

Nadir Bir Olgu: Tuboovaryan Apseye Neden Olan Hidatik Kist

Tubeovarian Abscess Caused by Hydatid Cyst: A Rare Case

Keziban DOĞAN¹, Cihan KAYA¹, Ülkü KARAMAN², Mustafa Uygur KALAYCI³, Halil Fırat BAYTEKİN⁴

¹ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.

¹ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital, Gynecology and Obstetrics Clinic, Istanbul, Turkey.

² Ordu Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Ordu.

² Ordu University, Vocational School of Health, Ordu, Turkey.

³ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul.

³ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital, General Surgery Clinic, Istanbul, Turkey.

⁴ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul.

⁴ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital, Pathology Clinic, Istanbul, Turkey.

Geliş Tarihi (Received): 09.07.2012 • Kabul Ediliş Tarihi (Accepted): 28.07.2012

ÖZET

Hidatik kist etkeni olan *Echinococcus granulosus*, primer olarak sıklıkla karaciğere yerleşmekte bunu sırasıyla akciğer, kas, böbrek, dalak ve kemikler izlemektedir. Pelvik inokülasyon ise oldukça nadirdir ve genellikle sekonder olarak görülür. Bu raporda, klinik olarak tuboovaryan apseyi düşündüren abdomen, dalak ve pelvik organlarda gelişen primer kist hidatik olgusu sunulmaktadır. On dokuz yaşında kadın hasta, iki gündür süren karın ağrısı şikayetiyle kadın doğum polikliniğine başvurmuş ve ilk muayene bulgularına göre tuboovaryan apse olarak değerlendirilmiştir. Tedavi için takibe alınan hastaya transabdominal ultrason uygulanmış ve sol overde 44 x 43 mm ince duvarlı, septalı ve dalakta 65 x 65 mm ince duvarlı multiloküle kistler izlenmiştir. Yapılan abdominal bilgisayarlı tomografide ise dalak, ön abdominal duvar ve sol overde multiveziküllü kistik kitleler görülmüştür. Hastanın vital bulgularının kötüleşmesi üzerine önce laparoskopik olarak ovaryan kistektomi uygulanmış; ardından hasta abdominal kistektomi ve splenektomiye alınmıştır. Operasyon ile çıkarılan örneğin makroskopik incelemesinde hidatik kiste özgü germinal membran ve kist kumu görülmüş, hidatik kist tanısı histopatolojik inceleme sonucunda doğrulanmıştır. Albendazol (15 mg/kg/gün, 3 ay) tedavisi verilen hasta postoperatif altıncı gün komplikasyonsuz olarak taburcu edilmiştir. Olgunun acilen ameliyata alınması nedeniyle operasyon öncesi indirekt hemaglutinasyon (IHA) testi yapılamamış; postoperatif üçüncü aydaki kontrolde, serum örneğinde çalışılan IHA testi 1/32 titrede pozitif bulunmuştur. Sonuç olarak, parazitin ülkemizdeki prevalansı göz önünde bulun-

İletişim (Correspondence): Yrd. Doç. Dr. Ülkü Karaman, Ordu Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Ordu, Türkiye.
Tel (Phone): +90 530 789 9965, E-posta (E-mail): ulukaraman44@hotmail.com

durularak, karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların ayırıcı tanısında pelvik hidatik kistin de dikkate alınması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: *Echinococcus granulosus*; hidatik kist; pelvik kist hidatik; tuboovaryan apse.

ABSTRACT

Primary lesions of hydatid cysts caused by *Echinococcus granulosus*, are frequently localized in liver, followed by lungs, muscles, kidneys, spleen and bones. Pelvic inoculations are rare and usually occur as a secondary infection. In this report, a case of primary hydatid cyst in the abdomen, spleen and pelvic organs, clinically mimicking tuboovarian abscess, was presented. A nineteen-years-old female patient was admitted to the gynecology outpatient clinic with the complaint of abdominal pain for two days. The case was considered as tuboovarian abscess according to the initial examination findings and hospitalized for treatment and follow-up. In transabdominal ultrasound examination, 44 x 43 mm thin-walled septated cysts in the left ovary and 65 x 65 mm thin-walled multiloculated cysts in the spleen were detected. Abdominal computerized tomography also yielded multivesicular cystic masses in spleen, front abdominal wall and the left ovary. Since the clinical and vital findings worsened, she initially underwent ovarian cystectomy by laparoscopy, then abdominal cystectomy and splenectomy. The operation material examined macroscopically was compatible with hydatid cyst with the characteristics of a germinative membrane and hydatid sand. The diagnosis was confirmed by histopathological examination. The patient was discharged without complication on post-operative sixth day, with a recommendation of albendazol (15 mg/kg/day, 3 months) treatment. Since the patient had undergone emergency surgery, indirect hemagglutination (IHA) test had not been performed pre-operatively. However, post-operative third month serum sample revealed a positive (1/32) IHA titer. In conclusion, hydatid cyst should be kept in mind in the differential diagnosis of patients with abdominal pain, in response to the high prevalence of the parasite in our country.

