

## TRAVMATİK KİST HİDATİK PERFORASYONLARI

**Dr. Medih Egemen - Dr. Ünal Tutaysalgır - Dr. Rasim Torun - Dr. Şinasi Can  
Dr. Fikri Çelik - Dr. Cemalettin Ayan - Dr. İbrahim Özgün - Dr. R. Şenaras  
Dr. İ. Yıldırım - Dr. M. Aksoy**

İnsan vücudu travmanın her şekline karşı kendini koruyabilecek bir yapıya sahiptir. Bu karşı koyum gücünün üstündeki travmalar vücutta muhtelif lezyonlarla kendini gösterir. Bu lezyonlar vücudun sert yapısını teşkil eden kemik ve adele sisteminde kırıklar, çıkıklar ve adelerde yaralanmalar halinde ve bunun sonucu olarak bir takım fonksiyon bozukluklarının meydana çıkmasına sebep olur.

Vücudun travmalara karşı en mukavemetsiz ve açık olan kısmında batın ve batın içi organlarıdır. Travmaların şiddetine ve geliş istikametine bağlı olarak batın cidarının ve batın içi organlardan hareketli olanları travmadan bir nisbette kaçma imkanı sağlarsada, bu dayanma gücü dışındaki şiddette bir travma batın içi organlarında yaralanmalar meydana getirir. Batın içinde fikse olmuş içi dolu organların bu travmalara direnme gücü daha zayıftır. Dolayısı ile daha çabuk lezyona uğrarlar. Hal böyle iken eğer içi dolu organlarda (karaciğer, dalak, böbrek, pankreas gibi) birde patolojik vetire, yani bir hastalık inzimam ederse mukavemet kabiliyeti dahada zayıflar ve neticesiyle batın içinde travmaların yaptığı komplikasyonlar dışında organlarda mevcut patolojik vetireninde komplikasyonları inzimam etmek suretiyle tehlikeli ve güç durumların yanında adli yönden problemler çıkmasına sebep olur.

İşte bu gün huzurunuzda getirmiş olduğumuz vakalar bu yönden bir problem olma durumu yarattığı için takdime layık görülmüştür.

*Vaka—1: Cemal Şikar Prot: 4479/303*

9/4/1973 tarihinde saat 17.00 sıralarında okuldan dönerken bir arkadaşının çelme takması ile karnının üzerine düşen hastanın karnında ağrılar olmuş ve bulantı ortaya çıkmış. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine kiliniğimize müracaat eden hasta tetkik ve tedavi için

Şişli Çocuk Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği Şef: Op. Dr. Medih Egemen.

servisimize yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde bir özellik bulunmayan ve kötü alışkanlığı olmayan hastanın yapılan genel muayenesinde: Şuur açık, hasta aktif, ciltte lokal hiperemik sahalar mevcut. Ciltaltı, dil, diş, tonsil, farinks normal, turgor, tonus normal bulundu. Ödem, ikter, siyanoz bulunmayan hastanın T. A. 110/70 mm. Hg, nabız 84/dk, ateş 36,8 derece idi. Hasta herhangi bir allergene allerji tarif etmiyor. Sistem muayenelerinden, dolaşım, solunum, ürogenitalsistem, sinir sistemi ve lokomotor sistemlerde patolojik bir durum tesbit edilemedi.

Yapılan lokal muayenede: Batın göğüs seviyesinin altında ve solunuma iştirakli. Epigastrium ve sağ paraumbilical bölgelerde allerjik reaksiyon olma şüphesi taşıyan hiperemik sahalar görülmekte. Tümefaksion, ve venöz teressümat yok. Palpasyonla defans müsküler tesbit edilemedi, ancak epigastrium ve sağ paraumbilical bölgede hassasiyet mevcut. Peritoneal reaksiyon yok. Perküsyonla yine sağ paraumbilical bölge hassas bulundu.

Saat 23.00 te bu bulgular ile servisimize yatırılan hastaya çekilen ayakta direkt batın grafisinde ve tam idrar tahlilinde patolojik bir durum tesbit edilemedi. Hemostatik, analjezik, antihistaminik tedavi ile batına buz tatbikine başlanan ve devamlı kontrol edilen hastada zaman zaman ortaya çıkan allerjik reaksiyonlar ve epigastriumdaki hassasiyet bazen semptomatik olarak giderildi, bazense spontan kayboldu. Ancak batında ağrı ve hastada huzursuzluk hali devam etti.

13/4/1973 tarihi sabahında anaflaksi derecesine varan allerjik reaksiyon ile epigastriumda ağrı ve hassasiyet hecmesi geçiren hastaya çekilen ayakta direkt batın grafisi, labaratuvar muayeneleri (Tam idrar tahlili normal, kanda diastaz: 32 Ü., idrarda diastaz 256 Ü.) tabloyu açıklayıcı nitelikte olmadığı için ameliyat kararı verildi.

