

OVER TÜMÖRÜNÜ TAKLİD EDEN PRİMER PELVİK HİDATİK KİST: OLGU SUNUMU

Primary Pelvic Hydatid Cyst Mimicking Ovarian Tumor: Case Report

Semra Kayataş¹, Didar Kurt¹, Sevcan Arzu Arıncan¹, Mustafa Eroğlu¹, Murat Api¹, Hülya Yavuz²

ÖZET

Hidatik kist veya Ekinokokkoz, sıklıkla Ekinokokkus Granulosus larvaları tarafından oluşturulmuş bir zoonozdur. Hastalık genellikle yavaş büyüyen kistik bir kitle şeklinde görülür ve asemptomatiktir. Hidatik kistler en sık karaciğer (% 63), akciğer (% 25), kas (%5) ve kemiklerde (%5) bulunmasına rağmen, kistlere diğer organlarda da rastlanabilir. Kistlerin pelvik yerleşimli olması özellikle de burada primer odak olarak teşhis edilmesi oldukça nadirdir genellikle karaciğer yerleşimli kistin rüptürü sonrası skolekslerin peritona dağılması ve sekonder inokulasyonu ile oluşur.

Biz bu olgu sunumunda; kliniğimize karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri ile başvurmuş, yapılan ultrasonografi ve Manyetik Rezonans(MR) incelemesi neticesinde multikistik over tümörü ön tanısı ile laparotomi yapılmış, ancak histopatolojik inceleme sonrası hidatik kist tanısı almış primer pelvik hidatik kist olgusunu; operasyon bulguları, radyolojik bulgular ve tedavi yöntemleri açısından tartışmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Hidatik kist; Ekinokokkoz; Over tümörleri

ABSTRACT

Hydatid cyst or Echinococcosis is a zoonotic infection often caused by the larva of Echinococcus Granulosus. The disease is usually seen as a slow growing cystic mass and is asymptomatic. Cysts are mostly located at liver (63%), lung (25%), muscle (5%) and bone (5%) but there are many other organs that cyst could be located at. The presence of hydatid cyst in the pelvis, particularly diagnosing as primary lesion is very rare. Pelvic hydatid cyst mostly occurs by spreading the scolexes into the peritoneum resulted from rupture of the cyst localized in the liver. We present a case admitted to our clinic with the complaint of abdominal pain and swelling. After ultrasonography and MRI imaging, laparotomy was done with the prediagnosis of multicystic ovarian tumor. Histopathological examination diagnosed a case of primary pelvic hydatid cyst. Our aim is to discuss this pelvic cyst case with its operative and radiographic findings, and treatment methods.

Keywords: Hydatid cyst; Echinococcos; Ovary neoplasms

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

²Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

Semra Kayataş, Uzm. Dr.
Didar Kurt, Uzm. Dr.
Sevcan Arzu Arıncan, Uzm. Dr.
Mustafa Eroğlu, Uzm. Dr.
Murat Api, Uzm. Dr.
Hülya Yavuz, Uzm. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Semra Kayataş
Meriç Cad. Kardelen 4/2 sitesi.67.
ada. Kat:8 Daire:33
Ataşehir/İstanbul
34758
Tel: 0532 7166471
e-mail:
semrakayatas@gmail.com

Geliş tarihi/Received:22.07.2013
Kabul tarihi/Accepted:29.08.2013

Bozok Tıp Derg 2014,4(1):88-91
Bozok Med J 2014;4(1):88-91

GİRİŞ

Hidatik Kist Hastalığı Ekinokkus larvalarının insana yerleşmesiyle oluşan bir hastalıktır (1). Hastalığa dünya genelinde nadir rastlansa da Hindistan, Avustralya, Orta Doğu, Afrika, Güney Amerika ve Türkiye gibi koyun ve sığır yetiştiriciliğinin yaygın olduğu ülkelerde hastalık endemiktir (2). Klinik olarak genellikle karaciğerde yavaş büyüyen kistik bir kitle şeklindedir ve spesifik bulgusu veya semptomu yoktur (3,4). Kistler en sık karaciğer (% 63), akciğer (% 25), kas (% 5) ve kemiklerde (% 5) bulunmasına rağmen diğer organlarda da kistlere rastlanabilir (5). Kist büyüdükçe bası semptomları yapabilir, rüptüre olursa allerjik reaksiyon veya kistin süpüratif enfeksiyonu gibi komplikasyonlara neden olabilir (2). Hidatik kistin pelviste bulunması özellikle de primer olarak teşhis edilmesi oldukça nadirdir (5). Pelvik hidatik kist sıklıkla karaciğer yerleşimli kistin rüptürü sonrası peritona skolekslerin dağılmasına sekonder olarak gelişir. Hidatik kist nadir bölgelere yerleştiği takdirde bu durum tanıda güçlüğü, tanının gecikmesine veya ciddi komplikasyonlara neden olabilir.6. Radyolojik bulguları genellikle nonspesifiktir ve hastaların yarısından çoğuna intraoperatif veya postoperatif dönemde histopatolojik olarak tanı konulur (4,6). Bu vaka sunumunda over tümörünü taklit eden, primer pelvik hidatik kist vakasından bahsedeceğiz.

