

# Karaciğer Hidatik Kistinde Cerrahi Tedavi Yöntemleri

*SURGICAL TREATMENT OF HYDATID DISEASES OF THE LIVER*

**Dr.Fuat ATALAY, Dr.Haldun GÜNDOĞDU, Dr.Musa AKOĞLU,  
Dr.Tevfik AKINCIOĞLU, Dr.Alparslan GENCER**

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, ANKARA

## ÖZET

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde son on yılda, 312'si kadın, 176'sı erkek olmak üzere, 488 karaciğer hidatik kist ameliyatı yapılmıştır. Çalışmamızda vakaların preoperatif, operatif bulguların incelenmiş, post operatif sonuçları uygulanan cerrahi girişim şekillerine göre karşılaştırılmıştır. Üst abdominal sonografinin, non-invaziv ve pratik oluşunun yanı sıra, olguların %96.51'inde olumlu sonuç alınarak, oldukça güvenli bir tanı yöntemi olduğu tesbit edilmiştir. Kist %74.38 olguda tek, %62.90 olguda sağ lobda lokalize idi.

Periferik yerleşimli kistlerde, kistin açılmadan total olarak çıkarılması yöntemlerinin en iyi girişim olduğu; parsiyel kistektomiye ilave olarak kist boşluğunun kapatılmasında kapilonaj ve introflexiyon yöntemlerinin mümkünse; tüp drenaj yapılmaksızın uygulanılmasının post operatif morbiditeyi azalttığı tesbit edilmiştir. Klinik morbidite tüm olgularda %46.25 moria Ute ise %1.02 olarak tesbit edilmiştir. Kistin safra yollarına drenajı olguların %12.70'inde saptanmıştır.

Ayrıca kist sayısının fazla oluşunun; ilave uygulanan cerrahi girişimlerin, post operatif morbiditenin yükselmesine neden olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, Hidatik kist, Cerrahi tedavi.

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991, 2: 143-148

## SUMMARY

Clinical records of 488 liver hydatid cyst patients (176 men and, 312 women) who had been operated in our department during the last ten year period were investigated. Ultrasonography was the most useful diagnostic technic with 96.51 percent positive result.

74.48 percent of the patients had single hydatid cyst and, 62.90 percent of the cysts localized in the right lobe of the liver, 12.70 percent of the patients had hydatid cyst open into biliary tree.

Total cystectomy which is excision of the cyst without opening was the most preferable method in the surgical treatment. It had been found that the management of the residual cavities in the liver without tube drainage decreased postoperative morbidity. Multiple hydatid cysts and additional surgical procedures caused increased morbidity. We had 1.02 percent overall operative mortality and 42.25 percent operative morbidity.

**Key Words:** Liver, Hydatid Cyst, Surgical treatment.

Turk J Gastroenterohepatol 1991, 2: 143-148

Geliş Tarihi: 5.1.1991

Kabul Tarihi: 18.2.1991

Yazışma Adresi: Dr.Fuat ATALAY  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi  
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği  
ANKARA

Hipokrat tarafından "karaciğerin su kesesi ile dolması" şeklinde tanımlanmış olan karaciğer hidatik kisti çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Özellikle hayvancılıkla uğraşan ülkelerde endemiler yapabilmektedir (1,2). Güney Amerika

ülkeleri, Avusturalya, Yeni Zelanda, Irak, İran, Yunanistan bu ülkeler arasındadır. Türkiye'de daha önce yayınlanan birçok raporda da belirtildiği gibi; Ekinokokkozisin en sık görüldüğü ülkelerden birisidir (1-6).

Ekİnokukus Granulosus'un etken olduğu hidatitozis'le, bilindiği gibi memeli hayvanlar ve insan ara konakçısıdır. İnsanda en çok k lokalizasyonu gözlenmektedir. Daha sonra ikinci sıklıkta akciğerde rastlanmaktadır. Daha ender olarak vücudun değişik organ ve lokalizasyonlarında yerleştiği bildirilmiştir (7). Karaciğerde %70-85 oranında sağ lobda ve daha ziyade tek olarak bulunur (3).

