu bildirmiştir.

ROMÍO-TORRES sekiz olguda bu sürenin 12 gün olduğunu yayınlamıştır.(32)

Karaciğer kist hidatiğinin tedavisinde bir çok cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Kistektomi, marsupializasyon, hepatektomi, kapitonaj, kisto-jejunostomi v.b. En ideal yöntemin kistektomi, ve perikistektomi olduğu tartışma götürmez bir gerçektir. Rus cerrahları kist ile birlikte adventisyanın çıkartıldığı kistektomiyi uzun süre uygulamışlardır. Bu cerrahi yöntemin, güney Amerikalı cerrahlar tarafından da desteklendiği bildirilmektedir. (32)

Kistektominin postoperatif devresi çok iyi geçmektedir.

sayrılarının hastanede kalma süreleri umulandan kısa olmaktadır. Gerek parsial gerekse total kistektomi geçiren sayrılarda ameliyat sonrası nüks ve komplikasyon göstermemektedir. (33)

Her kist hidatik olgusunda kistektomi uygulamak tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Özellikle karacigerin merkezinde lokalize olmuş kistlerde benign bir lezyon olan kist için, mortalitesi çok yüksek olan bu yöntemi uygulamak geçerli bir görüş değildir. Kistektomiyi çevrel yerleşme gösteren kistlerde, lobektomiyi de sol karaciger lobunun tamamını kaplayan, kist hidatiklerde uygulamak yerinde bir hareket olacaktır. (2)

Genellikle marsupializasyonu, kist boşluğunun yangısı, subfrenik apse dışı safra fistülü, kanama, ameliyat sonrası fitik gibi komplikasyonlardan ve hastanede yatma süresi çok uzun olması gibi sakıncalarından dolayı birçok cerrah benimsememektedir.

Apseye sebep olmuş yangılı kistlerde, sayrının genel durumu seçkin bir cerrahi yöntemi uygulamak için elverişli değilse, böyle olgulara marsupializasyon uygulanabilir.

Akciger kist hidatiğinde uygulanan kapitonaj tekniği, karacigerin solid bir organ olması ve esnekliğinin sınırlı olması nedeniyle uygulanabilecek bir yöntem değildir. Konulan sütürlerin yaptığı bası nekrozuna bağlı olarak kist boşluğunun yeniden ortaya çıkması olasılığı vardır. Ayrıca bu teknige bağlı olarak safra fistülü ve kanama da olabilir.

4.1971-1972 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde yirmi bir karaciger kist hidatiği tanısı konmuş olguya çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Bunlardan onbirine intrafleksiyon (içe çevirme) tekniği uygulanmıştır. Bu yöntemin uygulandığı sayrılar ortalalama ondört günde şifa ile taburru olmuşlardır.

Ameliyat sonrası devrede yangı ve apse sorun teşkil etmemiştir. Sadece yangıya bağlı olmayan ateş yükselmesi, beş sayrıda görülmüştür. Bunlar antihistaminikler ve antipretikler uygulanarak tedavi edilmiş ve şifa ile taburcu edilmişlerdir.(3)

G.SPANU onaltı olguluk serisinde ki bu seri içinde infekte kist hidatiklerde vardı. İntrafleksiyon tekniğini uygulayarak çok üstün neticeler aldığını bildir-mektedir.

5-Diyarbakır Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniklerinde, 1969-1973 yılları arasın-da yirmi olguya kist hidatik tanısı komuş ve bunlara değişik cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Bunlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Girişim Şekli -----	Olgu sayısı -----	yüzde -----
Marsupializasyon	12	% 60
Perikistektomi	3	% 15
Parsiyel kistektomi Marsupializasyon	2	% 10
Parsiyel kistektomi Tünelizasyon	2	% 10
Dışa drenaj	1	% 5

Bu ameliyatlardan sonra iki olguda önemli safra akıntısı olmuş, sayrılarının biri karaciger yetmezliğinden, birisi postoperatif peritonitten ölmüştür. Ameliyat sonu mortalitenin % 10 olduğu saptanmıştır.

YABANCI ÜLKELERDE KİST HİDATİK SORUNU:

1. PAPADİMITRİOUS I. Karaciger kist hidatikli 227 lik bir serisinde marsupializasyon yahut kist drenajı uygulanan olgularda sayrılarının hastanede yatma sürelerinin çok uzun olduğunu, safra fistüllerinin inatla devam ettiğini saptamıştır. Daha sonra uyguladıkları omentoplasti yöntemi ile sayrılarının hastanede yatma süresi çok kısaldığını, safra fistülleri, önceki yöntemlere göre minimal seviyeye düştüğünü bildirmiştir. Yaptıkları ameliyatlardan omentoplastinin kist hidatik için seçkin bir yöntem olduğunu ve marsupializasyon yahut parsiyel hepatektominin çok büyük veya enfekte kistlere uygulanması gerektiğini iddia ettiler.(30)

Uygulanan yöntem	Olgu say.	Has.Kal.Sür. (gün)	Komplikasyon	
			Sağ.sızıntısı	Sayı %
Marsupializasyon.....	119.....	36	30.....	25.2
Drenaj	28.....	52.....	17.....	60.7
Omentoplasti.....	78.....	12.....	2.....	2.5
Parsiyal Hepatektomi.....	2.....	15.....	1.....	-

(PAPADİMITRİOUS I.un olguları ve aldığı sonuçlar)

2. DİSTMAN M . ve arkadaşları on yıl içerisinde değişik teknikler uygulayarak tedavi ettikleri yirmiüç kist hidatik olgusunda primer eksizyon ve lobektominin diğer konservatif tedavilerden üstün olduğunu iddia etmişlerdir.