Aynı gün saat 11.00 de genel anestezi altında, göbek üstü median incision ile laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda, barsakların ve peritonun sarımtırak renkte olduğu ve Winslovdan kirli sarı renkte hafif lüzuci bir mayinin gelmekte olduğu, burada karaciğer kenarında ödemli, yumurta büyüklüğünde bir kitlenin bulunduğu tesbit edildi. Diğer batın organları salim görüldü. Hadisenin Bursa omentalis içinde olduğu anlaşılacak gastrokolik ligaman açılarak bursa omentalis girildi. Karaciğer sol lob arka yüzünde balık ağzı şeklinde bir perforasyon ağzında kist hidatik garminatif membranı görüldü. Kist içerisinden membran germinatif çıkarıldı. Safravi renkte olduğu görüldü. Omentum minus açılarak kist cidarı batın ön cidarına yaklaştırıldı. Kaviteye bir peser sondası kondu. Kavite ağzı sütüre edilerek küçültüldü. Marsüpiyalize edildi. Epiplon ve omentum minus sütüre edi-

lip Winslova bir adet dren konuldu. Batına streptomisin konulup he-mostaz ve kontrolü müteakip batın tabakavi olarak kapatılarak ameliyata son verildi.

Postoperatif dört gün ateşli olan hastaya antibiotik, analjezik, serum tedavisi yapıldı. Dreni aspiratör continueu ye bağlanan hastanın sütürleri 27/4/1973 tarihinde alındı. Aralıklı olarak devam eden aspirasyon ve drenaaj 21/5/1973 tarihine kadar sürdü. Tüm bu süre içinde genel durumu iyi olan hastanın dreni postoperatif 43. gün alındı. Hastaya destekleyici vitamin ve anabolizan tedavi uygulandı. Hastamız 25/5/1973 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

*Vaka—2:* Ayşe Teferruş Prot: 11973/983

Servisimize yatırılmasından bir ay kadar önce, kocası tarafından dövülen ve bu arada karnına bir tekme vurulan A. T.un ani olarak şiddetli, devamlı, tüm karnına yayılan ve beline vuran ağrıları ortaya çıkmış. Bu ağrıları ile birlikte karnı şişen hasta İstinye devlet hastanesine kaldırılmış ve burada tedavi altına alınmış. Hastaya kan transfüze edilmiş ve kendi ifadesine göre karnından ponksion ile bir kovaya kadar sıvı alınmış. Buradan hastanemiz dahiliye servisimize yatırılan hasta burada tedavi gördüğü altı gün zarfında devamlı kusmuş. Kusmuk mide muhtevası vafında imiş. Genellikle konstipe olan, bir kez kırmızı kan ihtiva eden gaita deşarjı, daha sonrada üç gün süre ile diare şeklinde defekasyon bozuklukları geçirmiş. Şikayetlerinin devamı ve genel durumun giderek dahada bozulması üzerine 25/9/1972 tarihinde servisimize nakledilen hastanın üç senedir hazımsızlık ve yemeklerden sonra şişkinlik şeklinde dispeptik şikayetleri olurmuş. Ağır ve yağlı yemeklerle ve kızartmalı yiyecekler bu tür şikayetlerini arttırmış. Bir takım toz şeklindeki ilaçları sulandırarak içtikten sonra rahatlamış. Şikayetlerinin mevsimlerle ilgili bir periodisitesi yokmuş.

Her doğum yapışının akabinde sarılık olduğunu ve on sene kadar önce romatizma tedavisi gördüğünü ifaden hastanın babası bilmediği bir sebepten, bir kardeşi ise meme kanserinden ölmüş. Her akşam iki, üç bardak rakı içen hastanın yapılan genel muayenesinde cilt ikterik ve kuru, sinayoz ve ekstremiter ödem tesbit edilemedi. Sensorium açık, pupillalar izokorik, scleralar ikterik. T. A. 12/8, nabız 120/dk., ateş 37,4 olarak bulundu. Adenopati yok ve hasta herhangi bir allergene karşı allerji tarif etmiyor.

Lokal muayenede ise: Batın distandü, solunuma iştiraksiz. Venöz teressümat, hyperemie ve tümefaksion yok. Palpasyonla batın

gergin, epigastrium ve sağ hypocondrium ağırlı ve hassas bulundu. Sansation de flot tesbit edildi. Batında serbest mayi mevcut. Karaciğer ve dalak ele gelmiyor. Perküsyonla normal barsak timpanizmi kaybolmuş. Karaciğer ve dalak normal hudutlarında perküte ediliyor. Traubekapalı. Hasta sağ yana yatırıldığında sağ tarafta, açıklığı sola ve yukarı bakan bir matite tesbit ediliyor. Matite hastaya pozisyon değiştirmekle yer değiştiriyor.

Sistem muayenelerinden, kardiovasküler, solunum, ürogenital, sinir ve lokomotor sistemlerde patolojik bulguya rastlanmadı.

Hastaya yapılan labaratuvar muayenelerinden, hemogram, tam idrar tahlili, kanda şeker ve üre, kanda diastaz normal değerler içinde bulundu. Kan elektroliteleri tayininde, hyponatremi, hypokalemi, ve hafif bir hypocloremi tesbit edildi. (Na % 297 mg., K % 12 mg., Cl % 319 mg.). Kan bilirubinleri (Direkt B. % 0,52, İndirekt B. % 0,23, Total B. % 0,75 mg.) tayininde tabloya ışık tutacak nitelikte değildi. Yapılan mide-duodenum radyolojik tetkiki ise pankreas kisti şüphesini belirtiyordu.

