

BRONŞ KANSERLERİNİN TEŞHİS VE TEDAVİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ.

Op. Dr. Gökalp ÖZGEN (*) Doç. Dr. İrfan DUYGULU ()**

Op. Dr. Hasan SOLAK (*)**

Mayo kliniğine bağlı kanser araştırma grupları bugün için erken teşhiste göğüs grafisi ve 3 gün süreyle balgam tetkikini ön görmektedir. Böylece küçük, asemptomatik, periferik tümörlerin göğüs grafisi ile büyük soluk borularının ağzında yerleşen skuamö hücreli tümörlerin ise sitoloji yoluyla erken teşhis olanakları vardır. Grafik araştırma, pekçok kanserlerin teşhisine sitolojiden daha çok olanak vermektedir, fakat buna rağmen erken sitolojik bulgulu vakalarda da prognoz daha iyi olmaktadır. Başlangıçtan itibaren bu tür sıkı bir takip şüphesiz postoperatuvar yaşam oranını da uzatacaktır (5).

Kitle halinde erken kanser araştırması olanaksızdır. Bunu ancak yüksek risk taşıyanlara uygulamak mümkündür. Örneğin, 45 yaşından yukarı erkekler, bir paket veya daha çok sigara içenler gibi. Bu gibiler Mayo ve erken kanser araştırması grupları tarafından 5 yıl süreyle takip edilebilmişlerdir. Bu tür 5 yıllık taramaya tabi tutulanlarda yıllık ölüm oranı % 03 dür.

1932-1974 yılları arasındaki 3808 primer akciğer kanserine dayanan bir incelemede (11) şu sonuçlar elde edilmiştir; 1848 vaka ameliyat edilmiş ve tedavi edilmeyenlerin % 95'i bir yıl içerisinde ölmüşlerdir. Bu vakalara dayanılarak, şayet cerrahi eksiz-

(*) D. Ü. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cerrahi Kürsüsü Öğretim Görevlisi

(**) D. Ü. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cer. Kürsüsü Öğ. Üyesi ve Kürsü Başkanı

(***) D. Ü. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cer. Kürsüsü Uzman Asistanı

yon gerekiyorsa sitoloji, bronkoskopik biopsi, braş biopsi dikkate alınmamalıdır. İğne biopsisi ise ekseri zararlı ve sonuçsuzdur. Bunların yerine preoperatuvar kardiopulmoner rezerv üzerine araştırma, doku verifikasyonundan daha önemlidir.

Grafik olarak akciğer tümörlü bir vakada klinik bir araz yoksa ve laboratuvar araştırma bulguları da olumsuz ise, şahıs sağlıklı ise, bunlar en yüksek tedavi şansına sahiptirler. Bu lokalize vakalarda eksizyon endikedir. Sitoloji, bronkoskopik biopsi, braş biopsi sonuçları boşuna beklenmemelidir.

Küçük imajlı ve nisbeten az semptomlularda ameliyat öncesi araştırma gereklidir. Araştırma sırasında bronkoskopi önde gelir. Servikal lenf bezi biopsisi, iğne aspirasyon biopsisi ve mediastinoskopi ve mediastinal oksploasyon sıra ile yapılacak araştırmalardandır. Son yıllarda tümör teşhisinde ilk araştırma için yaklaşım, laparotomi ile yapılacak karaciğer veya retroperitoneal lenf bezi biopsileri olmaktadır. Şayet diafragm altı tümör yakalanması varsa, akciğer için irradiasyon veya operasyon yararsız olacaktır.

Vakalarımızın klinik değerlendirmesinde literatürdeki verileri gözönüne alarak ve eldeki olanakların bize yardımcı olduğu oranda elde ettiğimiz sonuçları inceleme yoluna gittik.

MATERYAL VE METOD

1970-1975 yılları arasında Atatürk Sanatoryumu Cerrahi servisinde tedavi gören akciğer tümörlü vaka sayısı 47 dir. Bunların 5 i kadın, 42 si erkektir. Yaş sınırları 20 ile 70 arasında değişmekte idi. En sık bronştümörünün görüldüğü yaş 40-50 yaşlar arası oluyordu (Şema - 1). Yaşa göre tümör dağılımının tetkikinde 60 yaşından aşağı yaşlarda epidermoid tip 20, endiferansiye karsinoma 15, adeno-karsinoma 3 vakaya ve teşhis konamayan 3 vakaya, 60 yaşından yukarı olanlarda ise sadece epidermoid tip kansere rastlandı. 2 vakaya da teşhis konamadı (Şema - 2). Genellikle 50'den sonraki çağlarda görülen bronş tümörü tipi, epidermoid ve endiferansiye karsinom tipleri idi. Hücre tiplerine göre epidermoid hücreli vakaların 11 tanesi, anoplastik küçük

Yaş	+	O	Toplam
20 - 29	1	2	3
30 - 39	—	4	4
40 - 49	3	16	19
50 - 59	1	14	15
60	—	6	6
Toplam	5	42	47

