

Karaciğer Kist Hidatiklerinin Cerrahi Tedavisinde Omentoplastinin Rezidüel Kistik Kavitenin İyileşmesinde Etkisi

OMENTOPLASTY IS INVALID ON HEALING OF THE RESIDUAL CYST CAVITY IN THE TREATMENT OF THE LIVER HYDATIDOSIS

Dr.Nihat BENGİSU*, Dr.Abdullah SAĞLAM*, Dr.ismet TOLU", Dr.Nusret AKYÜREK*, Dr.Mustafa ŞAHİN***, Dr.Ümit TOPALOĞLU""", Dr.Yücel ARITAŞ*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi *Genel Cerrahi ABD, **Radyoloji BD, KAYSERİ
*** Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı, ARTVİN
**** Haydarpaşa Numune Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı, İSTANBUL

ÖZET

Elli iki adet karaciğer kist hidatiki konservatif cerrahi yöntemlerle 10 karaciğer kisti ise total kistektomi ile tedavi edildi. Konservatif tedavi grubu hastaların 27'sine parsiyel kistektomi+omentoplasti, 25'ine ise parsiyel kistektomi+tüp drenaj uygulandı. Hastalar ameliyat sonrası 10'uncu günden itibaren ikişer aylık periyodlarla ultrasonografi ile takip edildiler. 7 hastada ise perkütan kistosentez yapılarak elde edilen mayi biyokimyasal olarak incelendi. Konservatif tedavi uygulanan kistlerin ultrasonografik takiplerinde rezidüel kistik kavilerin sekestre sıvılarla dolduğu; omentoplasti pedikülünün beklenen aksine bir reaksiyon göstermediği, örneğin kavite duvarına yapışmadığı, veya kalın/aşmadığı, aksine sekestre sıvı içinde serbestçe hareket ettiği gözlemlendi. Omentum pedikülleri sıvı ile dolu rezidüel kistik kavilerin oblitere olmasından çok önce, birkaç ay içinde kavileri terkettiler. Drenaj grubu kistler, omentoplasti grubuna göre ortalama 3 ay daha erken oblitere oldular. Ancak drenaj grubunun ikisinde safra fistülü ve onüçünde ise önemsiz kaviler enfeksiyon gelişti.

Sonuç olarak komplike olmamış karaciğer kist hidatiklerinde, omentoplastinin ve basit drenajın, rezidüel kistik kavilerin obliterasyonunda birbirine belirgin bir üstünlükleri olmadığı anlaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, Kist hidatik, Omentoplasti.

T Klin Gastroenterohepatoloji 1993; 4:281-187

SUMMARY

Fifty two cases of liver hydatid cysts were treated with conservative surgical techniques and 10 liver hydatid cysts were treated by total cystectomy. In the conservative treatment group 27 cysts were treated by partial cystectomy+omentoplasty and 25 cysts were treated by partial cystectomy+tube drainage. After 10th postoperative day bimonthly controls were induced by ultrasonography and also percutaneous cystosynthesis were performed in 7 cases. In all cases the residual cavities were have been filled with sequestered fluids but the omentoplasty pedicles showed no reaction, for example no thickening and adhesions to the wall of cavity, instead it floated freely in the fluid. The omentoplasty pedicles leaved the cavities before the obliteration of the residual cavities within few months. The simply drained cysts were have been obliterated 3 months earlier than the omentoplasty group; but biliary fistula in 2 cases and uneventful residual cavity infection in 13 cases were have been encountered in this group.

In conclusion it is understood that omentoplasty or simple tube drainage has no superiority to one another for uncomplicated liver hydatid cysts.

Key Words: Liver, Hydatid cyst, Omentoplasty

Turk J Gastroenterohepatol 1993; 4:281-287

Geliş Tarihi: 10.11.1992

Kabul Tarihi: 28.8.1993

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Nihat Bengisu
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Kliniği
38039 KAYSERİ

Turk J Gastroenterohepatol 1993.4

Karaciğer kist hidatiki ortalama %44 vakada preoperatif ve %29.7 vakada da postoperatif komplikasyona (1), %10 vakada mortaliteye ve %11.3 vakada da nükse (2) yol açabilen ciddi bir paraziter hastalıktır. Tedavide halen en etkili yol cerrahidir (1-6). Tartışmalar daha çok konservatif cerrahi girişim mi yoksa radikal cerrahi tedavi mi yapılmalı sorusu üzerine yoğun-