Sayrılardan 10 unda kist çevre dokularla birlikte eksize edildi .Sayrılarının hiçbirinde postoperatif komplikasyon görülmedi. Mortalite oranının sıfır olduğu bulundu. Halbuki marsupializasyon yahut drenaj uygulanan 13 olguda yara yerinde pürülan akıntı, ateş, safra akıntısı meydana gelmiştir. Bir olgu sepsisten kaybedilmiştir. (12)

3.A.ROHNER kist hidatik tanısı ile ameliyat ettikleri yirmi beş olguyu içeren serilerinde mortalitenin olmadığı ve bu olgulardan 9 parsiyel kistektomi, 7 sine total kistektomi, 7 sine parsiyel hepatektomi, bir sfinkterotomi, 1, inede biliodigestif anastomoz uyguladıklarını bildirmektedir. Bu uygulamalardan parsiyel kistektomi uygulanan olgulardan 3 ünde postoperatif komplikasyonlar olmuştur. Bir olguda lokal komplikasyonlar, defalarca sayrının hayatını tehdit etmiştir. Buna karşın total kistektomi ve hepatik rezeksiyon uygulanan olgularda postoperatif devresi çok iyi geçtiği saptanmıştır. Sayrıların hastanede yatma süreleri ortalama gün olarak aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.(33)

Uygulanan Yöntem	olgu sayısı	Hastanede kalma süresi (ortalama gün)
Parsiyel kistektomi	9	62 gün
Total kistektomi	7	27 gün
Hepatektomi	7	20 gün
Digerleri	2	28 gün

(A.ROHNER'in OLGULARI VE ALDIĞI SONUÇLAR)

4. GEORGE T.PACT M.D. 5 yıl önce kist hidatik nedeni ile marsupializasyon uygulanmış bir sayrısında, beş yıl sonra sayrılığın sol karaciger lobunda nüks ettiğini klinik ve laboratuvar inceleme ile saptadı. Sayrı 5 aylık hamile olmasına karşın sol karaciger lobektomisi uyguladılar. Postoperatif devresi 5 nci günden itibaren, sayrının bütün fonksiyonları normale döndü. Gebeliğin normal olarak devam ettiğini bildirdiler(29)

5. Bugün bir çok araştırmacı ve cerrah daha önceki tecrübelerine dayanarak karaciger kist hidatiğinde en geçerli cerrahi tedavinin hepatik rezeksiyon olduğunu iddia etmektedirler(12,24,29,31)

Normal sağlıklı kimselerde karacigerin % 20 ile 80 ni hayatı idame ettirmek için yeterli olmaktadır. (24) Bilhassa rekürrent kist hidatiklerde sol karaciğer lobu rezeke edilerek kist hidatik başarı ile tedavi edildiğini yazmaktadırlar. Esasen kist hidatiğin erozyonu sonunda, harap olan karaciger hücrelere çabucak regenere olabilmektedirler . Genellikle harap olan karaciger dokusu dışında kalan veya rezeksiyon sonunda arta kalan karaciger dokusu kompensatuar hipertrofiye yönelir.(34)

M.C.DERMOTT rezeksiyondan sonra karaciger regenerasyonunun bir iki hafta içinde oluşacağını sistigrafi ile gösterdi. Hidatik kist için lobektomide, ameliyattan önce regenerasyon meydana geldiğinden normal karaciger fonksiyonlarından hiçbirinde azalma olmamaktadır. (25)

DEW'in hidatitos kitabında şu nokta önemle belirtilmiştir."Önemli olan karaciğerin bir veya diğer lobunda dikkate değer hipertrofi meydana gelebilmesidir" Genellikle kist tarafından tahrip edilen karaciger dokusunun yüzdesi ile doğru orantılı olarak regenerasyon sütünile olmaktadır.

HİÇKEN karaciger kist hidatiklerinde ideal cerrahi tedavinin perikistin ve çevre dokularının çıkarılmasını kapsadığını ileri sürmektedir. PACK MOLANDER karacigerde kist geliştiğinde çoğunlukla rezeksiyon gereklidir. demektedir. BUORGEN, GUNTZ, JUDD kist için seçkin tedavinin hepatik rezeksiyon olduğu kanısındadırlar.(16)

BAKALOUDE, "kist hidatik için karacigerde hepatektomi yapmak kolay ve üstün neticeler veren cerrahi yöntemdir" demektedir. Bilhassa karacigerde hafif hipertrofi gelişmiş kist hidatiklerde hepatektomi uygulanması gerektiğini ileri sürmektedir.(4)

Bugün karacigerin benign lezyonlarında ve kist hidatik sayrılığında ameliyat uygularken meydana gelebilecek kanamaların kontrol altına alınması ile

hepatektomi eskiye oranla çok daha az bir risksle uygulanabilmektedir. Bugün karaciger içi damar ve safra kanallarının gösterilmesinde modern metodların geliştirilmiş olması ve karaciger anatomisinin bilinmesi lobektomi yapacak cerraha sonsuz bilgiler vermiştir.(12)

L.LOJACONA 47 olguyu içeren karaciger kist hidatiğinde uyguladığı ameliyatlardan sonra sayrılarını özel bir analize tabi tuttu. Komplikasyonların sıklığı hastanede yatma süresinin uzunluğunu istatistiki olarak değerlendirdi. Buna dayanılarak karaciger kist hidatiğinde en uygun tedavinin, olgunun özelliği gözönünde tutularak atipik veya tipik rezeksiyon olduğunu iddia etti.

Bu yöntemde yazar mormaliye postoperatif erken ve geç komplikasyona raslamadı. Şerek bu özellikler, gerekse sayrılarının hastanede kalma sürelerinin azlığı ve bütün bunlara ek olarak ameliyat sonrası hepatik fonksiyonların süratle normale dönmesinin saptanması uygulanan cerrahi yöntemin etkinliğini göstermektedir. demektedir.(23)

Hepatik kist hidatiğin tedavisinde daha az radikal yöntemler örneğin kapitonaj, lokal eksizyon, marsupializasyon veya basit drenajın büyük riskleri olduğunu ileri sürülmektedir. Bu yöntemler uygulandığında kistin hem karaciger içine hem batin boşluğuna yayılma ve nüks olasılığı vardır. Oysa hepatik rezeksiyonda morbidite çok düşük orandadır.(24,31)

6.O.B.MILONOW ve arkadaşları echinococcectomia dan sonra arta kalan kist boşluğunun ortadar kaldırmak için fibröz kabüülü cyonoacrlıc ihtiva eden yapıştırıcı ile karşılıklı tutturulmasını içeren bir yöntem ileri sürdüler ve bu yöntemin postoperatif devresinin çok iyi olduğunu bildirmektedirler.(26)

ARAÇ VE YÖNTEM :

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Birinci Cerrahi kliniğinde 1966-1975 yılları arasındaki 10 yıllık periodda toplam olarak 66 sayıda karaciger kist hidatigi tanısı konmuştur. Bu olgulara bugüne kadar klasikleşmiş cerrahi yöntemlerin çoğu başarı ile uygulanmıştır.

