

Primer Retroperitoneal Pelvik Kist Hidatik Olgusu Sunumu

*Güler ATEŞER, **Hülya ÖMER, ***Serpil ÖZEN, ***Kemal BEHZATOĞLU, ***Tayyibe DERİCİ, **Ramazan ÖZYURT, ****Birtan BORAN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

*Klinik Şef Muavini, **Asistan Dr, ***Uzman Dr, ****Klinik Şefi

Yazışma Adresi: SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 1. Kadın Doğum Kliniği,

Samatya- İstanbul. **Tel:** 0212 588 44 00 **e-mail:** ateserge@superonline.com

Bu çalışma Zeynep Kamil XX. Jineko-patoloji Kongresinde (19-21 Haziran 2002-İstanbul) poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Tubaovariyen abse öntanısı ile opere edilen bir primer retroperitoneal pevik kist hidatik olgusu nadir olması nedeniyle sunuldu.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, retroperitoneal yerleşim.

SUMMARY

Primary Retroperitoneal Pelvic Cyst Hidatid: A Case Report

A case of primary retroperitoneal pelvic cyst hydatid diagnosed as tubo-ovarian abscess was presented.

Keywords: Hydatid cyst, retroperitoneal location.

GİRİŞ

Ekinokokus granüloza, tilki, kurt ve köpek gibi ana konakların ince barsak villuslarına yapışık olarak yaşar. Domuz, koyun, inek ve insan gibi ara konaklar tarafından feçesle kirlenmiş köpek tüylerinin el ve ağızla tesadüfi bulaşmasıyla yumurta yutulduğunda koruyucu membran kaybolur, embriyo duodenum ve jejunumun ilk kısmının mukozasına penetre olur ve portal sistemin venöz damarlarına girer ve böylece karaciğere ulaşır. Bir kısmı karaciğeri geçerek inferior vena cava yoluyla diğer organ ve dokulara yayılır. Yumurtalar buralarda hidatik kist oluşturur.

Olguların %90'ına yakını akciğer ve karaciğer kapiller damar yatağında oluşur. Fakat hemen hemen tüm organlarda olabilir. Bazı araştırmacılar, embriyonun ince barsak lenfatiklerinden de karaciğer dışındaki diğer organlara ulaşarak kist hidatik oluşturduklarına inanmaktadır. Dalak, pankreas, safra kesesi, koledok kanalı, omentum, beyin, göz, spinal kord, tonsil, myokard, karın duvarı, göğüs duvarı, tiroid bezi, bronşlarda, submandibular, meme, axilla, böbrek, over, uterus, vajina, kemik, uyluk ve pelvis bugüne kadar kist hidatik bulunduğu belirtilen bölgelerdir(1,2)

OLGU

Bayan S.C. 33 yaşında, 7 yıllık evli, 1 doğum yapmış, doğum sonrası RİA ile korunmuş, 1 yıldır korunmadığı halde çocuk sahibi olamamıştır. Özgeçmişinde 7 yıl önce yapılmış apendektomi operasyonu var. Soygeçmişinde bir özellik yok. Hasta acil servisimize yüksek ateş ve karın ağrısı şikayeti ile başvurmuştur. Yapılan muayenesinde; TA:120 / 70 mmHg, nabız taşikardik, ateş:38,5 °C idi, lökositoz mevcuttu. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Jinekolojik muayenede, vulva-vajen normal, kolum forme, exutero mukopürülan akıntısı vardı. Kolum hareketleri ağrılıydı. Uterus sınırları net alınamıyordu. Uterus her iki yanında semi solid 10cm çaplı kitlelerle beraber alınmaktaydı. Kitlelerin hareketleri sınırlı ve ağrılıydı.Yapılan ultrasonografide, uterusun her iki yanında kalın duvarlı, ince septalı, kistik, tubaovaryan abse düşündürülen kitleler mevcuttu. Tubaovaryan abse ön tanısıyla hasta operasyona alındı. Batın eksplorasyonunda sağ adneksiyal bölgede pelvis tabanına ve barsaklara yapışıklığı olan 10x8x6 cm boyutlarında kistik kitle tesbit edildi. Kitle çevre dokulardan disseke edilerek tümüyle çıkarıldı. Diğer tarafta overin normal olduğu tubada hidrosalpenks hali geliştiği ve ligamentum latum yaprakları altında

