

# Pelvik Kitlelerin Ayırıcı Tanısında Kist Hidatik (Olgu Sunumu)

## HYDATID CYST IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PELVIC MASS (A CASE REPORT)

Melike DOĞANAY\*, Esra TONGUÇ\*, Emin ÜSTÜNYURT\*, Mengü TÜRKER TUĞ\*\*, Ümit BİLGE\*, Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU\*

\* Op.Dr., Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,

\*\* Uz.Dr., Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi, Patoloji Kliniği, ANKARA

### Özet

Kist hidatik, tüm organ ve vücut bölgelerinde görülmesine karşılık, kadın genital sisteminde çok nadirdir. Bu nedenle, kist hidatığın teşhisinde en önemli faktör hastalığın olabileceğini akla getirmektir. Olgumuz eşliğinde, kist hidatığın tanı, patoloji, tedavi ve prognozunu tartıştık.

25 yaşında pelvik kist hidatik olgusu.

Transvajinal ultrason ile sağ over lokalizasyonunda 107x90 mm'lik internal ekolar içeren hipoekojenik kist saptandı. Patoloji ve seroloji ile kist hidatik olduğu doğrulandı.

Kist cerrahi olarak çıkartıldı ve batin rekurrensleri önlemek için %20'lik NaCl ile yıkandı.

**Anahtar Kelimeler:** Kist hidatik, Pelvik kitle

T Klin Jinekoloj Obst 2004, 14:220-223

### Summary

Hydatid cyst although known to occur in most organs and body areas, is extremely rare in the female reproductive system. For this reason, the most important factor in the diagnosis of hydatid disease is an awareness of its possibility. Because of this case, we discussed the diagnosis, the pathology, the therapy and prognosis of hydatid cyst.

25 years old, woman with pelvic hydatid cyst.

Transvaginal sonography revealed a 107x90 mm hypoechoic cyst with internal echoes in the right ovarian location. Serology and the histopathological assessment of the cyst confirmed the diagnosis.

The cystic mass was removed and in order to prevent metastatic lesions twenty percent NaCl solution was instilled into the cyst.

**Key Words:** Hydatid cyst, Pelvic mass

T Klin J Gynecol Obst 2004, 14:220-223

Kist hidatik veya echinococcosis, insan ve hayvan sağlığını tehdit eden, ülkemizde çok yaygın olan önemli bir paraziter hastalıktır. Bu hastalık, echinococcus larva tarafından yapılan bir insan enfeksiyonudur. Echinococcus kistleri en sık karaciğerde (%60), ikinci olarak da akciğerde (%15) olmakla beraber vücudun her yerinde olabilirler (1).

Karaciğerdeki kistin rüptürüne sekonder yayılım hariç, kadında pelvik organlar nadiren kist formasyonunun primer bölgesidir. Pelviste kist

oluşumu uzun periyodlar boyunca asemptomatik kalabilir, irritasyon ve bası semptomlarıyla veya tesadüfen keşfedilebilir (2).

Kliniğimizde Ocak 2003' de tanı konup opere edilen bir primer pelvik kist hidatik vakasını tanı, patoloji, tedavi ve prognoz yönünden değerlendirdik.

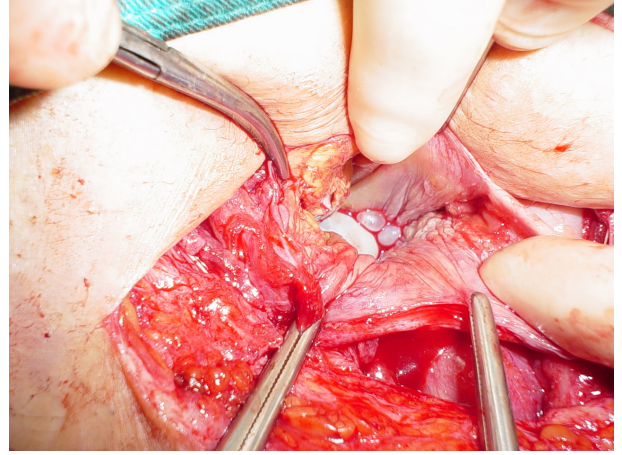
### Olgu Sunumu

25 yaşında, gravida: 2, parite: 2 olan hasta jinekoloji polikliniğine sağ alt abdominal ağrı ve disparenia şikayeti ile başvurdu. Hastanın 28