281

taşmıştır (1,7-12). Çünkü mevcut tekniklerin üç ana hedefe ulaşmayı sağlaması gerekir: 1) parazitin kesin eradikasyonu, 2) komplikasyonların önlenmesi, 3) rezidüel kavitenin kısa sürede involüsyonu (8). Kisti boşaltıp rezidüel kaviteyi yani perikisti yerinde bırakan konservatif cerrahi teknikler basit olduğu için, daha çok tercih edilmektedir. Ancak bu tekniklerin bir kısmı ortalama 20 gün gibi uzun süreli hospitalizasyonu gerektirmekte (10) hemen hepsi biliyer fistüllere ve kronik süpüratif komplkasyonlara ve %22'lere varan nükslere (13) yol açabilmektedir. Nüks arttıkça cerrahi mortalite de önemli ölçüde artmaktadır; mesela ilk girişimde %2.6 olan mortalite (14), nüks kistlere yönelik ikinci girişimde %6'ya, üçüncü girişimde ise %20'ye yükselebilmektedir. Takip edilen vakalarda nüks, ameliyatın ilk 30 ayı içerisinde görülmektedir (13).

Karaciğer kist hidatikleri cerrahisinde, karaciğerdeki kist, etrafındaki fibröz kist duvarı ile birlikte total olarak çıkarılabilir veya kist içeriği boşaltıldıktan sonra konağa ait fibröz kist duvarının kısmen veya tamamen yerinde bırakıldığı konservatif cerrahi girişimler uygulanır. Konservatif cerrahi tekniklerden parsiyel kistektomi+omentoplasti veya basit tüp drenaj kliniğimizde yaklaşık 10 yıldır uygulanmakta idi.

Modern görüntüleme yöntemlerinin kullanılmaya başlanmasını takiben parsiyel kistektomi sonrası yapılan omentoplastinin faydası olup olmadığı hakkında şüpheler oluştu ve kist içine yerleştirilen omentum pedikülünün nasıl fonksiyon gördüğünü belirlemek üzere prospektif bir klinik çalışma düzenledik. Omentum pedikülünün adezyon, kalınlaşma, veya plastron teşkili gibi defans mekanizmalarının ultrasonografik yöntemle gözlenebilecek bir boyutunun olup olmadığını ortaya koymak istedik. Önce ayrı bir çalışma ile intrakaviter omentum pedikülünü ve diğer oluşumları Radyodiagnostik Anabilim Dalı ile birlikte tanımladıktan sonra (17), omentoplasti yönteminin daha eski ve klasik bir yöntem olan parsiyel kistektomi+basit tüp drenaj ile kıyasladık.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde 1984-1991 yılları arasındaki 7 yıllık süre içinde ameliyat ettiğimiz, düzenli takipleri yapılabilen 58 hastadaki 62 adet karaciğer kist hidatiği çalışmaya alındı. Kistler boşaltıldıktan sonra bunlardan 27'sinde parsiyel perikistektomi+omentoplasti 25'inde parsiyel perikistektomi+basit tüp drenaj yapıldı. Bu arada periferik konumlu ve relatif olarak küçük boyutlu 10 karaciğer kist hidatiğinde de total perikistektomi uygulandı. Beş cm'den küçük kistler ve enfekte kistler omentum fonksiyonunu değişik yönde etkileyeceği düşüncesi ile çalışma dışı bırakıldı.

Ameliyat öncesi ultrasonografi ile kist büyüklükleri tesbit edilen hastalar onuncu günden itibaren iki aylık aralıklarla rezidüel kistik kavitenin involüsyonu tamamlanana kadar 2 ile 34 ay süre ile ultrasonografik olarak gözlemlendiler.

Kist içeriği %3 NaCl ile inaktive edildikten sonra kist muhtevası **aspiratör** ve kaşık yardımı ile boşaltıldı. Kistin **büyüklüğüne** göre 4-8 cm çapında dairesel **bir** perikistektomi **yapıldı**. Safra fistüllerini önlemek amacı ile safra sızdıran veya safra yolu olması muhtemel yapılar sütüre edildi. Hazırlanan omentum pedikülü kavite içerisine, 3-5 adet ipek sütün **ile** tesbit edildi. Tüp **drenaj** için iç lümeni 6 mm olan kauçuk drenler kullanıldı, intrakaviter drenler ortalama 8 gün içinde çekildiler; kavite içi enfeksiyon **ve** safra fistülü gelişen vakalarda ise drenler 18. güne kadar bekletildiler.