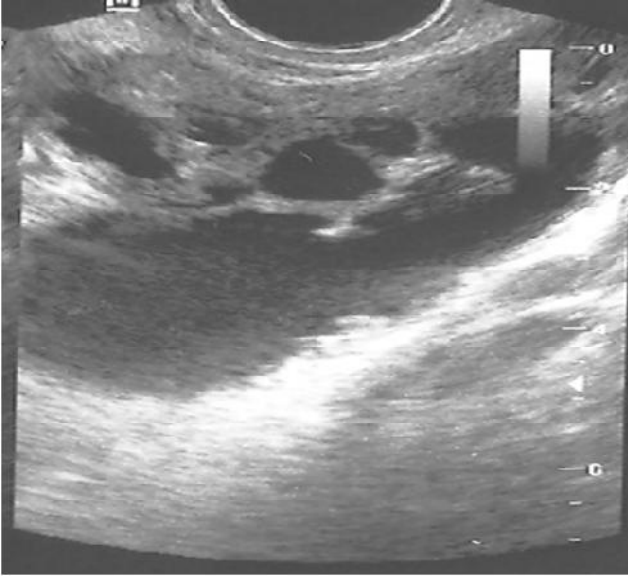
OLGU SUNUMU

38 yaşında gravida 8, para 8 olan kadın hasta yaklaşık 1 aydan beri devam eden karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Olgunun adet düzensizliği dışında medikal öyküsünde özellik yoktu ve 2 yıl önce mini laparotomi ile tüp ligasyonu yapılmıştı. Muayenede batında hassasiyet mevcuttu ve sol adneksiyel alanda sınırları net ayırt edilemeyen kitle tesbit edildi. Transvajinal ultrasonografide; uterus ve sağ over normal görünümde idi, sol adneksiyel alanda düzensiz konturlu hipoekoik multiloküle 4x5cm çapında kistik kitle izlendi(resim1). Yapılan MR incelemesi sonucunda; sol adneksiyel lojda toplam boyutu 4x3,5x2cm olan birbirine komşu en büyüğü 2 cm çaplı T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, kontrast uygulaması sonrasında periferik kontrast tutu-

