

# Akciğer Hidatik Kisti ve Cerrahi Tedavi

## *Hydatid Cyst of Lung and Surgical Therapy*

Muammer Cumhur Sivrikoz<sup>1</sup>, Hacer Boztepe<sup>1</sup>, Egemen Döner<sup>1</sup>, Erhan Durceylan<sup>1</sup>, Ebubekir Aksu<sup>1</sup>,  
Cumhur Murat Tulay<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi AD, Eskişehir

<sup>2</sup> Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, kliniğimizde Kasım 2003-Temmuz 2010 tarihleri arasında hidatik kist tanısı ile opere edilen hastaların cerrahi tedavi sonuçları retrospektif olarak tartışıldı.

**Gereç ve yöntem:** Kliniğimizde 50 erişkin olgu akciğer hidatik kisti tanısı ile opere edildi. Yirmi altı olgu erkek (%52), 24 olgu (%48) kadındı. Olguların yaş ortalaması 45,8 (20-76) yıldır. Olguların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, şikâyetleri, klinik bulguları, tanısal ve radyolojik özellikleri, yapılan cerrahi uygulamalar, cerrahi tedavi sonuçları ve cerrahi sonrası izlemleri kayıt altına alınarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hidatik kist 25 olguda sağ hemitoraksta, 18 olguda sol hemitoraksta, yedi olguda bilateral yerleşmişti. Kırk dört hastaya kistotomi-kapitonaj (%88), beş hastaya wedge rezeksiyon (%10), bir hastaya pnömonektomi (%2) uygulandı. Hastalara postoperatif iki ay boyunca albendazol tedavisi verildi, iki yıllık takip süresince nüks saptanmadı.

**Sonuç:** Akciğer kistlerinin primer tedavisi cerrahidir. Hem kistin boşaltılması ve germinatif membranın çıkarılması hem de parankim koruyucu niteliği ile kistotomi-kapitonaj yeterli iyileşme sağlayan bir yöntemdir.

**Anahtar kelimeler:** kist hidatik, kistotomi-kapitonaj, akciğer

### ABSTRACT

**Aim:** In this study, the surgical results of patients operated with the diagnosis of hydatid cyst between November 2003 and July 2010 in our clinic were discussed retrospectively.

**Material and method:** A total of 50 adult patients were operated with the diagnosis of pulmonary hydatid cyst in our clinic. Twenty-six cases (52%) were male, twenty-four cases (48%) were female. The mean age of patients was 45,8 (20-76) years. The demographic characteristics of patients such as age and gender, symptoms, clinical findings, diagnostic and radiological features, surgical procedures, results of surgical treatments and postoperative follow-up results were evaluated based on the records.

**Results:** Twenty-five of hydatid cysts were located in the right hemithorax, 18 of them were located in the left hemithorax and 7 of hydatid cysts were located bilaterally. Cystotomy and capitonnage was performed in 44 (88%) patients, wedge resection was performed in 5 (10%) patients and 1 (2%) patient underwent pneumonectomy. All patients were treated with albendazole postoperatively for two months and there was no recurrence.

**Conclusion:** Primary treatment of lung hydatid cysts was surgery. The fluid of the cysts can be aspirated, germinative membrane can be removed and parenchyma can be protected with cystotomy-capitonnage method. For this reason, cystotomy capitonnage method provides enough improvement.

**Keywords:** hydatid cyst, cystotomy-capitonnage, lung

### GİRİŞ VE AMAÇ

Hidatik kist *Echinococcus granulosus* isimli patojenin yol açtığı bir parazit enfeksiyonudur. Ortadoğu, Orta Asya, Güney Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi dünyanın çeşitli

bölgelerinde, özellikle kırsal kesimde ve hayvancılıkla uğraşan bölgelerde endemiktir. Ülkemiz de bu endemik bölgelerin içinde yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizdeki insidansı 12/100.000'dir.<sup>1</sup> İnsanın ara konak olduğu bu enfeksiyonda en sık etkilenen organın karaciğer, ikinci sık

Alındığı tarih: 16 Ocak 2011; Revizyon sonrası alınma: 7 Ekim 2011; Kabul tarihi: 19 Kasım 2011

Yazışma adresi (Address for correspondence): Doç. Dr. Muammer Cumhur Sivrikoz, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi A.D. Meşelik Kampüsü 26480 Eskişehir; E-posta: mcumhurs@hotmail.com