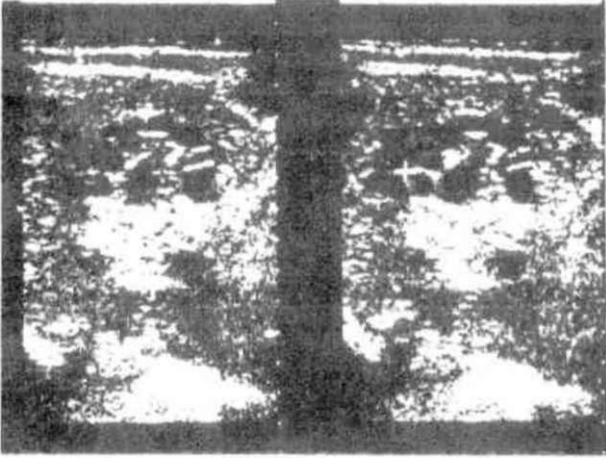
Rezidüel kaviteelerin internal ekoları ameliyat sonrası 10. günde ve takiben iki aylık aralarla **ultrasonografik** olarak takip edildiler. Intrakaviter koleksiyonların özellikleri toplam 7 vakada **18-23 Gauge** iğnelerle kistosentez yapılarak araştırıldı. Omentopeksi için kullanılmış intrakaviter pedikülün kavite duvarına yapışıp yapışmadığı, pedikülün hareketleri, kaviteyi ne kadar sürede terkettiği, boyutlarındaki ve eko dansitelerindeki değişiklikler kalitatif olarak **izlendi**. Ayrıca omentoplasti yapılan grupla basit tüp drenaj yapılan kistlerin iki grup halinde küçülme hızları ölçüldü.

BULGULAR

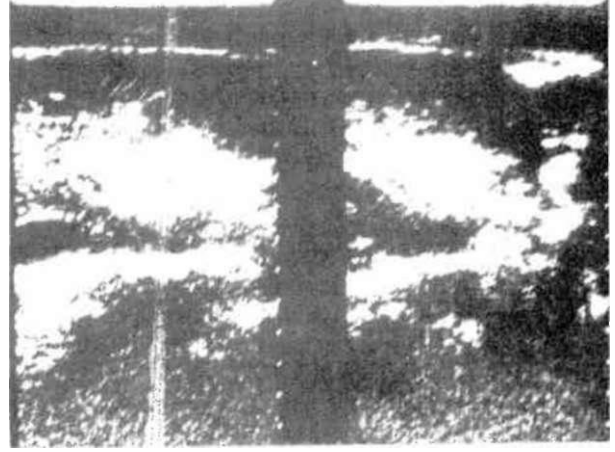
Kavite içine yerleştirilen omentum pedikülü **ultrasonografide** sıklıkla sıvı içinde yüzen amorf, irregüler ve heterojen hipereko veren bir yapıda idi. Hem omentoplasti hem de basit tüp drenaj grubunda 10. günden itibaren beklenenden çok fazla, eko vermeyen sıvı koleksiyonları gözlemlendi. Yine beklenenin aksine omentum pedikülü kist duvarına yapışık değil, sıvı içinde ve serbestçe yüzer durumda bulundu. Ayrıca omentum pedikülünde kalınlaşma, rijidite veya ödem belirtisi de görülmedi (Şekil 1 :b, c). Omentum pedikülleri sıvı ile dolu rezidüel kistik kaviteelerin oblitere olmasından çok önce, birkaç ay içinde kaviteyi terkettiler (Şekil 1: c, d).

Total perikistektomi yapılan **10** vakada kayda değer bir patolojik bulguya, örneğin sıvı kolleksiyonuna rastlanmadı. Bunlarda omentoplasti de uygulanmamış idi; dolayısı ile omentoplasti uygulanmış 27 kist ile basit tüp drenaj uygulanmış 25 kist grubu çalışmamızın esasını teşkil etmiş oldu. Söz konusu 52 kistin orijinal ortalama çapları 15 vakada 62 mm, 13 vakada 95 mm, 13 vakada 95 mm ve 11'inde 170 mm idi. Omentoplasti ve drenaj gruplarındaki kistlerin orijinal boyutları benzer büyüklükte idi.

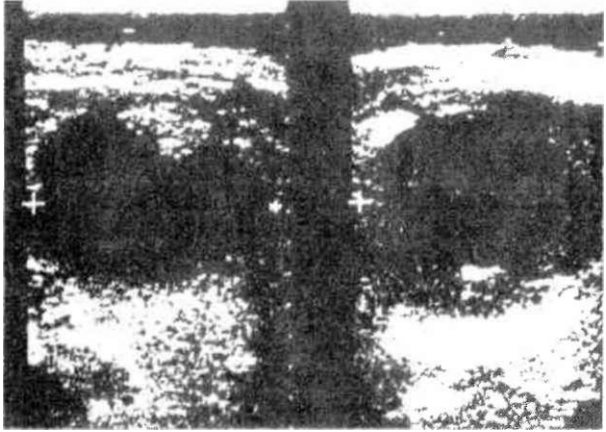
Rezidüel kaviteeler içerisindeki sıvı koleksiyonlarının mahiyetini anlamak üzere omentoplasti grubundan 3, basit tüp drenaj grubundan 4 kiste, drenler çekildikten 4-10 ay sonra kistosentez yapıldı; kan serum düzeylerine göre yüksek bilirubin seviyeleri ve normal sınırlarda elektrolit değerleri gösteren, proteinden fakir, sarı kahverengi, sekestre sıvılar elde edildi. Tüp drenaj uygulanan ve yüksek sıvı dansitesi veren santral lokalizasyonlu bir rezidüel kavitede ameliyat sonrası 4, ay da yapılan kistosentezde yaklaşık 25 cc, rezolüs-