Key words: *Echinococcus granulosus*; hydatid cyst; pelvic cyst hydatid; tuboovarian abscess.

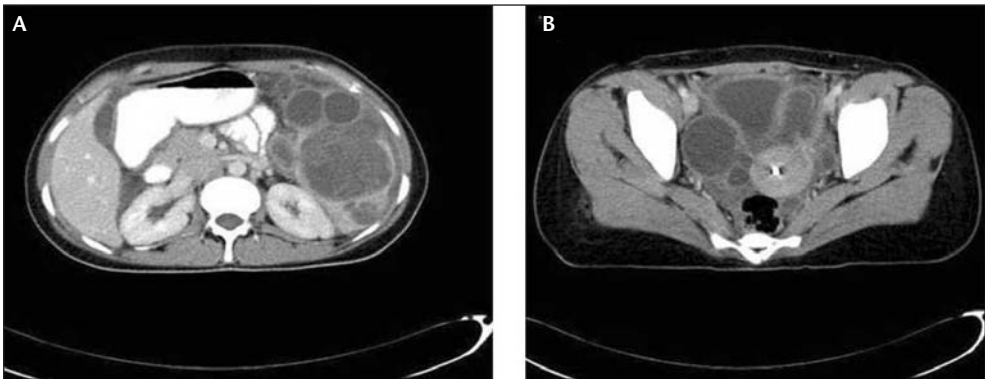
GİRİŞ

Echinococcus granulosus, 2-7 mm boyunda, 0.6 mm eninde, 3-4 halkadan oluşan küçük bir sestod olup, erişkini köpek, kurt ve çakal gibi hayvanlarda yaşarken; larvası sığır, koyun ve insanlarda hidatik kist hastalığına neden olur¹. Parazit en çok karaciğerde yerleşmekte, bunu sırasıyla akciğer, deri altı dokusu, böbrek, dalak ve kemikler izlemektedir². Kist oluşumu ayrıca, dolaşım ve sinir sistemi, plevra ve pelvik organlar gibi birçok organda da görülebilir. Pelviste saptanan kistlerin %80'inde overler uterustan sonra en çok etkilenen organlardır³. Ülkemizde hidatik kist hastalığının yaygınlığı 6.3/100.000 olarak bildirilmektedir⁴. Karaciğer dışındaki hidatik kistlerin kliniği, allerjik reaksiyon, sekonder enfeksiyon, basıya bağlı semptomlar veya rüptürün olmadığı durumlarda asemptomatik seyreder⁵.

