

JİNEKOLOJİDE SEYREK GÖRÜLEN BİR OLGU OVER KİST HİDATIĞI

Kaya D, Sayrak H, Yayıcı E, Güran G, Süer N

ÖZET

Hidatik kist, Taeniq echinococcus'un sebep olduğu parazitik bir hastalıktır. En sık ve en önemli yerleşim yeri karaciğerdir. Bununla beraber pelvik organlarda da yerleşimleri görülebilmektedir. Ancak primer olarak uterus ve over gibi pelvik organlarda görülebilmesi nadirdir. Bu vakada primer over yerleşimli hidatik kist rapor edilmiştir. Tanısı klinik olarak değil histopatolojik olarak konulmuştur. Bu vakanın ilginç tarafı, laboratuvar bulgusu olmadan hidatik kist hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu da bize toplumda bilinen ya da tahmin edilenden belki de çok daha fazla oranda bu hastalığa rastlanıldığını işaret etmektedir.

SUMMARY

Hydatid cyst is a parasitic disease caused by Taenia echinococcus. The first and most important site for this parasite is the liver. However, it can be seen in pelvic organs. But, primary involvement is very rare in the uterus and ovary. We reported a primary involvement of the ovary. It diagnosed by microscopic studies not by clinic experience. It is interesting that this case had seen without any laboratory findings. At this point, this case demonstrate that it may be seen in the world more than we know or expect.

GİRİŞ

Hidatik kist, yassı bir kurt olan Echinococcus granulosus'un sebep olduğu parazitik bir hastalıktır. En sık yerleşim yeri karaciğerdir. Literatürde omentum, mezenter, periton, beyin kas, ligamentum latum, tiroid, subkutanöz doku, meme ve arteria femoralis lümeni gibi çok nadir yerleşim yerlerinden de bahsedilmektedir (1). Bu vakada primer over yerleşimli hidatik kist rapor edilmiştir. Çünkü hidatik kist, toplum sağlığı yönünden yurdumuzda ve tüm dünyada önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

OLGU

Hasta F.K., 50 yaşında, ev kadını, Kars doğumlu. Gravida 6, para 4, abortus 2. Son 2-3 yıldır düzensiz aralarla adet gördüğünü ifade etmektedir. Sol kasık bölgesinde artan ağrılar nedeniyle polikliniğimize başvurmuş olup jinekolojik muayenesinde sol adneksiyal kitlesinin saptanması üzerine operasyon amacıyla hastanemize yatırılmıştır.

Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik bulunmayan hastanın jinekolojik muayenesinde, serviks multipar görünümde, uterus normal cesamette idi. Sol adneksiyal alanda yaklaşık 7cm'lik mobil kitle tesbit edildi, sağ adneksiyal alan tabii idi. Ultrasonografik tetkikte sol adneksiyal alanda, uterus önüne doğru uzanım gösteren 60x54x70mm boyutlarında, anekoik ince cidarlı, içerisinde septasyon ve mural nodül izlenmeyen basit kistik oluşum saptandı.

Rutin laboratuvar değerleri normal olan hastanın serum tümör markerları AFP: 1.1ng/ml, CEA: 1.9ng/ml, beta HCG: 0.9mIU/ml, CA 19-9:2.5 U/ml, CA 125:0.1 U/ml olup normal sınırlarda olarak değerlendirildi.

Hasta sol adneksiyal kitle nedeniyle total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooforektomi operasyonu olup postoperatif komplikasyonsuz olarak 8. günde taburcu edilmiştir.

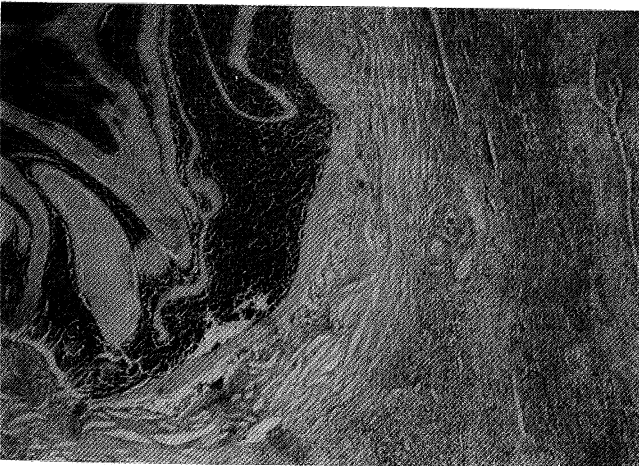
Resim 1: Overin kesiti. 5mm çapta kalsifiye odak. Kortekste yerleşmiş iki küçük folikül kisti ve 2 cm çapta basit seröz kist.



Specimenlerin histopatolojik tetkikinde uterus 8.5x6x3.5 cm ölçümlerinde idi. Ayrıca gönderilmiş 5x3x2 cm ölçülerinde over ve üzerinde 6cm'lik tubası bulunan 9cm çapta ince cidarlı kist içeren diğer over bulunuyordu. Küçük olan overin kesitinde en büyüğü 1.5cm çapta 6 adet folikül kisti, 2 cm çapta basit seröz kist ve 5mm çapta kalsifiye bir odak görüldü. Uterus kesitinde myomatö bir yapıya rastlanmadı, endometrium dar bir tabaka halinde idi; servikste nabothi kistleri vardı.