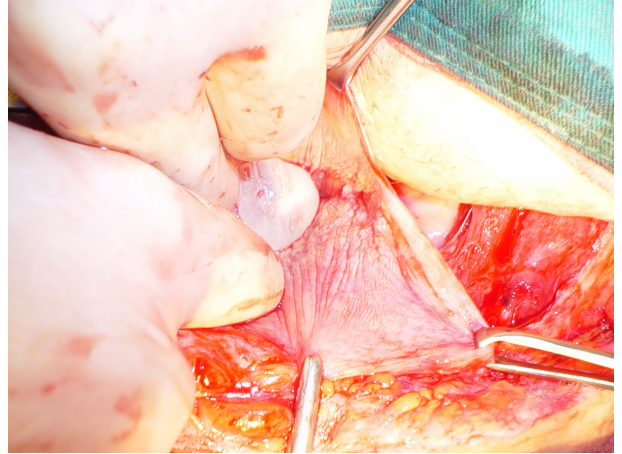
günlük düzenli adetleri mevcuttu ve son adeti başvurusundan 10 gün önce idi. Hastanın iki adet term sezaryenle doğumu vardı. Jinekolojik hikayesinde başka bir özellik yoktu. Yapılan pelvik muayenesinde douglası dolduran pelvik yan duvar ile uterus arasında sınırları uterustan net olarak ayırt edilemeyen düzgün yüzeyli kısmen mobil, solid izlenimi veren yaklaşık 10 cm' lik genital kitle mevcuttu. Hastanın transvajinal ultrasonografik incelemesinde uterus normal büyüklükte, sağ over ile uterus arasında 107x90 mm boyutlarında benign karakterli multilokule kist mevcuttu. Sağ ve sol over normal, kavitede RIA vardı. Douglasta sıvı gözlenmedi.

Laboratuvar çalışmalarında tümör markerları normaldi. AFP : 2,3 ng/ml (normal 0-10) CEA: 2,5 ng/ml (normal 0-3,4), Ca125: 28.1U/ml (normal 0-35) ve Ca19.9: 14,5 U/ml(normal 0-37) idi. Karaciğer enzimleri ve diğer biokimyasal parametreler normaldi.  $\beta$ HCG:0 idi. Hastanın sedimentasyonu: 19 mm/ 1.saat, CRP' si 1,7 mg/dl ve Beyaz Küresi 7300 /ml olup normaldi.

Bu bulgularla serviste preoperatif hazırlanan hastanın laparotomi yapılmasına karar verildi. Laparotomide; uterus arka duvarla ligamentum latum arka yaprağı arasında tüm douglası oblitere eden yaklaşık 15 cm boyutlarında retroperitona doğru uzanan kistik izlenimi veren kitle mevcuttu. Sağ over ve tuba pelvik yan duvara doğru konglomerasyon oluşturmuştu. Sol over ve tuba normaldi. Sağ over ve tubadaki dens yapışıklıklar keskin diseksiyonla ayrılmaya çalışırken kist perforasyon oldu. Perforasyon yerinden gelen sıvı berrak ve kaya suyu niteliğindedi. Suyun içinde kız veziküller görüldü. Bu esnada batın gaz kompreslerle korunmaya çalışıldı. Kistin içindeki sıvı ve kız veziküller aspire edildi. Kistin germinal epiteli mümkün olduğunca tamamen çıkarılmaya çalışıldı. Üreter üzerindeki germinal epitel kısmen çıkarılmadı. Kist içeriği frozena gönderildi, sonuç benign olarak teyit edildi. İntraoperatif genel cerrahi konsültasyonu istenerek üst batın ve kist loju explore edildi. Kist hidatik olduğu düşünülerek kist içeriği %20' lik 1000 cc NaCl ile yıkandı ve temizlendi. Douglas' a bir adet dren yerleştirildi. Batın



Şekil 1.