Olgularımızın post operatuvar yakın sonuçlarını kesinlikle izlememize karşın, uzak sonuçları ve sayrının gösterdiği prognozu değerlendirme olanağını bulamadık. Kist hidatik nedeni ile girişim uygulanan bireylerin sosyo ekonomik nedenlere bağlı olarak gezginci bir özellik göstermesi aranılan adreslerde bulunamamaları, bizlere ameliyat sonrası uzak sonuçları inceleme olanağından yoksun bırakmıştır. Burada etüt edeceğimiz cerrahi girişim uyguladığımız 64 sayıdan 40 ı erkek geri kalan 24 dü kadındır.

Olgu sayısı	Kadın	Erkek
-----	-----	-----
64	24	40
% 100	% 37,6	% 62,4

Yukardaki sayılardan anlaşıldığı gibi kist hidatik sayrılığına erkeklerde, kadınlardan daha yüksek oranda rastlanmıştır.

Olgularımıza yay kümelerine göre sınıflandırdığımızda, Şu tablo ortaya çıkmaktadır.

1-10.....	2
11-20.....	10
21-30.....	23
31-40.....	18
41-50.....	4
51-60.....	5
61-70.....	1
71-80.....	1

Toplam 64

Bu yaş kümelerinden de anlaşılacağı gibi sayrılığın en çok 21-30 yaşlarında görülmesi, hastanemizin askeri olması ve olguların çoğunluğunu 20-30 yaşında er rütbesindeki bireylerin oluşturmasıyla yakından ilgilidir. Doğal olarak sivil sayrı kabul eden hastanelerde yapılan istatistiklerde bu konuda farklı sonuçlar verecektir. Örneğin 1959-1972 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 204 Karaciger kist hidatik olgusunda, en çok görülme yaşının 31-40 yaş kümesine rastlandığı saptanmıştır.

Cerrahi girişim uyguladığımız 64 olgudan sadece 4'ü nüks özellik göstermekteydi. Sayrılarımızın, operasyon sırasındaki eksplorasyonlarında 9 olgunun enfekt, 4 olgunun kalsifiye kist özelliği gösterdiği saptandı.

Süpüre olmayan olgular
55(% 86)

Süpüre olan olgular
9(% 14)

Bu özelliklere ek olarak karacigerde oturan kistlerden 10 u birden çok lokalizasyon göstermekteydi. Karaciger ile birlikte farklı organları tutan kisti hidatiklerin sayısı 4.tü. Ayrıca 3 olguda karaciger ile birlikte dalakta kist hidatik saptandı.

Tüm olgularımızda uyguladığımız cerrahi girişim şekilleri, kist hidatik sayısına göre aşağıdaki şemada gösterilmiştir.

Girişim Şekli	Olgu sayısı
Basit kist Drenajı	23
Marsupializasyon-Drenaj	14
Marsupializasyon-Parsiyel kistektomi	2
Parsiyel kistektomi-Drenaj	4
Parsiyel kistektomi-Ommomentoplasti	2
Parsiyel kistektomi-kapitonaj	2
Kistektomi	13
Kisto-Jejunostomi	2
Parsiyel Hepatektomi	2
Toplam	64

Sayrılarımızda uygulanan cerrahi yöntemlerin başında basit kist drenajı gelmektedir. Aslında biz, klinigimizde her olguda, olgunun gösterdiği özellikler göz önüne alınarak en uygun yöntemi uygulamayı prensip olarak kabul etmişidir.

Basit kist drenajunda, kist içine parazit öldürücü solüsyonun verilmesinden belirli bir zaman sonra, kistin çevresi korunarak kist içeriği boşaltılır. Sonra germinatif membran çıkartılır. Kist boşluğu iyot ile koterize edilir. Daha sonra karaciger dışına taşan kist çeperi uygun oranda rezeke edilir, kalan kist ağzı peritona çepe çevre dikilir. Kist içerisine stab-wouddan geçen lastik bir diren konur. Bu operasyonu uyguladığımız 23 olguda mortalite oranını sıfır olarak buldur. Sayrılarımızın hastanede kalma süreleri, en uzununu altmışdokuz gün, en kısası ise 7 gün olduğu saptadık. Ortalama olarak sayrılarının hastanede yatma süreleri 24,2 gün olduğu bulunmuştur. Olgularımızın altısında post operatif devrede önemli bir yakınma olmadan taburcu olmuşlardır. Buna karşın geri kalan 17 olgumuzdan hemen hepsinde post operatif devrede yüksek ateş görülmüştür. 4 olgumuzda inatçı safra akıntısı uzun süre devam etmiştir. Bir olgumuzda kistin karaciger kubbesine yerleşmesine bağla olarak uygulanan ameliyat sonrası plevra efüzyonu olmuştur. Sayrıya ikinci bir girişimle toraks dreni konmuştur. Gerek bu olguda gerekse post operatif devrede yüksek ateş gösteren diğer olgularda klinigimizde prensip olarak uygulanan ikili antibiyotik ile çok olumlu sonuçlar alınmıştır.

1966_1975 yılları arasını kapsayan 16 yıllık zaman dilimi içerisinde, klinigimizde 14 kist hidatik olgusuna marsupializasyon-drenaj yöntemi uygulanmıştır. Post operatif mortalite görülmemiştir. Uyguladığımız bu ameliyatlarda sayrılarımızın hastanede yatma süreleri en kısa 9 gün, en uzun 118 gün olgu saptanmıştır.