Şema : 1

Hücre tipleri	Yaş < 60	Yaş > 60	Top.
Epidermoid	20	4	24
Endiferansiye	15	—	15
Adenokarsinom	3	—	3
Teşhis?	3	2	5
Toplam	41	6	47

Şema : 2

hücreli tümörlü vakaların 2 tanesi, teşhisi konamayan 2 vaka en az 20 yıldan beri sigara içenler arasından çıkmıştır. Sigara adedi 1/2 ile 3 paket arasında değişiyordu. Yani 57 vakanın 19'unun sadece erkeklerdi - anamnezinde sigara içtikleri saptanmıştı (Şema - 3). Sigara ile epidermoid küçük hücreli kanserler ve adenokanserler arasında ilişki vardır (X). Bunların içinde küçük hücreli kanser en yüksek metastaz yapmaya eğilim göstereni-

dir. Kemik, rejyonal lenf alanı karaciğer, adrenal, yüksek metastaz gösteren alanlardır (X).

	Sigara içenlerin sayısı
Epidermaid	11
Endiferansiye	7
Adeno-karsinom	—
Teşhis?	2

Şema : 3

Bu vakaların ameliyat öncesi kesin teşhislerinde kullanılan araştırma yöntemleri bronkoskopi, sitoloji, torakotomi yolu olmuştur. Bronkoskopik teşhis 12 vakada, kesin sitolojik teşhis 5 vakada konmuş, kalan vakaların 30'unda kesin torakotomiden sonra konabilmiştir. 22 vakada tümörden grafik olarak şüphelenilmiş, 7 vakada da preoperatuvar malignite kanıtı - grade (4-5) hücre saptanması - balgam sitolojisi olmuştur. Böylece 17 vaka kesin teşhisle operasyona girmiştir. Torakotomiye rağmen teşhis konamayan vakaların sayısı ile 5 dir (Şema - 4). Ameliyat

Teşhis metodu	Sayı
Bronkoskopi	12
Kesin sitoloji	5
Torakotomi	3
Sadece X-ray şüphesi	22
Şüpheli sitoloji	
(klas IV V)	7
Preop. kesin teşhis	17
Torakotomide teşhis	
konamamış	5

Şema : 4

li opasite Ront-seviye-	atelektazi									
	Tüm atelektazi					segmenter filtrasyon				
	5	2	7	7	3	24	Renal	opasite	Toplam	
Endiferansiye	5	2	7	7	3	24				
Adeno-kanser	—	3	5	5	2	15				
Toplam	—	1	1	—	—	2				
Epidermoid	5	6	13	12	5	41				

Şema : 5

Histolojik yapı ile ilgisi						
Operasyon	Endiferansi- karsinom		Teşhis (—) Toplam			
	Epidermoid ye	Adeno-				
Pnömonektami	14	5	1	—	—	20
Lobektomi	2	3	—	1	1	6
Torakotomi	8	7	1	4	4	20
Toplam	24	15	2	5	5	46

Şema : 6

öncesi teşhis yöntemlerinden olan, bilhassa okkült tümörlerin ortaya çıkarılmasında rolü olan tentalum, bronkografi ve mediastinoskopiye teknik olanaksızlıklar nedeniyle yapamadık. Periferik yerleşmeli tümörlerde, teşhiste yardımcı olan iğne ile biopsi alma, pnömotoraksa neden olabilmesi dolayısıyla yapılmadı (2).

Grafik tetkiklerde seviyeli rand opasite 5 vakada, tüm atelektazi 6 vakada, lob veya segman atelektazisi 13 vakada, homojen infiltrasyonu 13 vakada, rand opasite 5 vakada bulunmuştur (Şema - 5).

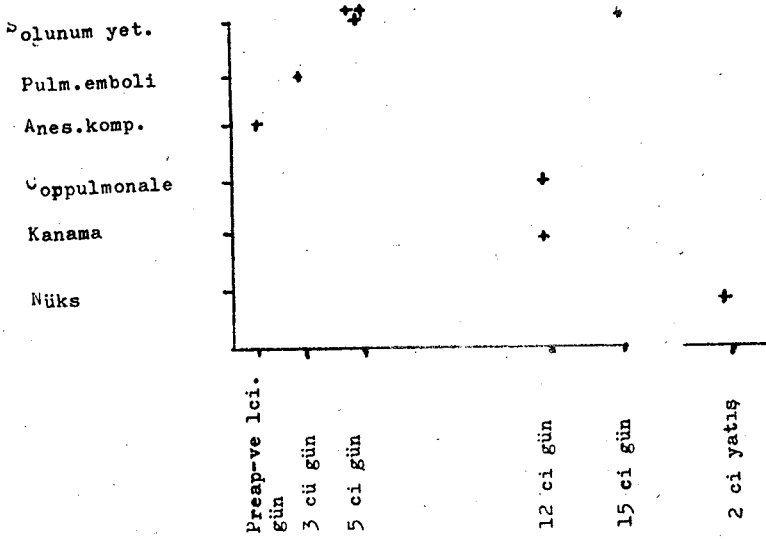
Eldeki vakalara pnömonektomi, lobektomi ve eksploratris torakotomi ameliyatları uygulandı. Pnömonektomi 14 epidermoid bronş kanserine, 5 indiferansiye bronş kanserine, 1 adeno-kanser vakasına uygulandı. Lobektomi 2 epidermoid bronş kanserine, 3 endiferansiye bronş kanserine, 1 adeno-kanser vakasına uygulandı. Eksploratris torakotomi 8 epidermoid bronş kanserine, 7 endiferansiye bronş kanserine, 1 adeno-kanser vakasına ve 4 teşhis konamayan vakaya uygulandı (Şema - 6). Bunlar içinde 60 yaşından aşağı olanlarda 18'ine pnömonektomi, 6'sına lobektomi, 17'sine eksploratris torakotomi, 60 yaşından yukarı olanlardan 3'üne pnömonektomi, 1'ine lobektomi, 1'sine eksploratris torakotomi yapılmış oldu (Şema - 7). Operasyonlarda epidermoid kanseri vakalarında 7, adeno-kanser vakalarında 2 ölüm rastlandı (Şema - 8). Ameliyat sonrası ölüm nedeni olan komplikasyonlar şöyle idi; solunum yetmezliği, pulmoner emboli şüphesi, anestezi komplikasyonu, cor, pulmonale, kanama, nüks.