Kist hidatiğin kesin tedavisi cerrahidir. Günümüze kadar bu konuda birçok yöntem ileri sürülmüştür Ancak cerrahinin uygulanmadığı; yaygın abdominal kist hidatitozis vakalarında Mebandazol (40-50 mg/kg/gün - 3 ay); Albendazol (10 mg/kg/gün) kullanılabilir. Ancak bu parazit ilaçları daha çok profilaktik amaçlı olmaktadır (8,9).

#### MATERYEL VE MEI OD

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde 1.1.1980-31.10.1990 tarihleri arasında karaciğer kist hidatiği nedeniyle ameliyat edilen 488 olgunun, preoperatif, operatif bulguları incelenmiş, post operatif sonuçları değerlendirilmiştir. Ameliyat öncesinde yaş, cins, yıllara göre dağılımları; semptomları, fizik muayene bulguları, tanıda yardımcı muayene metotları araştırılmıştır.

Operatif bulguları; kist lokalizasyonu, çapı, adedi, uygulanan cerrahi yöntemler sunulmuştur. Post operatif sonuçları, uygulanan cerrahi girişim şekline göre morbidite açısından karşılaştırılmıştır.

#### SONUÇLAR

En çok olgu 1985 yılında saptanmış olup, vakaların yıllarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

En sık 31-40 yaş grubunda olgu tesbit edilmiş olup, yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 2de görülmektedir.

Hastalardan 312 olgu kadın, 176 olgu erkek hasta idi. Kadın/erkek oranı; 1.77/1 (ırını şeklinde idi. En sık rastlanılan semptom; karın sağ üst kadranda ve epigastriumda ağrı şikayeti idi. 410 hastada (%84) bu semptom saptandı. En sık saptanan fizik

muayene bulgusu; hepatomegali idi. Bu bulgu; 381 hastada (%78) tesbit edildi. Yardımcı muayene metodları içerisinde abdominal sonografi hem pratik oluşu, hemde noninvasif oluşu ile en iyi metod olarak tesbit edilmiştir. Olguların %96.51'inde olumlu sonuçlar alınmıştır.

Laparatomide kist en çok karaciğer sağ lobta ve soliter olarak tesbit edildi. Kist lokalizasyonuna göre dağılım Tablo 3Te, kist sayısına göre dağılım Tablo 4te görülmektedir.

Olgularımızda çeşitli cerrahi girişimler uygulanmıştır. Uygulanan cerrahi girişimler; girişim şekline göre gözlenen komplikasyonlar ve komplikasyon oranları Tablo 5'de gözlenmektedir. Operasyon sırasında kist etrafı; periton ve karın organları %0.5'lik Cctrimid solüsyonlu kompreslerle iyice korundu. Çeşitli toksik ve sistemik etkilerinden korunma için kist içerisine herhangi bir skolosidal solüsyon verilmedi. Kist boşaldıktan sonra, germinativ membran ve kız kistler çıkarılıp; poş önce serum fizyolojikle daha sonra Beladin ile yıkandı.

Kistin primer tedavisine ilaveten operasyonda sekonder girişim olarak; 89 olguda (%18.23) kolesistektomi, 27 olguda appendektomi (%5.53), 1 olguda mcekektomi (%0.20), 6 olguda splenektomi (%1.22), 2 olguda trunkal vagotomi ve Hcinikc Mikulicz piloroplasti (%0.40), antrumda tümörü olan bir olguda subtotal mide rezeksiyonu (%0.20) uygulandı. Operasyon sırasında diaframın açıldığı 7 olguya (%1.43) da sağ torakostomi açıldı ve su altı drenajı uygulandı.

62 olgumuzda kist hidatik safra yollarına drene idi (%12.70). Bu olgularda da primer kistin tedavisine ilave olarak 40 olguda (%8.19) koledokotomi yapıp kist kalıntıları temizlendikten sonra, T drenajı uygulandı. 22 olgumuzda (%4.51) ise; koledokoduodenostomi ilave edildi.