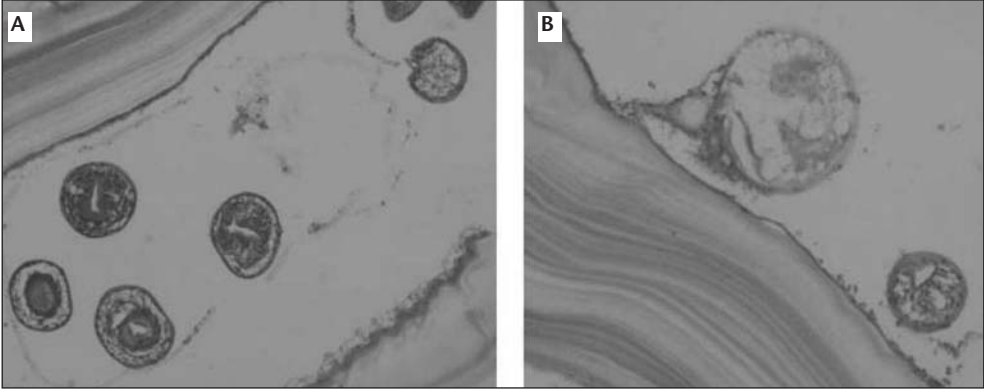
Bu raporda, pelvik inflamatuvar hastalık ile komplike olan over kist hidatiğinin geliştiği bir olgu sunulmakta olup, klinik olarak karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastalarda, ülkemizde parazitin prevalansı göz önünde bulundurularak, hidatik kistin düşünülmesi gerekliliğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Kadın doğum polikliniğine iki gündür süren karın ağrısı şikayetiyle başvuran 19 yaşındaki kadın hastanın anamnezinde; evli olduğu, üç gebelik ve bir düşük geçirdiği, yaşayan iki çocuğunun olduğu tespit edilmiştir. Yapılan fizik muayenesinde; alt abdominal bölgede minimal hassasiyet mevcut olup, yapılan vajinal muayenesinde; servikal hassasiyet, lökore tespit edilmiş; kontrasepsiyon amaçlı dört yıldır kullandığı rahim içi aracın (RİA) olduğu görülmüştür. Hastanın vücut sıcaklığı 38.1°C, kan basıncı 110/70 mmHg ve nabızı 87/dakika olup, laboratuvar sonuçlarına göre beyaz küre: 4600/µl, hemoglobin: 10 g/dl, AST: 23 U/L, ALT: 22 U/L, LDH: 173 U/L ve C-reaktif protein: 6.02 mg/L'dir. İlk muayene bulguları dikkate alınarak; tuboovaryan apse ön tanısıyla takip ve tedavi için yatışı yapılan hastanın transabdominal ultrasonografi (US)'sinde, uterin kavitede RİA, doğulasta mayii, sol overde 44 x 43 mm ince duvarlı, septalı ve dalakta 65 x 65 mm ince duvarlı multiloküle kist görülmüştür. Bilinen kist hidatik öyküsü olmayan hastada US bulguları sonrası kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) yapılmış ve dalak, ön abdominal duvar ve sol overde multiveziküllü kistik kitleler görülmüştür (Resim 1). Ateşi yükselen ve vital bulguları kötüleşen, karın ağrısı artan hasta acil laparoskopiyeye alınmış, eksplorasyonda; abdominal kavitede 1000 cc serbest pürülan mayi, ön abdominal duvara yapışık 40 x 40 mm kistik kitle, tüm batında yaygın çok sayıda en büyüğü 30 x 30 mm'lik kistik kitleler ve ayrıca sol overde en büyüğü 40 x 30 mm olan, birkaç adet ince duvarlı loküle kistler tespit edilmiştir. Bu doğrultuda laparoskopik olarak sol ovaryan kistektomi uygulanmış ve kist perfore edilmeden çıkarılmıştır. Batın, batın ön duvarı ve dalaktaki kistler nedeniyle genel cerrahi uzmanı operasyona dahil olmuş; göbek altı medyan insizyonla laparotomiye geçilmiş, abdominal kistektomi ve splenektomi uygulanmış ve batın yaklaşık 3000 cc serum fizyolojikle yıkanmıştır. Yapılan makroskopik incelemede hidatik kist için patognomonik olan germinatif membran ve hidatik kum gözlenmiştir. Hastanın acilen ameliyata alınması nedeniyle operasyon öncesi indirekt hemaglütinasyon (IHA) testi yapılamamıştır. Postoperatif takip için hasta genel cerrahi servisine sevk edilmiştir.



Resim 1. A) Dalakta hidatik kist; B) Sol over ve abdominalde hidatik kist (BT).



Resim 2. A) Aselüler lameller membran ve skoleksler; B) Aselüler lameller membran (HE, 20x).

Postoperatif dönemde hastanın vital bulguları normal sınırlarda seyretmiş, 15'er gün ara vererek üç ay kullanmak üzere hastaya albendazol (15 mg/kg/gün) tedavisi başlanmıştır. Hasta altıncı gün komplikasyonsuz olarak taburcu edilmiş ve postoperatif seroloji ve görüntüleme kontrolü için takibe alınmıştır. Hastadan alınan örneğin histopatolojik incelemesi sonucunda hidatik kist tanısı doğrulanmıştır (Resim 2). Postoperatif üçüncü aydaki kontrolde, hastanın abdominal US'unda hidatik kist saptanmamış, serum örneğinde çalışılan IHA testi 1/32 titrede pozitif sonuç vermiştir. Postoperatif altıncı ayda ikinci kontrolüne çağırılan hasta kontrole gelmediğinden IHA testi tekrarlanamamıştır.