Operasyon	Yaş < 60	Yaş > 60	Top.
Pnömonektomi	18	3	21
Lobektomi	6	1	7
Torakotomi	17	2	19
Total	41	6	47

Şema : 7

Tümör tipi Vefat sayısı	
Epidermoid	7
Enfideransiye	—
Adeno-kanser	2
Toplam	9

Şema : 8



Şema : 9

Bunlardan anestezi komplikasyonları en erken olanı idi (1. gün). Solunum yetmezliği, pulmoner emboli, cor pulmonale, kanama komplikasyonları 15. postoperatuvar güne kadar ortaya çıktılar. Nüksler ikinci yatışta ortaya çıktılar (Şema - 9). Ençok ölüm pnömonektomilerden sonra görüldü, 7 vaka. Lobektomi sonrası 1 ve torakotomi sonrası da 1 vaka olmak üzere ölüm sayısı 9 idi (Şema - 10).

Operasyon	Ölüm sayısı
Pnömonektomi	7
Lobektomi	1
Torakotomi	1
Toplam	9

Şema : 10

TARTIŞMA

Vakaları değerlendirirken; 1) Olumlu sitolojili ve olumsuz grafili olanlar, 2) Periferik asemptomatik pulmoner kitleli olanlar diye ayırmak gerekir. Vakalarımızda (+) sitolojili olanlarda, belirgin grafik tümöral kitle mevcudiyeti olduğu gibi periferik kitleli olanlarda da semptomlar başlamış bulunuyordu. Bunun nedeni, bunların nisbeten geç klinik müracaatlarıydı.

Birinci tipler için tantalum bronkografi ve fiberoptik bronkoskopi veya iğne biopsisi gerekebilir. Şayet klinik ve grafik malignite izleri belirginse, bu tetkiklere gerek yoktur. Periferik asemptomatik kitleli bronkojenik kanserler % 25 oranında okült mediastinal lenf bezi metastazına sahiptirler. Bu nisbeten yüksek oran karşısında asemptomatik vakalarda torakotomiden önce rutin olarak mediastinoskopi düşünülebilir. Bu vakalarda mediastinal metastaz grafik olarak gözükmemektedir.

Tümör olumlu balgam sitolojili olarak veya olumlu radyoloji ile başlar. Semptom bir kez mevcut oldumu nedenleri de değişik olur. Endobronvial kitlede öksürük, hemoptezi, hisirtili solunum vardır. Vakalarımızın 17 sinde bu tip endobronşiyal kitle arazi bulunmaktaydı. Kitle mediastinal ise veya mediastinal metastaz varsa sis kısıklığı, diskaji, yüz, boyun şişmesi yapar. Sistemik semptomlar uzak metastazlara, hormonlara ve toksik maddelere aittir (2).

Sitolojik tetkik olumlu, radiografik tetkik ise olumsuz çıkan vakalarda ağız, nazofarinks, larinks, üst aero-dijestiv trakt gibi yolların araştırılması da şayet olumsuz çıkarsa, dikkatle fiberoptip bronkojenik bir araştırma ve tantalum bronkografi ister. Bu tetkik ile tümörün segman bronkusunda mukosilier lokal destrüksiyonunda, 24-48 saatlik aralarla alınmış seri filmlerde tantalumun geçikmiş beyazlığını saptamak mümkündür.

Şayet sitolojik tetkik olumsuz fakat periferik pulmoner bir kitle radyolojik olarak mevcutsa, o zaman bu asemptomatik kitleyi granuloma ve diğer selim kitlelerden ayırmak gerekir. Bunun için de iğne biopsisi (Pnömotoraks tehlikesi yaklaşık % 42'dir.) ve mediastinoskopi ister (2).

