

Ovarian Kitlelerin Ayırıcı Tanısında Kist Hidatik

CYSTHYDATID IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OVARIAN MASSES

Cihangir ÇAKICI» Levent KORKMAZ, İsmet İNAN,
Fatih DEMİRTOLA, Hakan YILANKIRKAN, Bülent GÖKMEN

S.B. Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Amaç: Ovarian kitlelerin ayırıcı tanısında Kist Hidatik'in araştırılması.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: S. B. Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Materyal ve Metod: Kliniğimizde öpere edilen üç Kist Hidatik olgusu ele alındı.

Bulgular: Hastaların klinik ve operasyon bulguları belirtildi.

Sonuç: Ovarian kitlelerin ayırıcı tanısında kist Hidatik hastalığı düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, Genital kitle

T Klin Jinekoloj Obst 1994, 1:46-48

Kist hidatik; ülkemizde genel cerrahların karşısına sıklıkla çıkan bir hastalıktır. Ancak jinekologlar, bu hastalık ile nadiren karşılaşır. Özellikle, ayırıcı tanısı iyi yapılmamış bir över tümörü nedeniyle operasyona gidildiğinde görülebilir. Literatürü taradığımızda, bu hastalığa nadiren rastlanıldığını görmekteyiz. Sıklıkla karaciğer ve akciğeri tutan bir hastalık olmasına karşın nadir olarak dalak, böbrek, beyin, kemikler, kaslar, tiroid, meme, pentoneal kavite ve retropentonu da tutmaktadır (1-4).

Bu makalede kliniğimizde karşılaştığımız 3 vakayı sunacağız, teşhis ve tedavisindeki özellikleri tartışacağız ve över tümörlerinin ayırıcı tanısında, ülkemizde bu hastalığın da düşünülmesi gerektiğinin önemini vurgulayacağız.

VAKA TAKDİMİ

1. VAKA

CB, 65 yaşında, kadın hasta G: 8. P;8.

Kasık ağrısı ve idrar yapamama şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvurdu 30 yıl önce ne olduğu-

Geltes Tarihi: 23.12.1992

Kabul Tarihi: 26.01.1994

Yazışma Adresi: Cihangir ÇAKICI

S. B. Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Kliniği
İMARA

SUMMARY

Objective: Research cyst hydatid in the differential diagnosis of ovarian masses.

Institution: Ankara State Hospital Clinics of Obstetrics and Gynecology.

Materials and Method: 3 cases which operated for cyst hydatid in pelvis has been reviewed.

Findings and Results: Cyst Hydatid must be kept in mind in the differential diagnosis of ovarian masses.

Key Words: Echinococcosis, Gynecologic tumor

Anatolian J Gynecol Obst 1994, 1:46-48

nu bilmediği bir operasyondan sonra adet görmediğini ifade etmekteydi. Kilo kaybı, ateş, ürolithiasis tanımlamayan hasta akciğerlerini ve diğer sistemlerini tutan herhangi bir hastalık öyküsü vermemekteydi. Jinekolojik muayenesinde, sol adneksial alanı tutan 9x10 cm. ebadlarında kistik kıvamda mobil kitle tespit edildi. Bunun üzerine yapılan pelvik ultrasonografisinde sol över lojunda 109x88 mm. boyutlarında, 3 mm. duvar kalınlığı olan kistik kitle tespit edildi. Kistik kitle içinde birbirinden septalarla ayrıldığı gözlenen multipl sayıda kistler mevcuttu (Şekil 1). Ultrasonografik görünümü nedeniyle kist hidatikten şüphelenilerek akciğer grafisi çekildi ve Casoni deri testi uygulandı. Akciğer grafisi normal, Casoni deri testi pozitif olarak değerlendirildi. Bu bulgularla kist hidatik teşhisi ile laparotomiye alındı. Göbek altı median insizyonla karına girilerek yapılan incelemede sol ligamentum laeum yaprakları arasında 8x10 cm. boyutlarında kistik yapı tespit edildi (Şekil 2). Kistin ekstirpasyonu için çalışırken rüptüre oldu. Kaya suyu ile birlikte veziküller gözlemlendi. Kistektomi yapıldı. Karının içi formalin ile yıkandı ve temizlendi. Diğer pelvik organları, karaciğer, dalak ve barsaklar normal olarak değerlendirildi. Başka kist hidatik odağına rastlanılmadı. Karın katları usulüne uygun olarak kapatıldı. Arak *;;, rasyon sonlandırıldı.