Genel durumu oldukça bozulan hastaya kan grubu tayini ve kan temininden sonra ameliyata alındı.

28/9/1972 tarihinde hastaya göbek altı median incision ile laparotomi yapıldı. Derhal bol miktarda sarı renkte transüda vafında kokusuz bir mayinin geldiği görüldü. Dokuz litre kadar mayi aspire edildi. Eksplorasyonda, büyük omentumun serbest kenarının, adeta barsakları mevcut mayiden korumak için batın cidarı arka yüzüne yapışmış ve batın boşluğunu adeta iki müstakil kısma ayırmış gibiydi. Öndeki boşlukta bol mayi, arkadaki boşlukta ise normal renk ve görünümünü kaybetmiş ve bir konglemerat teşkil etmiş barsaklar mevcuttu. İncision göbek üstü median olarak uzatıldı. Barsaklar biribirinden tamamen ayrılarak serbestleştirildi. Batın ılık serum fizyolojik ile yıkandı ve aspire edildi. Eksplorasyona devamda karaciğer ve batın duvarı arasında bir parmak duhulüne müsait bir delik ve buradan sarı renkte bir mayinin gelmekte olduğu görüldü. Parmakla karaciğer üst ön yüzünün boydanboya diafragma kadar rüptüre olduğu ve, rüptür deliğinden gelen mayinin aspirasyonu sonunda diafragma altından ki bupoştan membran germinatif parçacıklarının geldiği görüldü. Post travmatik karaciğer ve karaciğer kist hidatik rüptürünün tabloyu meydana getirmiş olduğu anlaşıldı. Korsange ile germinatif membran anbloc olarak çıkarıldı. Karaciğer üst ön yüzünden rüptür yerinden sarı renkte bir mayinin gelmeye devam ettiği görüldü. Kist hidatik poşuna dren ve bir adet longet koyuldu, karaciğer kısım kısım

sütüre deildi. Burayada bir adet longet koyuldu. Genel hemostaz kontrolünü müteakip batın alt kadranada bir adet dren ve batına antibiotik konmasından sonra cidar tabakavi olarak kapatılarak ameliyata son verildi. Peroperatuar 500 cc izogrup izo Rh kan verildi.

Postoperatif antibiotik, analjezik, serum ve vitamin tedavisine başlanan hastanın eksik elektrolitlerini tamamlayıcı bir tedavi tatbik edildi. İki gün genel durumu çok bozuk ve şokta olan hastanın genel durumu yavaş yavaş düzelerek postoperatif üçüncü gün gaz, dördüncü gün gaita deşarji oldu. Devamlı drenaj olan drenlerden biri 19/10/1972 tarihinde alındı. Üstteki dren den ve alttaki dren yerinden drenaj 30/11/1972 tarihine kadar devam etti. Bu arada 2/11/1972 tarihinde ayağa kaldırılan hastaya destekleyici tedavi olarak karaciğer ekstreleri ve multivitamin verildi. Genel durumu tamamen düzelen hasta gözle görülür kilo almaya başladı. 6/12/1972 tarihinde üstteki drende alındıktan sonra 10/12/1972 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

Sizlere sunduğumuz bu vakalarla ilişkin olarak, kist hidatik hastalığından, vakalarımızın lokalizasyonu nedeni ile karaciğer kist hidatiğinden kısaca bahsetmeyi uygun görüyoruz.

Evriminde rol oynayan hayvanların çokça yetiştirildiği İrlanda, Avusturalya, Lübnan, Kuzey Afrika ve Yunanistan gibi ülkeler yanında, ülkemizde oldukça sık rastlanan kist hidatik hastalığının etkeni olan *Tenia Echinococcus* bilinen küçük parazittir. 2-6 mm. uzunluğunda ve 0,5 mm. genişliğinde olan tenianın üç halkası vardır. Başında dört vantuz ve iki sıra çengeli mevcuttur. Sonuncu ve en büyük halkada 500 e yakın yumurta bulunur. Her yumurtada kutuplarının birinde altı tane çengel bulunan ve bu yüzden hekzekant ismi verilen bir embrio vardır. Mutad olarak, köpek kurt, çakal gibi hayvanların dışkı ile atılır. Fizik değişikliklere uzun süre dayanıklı olan yumurtalarla kirlenmiş et ve sebzeleri yiyen, inek, koyun gibi hayvanlar ara konak görevini görürler. İnsana bulaşma, yumurta ile kirlenmiş meyve sebzeleri yemekle solunum yoluyla veya direkt olarak teniayı taşıyıcı hayvandan sahibine bulaşma şeklinde olabilir. Placenta yolu ile bulaşmada mümkündür.

Bu şekillerden birisi ile, koyun, inek gibi hayvanların veya insanın sindirim sistemine giren yumurtalar ince barsağa gelir. Burada kabuğu sindirilir. Hekzekant embrio serbest kalır. Bu embrio ya barsak duvarını geçerek V. Portea yolu ile karaciğere gelir, burada yerleşir veya kapiller şebekesinin çapından küçük olanların karaciğer barajını geçerek akciğere ve buradanda dolaşıma katılarak diğer organlara yerleşmesi mümkündür.