Şekil 2.

anatomisine uygun kapatıldı. Erken komplikasyon olmadı. Kistin intraoperatif çekilen resimleri (Şekil 1 ve 2) de gösterilmiştir.

Perioperatif, hastadan kist hidatik için serolojik çalışma amacı ile periferik kan mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Kist hidatik için serolojik inceleme (IHA) sonucu 1/256 (+) geldi. Hastaya postoperatif Albendazol 200 mg' lık tabletten 2x2 başlandı. Hastaya ilacı 28 gün kullanıp 14 gün ara vererek 3 siklus kullanması önerilerek taburcu edildi.

Hastanın postoperatif yapılan üst batın ultrasonografisi, intrakranial ve tüm batını içeren tomografisi normal geldi. Hastanın patolojisinde kist hidatiği doğruladı (Şekil 3).



Şekil 3.

### Tartışma

Echinococcal kist ilk kez Hipokrat tarafından hayvan ve insanlarda görülen kist olarak bildirilmiştir (3). Echinococcus granulosus, echinococların en sık görülen cinsidir. Erişkin şekli ana konakçı olan kedi ve köpek barsaklarında barınır. Yumurta ve larva formu ise, ara konakçı olan; koyun, keçi, sığır, manda, at ve insanda hidatik kist halinde bulunur. Erişkin formları dışkı ile enfektif yumurtalar üretir. İnsanlar tarafından alınan embriyolar midenin asidik ortamında yumurtadan çıkar. Larva barsak duvarına penetre olur ve portal ven ile karaciğere ulaşır. %70'i karaciğerde kalırken, %30'u hepatic filtreden kaçar. Kaçanların çoğu akciğer tarafından yakalanırken bir kısmı da sistemik dolaşıma katılarak uzak organlara (beyin, abdomen ve pelvik organlar gibi) gider. 10-20 yıl semptomsuz kalabilirler. Bu durum; organın elastikiyeti ve genişleme kapasitesine göre değişir. Bu süre; eğer kist hidatik primer kistin spontan veya iatrojenik olarak yırtılması sonrası oluşmuşsa belirgin olarak kısalır (4,5). Pelvik echinococ kist insidansı %0,2-0,9'dur (6-7). Pelvik vakaların yaklaşık %80'i genital bölgeyi içerir. Over en sık görülen lokalizasyon olup, ikinci olarakta uterusda görülür (6). Bu vakalar genellikle diğer alanlardaki kistin, rüptürüne sekonderdir (8). Fakat, primer pelvik kist hidatikte tarif edilmiştir (1,2,8). Primer kist hidatiğin cerrahiden sonra rekürrensi %8-22 olup çoğu rekürrenslere ilk 2 yıl içerisinde (4).

Biz olgumuzda diğer organlarda hiçbir lezyon olmaması nedeniyle primer pelvik kist hidatik olduğunu düşünüyoruz.

Kist hidatiğin spesifik semptomları yoktur. Teşhisi kistin büyüklüğü ve komplikasyonlarına bağlıdır. Bazende ultrason yapılırken insidental olarak bulunabilir. Bizim olgumuzda, hasta alt abdominal ağrı ve dispareniya ile başvurmuştur. Rahman'ın serilerinde komplike olmayan hastalar alt abdominal ağrı, şişlik, adet düzensizliği, kısırlık veya komşu organlara bası semptomları ile başvurmuşlardır. Komplike kistlerde ise hastalar akut alt karın ağrısı ve kusma semptomları ile teşhis edilmişlerdir (8). Ultrason, kompute tomografi ve serolojik testler pelvik ekinococcosisin teşhisinde yardımcıdır.