T Klin Jinekoloj Obst 1994, 4

2. VAKA

FH, 25 yaşında, kadın hasta G:2. P:2. A:0

Üç aydır süren kaşıntı ve karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın adetleri düzensiz idi. Jinekolojik muayenesinde, sol överde 12 cm, çapında kistik bir kitle tespit edildi. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Yapılan ultrasonografik incelemede sol överde 9, 7 ve 5 cm. çaplarında üç adet, sağ överde bir adet 5 cm. çapında kist gözlemlendi. Karında asit mevcut idi.

Göbek altı median insizyon ile yapılan gözlemde uterus ön ve arka yüzüne fikse olmak üzere tüm batında, kist hidatik vezikülleri gözlemlendi. Kunt disseksiyonla tüm veziküller temizlendi. Douglastan 3x4 cm boyutlarında endometriozis odağı çıkarıldı. Batın içi tormalin solüsyonu ile yıkandı. Batın anatomik olarak kapatıldı.

3. VAKA

YT, 46 yaşında, kadın hasta, 6:10, P:9, A:1

2 yıldır süren, batın alt kadranda ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Jinekolojik muayenesinde, sağ över normalden iri olarak bulundu. Uterus ve diğer över normal olarak saptandı. Akciğer grafisi normal değerlendirildi. Hasta, över patolojisi ön tanısıyla opere edildi.

Göbek altı median insizyon ile batına girildi. Uterus ve overler normal olarak gözlemlendi. Omentumda lokalize, 13x8 cm çapında, lobule kistik kitle tespit edildi. Parsiyel omentektomi ile kitle çıkarıldı. Frozen sonucu kist hidatik gelince işleme son verilerek, batın anatomik olarak kapatıldı.

TARTIŞMA

Kist hidatik hastalığı köpeklerin barsak kurdu olan *Echinococcus Granulosus* (*E. Granulosus*) ve *Echinococcus Multinuclearis* (*E. Multinuclearis*) tarafından oluşturulur. *E. Granulosus* köpeklerde yaşayan en küçük teniadır. 2.1 - 5.0 mm uzunluğunda ve üç halkadan ibarettir. Yumurta formu olan skoleksler ise 333 mikron boyundadırlar. Son konakçısı köpek ve et yiyenlerdir. Bunlar dışkıyla dışarı çıkarlar, gıda ve su ile ara konakçıya yerleşirler. Ara konakçısı sığır, insan, koyun ve domuzlardır. Sindirim sisteminde yumurtanın kabuğu erir. Mide-duodenum ve jejunumda mukozayı delerek vena portaya karışır ve karaciğere yerleşir. Karaciğere de kana karışır. *E. Granulosus*'un ve *E. Multinuclearis*'in kadın pelvis peritonunu ve genital organlarını tutması nadirdir ve %0.2-2 oranında görülmektedir (2,5). Sıklıkla karaciğer ve akciğere tutan bir hastalık olmasına karşın, nadir olarak dalak, böbrek, beyin, kemikler, kaslar, thyroid, meme, periton ve retroperitonu da tutmaktadır (1-5,7). Oluşan kiste kist hidatik denir. İlk oluşana primer, patlayıp yayılırsa yeniden meydana gelenlere sekonder kist hidatik denir. Kistin suyu, berrak kaya suyu gibidir. Kistin kapsülü vardır. 5 ay kadar