Her bir sayrı için ortalama hastanede yatma süresi 37 gündür. Post operatif devrede sadece iki sayrımızda hiç bir komplikasyon görülmemiş ve 11 nci günde şifa ile taburcu olmuşlardır. 2 olguda ameliyat sonrası yüksek ateş ve allerjik reaksiyonlar görülmüştür.

Diger olgularımızın hepsinde belirli bir zaman devam eden yüksek ateş saptanmıştır. Bu komplikasyonların görüldüğü bütün sayrılara uygun antibiyotik vererek ve iyi bir kist drenajı yapılarak cavite-close oluşumu önlenmiş ve sonuç başarılı olmuştur. Allerjik reaksiyonların kist içeriğinin absorpsiyonuna bağlı olduğu düşünülmüş ve antihistamin, Cortison preparatları uygulanarak tedavi edilmişlerdir.

Parsiyel kistektomi-marsupializasyon uyguladığımız iki olgudan biri ameliyattan sona 29 ncu günde salahl'la, diğeri 52 nci günde şifa ile taburcu edildiler. 2 nci olgumuzda ameliyat sonrası 20 gün devam eden yüksek ateş görüldü. Sayrıya uzun süre ve yüksek dozda antibiyotik uygulanarak istenilen sonuca ulaşılmıştır.

3 ncü küme sayrılarımızda eksplorasyon sırasında, kistin gösterdiği yerleşim ve sayrının özellikleri gözününe alınarak parsiyel kistektomi-kist drenajı yöntemi uygulanmıştır. Bu olgularımızın sayısı 4 olup sayıların ameliyat sonrasında biri 11 nci günde, diğeri 55 nci günde şifa ile taburcu olmuşlardır. Ameliyat sonrası ortalama bir sayrı için hastanede kalma süresi 29,5 gün olarak saptanmıştır. Sayrılarımızdan biri post operatif devrede hiç bir komplikasyon göstermeden 17 nci günde taburcu olmuştur. Kalan 3 sayrı ise 5 ile 15 gün devam eden yüksek ateş nedeni ile antibiyotik tedavisine alınmış ve şifa ile taburcu edilmişlerdir.

Parsiyel kistektomi-kist drenajı uyguladığımız sayrılarımızdan birinde kist içerisine verilen formolün peritonu kirletmesine bağlı şok görülmüştü.

Olgumuz uyguladığımız tedavi ile bu kritik durumu atlatmıştır. Aynı olguda kistin çıkartıldığı boşlukta apse oluşmuşsa da, bu apse drene edilerek sayrı post operatif 55 nci günde şifa ile taburcu olmuştur.

Karaciger sağ lobunun üst yüzünde ve diaframın altında yerleşme gösteren bir kist hidatik olgumuza uyguladığımız parsiyel kistektomi-drenajı ameliyat yöntemi sonunda plevra efüzyonu gelişti. Sayrıya yüksek dozda antibiyotik ve toraks drenajı uyguluyarak post operatif 47 nci gün şifa ile taburcu edilmiştir.

Karaciger kist hidatiğinin tedavisinde en uygun yöntem olarak kabul edilen kistektomiyi 13 olgumuzda uygulama olanağı bulduk. Sayrılarımızdan 2 si hiç bir yakınma göstermeden 1 hafta içerisinde şifa ile taburcu olmuşlardır. Geri kalan 11 sayrının hepsinde, ameliyat sonrası 4 ile 10 gün arasında değişen 37,8-38,5 derece arasında ateş görülmüştür. Bu olgularımıza antibiyotik analjezik uygulayarak tedavisini sağladık. Bir olgumuzda allerjik reaksiyon görüldü. Antihistamin uygulayarak yakınmaları ortadan kaldırdık. Splenektomi-Kistektomi uygulanan bir olgu ameliyat sonrası barsak atonisi, yüksek ateş, preşok belirtileri göstermiştir. Bu sayrıya enerjik bir mayi ve elektrolit replasmanı ve kortison, antihistaminikler parenteral uygulanarak, post operatif 12 nci gün şifa ile taburcu edilmiştir.

Bu olguların dışında kalan 6 olgumuzdan 2 sinde parsiyel kistektomi-ommentoplastı, 2 sine parsiyel hepatektomi, 2 sine kistojejunostomi uyguladık.

Parsiyel hepatektomi uyguladığımız iki olgumuzun hastanede kalma süresi ortalama 14,5 gün olup, ameliyat sonrası ateş her iki olgu da görülmüştür. Sayrılardan birinde 10 gün süren safralı akıntı saptanmıştır.

İnternal drenaj yöntemlerinden kisto-Jejunostomi uyguladığımız 2 olgudan

biri post operatif 36 ncı günde, digeri post-operatif 7 nci günde taburcu olmuşlardır. Her iki olgumuzda ameliyat sonrası bir hafta süren yüksek ateş, ikili antibiyotik uygulaması ile kontrol altına alınmıştır. Sayrılar daha sonra şifa ile taburcu olmuşlardır.

Parsiyel kistektomi-omentoplasti uygulanan olgu ameliyat sonrası on ve onbirinci günde önemli bir komplikasyon ve yakınma göstermeksizin şifa ile taburcu olmuşlardır.

Son kümede yer alın iki olguya parsiyel kistektomi-kapitonaj uygulanmıştır. Parsiyel kistektomi-kapitonaj uygulanan bir olgunun post operatif devresinde formol reaksiyonu ve ateş görülmüş, sayrıya antibiyotik, antihistamin, solu decortin uygulanmış ve ameliyat sonrası 22. günde şifa ile taburcu olmuştur. Diğer olguda'da yüksek ateş, toksik reaksiyon plevra efüzyonu görülmüş torakotomi uygulanmış ve antibiyotikler kullanarak sayrı postoperatif 33 günde şifa ile taburcu edilmişlerdir.