Kist hidatik klinikte iki şekilde ortaya çıkmaktadır.

1 — Echinococcus Hidatidotus

a) Primer hidatik kist: Yumurtanın organizmaya girişi ve organlara yerleştikten sonra vezikül husulü ile gelişmesine devam eden şeklidir.

b) Seconder hidatik kist: Primer şeklin aynı organizmada yeni bir kist meydana getirmesi ile teşekkül eder.

2 — Echinococcus Alveolaris: Hidatik kiste göre nadir görülen, patolojik anatomik olarak sınırları iyice tahdit edilemeyen, germinatif membranı bulunmayan, içinde gayrı muntazam boşluklar bulunan, sert tümöral bir kitle gibidir. Tümör kesilince ekmek içine benzer bir manzara gösterir. İçerisinde hidatik mayi ve veziküller yoktur. Habis bir tümör gibi enfitran bir karakter gösterir.

Hidatik kist uzun ve tedrici bir gelişme devresinden sonra, uzun süre olduğu gibi kalabilir. Parazit ölebilir, mayi bulanık bir hale gelebilir. Kese büzülür ve etrafındaki parenkima şeklini değiştirir. Bu involution çok ileri giderek kistin yerine sadece bir nedbe dokusu kalabilir, kalsifikasyon meydana gelebilir. Veya az sonra bahsedeceğimiz komplikasyonlardan biri ile sonuçlanabilir.

Fransız yazarlara göre % 75 karaciğer, % 15 akciğere, Perez Fontana ve Barret'e göre % 55-60 karaciğere, % 30 akciğere yerleşen kist hidatik lokalizasyonu, Türkiyede bu oranlara yakın bir lokalizasyon dağılımı gösterir. ACTA ONCOLOJİCA TURSİKA 1970 haziran cilt 3, sayı 2 de verilmiş istatistiklerine göre: 1955-1959 yılları arasında tüm Türkiye hastanelerinde tedavi edilen kist hidatik vakalarının toplamının 1853 olduğu ve bunların lokalizasyon bakımından şu oranı gösterdiği bildirilmiştir. % 61 karaciğer, % 26,6 akciğer, % 3,6 periton, % 3 dalak, % 2 adale, % 1,6 böbrek, % 0,4 pankreas, % 0,3 beyin, % 0,2 meme, % 0,2 de diğer organlardadır.

V. Portae yolu ile karaciğere gelen embrio daha çok sağ lobda olmak üzere tedricen büyür. Kistin kendisine ait iki tabakası mevcuttur. Dışta fibrotik veya amorf olan adventitia, içte ise yumuşak kıvamda germinatif membran bulunur. Adventitianında dışında kisti dışardan saran, karaciğer nescinin reaksioner olarak yaptığı kütüküla tabakası bulunabilir. Germinatif membrandan zamanla filiz veziküller denilen küçük kabartılar çıkarkı, bunların içinde scoleks adı verilen genç tenialar bulunur. Filiz veziküller bazen kist duvarından ayrılarak vezikül filleri teşkil ederler. Serbest scoleksler kistin dibine çökerek kist kumunu meydana getirirler. Kistin içerisinde «Eau de

roche» adı verilen, terki binde Nacl, Ca, üre, kreatin, eser halinde proteolitik ve glikolitik enzimler bulunan, berrak ve steril bir mayı bulunur. Kist tek veya multipl ve değişik büyüklüklerde olabilir. Bazen ortada ve karaciğer nescinin ta içindedir. Fakat ekseriya organın bir yüzüne doğru ilerlemekte gecikmez ve böylece çıkıntının fazla oluşuna göre:

- 1 — Kaburgalar kenarını ve göbektüstü bölgeyi iten ön kistler.
- 2 — Ön alt karın kistleri.
- 3 — Arka bel kistleri.
- 4 — Göğüse doğru gelişen kistler, şeklinde görülürler.

Tümörün belirgin hale gelmesinden önceki devrede karakteristik belirti yoktur. En önemli şey belirli bir sebep olmaksızın ürtiker ve kaşıntıların ortaya çıkması, tekrarlayan mukoza kanamalarıdır. Bu da daha çok burun ve uterus kanamaları şeklinde görülebilir (Monne-ref, Dovaine) sağ hypocondriumda ağrı, yağlı gıdalara karşı isteksizlik postprondialdiareler gibi dispeptik şikayetler bu belirtiler ile birlikteyse hekimi bu yönde araştırmaya ve az sonra bahsedeceğimiz yardımcı muayeneleri yapmaya sevk etmelidir.

Tümöral devrede klinik tablo kistin bulunduğu yere göre değişik olup:

— Öne doğru büyüyen kistlerde epigastrium ve sağ hypocondriumda tümefaksion görülebilir. Yuvarlak, düzgün ve ağrısız olan tümör elastik ve direngen kıvamdadır. Perküsyonla mattır. Fremissmant hydatik alınabilir. Hastanın genel durumu iyidir. Karaciğer yetersizliği ve portal hipertansiyon belirtileri yoktur.

