

# Adneks Torsiyonunu Taklit Eden Retrovezikal Yerleşimli Pelvik Kist Hidatik

## Retrovesical Hydatid Cyst of Pelvis Mimicking Adnexal Torsion: Case Report

Dr. Yavuz ŞİMŞEK,<sup>a</sup>  
Dr. Oktay KAYMAK,<sup>a</sup>  
Dr. Figen TÜRKÇAPAR,<sup>a</sup>  
Dr. Ayşegül ÖKSÜZOĞLU,<sup>a</sup>  
Dr. Ömer ANT,<sup>b</sup>  
Dr. Nuri DANIŞMAN,<sup>a</sup>  
Dr. Mengü TÜRKER<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Yüksek Riskli Gebelik (YRG) Bölümü,  
<sup>b</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
<sup>c</sup>Patoloji Bölümü,  
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 03.12.2009  
Kabul Tarihi/Accepted: 27.04.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Yavuz ŞİMŞEK  
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Yüksek Riskli Gebelik (YRG) Bölümü,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
dryavuzsimsek@yahoo.co.uk

**ÖZET** Hidatik kist, *Echinococcus granulosus* tarafından oluşturulan endemik bir parazitik hastalıktır. Etkenin esas konağı köpeklerdir, insan ve koyunlar ara konaktır. Klinik prezentasyon hastalığın yerleşim yeri ve kistlerin boyutu ile ilişkili olarak değişkendir. En sık tutulum yeri karaciğer sağ lobudur ancak pankreas, pelvis, kemik gibi atipik tutulum yerleri görülebilir. Primer pelvik hidatik kist oldukça nadir görülür. Bu yazıda 24 yaşında, alt batında şiddetli karın ağrısı ile başvuran bir hasta sunuldu. Hastanın batin ultrasonografisinde sağ over komşuluğunda soliter bir kitle saptandı. Diğer batin bulguları normaldi. Adneks torsiyonu ön tanısı ile hasta opere edildi ve over ile ilişkisiz bir kitle çıkartıldı. Patolojik inceleme sonucunda pelvik kist hidatik tanısı koyuldu. Postoperatif takibi sorunsuz olan hasta gastroenteroloji poliklinik takibine yönlendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Ekinokokkozis; pelvis; ovaryum ve tuba uterina hastalıkları

**ABSTRACT** Hydatid disease is a parasitic infection caused by *Echinococcus granulosus*, which is endemic in certain areas. Dogs are main host for the parasite, whereas human and sheeps are intermediate hosts. The clinical presentation of the hydatid disease is various which depends on the size and the site of the cystic lesions. The most common localization of cysts is right hepatic segment but atypical localizations of cysts (pancreatic, peritoneal, pancreatic) are also reported. Primary pelvic hydatid cyst is rare condition. Here, we report a 24 years-old patient who had severe abdominal pain at lower quadrants. Abdominal ultrasound findings were normal except a solitary mass which was adjacent to the right ovary. Patient was undergone a laparotomy with a presumptive diagnosis of adnexal torsion. A solitary mass that was not related with the right ovary was excised. A hydatid cyst disease of pelvis was diagnosed after histologic investigation. Postoperative follow-up was uneventful and the patient was referred to the gastroenterology clinic for further follow-up.

**Key Words:** Echinococcosis; pelvis; adnexal diseases

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(5):344-7

**E**kinokokkus granulozus larvalarının etken olduğu kist hidatik ülkemizin de içinde bulunduğu dünyanın bir çok bölgesinde endemiktir.<sup>1</sup> Ekinokokus 5 mm uzunluğunda bir sesto'dur. Konakçının duodenumundan kan dolaşımına geçer ve buradan karaciğer, akciğer, beyin, böbrek gibi parankimatöz organlara yerleşir. Bu bölgelerde çoğalan parazitler kistik lezyonlar oluşturur.<sup>1,2</sup> Köpekler parazit için ana konak, insan ve koyunlar ise ara konaktır. Olgun parazitlerin yumurtaları ana konaktan fekal yol ile atılır. Enfeksiyon insanlara kontamine gıda ya da köpeklerle yakın temas yolu ile bulaşabilir. Hastalığın klinik prezentasyonu yerleşim



RESİM 1: Vezikouterin pošta yerleşik kitle.