© 2011 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2011;13(3): 166-169

Solunum Dergisi'ne www.solunum.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

tutulan organın akciğer olmasına rağmen vücuttaki tüm organlar tutulabilir. Bu çalışmada, kliniğimizde hidatik kist tanısı ile opere edilen hastaların retrospektif cerrahi sonuçlarını tartışmayı amaçladık.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Kasım 2003-Temmuz 2010 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi kliniğinde 50 erişkin olgu akciğer hidatik kisti tanısı ile opere edildi. Olguların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, şikâyetleri, klinik bulguları, tanısal ve radyolojik özellikleri, yapılan cerrahi uygulamalar, cerrahi tedavi sonuçları ve cerrahi sonrası izlemleri kayıt altına alınarak değerlendirildi.

Radyolojik inceleme akciğer grafisi (X-ray) ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ile yapıldı. Tüm olgularda çekilen akciğer grafisine ek olarak 43 olguya toraks bilgisayarlı tomografisi yapıldı. Olguların hepsine karaciğer hidatik kisti olasılığı nedeniyle abdominal ultrasonografi de yapıldı. Ultrasonografi ile yeterince değerlendirilemeyen 18 olguya batın BT yapıldı. Radyolojik incelemeyle tüm olguların kist çapları ölçüldü.

Casoni intradermal deri testi, Weinberg komplement fiksasyon testi ve eozinofil sayımı gibi yöntemler, çapraz reaksiyonlar nedeniyle tanı değerleri düşük olduğu için kullanılmadı.<sup>2</sup>

Operasyonda bütün hastalara çift lümen entübasyon yapıldı. Bütün hastalara posterolateral torakotomi uygulandı ve kistik lezyona ulaşıldı. İntakt kistlerde kontaminasyonu önlemek için batikon ve hipertonic NaCl emdirilmiş kompreslerle çevre dokular korundu. Kist içeriğinin aspirasyonunu takiben kistotomi yapıldı ve germinatif membran kistik kaviteden çıkarıldı. Batikon ve hipertonic NaCl emdirilmiş spançlar yardımıyla kistik kavite temizlenerek skolosidal etki sağlandı. Açık olan bronşlar emilebilir sütür kullanılarak tek tek kapatıldı; kavite emilebilir sütür kullanılarak U sütürü tekniğiyle kapatıldı. Cerrahi girişim olarak, olguların özelliklerine göre kistotomi-kapitonaj, wedge rezeksiyon, pnömonektomi uygulandı. Akciğer ile birlikte karaciğer hidatik kisti tanısı olan bazı olgularda aynı seansta karaciğer kistine de cerrahi girişim uygulandı.

Operasyon öncesi hastalara kemoterapötik ajan verilmedi. Postoperatif dönemde intakt kistlere dört hafta, perfore kistlere sekiz hafta süreyle 10 mg/kg/gün dozunda albendazol (Andazol-Biofarma-TÜRKİYE) verildi.<sup>2,3</sup> Olguların karaciğer enzimleri (ALT, AST) iki haftalık aralıkla kontrol edildi. Karaciğer enzimlerinde yükselme olması durumunda albendazol tedavisi sonlandırıldı. Olgular cerrahi sonrası dönemde iki yıl boyunca, altı aylık dönemler halinde izleme alındı.

## BULGULAR

Olguların 26'sı erkek (%52), 24'ü kadındı (%48) ve yaş ortalaması 45,8 (20-76) yıl idi. En sık klinik şikâyetin öksürük