— Karaciğer altına doğru büyüyen kistlerde de bulgular hemen aynıdır. Sadece hilus civarında olanlar, safra yollarını sıkıştırarak ikter, vena portayı tazyik ederek ascites, vena cavanın tazyike uğraması ile bacaklarda ödem meydana gelebilir.

— Arkaya doğru büyüyen kistler nadir olup, böbrek tümörleri ile karışabilir.

— Yukarı, göğüse doğru büyüyen kistlerde öksürük, dispne, intercostal ağrı, plörezi belirtileri bulunabilir. Tümör büyüdükçe kaburga araları açılır ve göğüs kaidesi genişler. (Çan şeklinde göğüs) Kaburgalar enspirasyon vaziyetinde tesbit edilmiştir.

Hidatik kist nadiren kendiliğinden iyi olabilir. Ancak otopside büzülmüş boşluklar şeklinde kendini gösterir. Fakat ekseriya ilerleyici karakterde olup, daha çok üç komlikasyondan biri ile patlak verir.

- 1 — Kist rüptürü
- 2 — Kistin seconder enfeksiyonu
- 3 — Pediküllü kistlerin torsionu

Kist rüptürü spontan ve travmatik nedenlerle olabilir. Kistin süpüre olması, membranda zayıflama olması ve fissür meydana getirmesi nedeni ile kist rüptürüne yol açabilir. Daha çok periton içine rüptüre olursada, plevra içine, safra yollarına yada diğer komşu organlara rüptüre olabilir. Rüptüre kist seconder enfeksiyona uğramış ise derhal öldürücü bir generalize peritonit sahneye hakim olur. Ancak bu durum nadirdir. Kist muhtevası steril ise yırtılma değişik şiddette ve özel belirtilerle kendini gösterir. Sağ hypocondriumda şiddetli bir ağrı ile birlikte yüzde solukluk, şoka meyil, kusma, dispne hali, anafaktik reaksiyonlar ortaya çıkar. Nadiren birkaç saat içinde ölüme sonuçlanabilir. Ancak daha çok şok olaylarının yavaş yavaş azaldığını, ağrılarının şiddetini kaybettiğini görürüz. Bu durumda sağ hypocondriumda ve fossa iliacalarda periton içine mayi yayılmasının bütün belirtileri ortaya çıkar. Ponksionla veya laparatomide bu mayinin safra+eau de roche+hidatik parçalarından müteşekkil olduğu görülür. Bu hidatik koleperituan ekseriya mikropludur. Tablo ağır veya hafif geçse de sonradan seconder kist hidatikler teşekkül edecektir. Yırtılmış kist nadiren iyi olabilir. Fakat ekseriya tam değildir. Yırtığın kapanmasından sonra kist yeniden gelişmesine devam edebilir. Genellikle seconder enfeksiyona uğrayabilir. Kist plevraya rüptüre olabilir. Bu durumda aynı şekilde, ağrı, şok, anafaktik belirtiler ile birlikte hidatik bir koletoraks ortaya çıkar. Ampiyemle sonuçlanabilir. Safra yollarına açılma daha nadir olup teşhis ancak klinik belirtiler ile birlikte (sarılık, aralıksız kolikler şeklinde kendini gösterir.) antesedanında kist olduğu bilinen hastalarda kolaydır. Ufak kistler barsak boşluğuna oradanda dışkı ile dışarı atılabilir. Bunlardan başka iltisaklı kistlerin deriye, komşu organlara açılmasında görülebilir.

Seconder enfeksiyon: Kistin seconder enfeksiyonu hemen daima, safra yolları ile olur. Ağrı ve ateş kliniğinin esasını teşkil eder. Genel durum süratle bozulur. Grafide hidroaerik seviye görülebilir.

Kist torsionu ise çok daha nadir bir durum olup ancak saplı kistlerde görülebilen bir komplikasyondur.

### *Teşhis*

Teşhis için kullanılan labaratuvar ve radyolojik muayenelerden bahsetmeden önce karaciğer kist hidatiğinin karşılabileceği hastalıklardan bahsetmek yerinde olur.



- 1 — Santral kistler: Kardiac bir karaciğer büyümesi, nadiren habis bir karaciğer tümörü, lösemi veya amiloidoz ile karışabilir.
- 2 — Üste doğru büyüyen kistler, sağ akciğer kaidesi sıvı toplanmaları ve diafragma altı abseleri ile karışabilir.
- 3 — Öne doğru büyüyen kistler nadirde olsa polikistik karaciğer ile karışabilir.
- 4 — Hydrops veziküler: Eski safra taşı anamnezinin bulunması, kolik tarzında ağrının mevcudiyeti ile ayrılır.
- 5 — Arkaya doğru büyüyen kistler, böbrek ve retroperitoneal tümörlerle karışabilir.
- 6 — Pankreas kisti, pankreas tümörü, mezenter kisti, aşağıya doğru büyüyen kistlerle karışabilir. Ayrıca süpüre kistler amip apseleri ile karışabildiği gibi safra yollarına açılma, taştan ileri gelen bir sarılık intibasını uyandırabilir.