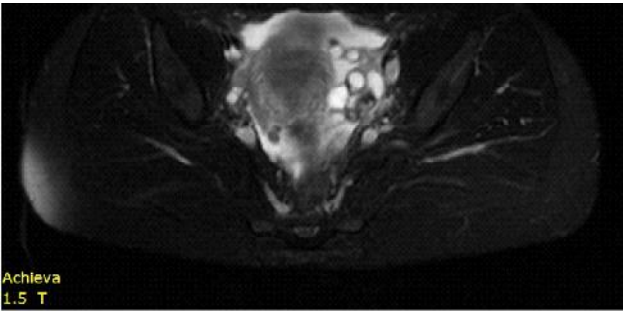
umu gösteren multiple kistlerden oluşan kitlesel lezyon görüldü (Resim2). Batın içi diğer organlarda patoloji izlenmedi. Akciğer filmi normal idi. Hastanın tümör belirteçleri; (CA125=56,7, CEA=0, CA15-3=0, CA19-9=30) normal olarak bulundu ve hemogram ve rutin biyokimyasında özellik yoktu. Hastadan yazılı onam belgesi alınarak over tümörü ön tanısı ile laparotomi yapıldı. Yapılan eksplorasyonda; omentum uterus ön ve arka yüzüne, mesaneye ve batın ön duvarına yapışık, bağırsaklar arasında yer yer yumuşak, membranöz adezyonlar izlendi. Bu adezyonlar künt diseksiyonla açıldı. Uterus, bilateral tubalar ve overler normal görünümde idi. Sol adneksiyel alanda; uterus, pelvik yan duvar ve sol overe yapışık olan paraovaryan kistik kitle görüldü. Bu zarsı yapılardan ve peritondan örnekler alınarak patolojik incelemeye gönderildi. Frozen inceleme sonucu kist hidatik lehine gelmesi üzerine hastalığın yayılmasını engellemek amacıyla batın içine gaz kompresler konularak kist çıkarılmaya çalışıldı. Bu esnada kist perfor oldu, kist sıvısı ve içindeki kız veziküller aspire edildi, kistin germinal epiteli tamamiyle çıkarılmaya çalışıldı. Batın içi %20'lik 1000cc NaCl ile yıkandı. Yapılan batın incelemesinde başka bir patolojiye rastlanmadı Hastaya postoperatif dönemde albendazol 2x400 mg tablet tedavisi başlandı. Postoperatif yapılan İndirekt Hema-glutinin (IHA)testi; 1/2560 pozitif olarak geldi. Patoloji raporunda aktif kronik granülatoz iltihap, kist hidatik ile uyumlu bulgular görüldü(resim 3) ve kist hidatik tanısı konfirme edilmiş oldu. Hastanın yapılan postoperatif toraks ve kranial BT incelemelerinde kist hidatik lehine bulgu saptanmadı. Böylece primer pelvik kist hidatik tanısı konuldu. Hasta postoperatif 8. gün oral albendazol tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

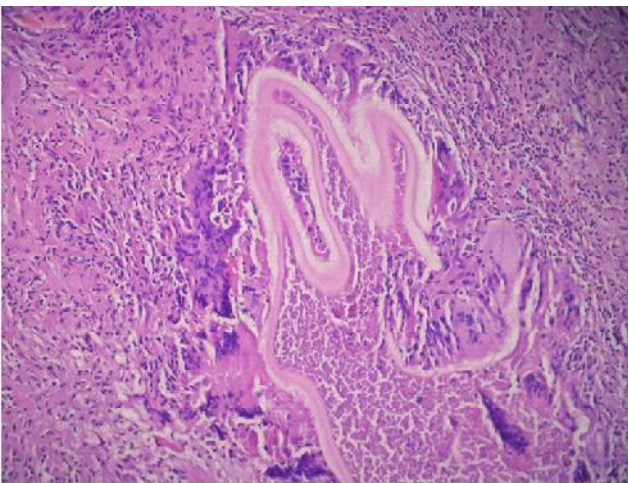
Sıklıkla karaciğer ve akciğerin tutulduğu Hidatik Kist Hastalığında peritoneal ve pelvik tutulum oldukça nadirdir. Karın içi hidatik kistlerin yalnızca %14-19'u ekstrahepatik yerleşimlidir ve bunların çoğu da sekonder yayılımla oluşur. Karaciğer veya dalakta bulunan hidatik kistin spontan veya operasyon esnasında yanlışlıkla rüptürü sonrası sekonder peritoneal tutulum görülür (1,2,7).



Resim 1: Transvajinal ultrasonografide sol adneksiyel alanda düzensiz konturlu hipoekoik multiloküle 4x5 cm çapında kistik kitle



Resim 2: MR'da, aksial planda, T2 ağırlıklı yağ baskılı serilerde sol adneksiyel lojda birbirine komşu hiperintens multiple kistlerden oluşan yapı. Ayrıca uterus-over komşuluğunda serbest sıvı mevcut.



Resim 3: Aktif kronik granülatöz iltihap, kist hidatik ile uyumlu bulgular.