KIRSH, (8) bronkojen skuamö hücreli kanser ve mediastinal lenf bezi metastazlı vakalarda eksizyon sonrası (Tümör ve metastaz birlikte çıkarıldı.) 5 yıllık yaşam saptamıştır. CARLENS istatistikinde (4) ektranodal lenf bezi metastazlı vakalar ise genellikle fatal idi. Demek ki bu durumlarda istatistik bakımından uyuşma olunamıştır.

Grafik ve sitolojik araştırmanın erken teşhisteki rolü GRZYBOWSKI (6) tarafından açıklıkla belirtilmiştir. Grafik olarak değerlendirmede santral veya hiler tümör kategorisine küçük hücreli (oat-cell) kanser veya skuamö kanser girer (3). Küçük hücreliler tüm bronkojenik karsinomaların % 15'idir. Vakalar içinde küçük hücreli olanlar 2 tane idi ve 1 tanesi hiler, diğeri akciğere yaygın civar dokulara infiltrate bulunuyordu. Anaplastik olan tip torakotomiden sonra halile taburcu edildi. Bu tiplerde birkaç ay önce sitolojik tetkik ve göğüs radiogramları

kritik bir araştırmada bile olumsuz olmaktadır ve bu yüzden prognoz kötü kalır. Skuamö tip tümörlere gelince radyolojik anormallik belirgin olmadan yıllar, aylar, haftalar önce sitoloji olumlu olabilmektedir (14,15). Skuamö tümörler yüksek rezektabilite gösterir (12). İlerlemiş durumlarda belirgin hiler kütle, obstrüktif atelektazi ve pnömoni ile belirlenir (5,14). Bunların %30'u santral yerleşmelidir (3). Bu tiplerde sitolojinin önemi radiografinin ise sınırlı değeri belirgindir.

Skuamö tip tümürlü vakalarımız 24 adet idi. 2 tanesi tüm, 7 tanesi kısmi atelektazi ile birlikte idi. 20 tanesi tamamen santral yerleşmeli bulunuyordu.

Periferik tümörlere gelince, büyük hücreliler, küçük hücreliler, skuamö hücreliler, adeno-karsinomlar, büyük hücreli endiferansiye adenokarsinomalar bu tiplerdendir. Genellikle 3 cm. veya daha küçük çaplı olanlarda prognoz iyidir. Çap büyüdükçe prognoz kötüleşir. Postoperatuvar 5 yıllık yaşam gösteren periferik bronkojenik tümörlerin 4 cm. den küçük çaplı olduğunu JACKMAN tebliğ etmiştir (7). 2 cm. den küçük çaplı olanlarda ise bu % 68'e çıkmaktadır.

Vakalarımızda grafik olarak rond opasite gösterenlerin sayısı 6 olup, opasitelerin büyüklüğü 4 cm. yi aşıyordu.

Kaliteli bir grafik tarama tümörü erken yakalamada elzem olmuş oluyor (12). Balgamdaki anormalliğin başlangıç araştırması ile kesin tedavi arasındaki geçen ortalama süre 4 aydır (12.) Bu tetkiklere ilaveten başlangıç tümörlerini erken yakalamada fiberoptik bronkoskopinin de rolü vardır. Tümörün kesin lokalizasyonunu sağlar ve biopsi, bronş-biopsi ile teşhis olanağı verir.

Grafik olarak okkült akciğer kanseri genellikle in-situ kabul edilir (14,15). İn-sitü tümörlerde lobektomi uygundur ve yaşam süresi 5 yılın üstündedir (12).

Multisantrik veya multibl kanserlerde üst ve alt lob bornş epiteline senkron olarak oluşmuş skuamö hücreler hakimdir (9). İnsitü okkült kanserlerde multisantrik tiplere rastlanmıştır (10).

Radiografik olarak okkült kanser, konservativ olarak başarıyla da eksize edilebilir (12,15). Bronkoplasti dahi önerilmiştir (15). Böylece multibl operasyonlar aynı hastada kolaylıkla uygulanabilir.

Metakronon primer akciğer kanseri 7/9 sigara içenlerde görülür. Radiografik olarak okkült kanser olup ta kronik obstrüktif pulmoner akciğer hastalığı yapan vakalarda rezeksiyon yerine radyasyon veya lokal krioterapi uygulanması yerinde olur.

Ö Z E T

47 bronş kanseri vakasını incelenmesinde şunlar saptanmıştır; Tümörler en çok 40-50 yaşlar arasında görülüyordu. En sık rastlanan tümör tipi epidermoid tümör idi. Sigara içenler içinde sık rastlanan hücre tipi de epidermoid kanser ve anoplastik kanser idi. 17 vakaya ameliyat öncesi bronkoskopi ve sitoloji yoluyla kesin teşhis konabilmiştir.

Vakaların 21 tanesine pnömonektomi, 6 tanesine lobektomi, 20 tanesine torakotomi ameliyatları uygulanmıştır. Ameliyat sonucu olarak 9 vaka vefat etmiş, 11 vaka şifa, 9 vaka salâh ve 18 vaka halile taburcu edilmiştir.

S U M M A R Y

Investigating the 47 bronchial carsinomas, those conditions had been confirmed.