Post operatif toplam morbiditemiz %46.25 idi. Olgularımızda gözlenen komplikasyonların dağılımı Tablo 6'da gözlenmektedir.

Miyokard infarküsü geçiren 3 olgumuz kardiovasküler yetmezlik nedeniyle, 2 olgumuz ise hepatorenal yetmezlik nedeniyle kaybedildi. Operatif mortalitemiz %1.02'dir.

#### TARTIŞMA

Ekinokozis; özellikle sosyoekonomik kalkınmanın az olduğu hayvancılıkla uğraşan ülkelerde oldukça sık rastlanmasına (1-6) karşılık,

Tablo 1. Vakaların Yıllara Göre Dağılımı

	V. Sayısı	%
1981	29	5.94
1982	33	6.76
1983	59	12.09
1984	66	13.52
1985	74	15.16
1986	37	7.58
1987	63	12.90
1988	40	8.19
1989	52	10.65
1990	35	7.17
Toplam	488	100.00

Tablo 3. Kısın Karaciğerdeki Lokalizasyonuna Göre Dağılımı

Lokalizasyon	Vaka Sayısı	%
Karaciğersağlobu	307	62.90
-Soliter	261	53.48
—Multiple	46	9.42
Karaciğer sol lobu	82	16.80
—Soliter	62	12.71
—Multiple	20	4.09
Sağ - sol lob arası	40	8.09
Sağ ve sol lobda multiple	59	12.09
Toplam	488	100.00

Tablo 2. Vakaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	V. Sayısı	%
11 -20	43	8.81
21 -30	92	18.52
31 -40	141	28.89
41 -50	67	13.72
51 -60	78	15.98
61 - 70	49	10.04
71 - f	18	3.68
Toplam	488	100.00

Tablo 4. Olguların Kist Sayısına Göre Dağılımı

Kist Sayısı	Vaka Sayısı	%
Tek kist	363	74.38
2 kist	58	11.88
3 kist	15	3.07
4 kist	11	2.25
5 kist	8	1.63
6 kist ve daha çok	33	6.76
Toplam	444	100.00

Tablo 5. Vakalarımızda Uygulanan Cerrahi Girişim Yöntemleri, Komplikasyonların Dağılımı ve Komplikasyon Oranları

Cerrahi Girişim	Toplam		Komplikasyon		Genel Komplikasyon Oranı %
	Vaka Sayısı	%	Vaka Sayısı	%	
Parsiyel hepatic lobektomi	33	6.75	3	9.09	1.36
Total kistektomi	87	17.82	14	16.09	6.39
Enükiçasyon	14	2.86			
Evaküasyon	39	7.99	16	41.52	7.30
Parsiyel kistektomi + Kapitonaj					
—Tüp drenajlı	86	17.62	37	43.02	16.89
—Tüp drenajsız	14	2.86	3	21.42	1.36
Parsiyel kistektomi + İntroflksiyon					
—Tüp drenajlı	47	9.63	24	51.06	10.95
—Tüp drenajsız	7	1.43	1	14.28	0.45
Primer kapatma (S.F ile)	10	2.49	6	60.00	2.73
Marsupializasyon	9	1.84	8	88.88	3.65
Tüp ile eksternal drenaj	53	10.86	46	86.79	21.00
Miks cerrahi girişim	89	18.23	61	68.53	27.85
Toplam	488	100.000	219	100.00	

gelişmiş ülkelerde oldukça az görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nden Pilt ve arkadaşlarınınca (10) yayınlanan bir raporda 26 yıl

içerisinde 24 olgu saptadıklarını; bu olguların 22'sinin göç nedeniyle bu ülkeye gelen yabancılar arasında tesbit ettikleri belirtilmektedir. Yurdumuz-

Tablo 6. Vakalarımızda Gözlenen Komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Vaka Sayısı	%
Pulmoner enfeksiyon	12	10.04
Üriner enfeksiyon	18	8.21
Yara süpürasyonu	34	15.52
Kist poşunun enfeksiyonu	56	25.57
Safra fistülü	37	16.89
Kardiovasküler komplikasyon	4	1.82
Hepato-renal yetmezlik	2	0.91
Kolanjit	9	4.10
Post operatif hemoraji	5	2.28
Sağhemitoraxta plörezi	17	7.76
Post operatif brid ilcus	4	1.82
Intrahepatik bitioma teşekkülü	11	5.02
Toplam	219	100.00

da ise daha önce yayınlanan birçok raporda da belirtildiği gibi oldukça sık rastlanmaktadır (1-7).