Başka bir organda kist yoksa primer pelvik hastalıktan bahsedilir ve görülme sıklığı 2%'dir (1,6,8). Primer pelvik hastalıkta pelvise hydatid embryonun ulaşım yolu ise hematojen veya lenfatik yoldur(1,6,8). Bizim olgumuz; intraoperatif ve postoperatif değerlendirmeler sonucu başka bir organda kist hidatik bulgusuna rastlanılmadığı için primer pelvik hidatik kist olarak düşünüldü. Sıklıkla asemptomatik olan hastalığın nonspesifik semptomları karın ağrısı, karında şişme, menstrual düzensizlikler, infertilite, komşu mesane, üreter, bağırsak ve vasküler yapılara bası şeklinde olabilir (1,5,6,9). Balık AA ve ark yayınladıkları 389 olguluk hidatik kist serisinde hastaların yalnızca 27'sinde (%6,9) primer olarak ekstrahepatik tutulum olduğunu ve bu hastaların da 21'inin asemptomatik olduğunu bildirmişlerdir (10). Çok yavaş büyüyen kistlerin semptomatik boyutlara ulaşabilmesi için 10-20 yıl gibi bir süre geçmesi gerekir (1,8). Bizim olgumuzda, karın ağrısı karında şişlik gibi nonspesifik şikayetler mevcuttu.

Tanıda seroloji ve görüntüleme yöntemleri ön plana çıkmaktadır (6,8,10). Serolojik testlerden ELISA ile İmmunglobulin G antikorlarına bakılmasının tanısal sensitivitesi %95, spesifitesi ise % 94' dür (9). IHA Test sensitivitesi ise % 87,5' dur (9,10). Hastalığın karaciğer ve akciğerde klasik radyolojik bulguları olsa da nadir bölgelerde kistik bir lezyondan tamamiyle solid bir lezyona kadar değişebilen pek çok değişik görünümde de olabilir (3). Ekstahepatik hidatik kistlerin benzer radyolojik bulguları; kist duvarında kalsifikasyon, kız kistler ve membran ayrılmasıdır (3). Ultrason kullanımı kolay ve ucuz olduğu için birinci aşamada yapılacak görüntüleme yöntemidir ancak Bilgisayarlı Tomografi (BT) morfolojik olarak daha spesifik bulgular verebilir (6,10). BT'nin tanısal sensitivitesi % 97'dir (10). BT kız kistler, peritoneal implantasyon, kist enfeksiyonu ve kist duvar kalsifikasyonunun gösterilmesinde diğer yöntemlere göre daha hassastır (3,5,10). MR' da T2 ağırlıklı görüntülerde hidatik kistin karakteristik düşük sinyal yoğunluklu çeperi göze çarpar (3). Tüm bu kombine serolojik ve radyolojik yöntemlere rağmen kesin tanı kist içeriğinin makroskopik ve mikroskopik incelenmesi ile konulur (10). Bizim olgumuzda; yapılan ultrasonografi ve Manyetik Rezonans (MR) incelemesi neticesinde multikistik over tümörü tanısı konmuştu ve kesin tanı ancak histopatolojik inceleme sonrası kesinleşmişti.

Semptomatik hastalarda tedavide ilk seçenek hastalığın cerrahi olarak çıkarılmasıdır (1,6,9,10). Operasyon başarısı kistin lokalizasyonu, hastalığın yayılımı ve hastanın yaşına göre değişir (1). Cerrahide dikkat edilecek iki noktadan birincisi mümkünse yayılımı, kontaminasyonu ve böylece rekürrensi, alerjik, anaflaktik reaksiyonları engellemek amacı ile kisti dikkatli bir diseksiyonla rüptüre etmeden çıkarmaktır. İkincisi ise skolisidal ajanla (%20'lik NaCl, povidin iyot, %95'lik etil alkol veya %3'lük hidrojen peroksit) ıslatılmış gazlarla cerrahi alanın sarılmasıdır (1,9,10,11). Mebandazol veya albendazol cerrahiye ek olarak kullanılabilir veya operasyona uygun olmayan hastalarda, semptomatik küçük multiple kistlerde primer tedavide kullanılabilir (1,10). Preoperatif albendazol rejimi, daha sonra operasyon ve ardından postoperatif albendazol tedavisine devam edilmesi de etkili bir alternatif yöntemdir (6,8). Preoperatif albendazol kullanımı hastalık rekürrensini azaltır (8). Tavsiye edilen kullanım şekli preoperatif olarak 5.gün albendazol tedavisine başlayıp ilaca postoperatif dönemde devam etmektir (8). Cerrahi sonrası rekürrensler %8-22 sıklıkla görülür ve rekürrensler genellikle ilk 2 yılda oluşur (1,9). Rekürrenslerin önlenmesinde belki de en önemli nokta preoperatif olarak hastalıktan şüphelenilerek ameliyat öncesi albendazol tedavisinin başlanması ve intraoperatif olarak da kist rüptüründen kaçınılması, uygun dekontaminasyon ortamının sağlanması ve dikkatli bir şekilde tüm hastalığın çıkarılmasıdır (5). Görgeen ve ark peritona dağılımı dolayısı ile toksik reaksiyonu en aza indirmek amacı ile vajinal insizyon yaparak vajinal yoldan skolekslerin boşaltıldığı pelvik hidatik kist vakası bildirmişlerdir (9). Bizim olgumuzda operasyon öncesinde pelvik hidatik kist olabileceği düşünülmediği ve operasyon sırasında örnekleme yapıldıktan sonra tanı konulduğu için kist sıvısı ve içindeki kız veziküllerin peritona yayılmış olabileceği düşünüldü. Operasyon sırasında batın içi %20'lik 1000cc NaCl ile yıkandı ve postoperatif dönemde albendazol 2x400 mg tablet tedavisi başlandı. Sonuç olarak; hidatik kist hastalığına, pelvik bölgede nadir rastlandığı ve radyolojik olarak hastalıkla pelvik maligniteler arasında pek çok benzerlik olduğu için, bizim olgumuzda olduğu gibi preoperatif olarak yanlışlıkla over veya peritoneal karsinoma tanısı konulabilir. Septalı yapılara benzeyebilen kız veziküller maligniteyi taklit edebilir (12). Tanının konulmasında en