Bronchial tumors were encountered within the age ranged 40 to 50 years. The most frequent identifiicated tumoral teype was epidermoid carcinoma. Amangst smokers firstly epidermoid, seconderely anaplastic carcinomas were commonly faced. 17 cases could be decisively diagnosed befor surgical procedure by the way of bronchoscopy and citology. Out of cases in 21 pneumonectomy were performed in 6, lobectomy and 20 thoracotomy. 9 cases died and 18 cases were discharged in health, mid healty position.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — AUERBACH, O., GARFINKEL, L., PARKS, W. R. : Histologic type of lung cancer in relation to smoking habits, year of diagnosis and sites of metastases. *Chest*, 67: 382 - 7, 1975.
- 2 — BAKER, R. R., STİKİK, F. B., MARSH, B. R. : The clinical assessment of selected patients with bronchogenic carcinoma. *The Ann. of Thor. Surg.* 20: 520 - 28, 1975.
- 3 — BYRD, R. B., CARR, D. T., MİLLER, W. E. : Radiographic abnormalities in carcinoma of the lung as related to histological cell type. *Thorax* 24: 573-75, 1969.
- 4 — CARLENS, E. : An appraisal of choice and results of treatment for bronchogenic carcinoma. *Chest*, 65: 442, 1974.
- 5 — FONTANA, R. S., SANDERSON, D. R. : The Mayo lung project for early detection and localisation of bronchogenic carcinoma. A status Report. *Chest* 67: 511-22, 1975.
- 6 — GRZYBOWSKI, S., COY, P. : Early diagnosis of carcinoma of the lung: Simultaneous screening with chest x-ray and sputum cytology. *Cancer*, 25: 113 - 20, 1970.
- 7 — JACKMAN, R. S., GOOD, C. A., CLAGETT, O. T. : Survival rates in peripheral bronchogenic carcinomas up to four centimeters in diameter, presenting as solitary pulmonary nodule. *J. Thor. Cardiovasc Surg.* 57: 1-8, 1969.
- 8 — KİRSİ, M. M., KAHN, D. R. : Treatment of bronchogenic carcinoma with mediastinal metastases. *Ann. Thorac. Surg.* 12: 11, 1971.
- 9 — LEGAL, Y., BAUER, W. C. : Second primary bronchogenic carcinoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 41: 114 - 24, 1961.
- 10 — MARTİNİ, N., BEATTİE, E. J., CLIFFTON, E. E. : Radiologically occult lung cancer. *Surg. Clin. North Am.* 54: 811: 23, 1974.
- 11 — OVERHOLT, R. H., NEPTUNE, W. B., ASHRAF, M. M. : Primary cancer of the lung. *The Ann. Thor. Surg.* 20: 511 - 19, 1975.
- 12 — SANDERSON, D. R., FONTANA, R. S., WOOLNER, L. B. : Bronchoscopic localisation of radiologically occult lung cancer, *Chest*, 65: 608-12, 1974.
- 13 — WEİSS, W., BOUCOT, K. R., SEİDMAN, H. : Risk of lung cancer according to histologic type and cigarette dosage. *JAMA*, 222 : 799 - 801, 1972
- 14 — WOOLNER, L. B., DAVID, E., FONTANA, R. S. : İn situ and early invasive bronchogenic carcinoma. *J. Thor. Cardiovas. Surg.* 60: 275 - 90, 1970.
- 15 — WOOLNER, L. B., FONTANA, R. S., BERNATZ, P. E. : Early bronchogenic carcinoma. *Surg. Clin. North. Am.* 53: 761-68, 1973.

D. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kürsüsü

**KARACİĞER KİST HİDATİĞİNİN NEDENLERİ, SON
KOŞULLARA GÖRE CERRAHİ TEDAVİ YÖNTEMLERİ.**

Op. Dr. Gökalep ÖZGEN(*) Doç. Dr. İrfan DUYGULU()**

Ekinokok enfeksiyonu asırlar öncesinden beri bilinmektedir. HİPOKRAT, karaciğer kistlerini «Su dolu Karaciğer» diye isimlendirmiş ve patladığı zamanki ciddi sonuçlarından bahsetmiştir. Bu kurtçuğun hayali çemberi, VON SIEBOLD tarafından 1863 de tanımlanmıştır. Tenya ekinokokusun ev sahipliğini ekseri karnivorlardan köpek yapar. Kistin en sık yerleşme yeri % 60 oranla karaciğerdir. Akciğer % 15 ile ikinci sırayı alır (). Sonra sırasıyla dalak, böbrek, periton, beyin, spinal kord, tükrük gland'ları ve kadın genital organları gelir. İnsanlara ağızdan ve köpek pisliği ile enfekte yiyeceklerden bulaşır. İnsan barsağından geçen yumurtanın kitin örtüsü mide özsuyla erir ve çengelli embrion, duodenum duvarından geçerek V. porta yoluyla karaciğere gelir ve yerleşir. Karaciğer, ekonokok kist enfestasyonunda bu nedenle daima ilk durak yeri olduğundan kist enfeksiyonu yüzdesi de diğer organlardakine göre çok yüksektir. Kist enfeksiyonunda karaciğer ekseri vücuttaki ilk bariyeri teşkil eder.