Serimizde en çok 20-40 yaş arasında gözlenmiştir. Kadın olgu/erkek olgu oranı; 1.77/1 şeklindedir. Literatür de bizim serimize parçellik göstermektedir (3,5).

Sağ hipokondriumda ağrı en sık rastlanılan semptomdur. Sayek ve arkadaşlarının serisinde %67 (1) Langer'in serisinde %87 (11) Yalın ve arkadaşlarının (3) serisinde %70 oranında bu semptom tesbit edilmiştir. Serimizde ise; 410 olguda (%84) saptanmıştır.

Hepatomegali veya karaciğerde kitle palpe edilmesi ise; Sayek ve arkadaşlarının serisinde (1) %86, Langer'in serisinde (11) %59, Yalın'ın serisinde (3) %69 oranında tesbit edilmiş olup, serimizde ise 381 hastada (%78) saptanmıştır.

Tanıyla yardımcı metotlar içerisinde bilgisayarlı tomografi ve sonografi kesin sonuca olanak sağlamasına rağmen (3); abdominal sonografi hem ekonomik ve pratik oluşu, hemde noninvasiv bir yöntem olması ile de kanımızca en iyi yöntem olarak düşünülmektedir. Çeşitli serilerde (3-5) tanıda %90-98.8 oranında doğru tanı konulma oranı bildirilmektedir. Serimizde %96.51 oranında olumlu sonuçlar alınmıştır.

Karaciğer hidatik kisti çoğunlukla karaciğer sağ lobda (%85) ve tek olarak bulunur (3,12). Serimizde de literatürle uyumlu olarak; vakalarımızda sadece sağ lobda lokalize kist oranı ise %62.90'dır (Tablo 3). Sadece %16.80'inde sol lobda lokalize kist sap-

lanmıştır. Vakaların %74.38'inde tek kist tesbit edilmiştir (Tablo 4).

Karaciğer hidatik kistinin cerrahi tedavisinde temel ilke; ya kistin patlatılmadan total eksizyonu veya mümkün değilse; kistin boşaltılması, germinatif membran ve kız kistlerinin çıkartılması ile, geride kalan kist boşluğunun kapatılmasıdır (1-7). Kist boşaltılırken canlı skolekslerin etrafa dağılmasını önlemek için çok dikkatli olunmalıdır. Ameliyat sahası ve karın boşluğunun çok sayıda kompres ve havlularla korunması gerekir. Ayrıca skoleksleri öldürmek ve inaktive etmek amacıyla çeşitli skolosidal solüsyonlar kullanılmaktadır. Eskiden %40'lık Formaldehit solüsyonu bu amaçla kullanılmakta idi. Fakat gerek lokal, gerek sistemik toksik yan etkileri nedeniyle, günümüzde artık terk edilmiştir (13-15). Ayrıca %2-3'lük sodyum klorür, hipertonic glukoz solüsyonları, Chlorhexidin, %80'lik alkol, %0.5'lik Cetrimid ve Bctadin bu amaçla kullanılmaktadır. Yine bu konuda son yıllarda %0.5'lik gümüşnitrat solüsyonu da önerilmektedir (3). Bu skolosidal amaçla kullanılan solüsyonların, kist içine verilmesi nedeniyle toksik bir çok etkileri bildirilmektedir (3,13,15). Özellikle %2 Formal, %2 NaCl solüsyonları skolekslerin kolanjite neden olabilmektedir (13). Bu nedenle kliniğimizde, kist içine skolosidal solüsyon verilmesi uygulanmamaktadır.