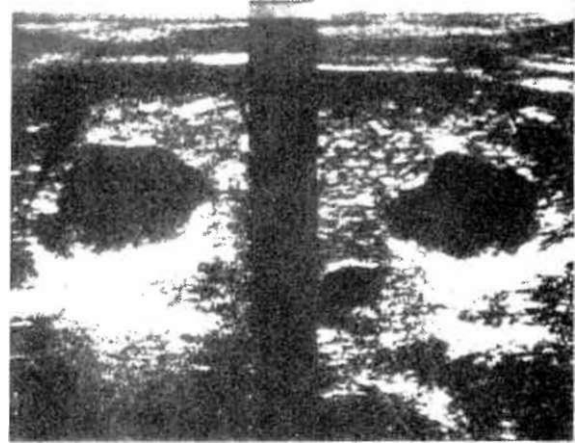
Şekil 1a. Omentoplasti yapılmazdan önce orjinal bir karaciğer hidatik kisti,



Şekil 1b. Omentoplastiden 10 gün sonra rezidüel kavite sıvı ile dolmuş, omentum pedikülü serbest ve hareketli.



Şekil 1c. Omentoplastiden 2 ay sonra omentum rezidüel kaviteyi terketmek üzere, oysa sıvı koleksiyonu devam ediyor.



Şekil 1d. Dördüncü ay sonunda pedikül kaviteyi tamamen terketmiş, fakat sıvı koleksiyonu yine devam ediyor.

Şekil 1. Bir karaciğer hidatik kistine uygulanan omentoplastinin seyri.

yondaki abseye uyan görünümde püy elde edildi. Hasta asemptomatik olup yapılan kültürler negatif bulundu. Lezyon aspirasyondan 2 ay sonra oblitere oldu. Drenaj grubundaki 12 vakada daha kendini drenaj gelen seropirülan akıntı ile belli eden asemptomatik rezidüel kavite enfeksiyon gelişti. Alınan kültürlerin 7'sinde değişik mikroorganizmalar tesbit edildi,

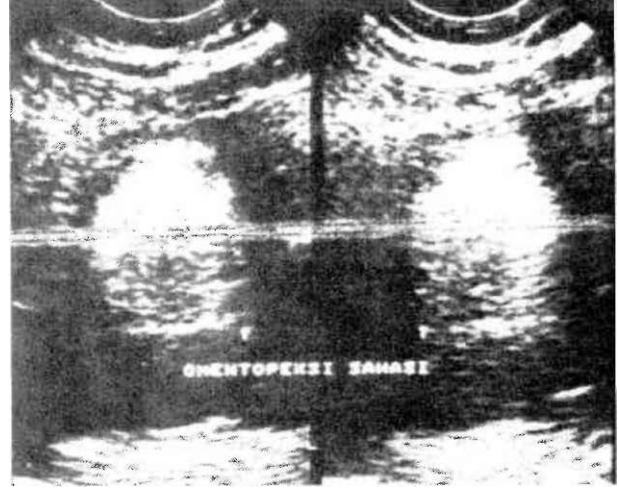
Multiple karaciğer kist hidatiği nedeniyle ameliyat edilmiş olan 2 hasta 8. ve 10. aylarda nüks kist hidatik tanısıyla ikinci kez ameliyat edildiier. Bu hastaların ultrasonografik tetkikinde, ameliyata alınmaları nedeni olan nüks karaciğer kist hidatiğinden başka, ilk ameliyatlarında omentoplasti ile tedavi edilen kistlere ait birer adet de rezidüel kistik kavite mevcuttu. Her ikisinde

de rezidüel kavite açıldı Birinden açık kahverengi 110 cc seröz sıvı aspire edildi; total billrubini 3,6 mg/dl, direk bilirubin 3 mg/dl, total protein 4.8 g/dl, albumin 2.7 g/dl, sodyum 137 mEq/dl, potasyum 3.5 mEq/dl ve klorür 98 mEq/dl ölçüldü. Diğer kist muhtevasının biyokimya değerleri de yaklaşık benzer bulundu. Her iki rezidüel kistik kavitede de omentumun kaviteyi terkettiği fakat kavite ağzına giriş çıkışı kapatacak şekilde yapıştığı, rezidüel kavitenin iç yüzeyinin parlak ve düzgün bir yapıda olduğu görüldü.