RESİM 2: Çıkarılan kist hidatik.

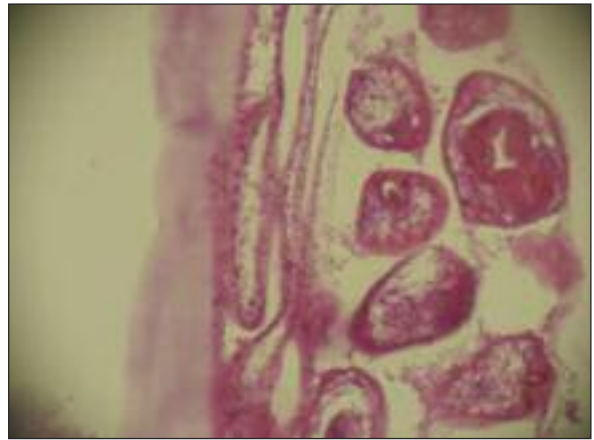
yerine ve kistlerin büyüklüğüne göre değişmektedir. En sık sağ hepatik segment tutulumu görülür ancak literatürde pelvik periton, akciğer, dalak, pankreas, tiroid, kas ve kemik yerleşimi de bildirilmiştir.<sup>2</sup> Enzim bağımlı immünosorbent assay (ELISA) ve indirekt hemaglutinasyon (IHA) testleri serolojik tanıda kullanılmaktadır.<sup>1</sup>

Hastalıkta kadın genital sistemi nadiren tutulur. Pelvik tutulumda %80 olguda hastalık overe yerleşir.<sup>3</sup> Primer pelvik kist hidatik ise çok nadir görülen bir antitedir ve tüm kist hidatik hastalarının %0.2-1'i primer pelvik tutulum şeklindedir.<sup>3</sup> Pelvik kist hidatik enfeksiyonu genelde asemptomatiktir. Basıya bağlı pelvik ağrı, kist rüptürüne bağlı akut karın, sekonder enfeksiyonlar ya da alerjik reaksiyonlar görülebilir.<sup>3</sup>

Bu yazıda karaciğer tutulumu olmadan primer pelvik yerleşimli bir kist hidatik olgusu sunuldu ve konu literatür bilgileri eşliğinde tartışıldı.

## OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında, G1 P1 olan hasta, 05/08/2009 tarihinde 1 aydır giderek şiddetlenen sağ alt kadranda daha belirgin karın ağrısı, halsizlik, iştahsızlık yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde 10 yıl önce geçirilmiş appendektomi öyküsü dışında dikkat çekici bir bulgu yoktu. Hastanın adet düzeni normal sınırlardaydı. Hastanın pelvik muayenesinde sağ alt kadranda belirgin defans mevcuttu. Kan basıncı 90/50 mmHg, nabız: 100/dk, ateş: 37.0 °C idi. Hastanın transvajinal ultrasonografisinde uterus ve sağ over arasında yerleşmiş 10 x 8 cm'lik solid bir kitle ve Douglas boşluğunda minimal serbest sıvı saptandı. Kitle sağ overden net olarak ayrılamıyordu. Doppler incelemede kitle periferinde yüksek dirençli azalmış kan akımı saptandı. Batın ultrasonografisinde sağ overe komşuluk gösteren, uterus ve mesane arasında yerleşik kitle dışında patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar değerlerinden beta-hCG değeri negatif, Hb:10.1 g/dL, Hct: 32, WBC: 11.000/mm<sup>3</sup> (%81 nötrofil, %17 lenfosit, %2 bazofil, %1 eozinofil), plt: 180.000/mm<sup>3</sup>, C-reaktif protein (CRP): 17 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 24 mm/saat saptandı. Epitelyal over tümör belirteçleri normaldi. Akciğer grafisinde herhangi bir kitle lezyonu saptanmadı. Hasta durumu ile ilgili bilgilendirildi, imzalı onam formu alındı ve sağ paraovarian-ova-



RESİM 3: Patolojik incelemede kız vezikülleri ve kist cidarının görünümü.