Teşhis için kullanılan labaratuvar ve radyolojik muayeneleri ise şöyle özetleyebiliriz. Direkt olarak çekilen grafilerde, kist cidarında kalsifikasyon mevcut ise teşhis kolay olabilir. Kist yukarı doğru büyümüş ise diafragmanın yukarı doğru itilmesi kıymetli olabilir. Kist enfekte ise veya içi boş organlara açılmış ise hidroareik seviye görülebilir. Selektif anjiografi, pnomoperituan, pnomoretroperituan, scanning, laparaskopi teşhiste faydalanılabilecek diğer muayene metodlarıdır.

Labaratuvar muayenelerinden, şimdi pek kullanılmayan, eşit miktarda kist sıvısı ile şüpheli şahsın serumunun karıştırılması ile yapılan presipitasyon testi ve Fontana reaksiyonu bir tarafa bırakılacak olursa, günümüzde en çok kullanılan testler şunlardır.

— Eozinofili: Bir parazitin mevcudiyetine delil olabilir.

— Weinberg reaksiyonu: Müsbet olabilmesi için vücudun anti-jenle teması ve antikor teşekkülü gereklidir. Bir kompleman birleşmesi reaksiyonu olup, % 40-90 pozitif sonuç verir. *Tenia saginata* ve diğer sestodlara yakalanmış olanlarda pozitif netice verebilir.

— Casoni testi: (Allerjik reaksiyon) En güvenilir olanıdır. 0, 1-0, 2 cc kist mayisi intradermal verildikten sonra 10-15 dakika içinde 1-2 cm. çapında kızartının meydana gelmesi pozitif cevap sayılır. 30 dakikaya kadar hiç bir cevap yoksa negatiftir. Buna erken reaksiyon denilir. Bazen bu reaksiyon 3-12 saat sonra görülebilir. Bunada geç reaksiyon denilir. Hastalarda bu reaksiyon % 85-90 pozitif sonuç verir. Tekrarlanan reaksiyonlar pozitiftir. Barsak parazitleri taşıyanlarda pozitif sonuç alınabilir.

Son senelerde immunoelktroforez ve immünofluorescence incelemelerin daha yararlı olduğu savunuluyor.

### *Tedavi*

Uzun bir süre teşhis ve tedavi edilmemiş kist hidatiklerin karaciğerde degeneratif değışiklikler meydana getirdiği ve bu nedenle siroza yol açtıkları bilinmektedir. Ayrıca prognozun bilhassa geç gelen ve komplike olmuş vakalarda parlak olmaması hastalığın vaktinde ve usulüne göre tedavisini gerektirir.

Karaciğer kist hidatiğinin tek ve radikal tedavisi cerrahidir. Son senelerde Carlos CUERVO kist hidatiğin timol-iyotla tedavisi üzerinde durmuş ve iyi neticeler aldığını bildirmiştir. Bu preparat oral, musküler, lokal kullanılabilir. Ancak bazı yetkililer bu yolla yeterli tedavinin yapılamıyacağını savunmaktadırlar. Timolün kullanılan dozlarda toksik ve yan tesirler yaptığını ve anaflaktik reaksiyonlara yol açtığı görülmüştür.

Bu gün kullanılan cerrahi tedavi şekillerini ve endikasyon sahalarını şöylece özetliyebiliriz.

1 — Marsüpiyalizasyon: Paraziti öldürdükten sonra kist muhtevasını ve germinatif membranı çıkartıp, adventitiayı peritona dikmek suretiyle yapılır. Bu tedavi şekli multipl olmayan kistler için, santral ve karaciğer konveks yüzüne doğru büyüyen kistler için en iyi kullanım sahası bulur.

2 — Kistotomi: Kistin membranı ile birlikte çıkarılması ve fibröz kapsülün perprimum olarak kapatılması esasına dayanır. Ancak çok derin ve geniş olmayan, karaciğerin konveks yüzüne doğru gelişen küçük ve steril kistler için tatbik edilebilir.

3 — Kistektomi: Daha çok saplı kistler için kullanılır.

4 — Kapitonaj: Kistotominin değışik bir şeklidir. Burada esas kapsülün dikişlerle içe katlanması ve çöktürülmesidir. Daha çok kaviteli ve infekte olmamış kistler için kullanılır.

5 — Parsiel hepatektomi ile birlikte kistektomi: Kistin etrafındaki karaciğer dokusu ile birlikte çıkarılmasıdır. Safra fistüllerine ve kanalara sebep olabilir.

6 — Lobektomi: Kistin bulunduğu karaciğer lobunun kistle birlikte çıkarılmasıdır.

7 — Omentoplasti: Kist çıkarıldıktan sonra fibröz kapsül içerisine omentum doldurulur ve tesbit edilir. Eski enfekte kistlerde, kistin bilier iştiraki halinde ve multipl kistler için endikedir.

8 — İçe drenajlar:

1 — Kist boşluğunun karaciğer dışı safra yollarına drenajı: Kist boşluğuna açılan 6-12 mm. çapında bir safra yolu varsa kullanılır. Duodenuma akışı kolaylaştırmak için oddiye sfinkteroplasti yapılabilir.