T A R T I Ő M A

Buraya kadar yazımızda açıklamaya çalıştığımız önerileri Dünyanın değişik yerlerinde uygulanan cerrahi yöntemlerin sadece birinin seçilerek gerçekleştirilmek gerek sayrı yönünden gerekse ameliyatı yapan cerrah yönünden her zaman iyi sonuç lar vermiyeceğini gözönünde tutmakta yarar vardır.Hiç bir zaman cerrahın radikal davranacağını diyerek sayrının hayatını tehlikeye atmasına hakkı olmadığı gibi endikasyon gösteren olgularda korkak ve çekimser davranarak şifayı geciktirmeye ve komplikasyonlara yol açmaya da hakkı yoktur.

Tıbbın her konusunda olduğu gibi karaciger kist hidatiklerinde de belirli kriterler göz önüne alınsa bile uygulanacak cerrahi girişim yine de sayrı için değişebileceğini hatırdan çıkarmamalıdır. Cerrah ne tip bir ameliyat yöntemi uygulayacağına karar verirken, sayrının genel durumunu kistin yerleşim yerini kendi imkan ve kapasitesini, vereceği kararın dönülmeyecek bir yol olduğunu düşünmelidir.

Karaciger kist hidatiği tanısı koyduğumuz ve ameliyat ettiğimiz olguların yaş kümelerine göre dağılımını kaynaklardan aldığımız bilgilerle kıyasladığımızda aşağıdaki tablo ortaya çıkmaktadır.

Yaş kümeleri	G.A.T.Ö. I.Cer Kli	A.Ü.T.F. I.Cer.Kli	Papadimitrio
I-10	2	3	2
11-20	10	22	40
21-30	23	55	58
31-40	18	66	56
41-50	4	25	32
51-60	5	20	27
61-70	1	12	8
71-80	1	1	4
Toplam	-----	-----	-----
	64	204	227

Bu tablonun incelenmesinden anlaşılacağı gibi yaş kümeleri yönünden olgularımız kaynak bilgileriyle uygunluk göstermektedir. Kist hidatik olgularına en sık 11 ve 40 yaşları arasında rastlanmaktadır. Sayrılarımızın % 37,6 sı kadın % 62,4 ü erkek olduğu saptanmıştır. 64 olgumuzu içeren serimizde %14 ü süpüre % 86 sı normal kist hidatiklerden oluşmaktaydı. Sayrılarımızdan 4 daha önce başka hastanelerde geçirdikleri kist hidatik ameliyatlarına bağlı rekürens özelliği göstermekteydi. Bu rakam genel sayıya göre % 6,2 lik bir orandan ibarettir.

Intrabilier rüptür olan olgularda ameliyat mortalitesinin % 5-6 oranında olduğu kaydedilmektedir. İntropulmoner rüptür olan kist hidatiklerde %6-7, kalsifiye özellik gösteren olgularda % 5, kist hidatik ile birlikte safra kesesinde taş olan olgularda mortalite oranının %6-7 olduğu ileri sürülmektedir. (20)

Kliniğimizde uyguladığımız ameliyat yöntemlerinin hiçbirinde mortalitenin olmadığı belirtilmiştir. Bizim olgularımızda elde ettiğimiz sonuçları diğer araştırmacıların elde ettikleri sonuçlar ile kıyaslandığında aşağıdaki tablo ile karşılaşmaktayız.

MARSUPIALİZASYON	OLGU SAYISI	MORTALİTE ORANI
LEHMAN	245	% 4
YOVONOVİTCH	171	% 7
CAMPERO	22	% 25
PİSSİOTİS	5	% 0
İ.KAYABALI	153	% 2.1
DİNSTMAN	9	% 0
PAPADİMITROU	119	% 0
I.CER.KL.(G.A.T.A)	16	% 0

Marsupializasyon cerrahi yönteminin uygulandığı olgular genellikle enfekte kist hidatikler ve kistin karacigerde yerleştiği yer nedeni ile tekniklerin uygulanamayacağı olguları içermektedir.(16.25.42) Bu nedenle yukarıdaki tabloda

marsupializasyon uygulanan olguların çoğunluğu bu özellikleri göstermektedir. Bizim marsupializasyon uyguladığımız olgular genel durumu bozuk ve diğer cerrahi yöntemleri başarı ile uygulama olanağından yoksun sayrıları içermekteydi. 16 olguda uyguladığımız ameliyat sonunda elde ettiğimiz sonuçlar kaynak bilgi- siyle kıyaslandığında sonuçların memnuniyet verici olduğu görülür.

Basit Kist Drenajı	Olgu Sayısı	Martalite
PAPADİMITROU	28	Yok
PİSSİOTİS	4	Yok
DİNSTMAN	4	1
LOJOCOZO	14	Yok
NANO	11	Yok
1 CER.KL.(G.A.T.A.)	23	Yok

Basit kist drenajı karaciger kist hidatiklerinde en kolay ve zaman bakımın- dan kısa sürede uygulanabilen cerrahi yöntemdir.Klinigimizde uyguladığımız 23 olguluk seride aldığımız sonuçları aynı yöntemi uygulayan diğer ötorlerin aldığı sonuç- larla kıyasladığımızda bizim olgularımızın sonuçların daha üstün olduğu göze çarp- maktadır.

Örneğin, Papatimitrounun 28 olguluk serisinde her sayrı için hastahanede kalma süresi 52 gün olduğu ve olguların % 60,7 sinde safra fistülü geliştiği bildiril- mektedir.Buna karşın bizim olgularımızda sayrıların hastahanede kalma süresi ortalama 24,2 gün olup, safra fistülü oranı ise % 17,3' olup bu fistüller geçi- ci bir özellik göstermektedir.

Bütün bu özellikleri ile olgularımıza uyguladığımız basit kist drenajı hem sayrı yönünden hemde sonuçları bakımından üstünlükleri açıkca kanıtlanmış olmak- tadır.

Parsiyel kistektomi-Kapitonaj	olgu sayısı	Mortalite Prognoz	
NANO	6	Yok	Çok iyi
ROHNE	9	Yok	Çok iyi
TORRES	8	Yok	Çok iyi
I.CER.KL.(G.A.T.A)	2	Yok	Çok iyi

Bu yöntemi uyguladığımız olgulardan aldığımız sonuçlar kaynak bilgileriyle uygunluk göstermektedir.