rian kist torsiyonu ön tanısı ile laparotomi yapıldı. Laparotomide kitlenin vezikouterin poşa yerleştiği, sağ over ile ilişkili olmadığı ve mesane ile uterus ön yüzüne iltisaklı olduğu görüldü (Resim 1). Kitle keskin diseksiyonla rüptüre edilmeden çıkartıldı (Resim 2). Bilateral adneksler ve uterus normal görünümde idi. Batın palpasyonunda ek patolojik bulgu yoktu. Batın bol serum fizyolojik ile yıkandı. Kanama kontrolü ile batın kapatılarak operasyona son verildi. Postoperatif takibi sorunsuz olan hasta 3. gün taburcu edildi. Patolojik incelemede pelvik kist hidatik enfeksiyonu saptandı (Resim 3). Hasta gastroenteroloji polikliniğine refere edildi. Hastanın postoperatif 1. ay-6. ay jinekolojik muayeneleri planlandı ancak hasta takiplerine gelmedi.

## TARTIŞMA

*E. granulosus* esas olarak köpeklerin jejenumunda yaşayan 5 mm uzunluğunda bir parazittir. İnsanlara bulaş köpeklerle yakın temas ya da enfekte gıdaların tüketimi ile olur. Bulaş ile alınan yumurtalar gastrointestinal sistemde açılır ve intestinal mukosa penetrasyonu sonucu portal dolaşım ile karaciğere ulaşır. Hepatik filtrasyondan kurtulan yumurtalar sistemik dolaşım ile başta akciğer olmak üzere diğer vücut bölgelerinde yerleşebilir. Pelvik organlara yayılım, genellikle karaciğerdeki primer kistin iatrojenik veya travmatik rüptürü sonucu meydana gelir ve insidansı tüm hidatik kist olgularının %2'sinden azdır.<sup>3</sup> Primer pelvik tutulum ise son derece nadir görülür ve literatürde olgu sunumları olarak yer almaktadır.<sup>3,4</sup> Primer pelvik tutulumun mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Uzak organlara olan yayılım, parazitik embriyonun, kapillerler vasıtasıyla sistemik dolaşıma katılması ile açıklanmaktadır.<sup>2,3</sup> Literatürde pelvik kist hidatiğin en sık over tutulumu olmak üzere esas olarak genital organlarda yerleştiği bildirilmektedir.<sup>3,4</sup> Sunduğumuz olguda ise atipik olarak genital organlarla ilişkisiz, retrovezikal yerleşimli pelvik kist hidatik mevcuttu. Bunun dışında karaciğer ve diğer bölgelerde hastalık bulunmuyordu. Retrovezikal yerleşimli izole kist hidatik olguları literatürde daha önce tanımlanmıştır.<sup>5,6</sup> Aydınli ve ark.nın 2007 yılında yayınladıkları ve retroperitoneal kist hidatik tanısı olan 14 hastayı içeren serilerinde sadece 1 olguda retrovezikal yerleşim olduğunu bildirilmiştir.<sup>7</sup> Sun-

duğumuz olgunun anamnez sorgulamasında kist hidatiği düşündürecek, köpek besleme ya da hijyenik olmayan beslenme koşulları gibi risk faktörleri bulunmuyordu. Ancak kırsal bölgede yaşayan bir hasta olarak bu faktörlerin tamamen dışlanamayacağı kabul edildi.

Pelvik ekinokokkozun en sık asemptomatik seyrettiği bildirilmiştir, ayrıca alt batında ağrı, şişkinlik, idrar yapmada güçlük, adet düzensizliği ve infertilite gibi non-spesifik semptomlar görülebilir.<sup>3,4</sup> Olgumuzda olduğu gibi akut klinik prezenstasyon ise nadirdir. Hastamız adneksiyel torsiyonu düşündürecek şiddetli karın ağrısı ile başvurmuştu. Hastanın düzenli jinekolojik kontrolleri olmadığı için, pelvik kist hidatiğin ne kadar zamandır mevcut olduğu belirlenemedi. Son zamanlardaki şiddetlenen ağrı semptomunun ise kitlenin pelvik basısı ya da muhtemel kist sızıntısı ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Pelvik kist hidatikte ultrasonografi en düşük maliyetli ve en değerli tanı aracıdır. Ultrasonografide kistik, multiloküle bir yapı içinde kız veziküllere ait küçük kistler görülebileceği gibi, hastalık solid lezyon olarak da izlenebilir.<sup>8</sup>

Kistin dış tabakasının zayıf antijenitesinden dolayı hastalarda belirgin olmayan bir lökositoz ve eozinofili ile karakterize hafif bir inflamatuvar yanıt meydana gelir. Sedimentasyon ve CRP değerleri genellikle normaldir.<sup>2,3</sup> Hastamızda da operasyon öncesinde dikkat çekici bir laboratuvar bulgusu yoktu.