önemli şey özellikle endemik bölgelerde kadın pelvisinde büyüyen septalı kistik kitle varlığında hidatik kistin ayırıcı tanıda akla gelmesidir. Böylelikle preoperatif albendazol tedavisi başlanarak ve operasyon sırasında gerekli önlemler alınarak, hastalığın yayılması ve rekürrensin az olması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Terek MC, Ayhan C, Ulukuş M, Zekioğlu O, Özkinay E, Erhan Y. Primary pelvic hydatid cyst. Arch Gynecol Obstet. 2000;264(1):93-6.
2. Singh P, Mushtaq D, Verma N, Mahajan NC. Pelvic hydatidosis mimicking a malignant multicystic ovarian tumor. Korean J Parasitol. 2010;48(3):263-5.
3. Ilica AT, Kocaoğlu M, Zeybek N, Güven S, Adaletli İ, Başgül A, et al. Extrahepatic Abdominal hydatid disease caused by Echinococcus granulosus:İmaging findings. AJR. 2007; 189(4):337-43 .
4. Zergeroğlu S, Küçükali T, Koç Ö. Primary pelvic echinococcosis. Arch Gynecol Obstet. 2004; 270(3):285-6.
5. Cattorini L, Trestulli S, Milani D, Giovannelli G, Avenia N, Sciannoneo F. Ovarian hydatid cyst: a case report. Int J Surg Case Rep. 2011;2(6):100-2.
6. Parray FQ, NabiWani S, Bazaz S, Khan SR, Malik NS. Primary Pelvic Hydatid Cyst:a case report. Case Rep Surg. 2011; uly 1;809387.doi: 10.1155/2011/809387.
7. Onur E, Köksal N, Uzun MA, Sümer A, Altınlı E, Çelik A. Mekanik intestinal obstrüksiyona neden olan ekstrahepatik intraabdominal dev kist hidatik. Bakırköy Tıp dergisi. 2006;2(1):28-30.
8. Abike F, Dunder İ, Tapısız OL, Temizkan O, Bingöl B, Payaslı A, et al. Primary pelvic hydatid cyst mimicking ovarian carcinoma. Journal of the Chinese Medical Association. 2011;74(3):237-9.
9. Görgeen H, Api M, Çetin A. Primary adnexial hydatid cyst mimicking ovarian tumor. J Turkish-German Gynecol Assoc. 2009;10(2):232-4.
10. Balık AA, Çelebi F, Başoğlu M, Ören D, Yıldırğan İ, Atamana S. İntra-abdominal ekstrahepatik echinococcosis. Surg Today. 2001;31(9):881-4.
11. Kumar S, Singla S, Singh N, Gupta P. Primary ovarian echinococcosis mimicking an ovarian carcinoma: an uncommon masquerade even in the developing World. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010; 89(11): 1495-6.
12. Özat M, Altınkaya SÖ, Güngör T, Çaflar M, Zergeroğlu S, Karaca M, et al. Extraovarian conditions mimicking ovarian cancer:a single center experience of 15 years. Arch Gynecol Obstet. 2011; 284(8):713-9.