Karaciğer hidatik kisti için düzenli veya düzensiz hepatik lobektomi; bir çok otör tarafından benign bir hastalık için çok radikal bir girişim olarak görülmektedir (1,3,5,16,17). Kliniğimizde özellikle sol lobda lokalize, lobu hemen hemen işgal etmiş kistlerde hepatik lobektomi uygulanmaktadır. Serimizde 33 olguda (%6.75) bu girişim şekli uygulanmıştır. Morbiditesi ise oldukça düşük (%9.09), hastaneye bağımlı olma süresinde kısadır.

Total kistektomi; kistin kutikuler membranı ile birlikte açılmadan total olarak çıkarılmasıdır. Bu girişim literatürde de belirtildiği gibi kistin karaciğerdeki periferik lokalizasyonlarında olmaktadır (1,5,16,18). Santral yerleşimli; önemli komşu oluşumlara yakın lokalizasyonlarında ise riskli olabilen bir yöntemdir. Post operatif iyileşme süresi kısa, morbiditesi oldukça azdır. Kliniğimizde de periferik lokalizasyonlu kistlerde tercih edilmektedir. 87 olguda (%17,82) bu girişim uygulanmıştır. Post operatif morbiditesi de oldukça düşüktür (%16,09).

Enüklasyon; karaciğerde kist etrafında fibrozis ve kalsifikasyonun fazla olması nedeniyle bu yöntem akciğer kistlerinde olduğu kadar başarılı bir şekilde uygulanamamaktadır. Ancak genç, kalsifikasyonu az, çapı küçük kistlerde denenebilir. Evkuasyon ise kistin boşaltılıp, germinativ membranı çıkarıldıktan sonra; kalan kütikuler membranın yapıştığı karaciğer dokusundan eksizyonudur. Kliniğimizde enüklasyon 14 olgu da (%2,86), evekuasyon ise 39 olguda (% 7,99) uygulanmıştır.

Kistin bahsedilen bu eksizyon yöntemleri her zaman, lokalizasyonu nedeniyle mümkün olmadığı durumlarda, kistin içindekiler boşaltıldıktan sonra; geride kalan boşluğun kapatılması konusunda da birçok girişimler öne sürülmektedir (1-7,11,17,19).

Kist boşluğu fazla büyük ve enfekte değilse; safra yollarına perforasyonu yok ise bazı otörler kist boşluğu içerisine serum fizyolojik konulara primer kapatmayı önermektedirler (2). Kliniğimizde bu yöntem 10 olguda (%2,49) uygulanmıştır. Fakat 6 olguda sekonder enfeksiyon gelişimi; uzun süreli takiple kist boşluğunun dolmaması nedeniyle, morbiditesi yüksek bulunmuştur (%60).

Kist boşluğunun marsupializasyon ise oldukça eskide kalan; hastanın iyileşme süresinin uzun olduğu post operatif morbitenin yüksek olduğu bir yöntemdir. Günümüzde artık terkedilmektedir (1,3,17-20). Kliniğimizde önceleri 9 olguda (%1,84) uygulanmış, 8 olguda (%88,88) komplikasyon geliştiği gözlenmiştir. Artık kliniğimizde de uygulanmamaktadır.

Kist boşluğunun tüp ile marsupializasyonu şeklindeki, eksternal drenajı da yine post operatif komplikasyon yüksek, iyileşme süresi uzun olan bir yöntemdir. Bu şekilde kliniğimizde uygulanmak zorunda kalınan 53 olgudan (%10,86), 46 olguda (%86,79) komplikasyon gözlenmiştir.

Kistin internal drenajı, kistojejunostomi şeklinde uygulanabilmektedir. Reflüx'ü önlemek için kistojejunostominin, parsiyel kistektomi sonrası Koux'cn Y' şeklinde uygulanması ilk kez Bumin tarafından önerilmiştir (2). Bu yöntemde kist boşluğunun drenajı barsak içine olduğundan safra sızıntısı, elektrolit kaybı olmaması nedenleriyle oldukça başarılı bir yöntem olarak ileri sürülmüştür (2).