Ommomentoplasti	Olgu sayısı	Komplikasyon
PAPADİMITRİOU	78	Safra fistülü(%2,5)
I.CER.KL.(G.A.T.A)	2	Postoperatif ateş

Bu yöntemi 78 olguda uygulayan Papadimitriou kist hidatik tedavisinde ommomentoplastiğin diğer yöntemlere göre, alınan sonuçlar bakımından daha iyi olguyu yazmaktadır. Sayrılarının hastahane yatma gün sayısı ve komplikasyonlar minimal düzeyde olduğunu bildirmektedir. Kliniğimizde sadece iki olguya ommomentoplasti yöntemini uyguladık. Her iki olguda postoperatif devrede önemli bir komplikasyon ve yakınma göstermediklere saptanmıştır.

Kistektomi	Olgu sayısı	Mortalite
CONSTANTİNİ	9	% 0
YOVONOVİTCH	116	% 2,6
DİNSTMAN	9	% 0
A.Ü.T.F.1.CER.KL.	83	% 16.9
.S.GİLEVİCH	997	% 3.4
1.CER.KL.(G.A.T.A.)	13	% 0

Karaciger kist hidatiklerinin tedavisinde kistektominin üstünlüğü tartışma götürmez bir gerçektir.

Buna karşın ince duvarlı kistlerde uygulama olanağı yoktur. Mortalite oranı yüksektir. Bilhassa karaciger parankimasına gömülü kist hidatiklerde rujinle yapılan kistektomilerde safra fistülü ve kanama oranı yüksek düzeyde görülmektedir. Mortalitesi oldukça yüksektir. Bizim uyguladığımız 13 olguda aldığımız sonuçlar gerek mortalite gerekse komplikasyonlar yönünden daha iyi olduğu saptanmıştır.

<u>Parsiyel kistektomi-Drenaj</u>	<u>olgu sayısı</u>	<u>Prognaz</u>	<u>Mortalite</u>
NANO	4	Çok iyi	Yok
1.CER.KL.(G.A.T.A.)	4	Çok iyi	Yok

Yukarda tabloda, Nano'nun ve bizim aynı yöntemi uyguladığımız kist hidatik olgularında alınan sonuçlar birbirine uygunluk göstermektedir.

<u>Kisto jejunostomi</u>	<u>Olgu sayısı</u>	<u>Komplikasyon</u>	<u>Mortalite</u>
S.BESİN	8	Yok	Yok
1.CER.KL.(G.A.T.A)	2	Yok	Yok

Uygulama endikasyonlarını açık olarak belirttiğimiz kisto-jejunostominin karaciger kist hidatiklerinin tedavisinde üstün bir yöntem olduğu iddia edilmiştir. Bu yöntemi uyguladığımız iki olgumuzda önemli bir komplikasyon görülmemiştir. S.BESİN'in 8 olguluk serisinde sayrıların hastahane yatma süresi 11 ile 15 gün arasında idi.Bizim olgularımızda ortalama 23 günde taburcu olmuşlardır.

<u>Hepatektomi</u>	<u>Olgu sayısı</u>	<u>Komplikasyon</u>	<u>Mortalite</u>
BOURGENON	34	Yok	% 14.4
AKIN	6	Yok	% 0
DİMTSMAN	10	Yok	% 0
ROHNER	7	Yok	% 0
PAPADİMITRİOU	2	Safra fistülü	% 0
LAJOCOZA	15	Yok	% 0
1.CER.KL.(G.A.T.A)	2	Yok	% 0

Karaciger kist hidatiklerinin cerrahi tedavisinde hepatik rezeksiyonun en üstün yöntem olduğunu bir çok otor fikir birliği halindedir. Bu günkü modern cerrahi ve anatomi bilgisiyle kolayca başarılabilcek bir girişim olduğu iddia edilmektedir. Buna karşın bu yöntem uygulandığında belirli oranda sağlam karaciger dokusu kaybı olmaktadır. İkinci önemli konu kist çıkarıldıktan sonra geride kalan karaciger dokusunda yeni bir enfestasyon ile başka bir kist hidatik gelişip gelişmeyeceği veya o anda henüz gelişmekte bulunan bir hidatik kistin bulunup bulunmayacağını tahmine imkan yoktur. İki olgumuza uyguladığımız hepatektomi sonuçları diğer otorlerin aldığı sonuçlara benzediğini saptadık, ve mortalitenin sıfır olduğunu gördük. Aşağıdaki tabloda olgularımızın dökümü gösterilmiştir.

Girişin Şekli	Olgu Sayısı	Hast. de kalma (Gün)	POST OPERATİF KOMPLİKASYONLAR					POST OPERATİF UYGULANAN TEDAVİ				SONUÇ
			Ateş	Allerji	Formol reaksiyon	Plevra Efüzyon	Safra akıntısı	Antibiyotik	Anti Al-lerjik T.	Toraks direni		
Basit Kist Drenajı	23	24,2	17 Olgu- da (+)	(-)	(-)	1 Olguda (+)	4 Olgu- da	17 Olguya ikili 11 Antibiyotik uygulandı	(-)	1 Olguya uygulan- dı	23 Olguda şifa	
Marsupializasyon - Drenaj	14	37	12 Olgu- da (+)	2 Olguda (+)	(-)	(-)	(-)	12 Olguya ikili 11 Antibiyoti- tik uygulandı	2 Olguya uygulan- dı	(-)	14 Olguda şifa	
Parsiyel Kistek- tomi - Marsupializasyon	2	41	1 Olguda (+)	(-)	(-)	(-)	(-)	1 Olguya 20 gün ikili an- tibiyotik uygu-	(-)	(-)	1 Olguda şifa 1 " salah	
Parsiyel Kistek- tomi - Drenaj	4	29,5	3 Olguda (+)	1 Olguda görüldü	1 Olguda görüldü	1 Olguda görüldü	1 Olgu- da ap- se	3 Olguya ikili Antibiyotik uygulandı	1 Olguya uygulan- dı	1 Olguya kondu	4 Olguda şifa	
Parsiyel Kistek- tomi - Ommento- plastisi	2	10,5	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	2 Olguda şifa	
Parsiyel Kistek- tomi - Kapitona	2	27,5	2 Olguda (+)	1 Olguda (+)	1 Olguda (+)	1 Olguda (+)	(-)	2 Olguya Anti- biyotik uygu-	1 Olguya uygulan- dı	1 Olguya kondu	2 Olguda şifa	
Kistektomi	13	17	11 Olguda (+)	1 Olguda (+)	1 Olguda Preşok (+)	(-)	(-)	11 Olguya ikili Antibiyotik uygulan- dı	(-)	(-)	13 Olguda şifa	
Kisto - Jejunos- tomi	2	21,5	2 Olguda (+)	(-)	(-)	(-)	(-)	2 Olguya ikili Antibiyotik uygulan- dı	(-)	(-)	2 Olguda şifa	
Parsiyel Hepato- tektomi	2	14,5	2 Olguda (+)	(-)	(-)	(-)	(-)	2 Olguya ikili Antibiyotik uygulan- dı	(-)	(-)	2 Olguda şifa	
T O P L A M	64											