Hastalığın tanısında serolojik testler rutin olarak kullanılmaktadır. IHA ve ELISA özellikle postoperatif takipte güvenilir olmasına rağmen, tanıda en spesifik serolojik test parazite karşı oluşmuş spesifik IgE antikör tayinidir.<sup>9</sup>

Pelvik kist hidatiğin esas tedavisi cerrahi eksizyonudur.<sup>9</sup> İntraoperatif kist rüptürü riskinden dolayı laparotomi tercih edilmelidir. Cerrahide kist ile birlikte adneksler ve uterusun çıkartılması gerekebilir. Altın standart tedavi total kistektomidir.<sup>3,9</sup> Literatürde cerrahi ekstirpasyon sonrası pelvis ve batının %0.9 NaCl solüsyonu ya da povidon iyot solüsyonu ile yıkanması önerilmektedir. Bu işlem pelvise dökülmüş olma ihtimali olan kız veziküllerin yok edilmesine katkıda bulunmaktadır.

Cerrahi sonrası tüm olgulara adjuvan tedavide mebendazol-albendazol kullanımı önerilmektedir. Preoperatif 3 ay ve postoperatif 1 ay albendazol kullanımı ile hastalık rekürrensini anlamlı olarak azaltıldığı gösterilmiştir.<sup>10</sup> Sunduğumuz olgu postoperatif dönemde gastroenteroloji kliniğine yönlendirildi ve albendazol tedavisi başlandı.

Sonuç olarak; pelvik kitle ile başvuran hastalarda pelvik organlarda nadiren görülen bir hastalık olsa da kist hidatik ayırıcı tanıda düşünülmeli ve preoperatif dönemde tanıya yardımcı laboratuvar tetkikleri ile hastalık ekarte edilmelidir. Kist hidatik tanısı alan hastalar mutlaka adjuvan albendazol tedavisi ve ileri takip için gastroenteroloji tabibine yönlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Abu-Eshy SA. Clinical characteristics, diagnosis and surgical management of hydatid cysts. *West Afr J Med* 2006;25(2):144-52.
2. Bal N, Kocer NE, Arpacı R, Ezer A, Kayaselcuk F. Uncommon locations of hydatid cyst. *Saudi Med J* 2008;29(7):1004-8.
3. Melike D, Esra T, Emin Ü, Mengü T, Ümit B, Leyla M. [Hydatid cyst in the differential diagnosis of pelvic mass (A case report)]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 200;14(4): 220-3.
4. Georgakopoulos PA, Gogas CG, Sariyannis HG. Hydatid disease of the female genitalia. *Obstet Gynaecol* 1980;55(5):555-9.
5. el Moussaoui A, Aboutaieb R, Joual A, el Mrini M, Meziane F, Benjelloun S. [Isolated retrovesical hydatid cyst. Apropos of two cases]. *J Urol (Paris)* 1994;100(2):101-4.
6. Horchani A, Nouira Y, Chtourou M, Kacem M, Ben Safta Z. Retrovesical hydatid disease: a clinical study of 27 cases. *Eur Urol* 2001;40(6): 655-60.
7. Aydinli B, Ozturk G, Polat KY, Atamanalp SS, Ozbey I, Onbas O, et al. Extravisceral primary hydatid cyst of the retroperitoneum. *ANZ J Surg* 2007;77(6): 455-9.
8. Turgut AT, Akhan O, Bhatt S, Dogra VS. Sonographic spectrum of hydatid disease. *Ultrasound Q* 2008;24(1):17-29.
9. Hamamci EO, Besim H, Korkmaz A. Unusual locations of hydatid disease and surgical approach. *ANZ J Surg* 2004;74(5):356-60.
10. Bildik N, Cevik A, Altıntaş M, Ekinci H, Canberk M, Gülmen M. Efficacy of preoperative albendazole use according to months in hydatid cyst of the liver. *J Clin Gastroenterol* 2007;41(3):312-6.