Kist boşluğunun omentum pedikülünün yerleştirilerek kapatılması yöntemi ilk kez Papadimetro ve arkadaşlarınca (21) ileri

sürülmüştür. Hastanede yatış süresinin kısa oluşu, morbiditesinin az oluşu nedeniyle yurdumuzda da son yıllarda yaygınlık kazanmıştır. Kist boşluğunun omentum ile doldurulmasına ilave olarak kist boşluğunun kısa süreli tüp drenajı, özellikle enfeksiyon ve safra sızıntısı gibi post operatif morbiditeyi %60-70 oranında azaltmaktadır. Bu yöntem de ilk kez Sayck ve arkadaşlarınca önerilmiştir (1).

Olgularımızda, son bahsedilen internal drenaj ve omentoplasti yöntemleri uygulanmamıştır.

Parsiyel kistektomiye ilave olarak geride kalan kist boşluğunun içerisinden; kistin kütikuler tabakasından geçen serklaj; dren ile veya drenajsız uygulanabilmektedir. Yine bu konuda yurdumuzda yapılmış başarılı çalışmalar bildirilmektedir (5,6). Bu yöntem yine de kistin diafragmatik yüzde ve karaciğerin arkasındaki lokalizasyonlarında teknik olarak zordur. Ayrıca dikkat edilmeden derin geçirilen sütürler nedeniyle post operatif morbidite ve mortalitesi yüksek olabilmektedir (3).

Kliniğimizde 100 olguda parsiyel kistektomi sonrası Kapitonaj yöntemi uygulanmıştır. 86 olguda ilave tüb drenaj yapılmış olup post operatif komplikasyon %43.02 olguda ilave tüb drenaj yapılmış olup post operatif komplikasyon %43.02 olguda gözlenmiştir. Tüp drenaj yapılmayan olgularda morbidite %21.42 oranında saptanmıştır.

Kistin kütikuler membranının boşluğun içine kıvrılarak kısa süreli tüp drenajlı ve drenajsız uygulanabilen introfeksiyon veya interfeksiyon denilen bir yöntemde yine yurdumuzda yapılan çalışmalarda da bahsedildiği gibi iyileşme süresinin kısa oluşu, post operatif morbiditesinin az oluşu nedeniyle önerilmektedir (17,18,19).

Kliniğimizde 54 olguda introfeksiyon yöntemi uygulanmıştır. 47 olguda tüp drenajlı yapılmış, morbiditesi %51,06 olarak gözlenmiş, tüp drenajsız uygulama ise 7 olguda yapılmış, morbiditesi % 14.28 olarak tesbit edilmiştir.

Kistin safra yollarına açılmasının cerrahi sırasında tesbit edildiği durumlarda; açık olan safra yolunun absorbl stürlerle kapatılması, koledoğun T-dreni ile drenajı; cerrahi olarak sifinkteroplasti, kolcdokoduodcnoslomi gibi yöntemler önerilmektedir (2,3,22,23). Kliniğimizde 62 olguda (%12.70) kist safra yollarına drene olarak tesbit edilmiştir. Bu olgulardan 40'ında koledoğun T direni ile drenajı; 22'sinde ile koledokoduodenostomi uygulanmıştır.

Kist sayısının fazla oluşu ile, her kiste uygulanan farklı cerrahi girişimlerde ve kistin operasyonu sırasında ilave uygulanan cerrahi girişimler, operatif morbiditeyi arttırmaktadır. Miks girişim uygulanan 89 olguda %68,53 oranında morbidite saptanmıştır.