1966 - 1975 Yılları arasında Kist Hidatik olgularımıza uyguladığımız girişimlerin sonuçlarının genel dökümü.

1966 - 1975 Yılları arasında Kist Hidatik olgularımıza uyguladığımız girişimlerin sonuçlarının genel dökümü.

S O N U Ç

Marsupializasyon uyguladığımız olgulardan elde ettiğimiz sonuçlar, kaynaklarda aynı yöntemin uygulanmasıyla alınan sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Bizim kliniğimizde uyguladığımız basit kist drenajı ve diğer cerrahi yöntemler, diğer otörlerin kist hidatik ameliyatında uyguladıkları yöntemler kıyaslandığında, aldığımız sonuçların üstün olduğu ortaya çıkmaktadır. Örneğin , yirmisekiz kist drenajı yöntemi uygulayan papadimitriou sayrılarının hastahane yatma süresini ortalama 52 gün olarak bildirmiştir. Aynı olguların % 60,7 sinde postoperatif safra fistülü geliştiğini bildirmiştir.

Bizim 23 olguda uyguladığımız basit kist drenaj yönteminde sayrılarının hastahane ortalama yatma süresi 24,2 gün olup post operatif devrede önemli bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Bütün bu özellikler göz önüne alınarak seçilecek ameliyat yöntemine karar vermeden önce, kistin lokalizasyonuna göre en uygun tekniği seçmek gerekmektedir. Çeşitli yöntemlerin avantajları ve dezavantajları yazmızın başında anlatılmıştır. Laparatomide kistin lokalizasyonu, enfekte olup olmamasına göre içe veya dışa drenaj yöntemlerinden birini seçmekte yarar vardır.

Daha radikal operasyonlardan hepatektomiye karacigerin ucuna ve kenarına oturmuş veya karacigerin bir lobunu harap eden kistlerde uygulamakta yarar vardır.

Karacigerin kubbesinde oturmuş kist hidatiklerde perikistek tomii kapitonaj uygulanabilir. Çok büyük kistlerde veya kist içine büyük safra yollarının açıldığı olgularda içe drenaj yöntemlerinden kistojejunostomiye uygulamak önem kazanmaktadır. Genel durumu bozuk sayrılarda, cerrahın imkân ve ekibi yetersiz olduğu durumlarda kolay, basit uygulanan ve sonuçları değer yöntemlere göre kötü sayılmayan kan gerektirmeyen, mortalitesinin hemen hemen sıfır olduğu saptanmış olan

basit kist drenaj yöntemini olguların pek çoğunda başarı ile uygulanabileceğine inanıyor ve salık veriyoruz.

Tüm olgularımızın gösterdiği özellikler gözününe alınarak uyguladığımız değişik cerrahi yöntemlerden aldığımız sonuçlarda, total mortalitenin sıfır olduğunu buldur.



Ö Z E T

Karaciger hidatik kisti, tenya ekinokokkusun hekzakant embriyonunun karaciger de yerleşerek meydana getirdiği kistik bir oluşumdur. Olgun şekli köpeğin ince barsağında yaşar. İnsan paraziti için bir ara konakçı durumundadır.

Hidatik kist, özellikle 20-30 yaşları arasında görülmektedir. Genellikle geçişme çocukluk yaşlarında olup sayrılık çoğu kez 15-20 yılda belirti verecek büyüklüğe ulaşmaktadır.

Hidatik kistin organizmada en çok yerleştiği yer karacigerdir. Bunun nedeni, sindirim kanalından venaporta ile gelen embriyonun ilk uğrak yeri olan karaciger süzgeçinden takılıp kalmasıdır.

Sayrılık tümöral devresine gelinceye kadar, belirgin klinik belirti vermez, Tümöral devrede ise lokalizasyonuna göre klinik belirtiler verir.

Sayrılığın tedavisi için tıbbi tedavi düşünülmemekte olup, tedavi tümüyle cerrahidir. Bunun için değişik yöntemler ortaya konmuştur. Parazit öldürülüp kist boşaltıldıktan sonra kalan boşluğun kapanması için çeşitli yöntemler uygulanmıştır. Uygulanan yöntemlerden alınan sonuçlar kıyaslanmıştır. Her zaman kolayca uygulanabilen ameliyat tekniği yönünden basit, sonuçları yüz güldürücü olan basit kist drenajı, bir çok olguda uygulanabilecek iyi bir ameliyat yöntemidir.