Omentoplasti için kullanılan omentum pediküllerinin %60'ta ilk 2 ay içinde %30'u üçüncü ile altıncı aylar arasında, %10'u ise daha sonraki aylarda kaviteyi tamamen terketti. Ameliyat sonrası hastanede kalış süre-



Şekil 2a. Aynı kiste omentoplastiden 10 ay sonra kavilerim ekodens bir yapı ile oblitere olmaya yüz tutması. Kistik kavite içine küçülmüş



Şekil 2b. Ondört ay sonra kistik kavite kaybolmuş, zemininde sınırları sifık, homojen, ekodens yapı kalmış.

Şekil 2. Omentoplastinin seyri ve obiterasyon.

si omentoplasti grubunda ortalama 10 gün, drenaj grubunda ise ortalama kaviter enfeksiyonlar nedeni ile 16 gün idi. Rezidüel kaviterlerin ameliyat sonrası involüsyonları benzer bulundu (Tablo 1).

Parsiyel perikistektomi+omentoplasti veya parsiyel perikistektomi+tüp drenaj uygulanan karaciğer kistlerinin milimetrik olarak ortalama küçülme hızlarında bir fark olmadığı grafik 1'deki eğrilerde de açıkça görülmektedir.

Omentoplasti uygulanan kistlerin 3'ünde, drenaj uygulanan kistlerin ise 13'ünde kist zemininde kaviter obiterasyon tamamlandıktan bir ay sonra yapılan ultrasonografik tetkiklerinde hepatik parankimden biraz daha ekodens ve homojen, boyutları orijinal kiste göre küçük, sınırları silik görüntüler elde edildi (Şekil 2b). Bunlar iki ay içinde kayboldular ve yerlerini standart karaciğer parankim ekosu aldı. Omentoplasti grubunda 1, drenaj grubunda ise 2 hastada safra fistülü meydana geldi, ancak bunlar kendiliğinden iyileştiler.

TARTIŞMA

Omentoplasti, karaciğer kisthidatiklerinin tedavisinde ilk kez 1960'ta Goinard tarafından tarif edilmiş

(18) ve kısa zamanda geniş kabul görmüştür. Bunun nedeni, muhtemelen omentumun herkesçe bilinen etkin defans mekanizmalarına aşırı güven ve omentoplastinin basit, ucuz ve kimseye yük getirmeyen bir yöntem olmasıdır, invaziv girişimleri gerektirmesi nedeniyle, omentoplastinin işleyiş tarzı ve akıbeti henüz detayları ile incelenememiştir. Ancak ultrasonografi ve CT gibi modern görüntüleme yöntemleri, bu konuyu aydınlatmada yardımcı olabilir. Konu ile direkt ve indirek ilgili tomografik ve ultrasonografik çalışmalar giderek artmaktadır (17,19,21,22). Çalışmamızda ucuz ve basit bir teknik olması ve kistik kavite içindeki omentumda hastanın pozisyonunun değiştirilmesi sonucu meydana gelen hareketleri de göstermesi nedeniyle ultrasonografi tercih edilmiştir. Bununla beraber özellikle başlangıçta, Beggs (19) ve Kalovudiris'in (20) de belirttiği gibi postoperatif involüsyonel değişimleri ultrasonografi ile yorumlamak, hayli zor olmuştur. Konu ile ilgili tecrübelerimizi daha önce yayınlamıştık (17)

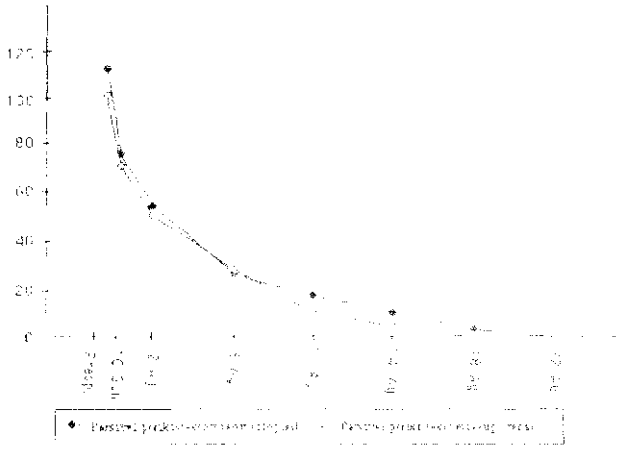
Omentoplasti uygulanmış kaviterlerde rutin intrakaviter sekestre sıvı birikmesi, omentumun kalınlaşmaması veya kist duvarına yapışmayıp sekestre sıvı içerisinde hareketli kalması (Şekil 1, b), bazı kaviterlerin an-

Tablo 1. Parsiyel perikistektomi+omentoplasti veya parsiyel perikistektomi+tüp drenaj uygulanan karaciğer kist hidatiklerinde rezidüel kaviterlerin aylara göre ultrasonografik boyutları ve rezidüel volüm oranları.