Sonuç olarak; mümkün olduğu vakalarda kistin; total eksizyon yöntemleri ile tedavisi; gerek morbiditesinin az oluşu, gerekse iyileşme süresinin kısa oluşu nedeniyle seçilecek girişim olmalıdır. Kistin boşaltılmadan çıkarılması hastayı riske sokacaktır; lokalizasyonu hayati oluşumlara yakınsa, parsiyel kistektomiye ilave olarak uygulanan gerek kapitonaj, gerekse introflexiyon yöntemleri uygulanmalıdır. Bu yöntemlerde de mümkün olduğunca uzun süreli tüp drenajdan kaçınılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Sayek İ, Yalın R, Samaç Y: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1980, 115: 847-50.
2. Bumin O: Karaciğer hidatik kisti: Sindirim Sistemi Cerrahisi I. 7. Baskı, Ayyıldız Matb, Ankara 1987, 418-31.
3. Yalın R: Karaciğer hidatik kisti. Ulusal Cerrahi Derg 1987, 3:11-20.
4. Akmoğlu A, Bilgin İ, Erkoçak E: Surgical management of hydatid disease of the liver. Can J Surg 1985, 28:171.
5. Kaynaroğlu ZV, Gökçe Ö, Tanık A, Kadioğlu Y: Karaciğer kist hidatiği cerrahi tedavisi. Ulusal Cerrahi Derg 1990, 6:66-9.
6. Tuzun S, Anne, O, Değirmencioglu E: Karaciğer hidatik kisti. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1987, 2:122-7.
7. Kolan N ve ark: Anormal lokalizasyonlu kist hidatikler. GATA Bül 1981, 14:205.
8. Saimot A G, Meulmans A, Cremieux A C: Albendazole as a potential treatment for human hydatidosis. Lancet 1983, 2:652-6.
9. Kamriierer WS and Schantz I'M: Ix>ng-lemı follow up of human hydatid disease treated with a high-dose Mebendazole regimen. Am J Trop Med Hyg 1984, 33:132.
10. Pitt A11: Management of hepatic echinococis in Southern California Amer J Surg 1986, 152:110.
11. Langer JC, Rose DB, Keystone JS: Diagnosis and management of hydatid disease of the liver. Ann Surg 1984, 199:412-7.
12. Romero-Torres R, Campbel JR: An interpretive review of the surgical treatment of the hydatid disease. Surg Gynec Obstet 1965, 121:851-65.
13. Erzurumlu K, Te/elmcn S, Çevikbaş U, Eldegez U: Sklerozan kolanjit etyolojisinde skolosidal solüsyonların etkisi. Ulusal Cerrahi Derg 1990, 6:22-6.
14. Khodadadi D.I, Kurgan A, Schmidt B: Sclerosing cholangitis following the treatment of echinococis of the liver. IntSurg 1981,66:361-2.
15. Aggarwal AR, Garg RE: I;ormalin toxicity in hydatid liver disease. Anesthesia 1983, 38:662-5.
16. Belghiti J, Benhamou JP, Houry S, Grenier P, Huguier M: Caustic sclerosing cholangitis. Arch Surg 1986, 121:1162-5.
17. Anoğlu O, Emre A, Alper A, Uras A: Introflexiön as a method of surgical treatment for hydatid disease Surg Gynec Obstet 1989, 169:356-8.
18. Kurtoglu M, Başar Y, Özgür M, Bozbora A: Karaciğer kist hidatiklerinde interfleksiyon. Çağdaş Cerrahi Derg 1987, 3:206-8.
19. Minkari T, Kafadar Y, Alver O, Cengiz, A: Karaciğer kist cerrahisinde interfleksiyonun yeri. Çağdaş Tıp Derg 1983, 10:3424.
20. Dawson JE, Stamatakis JI, Stringer MI, Williams R: Surgical treatment of hepatic hydatid disease. Br J Surg 1988, 75:946-50.
21. Papadimitrio J, Mandrekas A: The surgical treatment of hydatid disease of the liver. Bril J Surg 1980, 57:431-3.
22. Ertan A, Şahin B, Kandilci U, Açıkalın T: The mechanism of cholestasis from hepatic hydatid cyst. J Clin Gastroenterol 1983,5:437-40.
23. Alper A, Anoğlu O, Emre A, Uras A, Ökten A: Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts of liver. Br J Surg 1987, 74:243-5.