K A Y N A K L A R

- 1- ALEV. İ. : Kist Hidatikler. Diyarbakır Tıp Fakültesi Dergisi
Cilt : 2 Sayı : 3-4 Sayfa 497-505 Yıl 1973.
- 2- AKIN. H : Karaciğer Hidatidozisinde Modern Cerrahi Tedavi ve Kistek
tominin Üstünlüğü.
Türk Hidatiloji Dergisi No. 15, Sayfa 5-25, Yıl 1970.
- 3- AKGÜN. S.: Karaciğer Kist Hidatiğinde İç Çevirme Tekniği ve Sonuç
ları.
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 12 Sayı 1
Sayfa 63-65 Yıl 1973.
- 4- BAKALOUĐİS. P. : Hepatik Regeneration in Echinococosis an Argument
for Lobectomy.
Ann Surg. 170:256-262 Yıl 1969.
- 5- BESUN. S. : Karaciğer Kist Hidatiklerinin tedavisinde Kisto-Jejunos
tomi ve Parsiyel Kistektomi-Kistojejunostomi (O.Bumin)
Ameliyatının yeri. Türk Hidatidoloji Dergisi Sayı : 17
Sayfa 12-30 Yıl 1972.
- 6- BOKUS. L.H. : Gastro Entererology Vol.3 3 pp.370-373
Saunders Comp. Yıl 1969.
- 7- BUMİN. O. : Karaciğer Kist Hidatiklerinin Cerrahi Tedavisinde Parsiyel
Kistektomi, Kisto-Jejunostomi Ameliyatı.
A.Ü.T.F. Mecmuası Vol XLX No. 1 Suplementum 1966.
- 8- BUMİN. O. : Sindirim Sistemi Cerrahisi.
A.Ü.T.F. Yayınları Rüzgarlı Matbaası Sayfa 290-298 Yıl 1969

- 9- BURLUI. D. : Immediate and Late Result of Treatment Hepatic Hydatid Cyst with Pericystiodigestive Anostomosis.
Chirurgia (BUEUR) 20:895-902 Oct.71.
- 10- CAMPERO. E : Hepatic Hydatidosis Analysis of Surgical Result in 112 Cases.
Boll Chill Parasitol 24:154-7 Jul Dec 69.
- 11- CHRISTOPHER's : Text Book of Surgery 7 th Ed pp 426-427.
W.B.Saunders Company Yıl 1957
- 12- DINTSMAN. M. : Surgical Treatment of Hydatid Cyst of the Liver
ARCH SURG 103:76-78 Yıl 1971
- 13- ESENER. R. : Kist Hidatikler Yıl 1972
- 14- GILEVICH. I us et al : Complication in the Surgical Treatment of Echinococosis of Liver.
Khirurgia (Mosk) 47:47-47-59 Oct.71
- 15- HANKINS. J.R. : Management of Complicated Hepatic Hydatid Cyst.
Ann Surg 158: 1020 Yıl 1963.
- 16- HICKEN. N.F. : Echinococosis of Liver and Lugn Analysis of 19 Cases
Amer J Surg 112:823-830 Yıl 1960.
17. KATZ. A. M and PAN CT. : Echinococosis Disease in United States
Amer. J. Med. 25:759 Yıl 1958
18. KAYABALI. İ. : Karaciğer Kist Hidatikleri Tedavisinde Çeşitli Metodlarla Elde Edilen Sonuçlar. İzmir Devlet Hastanesi Mec. No. XII Sayfa : 369-381. Yıl 1970
19. KHADZHIEV D, et al : The Value of Liver Resection in the Surgical Therapy of Liver Echinococosis.
Khirdudgia (Sofia) 24:147-51 Yıl 1971.
20. KOURIAS. B.G. : Hydatid Disease of the Abdomen . Maingot, Abdominal Operation Vol-2 Fifth Ed Appieton Century Crofts.
Meredith Corporation pp.1046-1061 Yıl 1969.

21. KOCAOĞLU. H. : Karaciğer Kist Hidatiklerinde İkterin Yeri
Türk Hidatidoloji Dergisi No.: 4 Sayfa 1-10 Yıl 1965.
22. LITCHAN SS. : Disease of the Liver, Gallbladder and Cholducks, 3rd ed
Vol 2 P 892
Philadelphia M.S. 3 Lea Febiger.
23. LOJACZO J et al : Surgical Treatment of Hepatic Echinococosis Cyst
(Report on 47 Personel Cases)
Chir Po ta Sper 20:173-189 Jun-72.
24. MARTULA M et al : Hepatic Echinococosis Treated Surgically
Pol Prseg Chir 43:1873-6 Dec-71
25. MENTOURI. B, et al : Surgical Treatment of Liver Hydatid Cysts
Aprosos of a Series of 381.
Helv Chir Acta 41 (5-6) 675-81 Dec 74
26. O.B. MILONOV E.D. : Selection of Optimal Surgically Procedur
in Liver Echinococosis
Khirurgiia (Mosk)(5) 101: 6 May 74.
27. OYTUN. H. S. : Tıbbi Parazitoloji A.Ü.T.F. Yayınları
Sayfa 268-274 Ankara Yıl 1961.
28. ÖZGEN. G. : Atatürk Sanatoryumu Göğüs Hastalıkları Hastanesinde
Tedavi Gören Kist Hidatik Vakaları ve Kist Hidadik
Cerrahisi
Sağlık Dergisi Haziran 1973 Sayfa 29-37.
29. PACT G.T. MOLONDER MD : Hepatic Lobectomy for Recurrent
Echinococosis Cyst the Liver
Amer.J. Gastroent 33:43-48 Yıl 1960.

30. PAPADIMITRIOU J. MADREKAS A.: The Surgical Treatment of Hydatid Disease of Liver
Brit J Surg 57. 431-433 Yıl 1970.
31. PISSIOTIS CA et al : Surgical Treatment of Hydatid Disease
Prevention of Complication and Recurrent
Arch SUR 104 : 454-9 Apr.72
32. RAUL ROMERO TORRES : Surgical Treatment of Hydatid Disease (Collective Review) 121: 851-Yıl 1971
33. ROHNER A et al : Operated Hydatid Cysts of the Liver, Study of 25 Cases.
Helv Chir Acts 41 (1-2) : 151-4 Mar-74
34. TSOUFIS et al : Remote Result of Operation for Echinococosis of the Liver
Lyon Chir 65: 865-7 Nov-Dec 1969
35. ÜLKER. M. : Karaciğer Kist Hidatiklerinin Lokalizasyonu
Türk Hidatidoloji Dergisi No. 12 Sayfa 1-9 Yıl 1970
36. YAZICI. A. : Karaciger Kist Hidatiklerinde Geçerli Cerrahi Uygulama Tez Konusu G.A.T.A. 1973