Grup	Preop	10 Gün	2 ay	6 Ay	10 ay	14 ay	18 ay	22. ay
Parsiyel perikistektomi+tüp drenaj	100	100	70	70	50	50	28	28
Omentoplasti	100	100	75	67	54	48	26	23
Fokal	100	100	75	67	54	48	26	23
Total	100	100	75	67	54	48	26	23

Tablo 2. Parsiyel perikistektomi+omentoplasti veya parsiyel perikistektomi+tüp drenaj uygulanan karaciğer kist hidatıklarında involüsyonu tamamlanan rezidüel kaviteelerin aylara ve gruplara dağılımı.

Grup	op	2 ay	6 Ay	10	14	18	22	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
Parsiyel perikistektomi+omentoplasti	n=27	0	4	12	15	13	15	6	19	70/1	24	188,9	27	100													
Parsiyel perikistektomi+tüp drenaj	n=25	0	3	12	10	40	17	58	22	88	25	100	25	100													
Toplam																											



Grafik 1. Omentoplasti veya tüp drenaj uygulanan karaciğer kist hidatıklarının aylara göre involüsyon eğrileri.

cak 22 ayda oblitere olması hatta bazı serilerde 4 ila 6 yıl dahi sebat etmesi (19,22) kist kavitesi içinde omentumun iyileştirici mekanizmalarının beklenildiği ölçüde çalışmadığını düşündürmektedir. Yirmi yedi kistten sadece 4'ü iki ayda, 13'ü altı ayda, 15'i on ayda, 19'u 14 ayda ve nihayet tamamı 22 ayda oblitere olabilmıştır. Dolayısı ile yöntemin, basit tüp drenajdan obliterasyon süresi itibarıyla önemli bir farkı yoktur. Hatta Yalın ve arkalarının da tesbit ettiği gibi bizim çalışmamızda da, omentoplasti, obliterasyon süresini az da olsa uzatmaktadır (22) (Tablo 1,2 ve Grafik 1).

İlk 10 gün içerisinde bütün rezidüel kavite hacimlerinde, %100'den %68,5'e oldukça hızlı bir düşüş görülmesinin nedeni omentoplasti değil, kist duvarlarının basit kollapsıdır. Gerek omentoplasti ve gerekse tüp drenaj gruplarında kantitatif involüsyon indekslerinin birbirine benzer şekilde olması omentoplastinin basit drenajdan bile en azından obliterasyon süresi açısından üstün olmadığını gösterir, Omentum pedikülleri hacim olarak, büyük kist kavitelelerinden hiçbirisini doldurabilecek büyüklükte olmadığı gibi pedikülün internal kaviler yüzeyini tamamen örtmesi de düşünülemez, Omentum ile örtülenmeyen yüzeylerde de omentumun iyileştirici fonksiyonunu beklememek gerekir. Kavite içerisine yerleştirilen pedikülün kavite duvarına yapışmadığı ultrasonografik tetkiklerde açık olarak görülmüştür. Diğer ça-

ışmacılar bu ayrıntıyı bildirmemekle beraber omentoplastiden umulan neticeleri almadıklarını bildirmişlerdir (17,22),

Peritoneal adezyonla ilgili çalışmalarda ve bizim çalışmamızda paryetal peritonda oluşturulan peritoneal defektlerin defektin büyüklüğüne bağlı olmaksızın 8 gün içerisinde iyileştiği ve önemli adezyona yol açmadığı gösterilmiştir. Peritoneal defektler 8 gün içinde parlak düzgün bir mezothelial tabaka ile kapanmaktadır; dolayısı ile yapışıklık olmamaktadır. Yapışıklık olması için yüzeyin deperitonealize olması yanında iskemi yabancı cisim, enfeksiyon gibi diğer faktörlerin de bulunması gerekmektedir. Bunun yanında iki deperitonealize yüzey karşı karşıya getirildiği zaman sıkı yapışıklıklar oluşmaktadır (23,24). Muhtemelen rezidüel kistik kavite de peritona ait mezothelial hücrelerce kısa zamanda kaplanmakta ve omentumun kist duvarına yapışması engellenmektedir.

Omentum pedikülünün kaviteyi aylar sonra yani uzun bir sürede terketmesinin sebebi fibrotik yapışıklıklar değil pedikülü tesbit için kullanılan ipek sütürler olsa gerekir. Drenaj grubunda iyileşmenin önemli ölçüde, en azından başlangıçta granülasyon dokusu ile olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü ortamda sert lastik dren, aynı yolla gelişen bir enfeksiyon, yani uzun süren bir zedelenme vardır. Nitekim bu kavitelelerin yerinde bir süre sebat eden, sınırları silik homojen solid ekonun (Şekil 2b) veya hiporadyoaktivitenin (21) izlenmesi fibrozis ile açıklanabilir. Çünkü bir organın rejenerasyon kapasitesi fazla, fakat zedelenme akut ise, iyileşme tam bir rejenerasyon ile sonlanır. Ancak zedelenme kronik ise rejenerasyon kapasitesi yüksek olsa bile ortama fibrotik aktivite hakim olur; karaciğer sirozu buna örnektir (25). Omentoplasti için durum farklıdır, bu işlem herhangi bir zedelenmeye yol açmayacağına göre ne fibrotik aktivite ne de absorbtif aktivite beklenmemelidir. Omentoplastiye rağmen kaviteleler içerisinde kan serumu değerlerine yakın sıvılar birikmiş olması ve omentum pediküllerinin sıvıyı absorbe etmeden kaviteyi terketmiş olmaları bunun kanıtıdır.

