

PRİMER OVARYEN KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

İlay ÖZTÜRK¹, T. Umut Kutlu DİLEK¹, İclal GÜRSES², Saffet DİLEK¹

¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Mersin

ÖZET

Hidatik kistler, hayvanlardan insana iyi pişirilmemiş etlerle bulaşan zoonotik enfeksiyonlardır. Ekinokok ailesi içinde ekinokokus granülozus insanda ortaya çıkan enfeksiyonlarda en fazla izole edilen tiptir. Akciğerler, hidatik kistlerin en çok izlendiği alan olup primer ovaryen kist hidatik son derece nadirdir. Bu yazıda, nihayi histopatolojik değerlendirmesi overin primer kist hidatiği olarak rapor edilen postmenapozal adneksiyel kitle olgusunu bildirdik.

Anahtar kelimeler: adneksiyel kitle, ekinokokus granülozus, ovaryen hidatik hastalık, postmenapozal over kistleri

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2009; Cilt: 6 Sayı: 4 Sayfa: 286-9

SUMMARY

PRIMARY OVARIAN CYST HYDATID: CASE REPORT

Hydatid disease is a zoonotic infection which transmits from the animals to human by a undercooked meats. Echinococcus granulosus is the most commonly detected form of echinococcus family. Although, primary site of echinococcal infection is lungs, primary cyst hydatid disease of the ovary is the very rare form. In this article, we presented a postmenopausal adnexal mass which was evaluated as ovarian hydatid disease by final histopathologic evaluation.

Key words: adnexal mass, echinococcus granulosus, ovarian hydatid disease, postmenapausal ovarian cyst

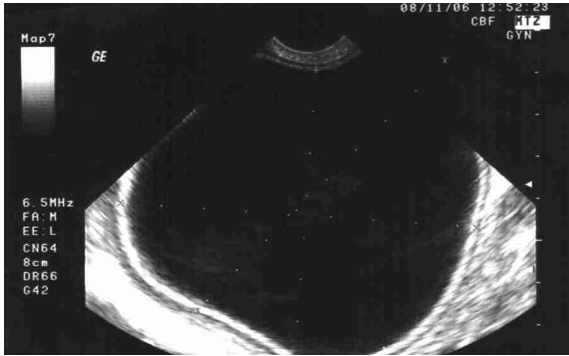
Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2009; Vol: 6 Issue: 4 Pages: 286-9

GİRİŞ

Hidatik kist hastalığı en sık *Echinococcus granulosus*, *E. Multilocularis* ve *E. oligarthrus* tarafından oluşturulan nadir görülen, parazitik bir hastalıktır. Karaciğer ve akciğer bu enfestasyonun en fazla görüldüğü yerler olsa da hematojen yayılım nedeniyle vücutta herhangi bir yerde belirlenebilir. Primer over kaynaklı kist hidatik son derece nadir olup literatürde az sayıda vaka bildirilmiştir⁽¹⁾.

OLGU

66 yaşında gravidası 6, paritesi 5 olan kadın hasta kasık ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde sadece geçirilmiş kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde serviksi anteriora doğru iten, douglas boşluğunu tamamen dolduran, düzgün dış yüzeyle, fikse, yumuşak kıvamda kitle saptandı. Hastanın rutin hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar testleri normal olup, CA 125 düzeyi 7.83U/ml idi. Transvajinal ultrasonografik değerlendirmede uterus antevert, endometrium ince, sol overde 69x84x83 mm boyutlarında anekoik düzgün sınırlı kalın cidarlı kistik yapı izlendi (Resim 1).



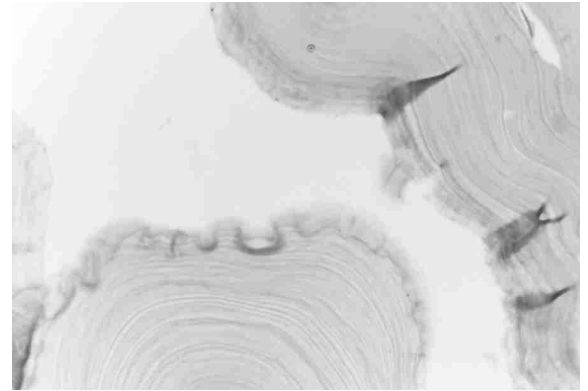
Resim 1: Sol overde 69x84x83 mm boyutlarında anekoik düzgün sınırlı kalın duvarlı kistik yapı izlendi.