Karaciğer kistleri ekseri monoloküler olur. Mütiloküler olanları ender olup, malign tipi teşkil ederler.

Karaciğer kistlerindeki esas tedavi, teşhis kondukları andan itibaren cerrahi olmalıdır. Elimizdeki karaciğer kist hidatik vakalarını, diğer organ lokanizasyonlarını da (başlıca ak-

(*) D. Ü. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cerrahi Kürsüsü Öğretim Görevlisi

(**) D. Ü. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cer. Kürsüsü Öğ. Üyesi ve Kürsü Başkanı

ciğer ve dalak) gözönüne alarak cerrahi tedavileri yönlerinden değerlendirdik. Bunu yaparken literatürdeki cerrahi tedavi değerlendirmelerini de gözönüne aldık.

MATERYAL VE METOD

1970-1975 yılları arasında Atatürk Sanatoryumunda Karaciğer kist hidatiğinden dolayı cerrahi girişimde bulunulan vaka sayısı 38 dir. Bu vakaların 21 i erkek ve 17 si kadındır (Şema - 1). Bu vakaların 29 unda karaciğer lokalizasyonu sağ lobta, 3 tanesinde sol lobta ve 7 tanesinde ise her iki karaciğer lobunda idi. 3 vakada sağ lob kistlerinde, 1 vakada multibl karaciğer kistlerinde süpürasyona rastlandı. 2 vakada kistin içine safra fistülizasyonu vardı, 3 vakada kist kalsifiye idi. 3 vakada da kist, veziküllü tipte idi. Malign tip dediğimiz bu kiste literatürdeki gibi biz de ender rastladık, fakat ameliyat tekniği diğer kistlerle aynı idi. Diğer organ kistleri ile birlikte oluş ise şu şekilde idi (Şema - 1). 21 vakada karaciğer kisti, akciğer kisti

	lobu		lobu		k. c. lobu		Toplam
	Sag k.c.		Sol k.c.		Sağ ve sol		
	K	E	K	E	K	E	
Lokalizasyon	15	15	2	1	4	1	38
Kistte süpürasyon	2	1			1		4
Kist içine safra fistülü	1	1					2
Kistte kalsifikasyon	3						3
Veziküllü kist	2	1					3
K. c. kistinin, akciğer kisti ile birlikte oluşu	7	9	2		2	1	21
K. c. kistinin, mediasten kisti ile birlikte oluşu	1						1
K. c. kistinin, omentum kisti ile birlikte oluşu					1		1
K. c. kistinin, akciğer ve dalak kisti ile birlikte oluşu				1			1

Şema : 1

	Solunum sis- temi arazları	Araz Sağ rebord yok kostal ağrısı	palpasyonda k.c. de kitle	dispeptik araz	Taramada çıkma	Perop. tesbit
Tek K. ciğer lokazisyon- lu kistlerde		9	4	2	1	3
K. c. + Akciğer (çift lo- kolizasyonlu kistlerde	19			1		1

Şema : 2

ile beraberdi. Bunların 16 sında karaciğer kisti sağ karaciğer lobunda, 2 sinde sol karaciğer lobunda, üçünde sağ ve sol karaciğer loblarında birlikte idi. 1 vakada karaciğer kisti, mediastinal kalsifik kist oluşumu ile birlikte, 1 tanesinde omentum kisti, 1 tanesinde de dalak ve akciğer kist hidatiği ile birlikte bulunuyordu.

Karaciğer kist hidatiklerinin klinik arazi dispeptik araz oldu (posprondial sağ kaburgalar altında ağrı, şişlik hissi). (Şema - 2). 19 vakada bunlar akciğer kistleri ile birlikte bulunduğundan, klinik araz akciğer hastalıkları arazi idi (Öksürük, ağrı, balgam, ateşlenme gibi). Bu vakalar ameliyata akciğer kist hidatiğinden girdiler ve preoperatuvar subdiafragmatik kontrolde meydana çıkarılıp müdahaleye tabi tutuldular. 9 vakada araz yoktu, kontrol muayenesinde ve grafi muayenelerinde fark edildiler. 4 vakada dispeptik şikâyetler vardı. 4 vaka da tarama esnasında meydana çıkarıldı.

Karaciğer kist hidatiklerinde laboratuvar, teşhiste yardımcı olamamaktadır. Ekseri akciğerde veya anamnezde de kistin tesbiti, karaciğerdeki yumuşakça ve araz vermeyen kitle kist hidatiği düşündürmelidir.