TARTIŞMA

Kist hidatik %85-90 oranında tek organ tutulumuyla seyretmekte, primer lezyonlar en sık karaciğer, akciğer ve kaslarda ortaya çıkmaktadır. Pelvik organlara yayılım ise genellikle karaciğerdeki primer kistin rüptürü sonucu meydana gelir⁶. Pelvik hidatik kist semptomları özgül değildir ve abdominal ağrı, menstrüal düzensizlik, infertilite ve üriner sistem hastalıklarıyla karıştırılabilir⁷. Overdeki hidatik kist ise overin polikistik hastalığı ya da maligniteyi taklit edebilir⁸. Gündoğdu ve arkadaşlarının⁹ çalışmasında, Erzurum ve çevresinde incelenen 133 hastanın birinde dalak, omentum, uterus, over ve batını birlikte tutan kist hidatik olgusu bildirilmiştir. Tepetes ve arkadaşları¹⁰, US ve BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleriyle 28 yaşında bir hastada sol overin yanında 9 x 8 cm boyutunda saptadıkları retroperitoneal kist hidatik olgusunu tanımlamışlardır. Çakıcı ve arkadaşları¹¹ da, karın ağrısı ve düzensiz adet şikayetiyle başvuran üç kadının overlerinde kist hidatik tespit etmişler; kistlerin cerrahi operasyonla çıkarıldığını bildirmişlerdir. Bicher ve arkadaşları¹² ise, endemik bir bölgede 20 yıllık süre içinde 532 hidatik kist olgusunu incelemişler ve 12'sinde pelviste hidatik kist saptamışlardır¹².

Hidatik kistin serolojik tanısında IHA, indirekt floresan antikor (IFA), ELISA ve Western Blot (WB) gibi yöntemler kullanılmakta olup, hastalığın doğrulanmasında WB yönteminin daha üstün olduğu belirtilmektedir¹³. Hidatik kist tanısı için görüntüleme yöntemleri ise hastalığa ait bazı patognomonik özellikleri saptamada büyük yarar sağlamaktadır. Abdominal US ile hidatik kum, yüzen membran, kız kist ve veziküller görülebilmektedir.

BT, kalsifikasyonun gösterilmesinde ve kistin iç yapısının izlenmesinde yardımcı iken; perikist, hidatik kum ve kız kistler MRG ile görüntülenir¹⁴. Ancak tanıda, görüntüleme tekniklerine paralel olarak serolojik yöntemlerden de yararlanılmasının uygun olduğu vurgulanmaktadır^{4,6}. Sunulan olguda da, klinik olarak tuboovarian apse tanısı konulmuş olan hastaya yapılan US sonrasında multiloküle kistler izlenmiş, ancak acil şartlarda yapılan değerlendirmeler hastalığın tanısının konulmasında yeterli olmamıştır. Hastada operasyon öncesi serolojik testler yapılamamış, operasyon sonrası üçüncü ayda ise IHA titresini 1/32 olarak saptanmıştır.