Karavias ve arkadaşları 64 vakalılık bir seride omentoplasti uyguladıkları 19 hidatik kiste diğer yöntemlere göre bir üstünlük görememişler geniş perikistektomi+yüksek vakumlu drenajı, omentoplas-

fiye üstün bu muşlardır (10). Biz Ocak 1992 tarihinden ben kist içeriğini kendi geliştirdiğimiz kist aspiratörü (26) ile boşalttıktan sonra hiçbir kist duvan rezeksiyonu yapmaksızın yüksek vakumlu drenaj tekniğini uygulamaktayız, **Eiken** sonuçlarımız oldukça ümit vericidir.

Karavias ve arkadaşlarının omentoplasti çalışması ve takipleri oldukça yüzeysel olup 20 gün gibi uzun, kabulü zor, hastanede kalma süresi bildirmişlerdir., Omentoplastinin **reoperasyonlarda** sorun teşkil edebileceğini ilen sürmüşlerdir **ki relaparotomi** gerekiren söz konusu **iki** vakamızda omentoplasti pedikülünün karaciğere yapışarak ameliyat sahasına ulaşmayı güçleştirdiğini gördük. Bunun dışında omentoplastiye ait bir **komplikasyona** rastlamadık. Bazı yazarlar omentoplasti ve diğer **konservatif** yöntemlerde % 14.1 ile %27.5 vakada biliyer fistül (7,8,27) ve Baros (1) %60'a varan genel **komplikasyon** rapor etmişlerse de bunların doğrudan omentoplasti ile ilgili olduğuna dair bir bilgi de mevcut değildir, Çalışmamızdaki drenaj grubunda %44.5 vakada kaviler enfeksiyona, %8 vakada da safra **fistülüne** rastladık.

Belli ve Favero (8) konservatif yöntemleri **terkettiklerini** yazmakla beraber her türlü vakada tek bir yöntem **uygulanmasının** da yanlış olacağını, vakaya uygun **yöntemin tesbiti** için gerekirse peroperatuar görüntüleme **yöntemlerinin** kullanılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir, önceki **çalışmalarımızda** da belirttiğimiz gibi bu görüşe katılmamak **mümkün** değildir. Örneğin karaciğer kist **hidatiklerinin** %26.5'i periferik konumlu ve sığ olup (29) bunlarda basit boşaltma veya geniş perikistektomi daha uygun olabilir. Nitekim seçilmiş **10** vakamızda bu yöntem uygulanmıştır.

Kistin **lokalisasyonu** karaciğer alt yüzünde olsa bile omentoplasti uygulananlarda, **intrakaviter** sıvı koleksiyonu: öte yandan basit tüp drenaj uygulananlarda kolleksiyon+rezidüel kavite enfeksiyonu, **invölüsyonda** gecikme ve safra **fistülü** gibi sorunlar önlenememiştir.

Sonuç olarak karaciğer kist hidatiklerinde **rezidüel** kistik **kavitenin** obliterasyonunun hızlanmasında omentoplasti basit tüp drenaja bir üstünlük **göstermemiştir**. Basit tüp drenajda rezidüel kistik kavitenin **obliterasyonu** 18. aya kadar **omentoplastide** ise 22. aya kadar **uzayabilmektedir**.

KAYNAKLAR

- 1, Barros JL **Hydatid disease of the liver**, Am J Surg 1978; 135:589-603,
- 2, Mottaghian H, Saidi F. Postoperative recurrence af hydatid disease. BrJ Surg 1978; 65:237-40.
- 3, Akinoğlu A, Bilgi i, Erkoçak E, **Surgical management of hydatid disease of the liver**. Can j Surg 1985; 28:171-4.