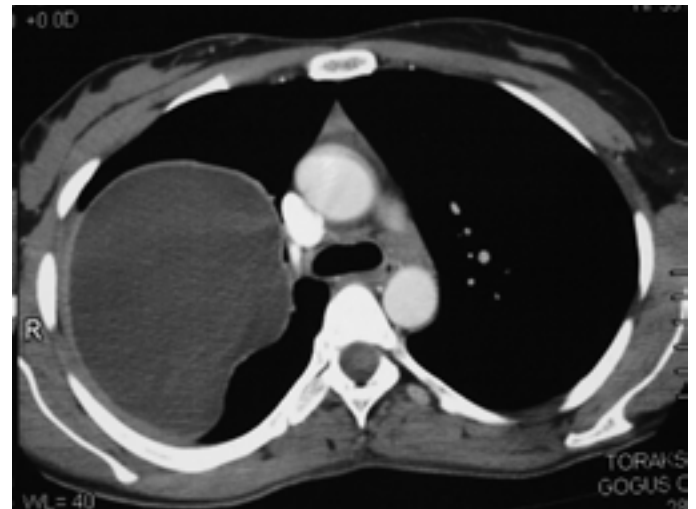
(%42) olduğu görüldü. Diğer şikâyetler nefes darlığı (%32), yan ağrısı (%28), hemoptizi (%14) idi. Dört olguda (%8) kist sıvısı ve membranı ekspektorasyonu hikayesi mevcuttu. Serimizde olguların %32'sinin asemptomatik olduğu saptandı.

Hidatik kistler 25 olguda sağ hemitoraks, 18 olguda sol hemitoraks, 7 olguda bilateral yerleşimliydi. Elli olguda toplam 63 adet hidatik kist saptandı. Saptanan hidatik kistlerin 36'sı (%57) sağ hemitoraks yerleşimli, 27'si (%43) ise sol hemitoraks yerleşimliydi. Hastalıkla en sık tutulan akciğer alanı sağ alt lobdu (%35). On beş hastada (%30) akciğer ve karaciğer kist birlikteliği mevcuttu.

Radyolojik değerlendirmede 4 (%6) olguda hava-sıvı seviyesi, 2 (%3) olguda nilüfer çiçeği belirtisi, 2 (%3) olguda sınır düzensizliği ile birlikte konsolide görünüm mevcuttu; diğer olgularda düzgün kenarlı sferik opasite saptandı. Olgularımızda ortalama kist çapı 6,3 cm olup 4 olguda (%6) kist çapı 10 cm'nin üzerindeydi (**Resim 1**).

Operasyon sırasında kistlerden dördünün perfore (%6), ikisinin süpüre (%1,4), 57'sinin ise intakt olduğu görüldü (%92,6). Kistotomi-kapitonaj yöntemi en sık uygulanan yöntemdi (%88). Ek olarak beş olguya wedge rezeksiyon (%10), bir olguya sağ pnömonektomi (%2) uygulandı. Pnömonektomi uygulanan bu olguda kist majör fissüre yerleşmişti, üst lobun tamamına yakını, alt lobun ise yarısından fazlası konsolide ve harap durumdaydı. Hem sağ akciğerinde hem de karaciğerinde kist bulunan bir olguya aynı seansta frenotomi yapılırken, bir olgunun karaciğer yerleşimli hidatik kistine subkostal laparotomi yaklaşımıyla aynı seansta ayrı kesi üzerinden müdahale edildi. Diğer karaciğer tutulumlu olgulara ikinci seansta müdahale edildi (**Tablo I**).

Opere edilen olguların altısında (%12) postoperatif cerrahi komplikasyon gelişti (**Tablo II**). Bir olguda postoperatif hemoraji, iki olguda atelektazi, iki olguda yara yerinde açılma, bir



**Resim 1.** Sağ akciğer üst lobda yerleşmiş intakt hidatik kist lezyonuna ait bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

olguda uzamış hava kaçağı gelişti. Hastaların göğüs tüpleri ortalama dördüncü günde çekildi. Hastanede kalış süresi ortalama altı gündü. Postoperatif dönemde hastalara albendazol 10 mg/kg/gün olarak başlandı. Postoperatif erken ya da geç ölüm olmadı. Serimizde bir olguda postoperatif ikinci haftada albendazol kullanımına bağlı olarak AST ve ALT yüksekliği saptanması üzerine albendazol tedavisi sonlandırıldı. Geç dönemde nüks saptanmadı.

## TARTIŞMA

Ülkemizde insidansı 12/100.000 olan *Echinococcus granulosus*'a bağlı hidatik kist enfeksiyonunda ara konak insandır.<sup>1</sup> Daha çok kırsal bölgelerde hayvancılıkla uğraşan kişilerde görülmekte olup genellikle tanı 3. ve 4. dekatlarda konulur. Erkeklerde oransal olarak daha sık görülmektedir.<sup>2</sup> Bizim serimizde olguların %52'si erkek, %48'i kadındı ve yaş ortalaması 45,8 (20-76) yıl idi.