2 — Kiste-jejunostomi ve kisto-duodenostomi: Kist boşluğu ile jejunum veya duodenum arasında anastomoz yapılarak kist muhtevasının barsaklara akışı sağlanır.

a) Kist boşluğuna orta büyüklükte ve müteaddit safra yolları açılıyorsa, bunların hepsini bulup dikmek kabil değilse,

b) Nisbeten merkezde oturmuş, büyük safra fistülü olan çok kalınlaşmış vakalarda en uygun tedavi şeklidir.

Tedavi hakkındaki bu kısmi bilgiden sonra, hastanemiz ve servisimiz kist hidatik ve künt batın travmaları istatistiki bilgisine göz atalım.

Hastanemizde 1950-1970 yılları arasında künt batın travması teşhisi ile yatırılıp müdahale edilen 61 vaka mevcuttur. Bunlardan 17 tanesinde herhangi bir organ lezyonuna rastlanmamış, 15 vakada dalak, 9 vakada barsak, 7 vakada karaciğer, 4 vakada böbrek 2 vakada pankreas, 1 vakada midenin lezyona uğramış olduğu, bunun dışındaki vakalarda birden fazla organın lezyona uğramış olduğu görülmüştür. Tüm vakalar serisinde 1 tane travmatik dalak rüptürü ve beraberinde dalak kist hidatiği rüptürü görülmüştür. Bu vakalar içinde 5 hasta ex olmuş, diğerleri salah veya şifa ile taburcu olmuşlardır.

Servisimiz 5 yıllık materyalinde ise künt batın travması teşhisi ile yatırılan ve müdahale edilen hasta sayısı 24 tür. Bunların 5 tanesinde dalak, 4 tanesinde barsak, 3 tanesinde omentum, 2 tanesinde karaciğer lezyona uğramış, 3 vakada dalak ve böbrek, bir vakada ise böbrek ve karaciğer birlikte lezyona uğramıştır. Diğer vakalarda ise leze organ bulunamadı.

Bizim servisimizin bu 24 vakalık serisinde ise 2 vaka karaciğer rüptürü ile birlikte karaciğer kist hidatik rüptürü görülmüştür.

Hastanemizde 1950-1970 yılları arasında 195 kist hidatikli hasta tetkik ve tedavi edilmiş olup, bunların 55 tanesi 1-14 yaş arası (% 28,2), 37 tanesi 15-25 yaş arasında (% 19), 40 tanesi 26-35 yaş arasında (% 20,5), 44 tanesi 36-50 yaş arasında (% 22,6), 18 tanesinde 50 yaşın üzerinde (% 8,7) tesbit edilmiştir.

Hastaların 110 tanesi kadın (% 56,4), 85 tanesi erkek (% 43,6) hastadır. Bu hastalar grubunda kist hidatik hastalığına musap organlar ve sayıları şöyledir.

133 vakada parazit karaciğere yerleşmiştir (% 68,2), 40 vakada akciğere (% 20,5), 3 vakada dalağa (% 1,5), 3 vakada böbrek (% 1,5), 6 vakada batın cidarında (% 3), 1 vakada supraklaviküler (% 0,5), birer vakada beyin ve retroperitoneumda (% 0,5) lokalize olmuşlardır. 7 vaka iki veya daha fazla organda kist hidatik hastalığı taşıyordu. Bu hastalara yapılan müdahale şekilleri parazitin yerleştiği organ ve bu organdaki lokalizasyona bağlı olmakta olup, hastane-mizde bu hastalardan 114 tanesine marsüpiyalizasyon, sekiz tane vakaya kapitonaj, 26 tanesinde kistektomi, diğer vakaların özelliklerine göre kombine veya özel müdahale şekilleri uygulanmıştır. Tüm bu vakaların 5 tanesi ex olmuş diğer vakalar müdahaleyi takiben şifa veya salahlı taburcu olmuşlardır.

1970-1974 yılları arasında servisimizde teşhis ve tedavi edilmiş kist hidatik hasta sayısı 23 tür. Bu hastalardan 18 tanesinde parazit karaciğere yerleşmiştir, iki vakada batın cidarında, bir vakada akciğerde, bir vakada memede, bir vakada dalakta lokalize olmuştur. Bu vakalar içinde karaciğere yerleşmiş olanlardan iki tanesi künt batın travması sonucu lokalize oldukları organın rüptürleri ile birlikte perfore olmuşlardır.

Genellikle marsüpiyalizasyon yapılan bu hastalar grubunun hepsi salahlı veya şifa ile taburcu edilmişlerdir.

Bu istatistiki bilgilere göre hasta ve kistli bir organdelezyon husule gelen vakaların sayısı bir kaç taneyi geçmemiştir.

Travma geçirmiş ve cerrahi tedaviye tabii tutulmuş hastalar içinde sizlere sunduğumuz vakalar dışında bir hastada daha kist hidatik rüptürü vakasına rastlanmıştır. Servisimizde tedavi edilen, travma geçirmiş bu iki hastada kist hidatiklerin rüptüre olduğu tesbit edilmiştir.