4. Papaainfr.ou J, Macirekas A. **The surgical treatment of hydatid disease of the liver**. Br J Surg 1970; 57:431-3.
5. Saidi F, **Surgery of Hydatid Disease**. Philadelphia, WE Saunders 1976.
6. Sayek 1, Yalın R, Sanaç Y. **Surgical treatment of hyclatic disease of the liver**. Areh Surg 1980; 115:847-50,
7. Beit L Asent P, Rortclnara GF, Banini M. **Improved results, with pencystectomy in normothermic ischemia for hepatic hydatosis**, Surg Gynecol Obstet 1986; 163:127-31,
8. Belli L, Del Favero E, Mami A, Romarti f, **Resection versus pericystectomy in the treatment of hydaiddosis of the liver** Am J Surg 1983; 145:239-42.
9. Dawson JL, Stanatakis JD, Stringer MD, Wiliams R, **Surgical treatment of hepatic hydatid disease**. Br J Surg 1988 75:946-50.
10. Karavias BD, Constantinue EV, Bouboulis N, Rathosis S Androulakis J, **Improved techniques in the surigca! treat merit of hepatic hyclotidesis**, Surg Gynecol Obstet 1992 174:176-80.
11. Magistrelli P, Masetti R. Coppola R, Messia A, Nuzzo G Pfcfocehi A. **Surgical reatment of hydatid disease of the liver**. Arch Surg 1991; 126:518-23.
12. Morel p, Raber J, Rehver A, **Surgical treatment of hydatid disease of the liver**. Surgery 1988; 104:859-62,
13. Little JM, Hollands M, Ekberg H, **Recurrence of hydatid disease**. World J Surg 1988; 12:700-4.
14. Amir Jahed AK, Fardin A, Bakshandeh K. **Clinical eohino cocoosts**. Ann Surg 1975; 182:541-6.
15. Mylamtempl H. **Foregin material and adhesion formation afte abdominal surgery**. Acta Chir Scand 1967; (Suppl)377.
16. Puntis W. **Peritoneal defence mechanisms**. In: The peritoneum and Peritoneal Access, Bengmark 8. (Ed) 1 st Ed, Butterworth Co. Ltd. London 1989; pp74-84,
17. Tola i, Güleç M, Şahin M, Bengisu N, Gönen Ö, Yağcı M, **Karaciğer kist hidatiklerinin ameliyat sonkası ayırıcı tanısında ultrasonografiinin yeri**. Törkiye Klinikleri Araştırma Dergisi 1991; 9:66-70.
18. Goinard P, **Le kyste hydatique**, Paris Masson 1960.
19. Beggs I, Falmstey K, Cowia AGA. **The diagnostieai appearances of the liver after surgical removal of hydatid cyst**, Clin Radiol 1983; 34:665-9.
20. Kalovidouris A. Gouliamos A, Demon L, Vassilopoulos P, Vlachos L, Papavassilous K. **Postsurgical evaluation of hydatid disease with CT**, Diagnostic pitfalls, -J Comput Assist Tomogr 1984; 8:1114-17.
21. Kourias B, Gyftaki E, Peveretos P, **The value of pre-and postoperative scanning In liver echinococcus**, Br J Surg 1970, 57:178-83,
22. Yalın Fi Aktan AÖ, Açıkgozoğlu S. **Computed tomography and sonography of hydatid cyst of the liver alter surgical management**J Med Imaging 1989; 3:301-5.

23. Breiand U; Bengmark S. Peritoneum and adhesion formation. In: The peritoneum and peritoneal Access. Bengmark S. (Ed) 1sted Butterworth Co. Ltd. London 1989; pp1222-129.
24. Sağlam A, Yeşilkaya Y. Evaluation of different sets of trauma on adhesion formation in rats Erciyes Tıp Dergisi 1990; **12**:469-77.
25. Peacock EE, Winkle WW. Wound Repair 2nd ed. WB Saunders Philadelphia 1976:p650.
26. Sağlam A. A novel tool for the treatment of abdominal hydatid cyst 1st United European Gastroenterology Week. 25-30 September 1992, Athens, Abstracts p;1
27. Demirci S, Eraslan Ş, Anadol E, Bozatlı L. Comparison of the results of different surgical techniques in the management of hydatid cysts of the liver. World J Surg **1989**; **13**:88-91.
28. Bengisu N, Yeşilkaya Y, Arıtış Y, Güleç M, Şen M, Yılmaz Z, Yağa M, Kazez K. Healing rates of residual cavities in the liver hydatid oysts treated by omentopexy. 2nd World congress on hepato-pancreato-biliary surger. Amsterdam, May 29-June 3 **1988**. Abstracts p4 20.
- 29 Topaloğlu Ü, Bengisu N, Arıtış Y, Akşehirli S, Yeşilkaya Y. Karaciğer kist hidatiklerinin cerrahi tedavi sonuçları. Erciyes Tıp Dergisi 1984; **6**:117-24.
30. Cohen Z, Setone RM, Langer P. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Can J Surg 1976; **19**:416-9,
- 31, Schwartz SI. Liver I. Schwartz SI IN. Principles of Surgery. Schwartz SI (ED), 4th ed. McGraw-Hill Book Company, New York 1984; pp1257-305.