Alt abdominal BT'de douglas boşluğunda, uterusu öne doğru iten, yaklaşık 9.5x8x8 cm boyutlarında düzgün konturlu, kapsüllü, postero-inferiorunda kapsülünde kalınlaşma izlenen kistik lezyon olarak raporlandı. Direkt akciğer grafisinde aortada hipertansif değişiklikler ve akciğerlerde bilateral hilar dolgunluk dışında patoloji izlenmedi. Bu bulgular üzerine hastaya tanısal laparotomi yapılmasına karar verildi. Orta hat kesisi ile abdomene girilerek batın yıkama sıvısı alındı. Yapılan eksplorasyonda douglas boşluğunda yerleşmiş yaklaşık 10 cm çapında, beyaz renkli, düzgün dış

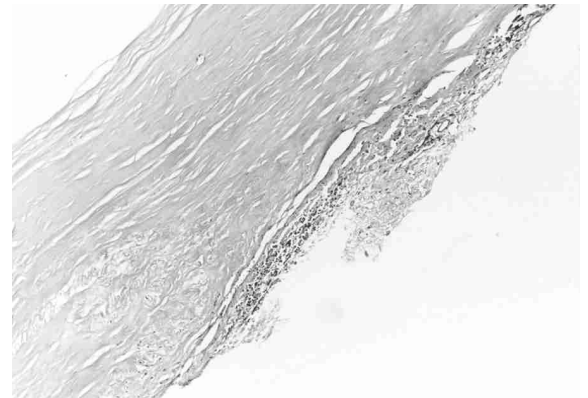
yüzeyle, yer yer çevre dokulara yapışıklık gösteren kistik kitle izlendi. Kistik kitle komşu dokulardan künt ve keskin disseksiyonla ayrılarak total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. İntakt olarak çıkarılan kitlenin frozen sonucu kist hidatik olarak bildirildi. İntraoperatif olarak karaciğerin değerlendirilmesi sonrası batın serum fizyolojik ile yıkandı. Hastanın postoperatif dönemde sistemik taraması için yapılan toraks ve kraniyal BT'si ile abdominopelvik ultrasonografisinde hidatik kist ile uyumlu radyolojik bulgular görülmedi. Hastanın kalıcı kesitlerinde sağ over lojunda kist hidatik rapor edildi. Bu sonucu takiben, hastaya 3 hafta süreli Albendazol tedavisi 200 mgr 2x2/gün dozajında başlandı.

PATOLOJİK BULGULAR

Sağ over lojundan çıkarılan kistik kitle makroskopik olarak yaklaşık 8 cm çapında, mat beyaz renkte, cidarı frajil özellikteydi. Histopatolojik incelemede kist hidatiğin kütüküler membranı görüldü. Skoleks izlenmedi (Resim 2). Ayrıca kist çevresine ait olduğu düşünülen doku parçalarında kronik inflamasyon ve fibrozis saptandı (Resim 3).



Resim 2: Kütüküler membran. (H&E, x100 büyütme).



Resim 3: Kist komşuluğunda, inflame fibröz doku. (H&E, x40 büyütme).

TARTIŞMA

Kist hidatik çoğu Akdeniz ülkesinde, Orta Asya, Güney Amerika, Yeni Zelanda ve Avustralya' da ciddi bir halk sağlığı problemidir⁽²⁾. En sık karaciğer (%68.8-74.8) ve bunu takiben akciğer (%17.2-24) tutulumu izlenirken, çok az sayıda olguda pelviste (%0.2-0.9) kist hidatik saptanmaktadır^(3,4). Pelviste izlenen vakalar çoğunlukla hepatik hastalık cerrahisi ve mikrorüptürlere sekonderdir. Ancak başta over olmak üzere uterusu da pelvik kist hidatik tanımlanmıştır⁽⁵⁾. Hidatik skolekslerinin pelvise nasıl ulaştığı net olmamakla beraber, lenfatik veya hematojen yol ile yayılım olduğu düşünülmektedir. Pelvik kavitede bulunan soliter bir kist daha sıklıkla izlendiği diğer bölgelerde saptanmadığı zaman primer pelvik hidatik kist düşünülebilir⁽⁶⁾. Bu vakada pelviste tek, büyük hidatik kist izlendi ve intrabdominal organlar ve abdomen dışı organlarda klinik ve radyolojik olarak kist hidatik lezyonları izlenmedi.

Rutin kan testleri genellikle normaldir, eozinofili en az güvenilir testlerden birisidir ve olguların sadece % 25'inde bu tip bir immünolojik cevaba rastlanır. İndirekt aglütinasyon testi vakaların %85 inde pozitif iken, Casoni cilt testi hastaların %90'inde pozitifdir⁽²⁾. Bu vakada laboratuvar testleri normal olarak değerlendirilmiştir. Tanı genellikle hikâye, klinik, laboratuvar ve radyolojik değerlendirmenin kombinasyonu sonrasında konulur.