Karaciğer en sık yerleşim yeri olup ikinci en sık tutulum yeri akciğerdir ve %10–40 sıklıkla tutulur. Akciğer hidatik kistinde sağ akciğer ve alt loblar en sık tutulan bölgelerdir.<sup>2-4</sup> Bizim serimizde sağ akciğer tutulumu %57, sağ alt lob tutulumu %35 olarak hesaplandı. Karaciğer ve akciğerin birlikte tutulumu %4-18 arasında bildirilmiştir.<sup>2</sup> Bizim olgularımızda birlikte tutulum %15'tir.

Akciğer parankiminin elastik yapısı nedeniyle akciğer yerleşimli hidatik kistler çok büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Çapı 10 cm üzerindeki lezyonlar “dev hidatik kist” olarak adlandırılır.<sup>2-4</sup> Bizim olgularımızda ortalama kist çapı 6,3 cm olup dört olguda (%6) kist çapı 10 cm'nin üzerindedir.

Klinik bulgular daha çok kistin büyüklüğü ile ilişkili olmakla birlikte kistin yerleşim yeri de zaman zaman klinik bulguların ortaya çıkmasında önemlidir. En sık görülen şikâyetler öksürük, nefes darlığı, hemoptizi, yan ağrısıdır.<sup>2-3</sup> Bizim olgularımızda en sık klinik şikâyet %42 oranıyla öksürüktü. Serimizde olguların %32'sinin asemptomatik olduğu saptandı. En sık görülen tanısal belirti ise, kist sıvısı ve membran ekspektorasyonuydu. Bu durum anafilaksiye yol açarak

mortalite riskini artırabilmektedir.<sup>4</sup> Dört olgumuzda (%8) kist sıvısı ve membran ekspektorasyonu hikayesi mevcuttu.

Weinberg ve Casoni testleri de tanıda kullanılabilir olup, tanı değerinin %52 olduğu ve yanlış pozitifliğin %37,5'e kadar çıkabildiği bildirilmiştir.<sup>2,5</sup> Ülkemizde sık görülen enfeksiyonların çapraz reaksiyonlarla bu testlerin tanısal güvenilirliğini azalttığını düşünüyoruz.

Hidatik kistin tanısı radyolojik incelemelerle konulur. Pulmoner kistlerin tanısında akciğer grafileri ve toraks tomografileri gibi noninvazif görüntüleme yöntemleri kullanılır. İntakt kistler düz akciğer grafisinde düzgün sınırlı yuvarlak opasite şeklinde, bilgisayarlı tomografide ise iyi sınırlı, düzgün ve ince duvarla çevrili, homojen sıvı dansitesinde görünür. Serimizde lezyonların %92,6'sı intakt kistlerden oluşmaktaydı ve radyolojik bulgular literatürle uyumluydu. Perikist ve kistik membran arasında hava girmesi hilal arazi görünümünü oluşturur. Bu görünüm “menisküs belirtisi” olarak adlandırılır. Hidatik kist için oldukça özgün bir radyolojik bulgu olup kistin patlamak üzere olduğunu işaretidir. Parazit membranı tam rüptüre olur ve kist sıvısının bir miktarı ekspektore edilirse membran kollabe olup sıvının üzerine düşer. Bu durumda hava-sıvı seviyesiyle birlikte, sıvı üzerinde yüzen kollabe membran görüntüleri ise “nilüfer çiçeği” belirtisini oluşturur.<sup>3-6</sup> Bilgisayarlı tomografide intakt kistteki dansite 3-18 HU arasında iken, enfekte kistlerde kist sıvısının dansitesi yükselir, çevre parankimde pnömoni ve atelettazi ile lezyon solid bir kitle imajı verebilir. Bu durumda kist – tümör ayırıcı tanısı zorlaşır. Pnömonektomi uygulanan olguda kistik lezyon radyolojik olarak fissüre yerleşmişti ve üst lobun tamamına yakını, alt lobun ise yarısından fazlası konsolide ve harap durumdaydı. Rüptüre kistlerde bronşiyollerden gelen havanın parazitik membran katlantıları arasında girmesi ile oluşan “hava kabarcıkları”nın BT kesitlerinde görülmesi ayırıcı tanıda yardımcı olabilir.<sup>6</sup> Bizim olgularımızın radyolojik incelemesinde, dört (%6) olguda hava-sıvı seviyesi, iki (%3) olguda nilüfer çiçeği belirtisi, iki (%3) olguda sınır düzensizliği ile birlikte konsolide görünüm mevcuttu; diğer olgularda düzgün kenarlı sferik opasite saptandı. Olguların hepsine karaciğer hidatik kisti olasılığı nedeniyle abdominal ultrasonografi yapıldı. Ultrasonografi ile yeterli değerlendirme yapılamayan 18 olguya batın BT yapıldı. İntratorasik