Karaciğer kistlerinde ekseri, aynı seansta olmak üzere, diğer organ kist hidatiklerine de (akciğer, dalak, omentum) girişimde bulunmak zorunluğunu duyduk. Şöyle ki; Akciğer $\pm$ karaciğer lokalizasyonlu 17 kist hidatik vakasına tek seansta girişimde bulunuldu. Giriş torakstan ve ekseri sağ 7. interkostalden oldu. Önce akciğer kistine müdahale edildi (Kistotomi-Kapitonaj veya lobektomi) sonra transdiafragmatik olarak karaciğer kistine müdahale edildi. Diğer 5 vakaya ise akciğer ve karaciğer kistlerine ayrı zamanlarda ve ayrı ensizyonlardan olmak üzere müdahale edildi Torakstan ve batından giriş yolları ile). 16 vakada karaciğer kistleri sadece bu organda yaygın idiler. Bunlardan 14 vakada karaciğer kistleri tek seansta, 2 vakada çift seansta çıkarıldılar (Şema - 3).

Yapılan müdahale teknikleri ise şöyle idi (Şema - 4). 3 vakada kistotomi yoluyla kistler boşaltıldı. Boşalan kavite antiseptikle deteriorize edildikten sonra açık terk edildi. Bu tip,

	Tek seans'da Ameliyat	Çift seans'da Ameliyat
K. c. kisti	14	2
Akciğer + k. c. kist lokalizyo- nu	17	5

Şema : 3

Operasyon	Sayısı
Kistotomi-açık terk	3
Kistotomi-kapitonaj	23
Toraks cıdarından Marsupializasyon	1
Kistotomi-kapitonaj diyafragma teflon yama	1
Kistotomi-Toraks'dan drenaj	6
Kistotomi-batından drenaj	1
Kısmi kistektomi-subdiyafragmatik drenaj	2
Omentoplasti	1
Toplam	38

Şema : 4

ekser multipl ufak kistlerde ve büyük olup, kapitonaj yolu ile proksimasyonun olanaksız olduğu kistlerde yapıldı. 24 vakada kistotomi, enukleasyon ve kapitonaj yolu ile proksimasyon yapıldı. 1 vakada toraks cıdarından marsupializasyon yapıldı, enfekte bir kist idi. 1 vakada kistotomi ve kapitonajdan sonra, zedelenmiş enfekte diafragma parçasına kısmi rezeksiyon yapı-
lıp, teflon peş ile yama yapıldı. 7 vakada kistotomi yapı-
lıp, kist boşluğu toraks yolu ile drene edildi. 1 vakada da kistotomi yapı-
lıp, kist boşluğu batın yolu ile drene edildi. 2 vakada kistoto-
miyi takiben kısmi kistotomi veya hepatektomi yapıldı.

Ameliyat sonuçları iyi idi. 2 ölüm vakası oldu. Biri solunum yetmezliği ile ilgili olup, diğeri V.C. İnferior süptürüne bağlı peroperatuvar oldu. Diğer komplikasyonlar (Şema - 5) 1 ateşli

nefrit, 1 safra fistülü, 1 renal yetmezlik, 4 ampyem oluşumuna bağlı olup hepsi şifa ile sonuçlandılar.

Komplikasyon	Sayısı	Vefat	Şifa
Ateş-Nefrit	1		1
Safra fistülü	1		1
Renal yetmezlik peritoneal dializ	1		1
Ampiyem	4		4
V.C.I. rüptürü	1	1	
Fistül, solunum yetmezliği	1	1	
Toplam	9	2	7

Şema : 5

TARTIŞMA

Dünyanın çeşitli yerlerinde azalan kist hidatik enfeksiyonu, bilhassa Akdeniz çevresi ülkelerinde sıklığını korumaktadır. Vücutta çeşitli bölgelerde yerleşme olanağı bulan bu parazitin bilhassa karaciğerdeki lokalizasyonları tedavi bakımından dikkate alınmaya değer.

Karaciğer kistlerinde ilk aşamada yapılacak işlem, etrafı enfekte etmeden kisti boşaltmak veya enükleet etmektir. Bazen derinde olan kistlerin boşaltılmasında, enjeksiyonla kistin yerini saptayıp içine birkaç cm³ (% 10) formalin verip, kist boşaltılarak etrafa enfeksiyonu önlenir. İkinci aşamada ise kist boşluğunun ne yapılacağına yönelinir (Şema- 4). Bunlar konservatif ve radikal metodlar olmak üzere ikiye ayrılırlar. Konservatif metodlardan; 1) Marsupializasyon, 2) Drenajsız kapama. Bu metodla, boşaltılan kist boşluğu, perikistik sathi kısım birbiri üstüne gelecek şekilde kapatılır. Birkaç sütürle bu kısım cıdara, ilerki kavite boşluğuna istendiğinde aspire edilebilmesi için, tesbit edilir. 3) Tünelizasyon. GUEDJ tarafından önerilmiştir. Bu yöntemle, marsupializasyondaki boşluğun dolmasının uzaması ve ağır safra fistülleri olması, drenajsız kapamadaki rezidu poş birikintilerinin olması gibi sakıncaları önlemek için boşluk dışı

temaşlı bir drenaj borusu etrafında katgüt dikişle daraltılır. Böylece dışarı ile temaşlı tünel şeklind bir boşluk elde edilmiş olunur. 4) Poşu açık olarak terk etmek. Bunda, perikistin dışarı açılan kenarları rezeke edilip, kesilen yerdeki sızıntılar çepeçevre sütürlü durdurulur. Ayrıca, kistin içinde safra fistülleri varsa, bunlar da sütürle durdurulup bleu de methylene ile kontrolleri yapıldıktan sonra kist boşluğu batına terk edilir veya içi epiplen ile doldurulur (Omentopeksi) (4). Şüpheli vakalarda kist boşluğunun ağzı Y şekli rejunum ansına ağızlaştırılarak barsağa drenajı sağlanır. Radikal metodlara gelince, bunlar perikistektomi total (4,5,6) ve Rezeksiyon hepatik'tir.