Bu durum göstermektedirki, herhangi bir organda mevcut kistik tümör bir travmaya maruz kalırsa, travmaya maruz kalan kistin travma şiddetini içindeki mayi dolayısıyla her istikamete iletmediği bilinmektedir. Bu iletişim esnasında travmanın şiddetine göre kistik tümör veya salim organ ve kistik tümörün beraberce yırtıldığı kabul edilmektedir.

İşte adli sorun burada karşımıza çıkmakta ve hekim olarak cevap vermek zorunda bırakılmaktayız.

1 — Bu karaciğer travma nedeni ile mi yırtılmış ve dolayısı ile kist patlamıştır?

2 — Bu kist normal olarak herhangi bir sebeple açılacaktı ve bu açılma neticesi organda tabii bir yırtılma olacaktı. Bu bir tesadüf-müdür?.

Hakikatte bu meseleyi halletmek adli bakımdan oldukça karışık durumlar yaratmaktadır. Bu şekilde hasta bir organ, hasta organ tarafının bir yere çarpması ile kistin yırtılması ve bu lezyonların meydana gelmesi mümkün görülebileceği gibi, lezyonlu organın bu travma sonunda yırtılmasında mümkün görülebilir.

Bu soru karşısında kalan servisimiz, bu adli sorun içinden çıkmakta güçlük çekmiş ve bu hususun adli tıp bakımından hallinin uygun olacağı düşüncesi benimsemiştir.

Not: Bu konuda adli tıp müessesesinden aldığımız bilginin özeti şöyledir.

Karaciğerde rüptür yapabilecek güçte travmanın organda mevcut olan ve direnç yönünden daha zayıf olan kist hidatiğide rüptüre etmesi normal kabul edildiği gibi kiste isabet eden ve kistte rüptüre sebebiyet veren travmanın kist rüptürü ile birlikte kist içindeki mayının travma kuvvetini içinde bulunduğu organada her istikamette iletmesi sonucu organdada rüptüre yol açması normal olarak kabul ediliyor.

Sorunun ilginç yönü ise, failin fiilinden önce mevcut olan patolojik vetire hekimi ve hastayı daha güç durumda bırakabileceği halde, bu durumun fail için bir noktada kurtarıcı olmasıdır. Şöyleki: Maddi unsur olarak hareket ile sonuç arasındaki rabıtada failin iradesi dışında herhangi bir sebep katkısı söz konusu ise ölümlü müessir fiillerde (Öldürme kastı ile: T.C.K.Md. 448, yaralama kastı ile T.C.K.Md. 452, şahsa zarar vermemek kastıyla hareket edipte T.C.K.Md. 459 ölüm husule gelmesi) bu maddelerin hafifletilmiş şekilleri olan T.C.K.Md. 451 ve T.C.K.Md. 452/2 maddeler uygulanır. Aynı şartlarda ölümsüz sonuçlu müessir fiillerde 456. maddenin hafifletilmiş şekilleri uygulanır.

Vakamızda kişi karısını yaralama kastıyla yaptığı hareket, suçlunun bilgisi dışında ve hareketten evvel karaciğerde mevcut ahvalin (kist hidatik) meydana getirmiş olduğu direnç azalması neticesi kist ve karaciğer rüptürü ile hayati tehlike geçirmiş olduğundan T.C.K.nun 456 maddesinin 2. fıkrasının hafifletilmiş şekline girer mahiyettedir.

*Özet*

Konumuz: Travmatik kist hidatik perforasyonları ile ilgili, adli yönden problem olabilecek iki vaka takdimi ile karaciğer kist hidatik hastalığı hakkında kısa bilgi ve bu konuda arşiv çalışmamızı ihtiva etmektedir.

*Summary*

Below is a presentation of two cases about traumatic cyst hydatid perforations which can cause a problem from a legal point of view and a short knowledge on the cyst hidatic diseases of the liver along with an archives study on this subject.

**LİTERATÜR**

- 1 — Kourios G. B.: Hydatid Disease of the liver and other viscera. Maingot Abdominal operations 1974 1271-1291.
- 2 — Bumin O.: Karaciğer hidatik kisti. Sindirim sistemi cerrahisi 1974 381-394.
- 3 — The Ciba Collection of medical illustrations. Volüm 3 1975 104-105.
- 4 — Kozbek T., Sezedođdu V., Girişken G.: Memede kist hidatik. Acta oncologia Tursica cilt 3 Haziran 1970 Sayı 2 111-113.
- 5 — Macit A., Ulman İ., Güzelçam O.; Karaciğer içi safra yollarına açılmış bir süpüre kist hidatik vakası. Hastane. Cilt 26 sayı 3-4. 110-117.
- 6 — Unat K. E.: Kist hidatik. Parazitoloji 371-379.
- 7 — Gorbon B.: Karaciğer hidatik kisti. Cerrahi Patoloji 201-219.
- 8 — Mallet-Guy P., Mouchet A., Gosset J., Hepp J.: Kystes Hydatiques du Foie. Nouveau Prcis de Pathologie Chirurgicale 1949. Tome V. 221-236.