Tablo I. Uygulanan operasyonlar

Operasyonlar	Hasta sayısı	Oran
Rezeksiyon	6	%12
Pnömonektomi	1	%2
Wedge rezeksiyon	5	%10
Kistotomi + Kapitonaj	44	%88
Dekortikasyon	2	%4
Frenotomi	1	%2

Tablo II. Cerrahi komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Hasta sayısı	Oran
Atelettazi	2	%4
Yara yeri enfeksiyonu	2	%4
Uzamış hava kaçağı	1	%2
Hemoraji	1	%2

lezyonların tanılandırılmasında kullanılan bir yöntem olan transtorasik biyopsi, radyolojik olarak hidatik kist düşünülen olgularda kisti rüptüre edeceğinden kullanılmamalıdır.

Akciğer hidatik kistin primer tedavisi cerrahidir. İntakt kistler enfeksiyon ve rüptür riski nedeniyle zaman geçirmeden opere edilmelidir. Kist içindeki parazit ölmüş olsa bile kalan germinatif membran enfeksiyon kaynağı olabileceği için operasyonla uzaklaştırılmalıdır.<sup>7-9</sup> Günümüzde cerrahi tedavide amaç, kistin ve germinatif membranın uzaklaştırılması ve bu sırada kontaminasyondan kaçınılmasıdır.

Günümüzde hidatik kist cerrahisinde parankim koruyucu cerrahi yöntemler (enükleasyon, kistotomi-kapitonaj, perikistotomi ve *wedge* rezeksiyon) kullanılır.<sup>4,5,10</sup> Lobun %50'den fazlasının harap olması durumunda rezektif cerrahi uygulanabilir.<sup>2</sup> Bizim serimizde ise bir hastaya pnömonektomi (%2) uygulandı. Bu oran çeşitli serilerde %10-20 arasında değişmektedir.<sup>7-9,11,12</sup>

Bilateral kistlerde, yaşlı ve çocuk hastalar dışında, olgunun kardiyopulmoner rezervi normale tek evreli cerrahi önerilmektedir. Ancak ilk önce büyük kistin çıkarılmasının ardından diğer akciğerdeki kiste yönelik iki evreli cerrahi işlem uygulanmasını öneren görüşler de vardır.<sup>5</sup> Biz çalışmamızda, bilateral kisti olan olgulara torakotomi yoluyla iki evreli (yaklaşık 4-6 hafta arayla) cerrahi işlem uyguladık.

Hidatik kist olgularının %4-18'inde akciğer ve karaciğer kisti birlikteliği bulunmaktadır.<sup>2</sup> Bizim çalışmamızda 15 hastada (%30) akciğer ve karaciğer kist birlikteliği mevcuttu. Subdiyafragmatik lokalizasyonlu karaciğer kistlerinde torakotomi sırasında transdiyafragmatik yolla karaciğer kistine müdahale mümkündür ve güvenli bir yoldur.<sup>4,7,13</sup>

Serimizde sağ akciğer hidatik kistle birlikte subdiyafragmatik karaciğer hidatik kisti olan bir olgunun kistine yönelik olarak posterolateral torakotomiyle birlikte frenotomi uygulanarak hem akciğer hem karaciğerindeki kiste müdahale edildi. Eşzamanlı sol akciğer ve karaciğer kist hidatiği olan ya da transdiyafragmatik yolla ulaşılamayacak olgularda öncelikle akciğerdeki kiste müdahale edildi.