Cerrahi girişim ile lezyonun tamamen çıkartılması, hidatik kistlerde genellikle ilk tedavi seçeneği olarak kabul edilir¹⁵. Operasyon sırasında kistin patlamaması için gerekli önlemlerin alınmasının yanı sıra, kist aspirasyonları sırasında da salinli ajanların kullanımının, sekonder kistlerin oluşumunu engelleyebilmesi açısından gerekli olduğu rapor edilmiştir¹⁶. Kist hidatiğin antimikrobiyal tedavisinde ise albendazol kullanımı yaygındır. Klinik araştırmalarda, preoperatif 3-7 günlük albendazol tedavisinin kistlerde önemli ölçüde başarılı olduğu gösterilmiştir. Postoperatif dönemdeki uygulama süresi, 10-15 mg/kg dozunda bir aydan bir yıla kadar değişmektedir. Postoperatif dönemde serolojik testlerin negatifleşmesi esas alındığı gibi, altı aylık uygulamaların da yeterli olduğu görülmüştür¹⁷. Sunulan olguda da, cerrahi tedavi sonrası 15 gün ara vererek üç ay kullanmak üzere 15 mg/kg/gün albendazol tedavisine başlanmıştır. Üç ay sonra gelen hastanın IHA sonucu 1/32 olarak bulunmuş ve radyolojik olarak hidatik kistle uyumlu bir yapıya rastlanmamıştır. Bu durum, hastanın ilk takibinde nüks gözlenmediği şeklinde yorumlanmıştır. İkinci kontrol için üç ay sonra gelmesi gerektiği açıklanan hasta kontrole gelmemiş ve herhangi bir şikayetle kliniğe başvurmamıştır. Sonuç olarak, karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların ayırıcı tanısında pelvik hidatik kistin de düşünülmesi gerektiği ve hastalığın seyri ve takibinde görüntüleme yöntemlerinin yanı sıra serolojik testlerin de yararlı olacağı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Tsaroucha AK, Polychronidis AC, Lyrantzopoulos N, et al. Hydatid disease of the abdomen and other locations. *World J Surg* 2005; 29(9): 1161-5.
2. Aksu MF, Budak E, Ince U, Aksu C. Hydatid cyst of the ovary. *Arch Gynecol Obstet* 1997; 261(1): 51-3.
3. Baba A, Chaieb A, Khairi H, Keskes J. Epidemiological profile of pelvic hydatidosis. 15 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1991; 20(5): 657-60.
4. Yazar S, Ozkan AT, Hökelek M, et al. Cystic echinococcosis in Turkey from 2001-2005. *Turkiye Parazitoloj Derg* 2008; 32(3): 208-20.
5. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletras H. Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998; 22(1): 17-22.
6. Unat EK, Yücel A, Altaş K, Samastı M (ed). *Echinococcus granulosus* ve parazitliği, s: 440-53. Unat'ın Tıp Parazitolojisi. İnsanın Ökaryonlu Parazitleri ve Bunlarla Oluşan Hastalıkları. 1995, 5. baskı. Doğan Matbaası, İstanbul.
7. Dede S, Dede H, Caliskan E, Demir B. Recurrent pelvic hydatid cyst obstructing labor, with a concomitant hepatic primary. A case report. *J Reprod Med* 2002; 47(2): 164-6.
8. Khare DK, Bansal R, Chaturvedi J, Dhasmana PJ, Gupta S. Primary peritoneal echinococcosis masquerading as an ovarian cyst. *Indian J Surg* 2006; 68(3): 173.

9. Gündoğdu C, Arslan R, Arslan MO, Gıcık Y. Evaluation of cystic and alveolar echinococcosis cases in people in Erzurum and surrounding cities. *Turkiye Parazitol Derg* 2005; 29(2): 163-6.
10. Tepetes K, Christodoulidis G, Spyridakis M, Hatzitheofilou K. Large solitary retroperitoneal echinococcal cyst: a rare case report. *World J Gastroenterol* 2007; 13(45): 6101-3.
11. Çakıcı C, Korkmaz L, İnan İ, Demirtola F, Yılankırkan H, Gökmen B. Ovarian kitlelerin ayırıcı tanısında kist hidatik. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1994; 4(1): 46-8.
12. Atin H, Shyamapada P, Khaled, Saswati H. An unusual case of hydatid cyst of the ovary and pouch of Douglas. *J Obstet Gynecol India* 2010; 60(4): 345-7.
13. Bulut H, Doymaz MZ. Blotlama teknikleri ve mikrobiyolojide kullanımları, s: 123-37. Durmaz R (ed), *Uygulamalı Moleküler Mikrobiyoloji*. 2001, Nobel Tıp Kitabevi, Malatya.
14. Çeçe H, Yıldız S, Karakaş E. Kist hidatik hastalığında görüntüleme yöntemleri. *Turkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2010; 3(2): 15-21.
15. Beytur A, Karaman U, Samdancı ET, Yakupođullari Y, Tatar Y. Case report: primary renal hydatid cyst. *Turkiye Parazitol Derg* 2009; 33(3): 236-8.
16. Zia S, Enam A, Salahuddin I, Khan A. Role of irrigation with hypertonic saline for a recurrent skull base hydatid cyst: case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J* 2010; 89(9): 22-6.
17. Yetim İ, Erzurumlu K. Karaciğer hidatik kistleri tedavisinde güncel yaklaşımlar. *J Clin Anal Med* 2013; 4(1): 64-71.