Pelvik kist hidatikte tedavide ana prensip cerrahidir. Cerrahinin büyüklüğü kistin lokalizasyonu, hastanın yaşı ve genital organların tutulum derecesine göre değişir. Douglassa yerleşen kalsifiye tek kistleri çıkarmak zor değildir ama çevre organlara yapışık multiple kistleri çıkarmak zordur. Cerrahi sırasındaki dikkatsiz hareketler sık rekürrenslere sorumludur. Kist içeriğinin cerrahi alanı kontamine etmesinden kaçınılmalıdır. Ameliyat sahası scolex öldürücü emdirilmiş gaz kompreslerle kaplanmalıdır. %20'lik NaCl solüsyonu bu amaçla kullanılabilir, fakat povidon-iodine solüsyonu daha güvenli ve efektif bir alternatiftir. Son yıllarda tedavide; yalnızca iğne aspirasyonunu değil ayrıca perkutan drenaj ve skleroterapiyi de öneren yayınlar vardır (9,10).

Antihelmintik ilaçlar (mebendazol, albendazol veya praziquante) cerrahi sonrası ve cerrahi yapılamayacak veya cerrahi reddeden hastalarda endikedir. Wilson, mebendazol ile %29 tam kür ve %55-79 düzelme, albendazol ile %33 tam kür ve %50'den fazla düzelme bildirmiştir (11).

Bizim hastamızda da Albendazol ile 3 aylık tedaviyi takiben yapılan ultrason ve kompute tomografide hiçbir lezyon tespit edilmemiştir.

Sonuç olarak, genç kadınlarda overde kistik lezyonlar çok sık görülür ve genellikle bu lezyonlar benignidir. Özellikle endemik alanlarda, kist hidatik, overdeki kistik patolojilerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

**KAYNAKLAR**

1. Bickers W. Hydatid disease of the female pelvis. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107: 477-83.
2. Aksu MF, Budak E, İnce U, Aksu C. Hydatid cyst of the ovary. *Arch Gynecol Obstet* 1997; 261: 51-3.
3. Hoeppli R. *Parasites and Parasitic Infections in Early Medicine and Science* Singapore, University of Malaya Press, 1959.
4. Gamoudi A, Benromdhane K, Farhat K, Khattech R, Hedriche M, Rahal K. Ovarian hydatid cyst: 7 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1995; 25:144-8.
5. Solidoro G, Del-Gaudro GA. Hydatid of the ovary. Description of a case. *Minerva/Chir* 1991; 4-6: 571-5.
6. Baba L, Chaieb H, Keskes J. Profil epidemiologique de l'hydatidose pelvienne. *J Gyriecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1991; 20: 657-60.
7. Georgahopoulos PA, Gugas CG, Sanyaninis HG. Hydatid disease of the female genitalia. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 555-9.
8. Rahman MS, Rahman J, Lysikiewicz A. Obstetric and gynecological presentations of hydatid disease. *Br J Obstet Gynecol* 1982; 89: 665-70.
9. Bret PM, Fond A, Bretgnolle M, et al. Percutaneous aspiration and drainage of hydatid cysts in the liver. *Radiology* 1988; 168: 617-20.
10. Von Sinner WN, Nyman R, Linjaw T, et al. Fine needle aspiration biopsy of hydatid cysts. *Acta Radiol* 1995; 36: 168-72.
11. Wilson JF, Rausch RL, McMahon BJ, et al. Parasitocidal effect of chemotherapy in alveolar hydatid disease: Review of experience with mebendazole and albendazole in Alaskan Eskimos. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 234-49.

**Yazışma Adresi:** Dr.Melike DOĞANAY  
Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
ANKARA