Şekil 1. Pelvik hidatik kistin USG'deki görünümü
Figure 1. The ultrasonographic view of pelvic hydatid cyst

sonra 1 cm.lik kist oluşur ve içerisinde skoleksler meydana gelir. Pelvik organlara yayılımı, genellikle karaciğerdeki primer kistin iatrojenik veya travmatik rüptürü sonucu meydana gelir. Serbest kalan larvalar, aseksüel üreme sonucunda çoğalarak massif hastalığa yol açarlar (8). Uzak organlara olan yayılım, parazitik embriyonun, kapillerler vasıtasıyla sistemik dolaşıma katılması ile açıklanmaktadır (9). Diğer bir yayılım yolu da, sisterna şili vasıtasıyla lenfatiklere girerek, torasik duktus'a geçmesi ve sağ kalbe gelmesi şeklinde olmaktadır. Karaciğer ve akciğerde sıklıkla görülmesine rağmen, genital organlarda bu hastalığın izole olarak görülmesi çok nadirdir (1,10).

Başlangıçta bu parazite karşı mononükleer lökositler ve eozinofiller vasıtasıyla bir hücresel cevap oluşur. Ancak kistin dış tabakasının zayıf antijenitesinden dolayı hafif bir iltihabi cevap meydana gelir. Dış tabakanın antijenitesi zayıf olduğundan eozinofili fazla değildir ve ayrıca sedimentasyon da yüksek değildir. Bariz eozinofili ve sedimentasyon yüksekliği hastalığın yaygın olarak ilerlediğini veya sekonder enfeksiyon olduğunu düşündürür.

Hastalar, abdominal şişkinlik, ağrı, iştahsızlık, bulantı ve genitoüriner şikayetlerle başvururlar. Hidatik kistin büyümesi çok yavaştır ve ayda 1 mm.den daha az olduğu tahmin edilmektedir (1,6,10). Hidatik kistin teşhisinde kullanılan yöntemler değişik duyarlılıktadır. Bazıları aktif enfeksiyonu bile gösterememektedir. İndirekt hemaglutinasyon testi, özellikle postoperatif takipte güvenilir olmasına rağmen, en spesifik test anti-*E. granulosus* Ig E antikor tayinidir (11). Radyolojik tetkikler nonspesifiktir. Bu nedenle tanı birçok vakada klinik görünüm ve şüphe ile konur. Ultrason ve CT, teşhisin konulmasında ve takibinde yardımcı metodlardır (Şekil 1) (12).



Şekil 2. Pelvik hidatik kistin operasyondaki görünümü.
Figure 2. Intraoperative view of pelvic hydatid cyst

Başka endikasyonlar çerçevesinde bu hastalara diagnostik parasentez yapılması, kist hidatik'in rüptürüne ve disseminasyonuna yol açabilmektedir. Bu nedenle endemik bölgelerde bu tür hastalara, körlemesine diagnostik parasentez yapılması doğru değildir. Mousa, tekrarlanan parasentezler sonrası, ovarian karsinomatosis ön tanısı ile cerrahi girişim uygulanan bir vaka bildirmiştir. Operasyon esnasında kist hidatik tanısı konmuş, seroloji ve histoloji ile de teyid edilmiştir (13).