Kist uzun süre asemptomatik kalabilir. Pelvik kist; hidatik komplike olmadığında alt karın ağrısı, siklus düzensizlikleri, infertilite ve bası semptomları oluşturabilirken, komplike olan vakalarda akut karın tablosu, kusma ve anafilaksi izlenebilir⁽⁷⁾. Şenyüz ve ark. sunduğu bir çocuk olguda primer pelvik kist hidatide bağlı, infravesikal obstrüktif üropati bildirilmiştir⁽⁸⁾.

Radyolojik tetkikler nonspesifiktir. Bu nedenle tanı bir çok vakada klinik görünüm ve şüphe ile konur⁽⁹⁾. Ultrasonografi ve BT bulguları kist hidatik için spesifik olmamakla birlikte tanı için halen en değerli inceleme yöntemleridir⁽¹⁰⁾. Kist hidatiğin ultrasonografik görüntüsü konakçının reaksiyonuna bağlı olarak parazit evresi ile değişmekle beraber multilokular, unilokular sıvı ile dolu veya kalsifiye görünümde izlenebilir. Ovarian kistadenom ve musinöz kistadenomu taklit edebilir. Septalı, kalsifiye görünümde olabilir. Hidatik kumun kistin zemininde toplanmasına bağlı hiperekojen bir görüntü izlenebilir⁽¹¹⁾. MRI ayırıcı tanıda hidatik kistin

spesifik sinyal ve morfolojik özelliklerini tanımda yardımcı olabilir. T2 ağırlıklı görüntülemelerde kist duvarında çok düşük sinyal intensitesi perikistin 'rim' işareti olarak isimlendirilir ve kollabe olan membranlar hidatik kistin patognomonik bulgusu olarak düşünülür⁽⁶⁾. Bu vakada ultrasonografik olarak tek, kalın cidarlı kistik yapı izlenmiştir. Ayırıcı tanıda CA 125 düzeyleri ve doppler ultrasonografiden yararlanılabilir

Temel tedavi yaklaşımı cerrahidir. Daha az invaziv yöntem olan puncture, aspiration, injection ve re-aspiration (PAIR) tekniği özellikle basit vakalar için tanımlanmıştır⁽⁴⁾. Preoperatif medikal tedavi, kist gerginliğini azaltmak, kisti sterilize etmek, sızıntıyı ve anafilaksiyi önlemek için düşünülebilir. Hastalara postoperatif albendazol ve mebendazol ile adjuvan medikal tedavi rekürrensi önlemek için 3-6 ay süre ile verilir⁽²⁾.

Primer pelvik ekinokokozis nadir bir hastalıktır. Ancak özellikle hastalığın eradike edilemediği endemik bölgelerde yaşayan, anormal USG bulguları olan, adneksiyel kitle tanısı konan hastalarda ayırıcı tanıda primer pelvik veya ovaryen kist hidatik ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sehgal S, Mishra B, Thakur A, Dogra V, Loomba PS, Banerjee A. Hydatid cyst of mediastinum. *Indian J Med Microbiol*, 2008; 26: 80- 1.
2. Gedik E, Girgin S, Akay O H, Korkmaz O. Primer Hydatid cyst in paravertebral muscle. *Eur J Gen Med*, 2007; 4: 143- 6.
3. Polat P, Kantarci, M, and Alper, F. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics*, 2003; 23: 475- 94.
4. Eckert, J and Deplazes, P. Biological, epidemiological and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. *Clin Microbiol Rev*, 2004; 17: 107- 35.
5. Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Echinococcal ovarian cyst: A case report. *J Reprod Med*, 2000; 45: 224- 6.
6. Soumakis K, Altanis S, Katsiva V. Primary pelvic hydatid cyst, *J Obstet Gynecol*, 2007; 27: 745- 6.
7. Terek MC, Ayhan C, Ulukuş M. Primary pelvic hydatid cyst. *Arch Gynecol Obstet*, 2000; 264: 93- 6.
8. Senyuz OF, Celayir AC, Kılıç N, Celayir S, Sarimurat N, Erdoğan, Yeker D. Hydatid disease of the liver in childhood. *Pediatr Surg Int*. 1999;15: 217- 20.
9. Ruduran MA, et al. Abdominal hydatid disease: follow up mebendazole therapy by CT and ultrasonography. *Int Surg*

- 1986; 71: 22.
10. Ozdogan M, Baykal A, Keskek M, Yorganci K, Hamaloglu E, Sayek I. Hydatid cyst of the spleen: treatment options. *Int Surg* 2001; 86: 122- 6.
11. M. F. Aksu, E. Budak, U. İnce. Cyst hydatid of ovary. *Arc Gynecol Obstet* 1997; 261(1): 51- 3.