Mikroskopik bulgular: Overde tarif edilen 5mm'lik odakta katlanmış kutiküler membran parçaları çevresinde distrofik kalsifikasyon ve yabancı cisim tipinde iltihabi infiltrasyon görüldü.

Resim 2: Hematoksilen eosinx40, Kalsifiye odağın ışık mikroskopik görünümü. Over stroması içinde, dejenere, kalsifiye olmuş hidatik kist kalıntısı. Kutiküler membran katlanmış ve çevrede hafif şiddette granümatöz iltihap var.



TARTIŞMA

Çok ufak bir sestod olan *Echinococcus granulosus*'un yumurtalarının başlıca bulaşma kaynağı, kıllarına yumurta bulaşmış köpeklere elle temastır. Böylece insanların sindirim sistemine giren bu yumurtaların larva dönemi başlar. Vena porta yoluyla önce karaciğere ulaşırlar daha sonra da sistemik dolaşım ile tüm vücuda dağılırlar. Kist hidatik vakalarında kuluçka devri 10-20 yıl kadar uzun olabilir. İlk ve en sık yerleşim yeri de karaciğerdir (2,3). Eldeki veriler insanda bulaşımın klinikte saptanan semptomatik hastalıktan çok daha yüksek oranlarda olduğunu düşündürmektedir (4). Çünkü erken gelişim aşamasında kiste karşı gelişen inflamatuvar yanıt onun akibetini de belirlemektedir. Bu yanıt yoğun ise parazitin dejenerasyonuna ve ölüme yol açabilmektedir (4,5).

Olgumuz histopatolojik tanımlama ile ortaya çıkmış olup vaka retrospektif olarak tekrar ele alınmıştır. Sistemik ekinokokkus hastalığı için yapılan tüm biyokimyasal ve serolojik testler (hemaglütinasyon testi) negatif çıkmıştır. Tüm batin ultrasonografisinde ve akciğer grafisinde, batin, karaciğer ve akciğerde yer kaplayan herhangi bir oluşuma rastlanmamıştır. Radyolojik testlerden kemik ve karaciğer sintigrafileri değerlendirilmiştir. Kemik sintigrafisi normal sınırlarda olup karaciğer-dalak sintigrafisinde her iki organın normalden biraz iri olduğu saptanmış ancak yer işgal eden lezyon gözlenmemiştir.

Primer ve sekonder pelvik hidatik kist hastalığının sıklığı literatürde %2 olarak verilmektedir (6). Bunlar içinde uterus ve over yerleşimli olanlar ilgi çekicidir (7,8,9). Çoğu histopatolojik olarak tanımlanmış olup hastanemiz Patoloji Kliniğinde incelenen 1984-1997 yılları arasındaki 233 adet hidatidoz olgusu içinde over yerleşimi 6 adettir. Literatürde over yerleşimi oranı %0.2-2 iken bizde bu oran %2.5'tir.

Bu vakanın ilginç tarafı, laboratuvar bulgusu olmadan hidatik kist hastalığının gö-

rülmüş olmasıdır. Bu da bize toplumda bilinen ya da tahmin edilenden belki de çok daha fazla oranda bu hastalığa rastlanıldığını işaret etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Patiroğlu TE, Turgutalp H, Kanderim B, Bağrıaçık Ş, Karagöz F: The infrequent localization of the hydatid cyst, *Erciyes Med J* (Turkey) S: 393, 1983.
2. Prof. Dr. Ö. Anđ İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları 1987; Cilt 10 Sy:371-2.
3. Merdivenci A. Türkiye'de hidatik kist hastalığı. İst. Üniv. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını, No: 2145/36,1-55, 1982.*
4. Heyneman D., McKerrow JH. Parasitic Disease. In: Stites DP, Staba JD, Wells JV (eds) Basic Clinical İmmunoloji. 6th ed. *Appleton-Lange Norwalk Connecticut*, 1987, p:646-7
5. Gutierrez Y., Diagnostic pathology of parasitic infections with clinical correlations Lea-Febiger, *Philadelphia, London* p:461-471, 1990.
6. Gabsi Y., Brahem E., Djerroud R., Khouja H, Merieh S, BenAmor MS. Pelvic hydatid echinococcosis in women in the maternity ward at the Habib Thameur University Hospital 1978-1982 *J Gynecol Obstet. Biol Repdor.* (Paris). 1983;12(7):751-754.
7. Okumuş, Y, Tayyar M, Patiroğlu T, Aygen E; Uterin hydatid cyst, a case report. *Int. J Gynecol. Obstet.* 1994 **45:51-53.**
8. Hangual H; Habibi H; Moshref A; Rahimi A, A case report of an ovarian hydatid cyst *J Trop Med. Hyg.* 1979 Feb, **82:2,34-5.**
9. Ushap; Tiwari PV; Khanna A; Garg M Hydatid cyst of ovary-a case report *Indian J Pathol. Microbiol.*, 1994 **Jul, 37:3,349-51.**

Yazışma adresi:

Doç. Dr. N. Süer

SSK Göztepe Eğitim Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

IV. Nisaiye Kliniđi