Çeşitli serilerde cerrahi mortalite oranı %0-3,3, morbidite oranı %6-20 olarak bildirilmektedir. Morbidite oranı rüptüre hidatik kistlerde intakt kistlere oranla daha yüksektir.<sup>2,5</sup> Postoperatif dönemde uzamış hava kaçağı ve yara yeri enfeksiyonu en sık görülen komplikasyonlardır. Ayrıca ampiyem, rezidüel kavite gelişimi gibi önemli komplikasyonlar ortaya çıkabilir.<sup>8,9,13</sup> Bizim serimizde erken veya geç dönem mortalite görülmedi. Cerrahi sonrası dönemde bir olguda hemoraji, iki olguda ateletaksi, iki olguda yara yeri enfeksiyonu, bir olguda uzamış hava kaçağı gelişti.

Postoperatif nüks oranı çeşitli serilerde %0,6-1,7 arasında değişmekte iken bizim serimizde nüks görülmedi. Bunun sebebinin cerrahi sonrası dönemde uygulanan antibiyoterapi (albendazol) olduğunu düşünüyoruz. Ancak albendazol verilen olguların takibi sırasında albendazolün karaciğer toksisitesi ve nötropeni yapıcı etkisinin göz ardı edilmemesi önerilir. Bizim serimizde bir olguda postoperatif ikinci haftada albendazol kullanımına bağlı olarak AST ve ALT yüksekliği saptanması üzerine albendazol tedavisi sonlandırıldı.

Sonuç olarak, akciğer hidatik kist küratif tedavisi cerrahidir. Günümüzde tercih edilen uygulama parankim koruyucu cerrahidir. Dolayısıyla hem kistin boşaltılması ve germinatif membranın uzaklaştırılması hem de parankim koruyucu niteliği ile kistotomi-kapitonaj, yeterli iyileşme sağlayan güvenilir bir yöntemdir. Ayrıca nükslerin önlenmesinde antibiyoterapinin önemli bir yeri olduğuna inanıyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Health Statistics: Republic of Turkey Ministry of Health, Research Planning and Coordination Council, Ankara, 1997.
2. Özyurtkuran MO, Balcı AE. Surgical treatment of intrathoracic hydatid disease: A 5 five year experience in an endemic region. *Surg Today* 2010;40:31-37.
3. Sivriköz MC, Tunçözgür B, Nacak İ, Elbeyli L. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in pediatric patients. *Pediatric Pulmonology* 2003;35:87-90.
4. Fuat S. Kist hidatikli olgularda cerrahi deneyimimiz. *The Eurasian Journal of Medicine* 2007;39:178-183.
5. Balcı AE, Eren N, Eren Ş, Ülkü R, Cebeci E. Surgical treatment and follow up of 728 cases. *Solunum Hastalıkları* 2001;12:216-222.
6. Yuncu G, Sevinç S. Akciğer hidatik kistleri. İlker Ö, Adem G, eds. *Göğüs Cerrahisi 1*. Baskı. Ankara: Sim Matbaacılık; 2003:1011-1024.
7. Eren N, Özgen G. Simultaneous operation for right pulmonary and liver echinococcosis. *Scan J Thorac Cardiovasc Surg* 1990;24:131-134.
8. Novick RJ, Tchervenkov CI, Wilson JA, Munro DD, Mulder DS. Surgery for thoracic hydatid disease: North American experience. *Ann Thoracic Surg* 1987;43:681-686.
9. Özçelik C, İnci I, Toprak M, Eren N, Özgen G, Yaşar T. Surgical treatment of pulmonary hydatidosis in children: Experience in 92 patients. *J Pediatr Surg* 1994;29:392-395.
10. Turna A, Yılmaz MA, Hacıbrahimioğlu G, Kutlu CA, Bedirhan MA. Surgical treatment of pulmoner hydatid cysts: is capitonnage necessary. *Ann Thorac Surg* 2002;74:191-195.
11. Burgos L, Baquerizo A, Muñoz W, de Aretxabala X, Solar C, Fonseca L. Experience in the surgical treatment of 331 patient with pulmonary hydatidosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991;102:427-430.
12. Burgos R, Varela A, Castedo E, Roda J, Montero CG, Serrano S. Pulmonary hydatidosis: Surgical treatment and follow up 240 cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;16:628-634.
13. Peleg H, Best LA, Gaitini D. Simultaneous operation for hydatid cysts of right lung and liver. *J Thorac Surg* 1985;90:783-787.