Vakalarımızda uyguladığımız cerrahi teknikleri ise şöyle sıralayabiliriz; 1 — Marsupializasyon, fistüllü bir vakada uygulandı. 2 — Partiel kistektomi, 3 — Omentoplasti, 4 — Kistotomi - kapitonaj, 5 — Kistotomi ve batına terk. Parsiel kistektomi'yi, sathi kistlerde ve fibrotik kist boşluğunun ağız kısımlarını genişçe rezeke ederek yapmaktayız. Kanayan kısımları ise sütürle veya koterizasyonla durdurumaktayız. Omentopeksi de denediğimiz yöntemler arasındadır. En sık yaptığımız cerrahi teknik, kistotomi ve kapitonaj yolu ile kist boşluğunu kapatmaktır. Bundan iyi sonuçlar almaktayız. Kistotomi ve kist boşluğunu batına terk tekniğini, daha çok multilokülyasyonlu ufak kistlerde kapitonajı olanaksız, büyük ve derindeki, bilhassa arka alttaki kistlerde uyguladık. Operasyon tekniklerimize göre tüm sonuçlardan memnun kaldık. Uyguladığımız tüm operasyon tekniklerinde, emniyet supabı olarak gerek subdiafragmatik, gerekse hepatik batın kapalı drenajı yaptık ve bu drenleri de birkaç gün ile 1 hafta içinde aldık. Toraks'dan müdahale ettiğimiz vakaların ekserisinde subdiafragmatik drenajı trans-torasik yaptık.

Ö Z E T

1970-1975 yılları arasında Atatürk Sanatoryumunda, karaciğer kist hidatiği nedeniyle 38 vakaya ameliyat uygulanmıştır. Karaciğer lokalizasyonu 29 vakada sağ lobda, 3 vakada sol lobda, 7 vakada ise her iki lobda idi.

Karaciğer kist hidatiği 21 vakada akciğer kisti ile, 1 vakada mediastinal kalsifik kist hidatiği, 1 vakada omentum kist hidatiği, 1 vakada da dalak kist hidatiği ile birlikte bulunuyordu.

3 karaciğer kist hidatik vakasına kistotomi, 24 vakaya kistotomi - kapitonaj, 1 vakaya torakstan marsupializasyon, 7 vakaya kistotomi ve batin yolu ile kist boşluğu drenajı, 2 vakaya kistotomi ve kısmi hepatektomi uygulandı.

2 vakada ölüm oldu, diğer sonuçlar iyi idi.

S U M M A R Y

Within 1970-1975, the surgical procedures were applied owing to the hepatic echinococcus to 38 cases in Atatürk Sanatorium. The hepatic localisation of hydatid disease was found in the right lobe in 29 cases, 3 in left and 7 in both lobes.

In 21 instances, hydatid cysts was combined with the pulmonary ones, 1, with mediastinal, 1, with omental and 1, also with splenal one.

3 cases of the hepatic echinococcus were depended on kistotomy, 24 kistotomy-capitonnage, 1 marsupialisation through the thoracic way, 7 kistotomy with drainage by abdominal route, 2 kistotomy-partiel hepatectomy.

2 cases died and the other results were satisfactory.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — CRAUSAZ, P. H. : Surgical treatment of hydatid cysts of the lungs and hydatid disease of the liver with intrathoracic evaluation. J. Thor. Cardiovasc. Surg. 53: 116, 1967.
- 2 — MOSAVY, S. H., SAJADIEH, V., VAKHSHURI, P. : Echinococcal cyst beyond the pulmonary sieve. Surgery, 77: 194 - 200, 1975.
- 3 — ÖZGEN, G., ŞEN, N. : Karaciğer ve Akciğerde çift lokalizasyon gösteren kistler ve karaciğer kistlerindeki yeni cerrahi tedavi tekniği. Tüb. Toraks, 19: 288-295, 1971.
- 4 — PİSSİDİS, A., MANDREKAS, A. : The use of omentoplasty in the surgical treatment of hydatid disease of the liver. Bulletin dela Société Internationale de Chirurgie, No: 5-6, P. 498, 1974.
- 5 — VERGAZ, L., KOURIAS, B. : Du traitement chirurgical des kystes hydatiques multiples du foie. Press. Med. 60: 1775, 1952.
- 6 — YOVANIVITCH, B. Y. : Place de la kystectomie dans le traitement des kystes du foie. Ann. Chirurg. No: 1-2, p. 31 - 36, 1950.