Hastalıkta kendiliğinden şifa söz konusu değildir ve tıbbi tedavisi de yoktur. Cerrahi girişim şarttır ve kistin patlatılmadan çıkartılması gerekir (Şekil 2) (14,15). Endemik bölgelerden gelen kadınlarda, alt abdomende kistik tümör saptandığında bu hastalık düşünülmelidir. Serolojik testlerle ve ultrason ile de, bu durum teyid edilmelidir. Paraziti öldürmek için, karın açılıp kist meydana konduktan sonra, etrafı kompreslerle iyice korunur. Ponsiyon yapılarak, bir miktar kist sıvısı aspire edilir. Böylece, tümörün hidatik kist olduğu tanısına varıldıktan sonra içeriye %10 formalin solüsyonundan, kistin büyüklüğüne göre değişen miktarlarda konarak beş dakika beklenir. Böylelikle ameliyat sırasında dışarıya sızmalar olsa bile karın içinde yeniden kist gelişmesi önlenmiş olunur. Preoperatif ve postoperatif olarak Mebendazol'un kullanılması iyileşmenin sağlanmasında, intraoperatif dağılımın ve rekürrensini önlenmesinde etkilidir (11). ilaç yüksek dozlarda iyi tolere edilmekte, ancak ekfoliyatif dermatit tarzında alerjik reaksiyonlar, gastrit, karaciğer fonksiyonlarında geçici anormallikler, öksürük ve ateş gelişebilmektedir. Ayrıca alopesi, geçici glomerulonefrit ve intrahepatik kolestazis nadiren bildirilmiştir (13). Tedavinin başarılı olması için uzun süreli olması gerekir, ancak bu süre hakkında ke-

sin bir görüş birliği yoktur. Postoperatif en büyük problem, sepsis gelişimidir.

Sonuç olarak; kist hidatik, pelvik organlarda nadiren görülen bir hastalık olmakla beraber, özellikle ayırıcı tanısı iyi yapılmamış over tümörü olgularında, düşünülmelidir. Preoperatif radyolojik ve laboratuvar araştırmaları mutlaka yapılmalıdır.

Kliniğimize müracaat eden üç olgu nedeniyle, kist hidatik'in teşhis ve tedavisindeki özellikler tartışıldı.

KAYNAKLAR

1. Saidi F. Surgery of Hydatid Disease, London, Saunders 1976;5:282-301.
2. Milanese A, Camana GP, Carbone P. Echinococcosis cyst in the pelvic cavity. Presentation of a case. Minerva Urol Nefrol 1991;43(4):301-3.
3. el-Mansouri A, Moumci M, el-Fares F. Pelvic echinococcosis in women. Two case reports. J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1992; 21(5):503-6.
4. Spinelli C, Berti P, Gori L et al. Extrahepatic abdominal hydatidosis: Surgical features of 11 cases. Ital J Gastroenterol 1992; 24(8):446-8.
5. Georgakopoulos PA, Gogus CG, Sariyannis HG. Hydatid disease of the female genitalia. Am J Obstet Gynaecol 1980; 55:555.
6. Bilge A, Sözüer EM. Diagnosis and surgical treatment of hepatic hydatid disease. HPB Surg 1992; 6(1):57-64.
7. WN Von-Sinner, M Hellstrom, I Kagevi, BJ Norlen. Hydatid cyst of the urinary tract. J Urol 1993; 149(3):577-80.
8. Milano CT, Deppe G, Moshirpur JA. Disseminated pelvic echinococcosis simulating ovarian carcinomatosis. Case report and review of pelvic hydatid disease. Obstet Gynecol Surv 1981; 36:535.
10. Oytun Ş. Tıbbi Parazitoloji, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1961:322-36.
11. Bekli A, et al. Treatment of hepatic hydatid disease with mebendazole. Preliminary results in 4 cases. Br Med J 1977; 2:1047.
12. Ruduran MA, et al. Abdominal hydatid disease: follow up mebendazole therapy by CT and ultrasonography. Int Surg 1986; 71:22.
13. Mousa AM, Mehrez MG, Muhtaseb SA. Al-Mudalal DS. Kernel SM. Disseminated pelvic hydatidosis presenting as ovarian carcinomatosis, successful post-operative treatment with mebendazole. Int J Gynaecol Obstet 1987; 25:473-8.
14. Varty PP, et al. Hydatid disease of the female genital viscera-A report of 3 cases. Aust NZ J Obstet Gynecol 1990; 30:181 3.
15. Fabre M, Paulas J, Quillard J. Tubo-ovarian hydatid cyst. Apropos of a case. Sew Hop 1983; 59(24):1842-44.