10 cm çapında retroperitoneal yerleşmiş bir kitle olduğu gözlemlendi. Tuba genişlemiş ve harap olduğu ve fimbriyaları kapanmış olduğundan çıkartıldı. Hastanın yaşı nedeniyle over korunarak retroperitoneal bölgeye girildi. Kitle etrafından disseke edilerek çıkartılmaya çalışılırken ~2 mm'lik bir noktadan kitle açıldı, içerisinden berrak sıvı ile birlikte veziküllerin çıktığı gözlemlendi. Kitle tamamen çıkartıldı. Batın eksplorasyonunda diğer organlarla ilgili herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Retroperitoneal kitle çıkarılan loja hemovak diren konularak operasyona son verildi. Postoperatif dönemi sorunsuz geçti. Histopatolojik tetkik sonucu: Sol retroperitoneal kitle, kist hidatik; sağ over, endometriozis ve kanamalı luteinize folikül, nonspesifik ooforit; sağ tuba, paratuber kist; sol tuba, hidrosalpenks olarak geldi (**Resim 1**). Hastaya postoperatif batın ultrasonografisi, akciğer grafisi yapılarak başka bir kist hidatik odağı olup olmadığı araştırıldı.

Resim 1: (HE x 200) Kesitlerde kist hidatiğe ait kütükula



Diğer organlar normal olarak değerlendirildi. Retroperitoneal çıkartılan kist hidatiğin primer olduğu belirlendi. Hastaya tedavi ve rekürrensi önlemek amacıyla, Albendazol 400mg / gün 3 ay süreyle kullanmak üzere verildi. Hastanın 6 hafta sonra yapılan kontrol ultrasonografisinde, sağ adnexiyel bölgede 6x4cm boyutlarında, heterojen kitle, solda ise, 4x4cm boyutlarında, granüler ekojenitede kistik kitleler tespit edildi (**Resim 2 ve 3**).

Hastaya verilen tedavi dozunun yeterli olmadığı düşünülerek Albendazol dozu 800 mg/gün şeklinde yeniden düzenlendi ve praziquantel eklendi. Hastalık kontrol altına

alındı ve halen hasta izlenmektedir.

Resim 2: Postoperatif altıncı haftada yapılmış pelvik tomografide nükle bulgusu



Resim 3: 800 mg/gün Albendazol tedavisi sonrasında kitlede santanan küçülme.



TARTIŞMA

Kist hidatik özellikle hayvancılığın fazla yapıldığı ülkelerde endemik olarak görülür. Akdeniz ülkeleri, Ortadoğu, Afrika'nın bazı bölgeleri, Latin Amerika, Çin, Yeni Zelanda insan enfeksiyonunun en sık görüldüğü ülkelerdir(1) Yurdumuzda da çok sayıda kist hidatik olgusu yayınlanmıştır (6,7). Hastamız İstanbulda ikamet etmekle birlikte hayvancılığın fazla yapıldığı Ardahan da doğmuş ve halen aynı bölge ile ilişkisini sürdürmektedir. Kist Hidatik tanısı konulması güç bir hastalıktır. Hidatik kistin duvarında 3 tabaka mevcuttur. Bunlar, periferik fibroblast tabakası, ortada hyalinize tabaka ve en içte germinal tabakadır. Yavru kistler ve skolekslerin gelişmesi germinal tabaka tarafından olmaktadır. Bu yavru kistler hidatik kist içerisinde serbestçe yüzerler. Zamanla yavru kistlerin içerisindeki skolekslerin sayısı artar ve kistin büyümesine neden olur. Hidatik hastalığının patolojisi büyüyen kistlerin kitle etkisinden kaynaklanmaktadır. Tanı

anamnez almasına dayanır. %55-60 karaciğerde, %30 akciğerde yerleşir(1). Yerleşim yeri bu iki organdan biri olduğunda kist hidatik daha kolay hatırlanan bir hastalıktır ve tanıya daha çabuk ulaşılır. Fakat primer olarak nadir görülen bir bölgede rastlandığında tanı güç olacaktır.

Diğer bölgelerde genelde, primer karaciğer veya akciğer kist hidatigi operasyonunu sırasında veya büyüyen kistlerin rüptürü nedeniyle oluşmuş sekonder kistlere rastlanır. Ancak primer olarak %2.5 böbrekte, %2,5'i kardiyak, %2'si kemik, %1'i adale, %0,5'i beyin, %1,5'i ise dalak gibi organlarda nadir olarak da pankreas, omentum, over, adrenal bez, parametrium, pelvis, tiroid bezi, göz, mediastinum ve farklı adale gruplarına yerleşebilen bu hastalığı geçirilmiş bir kist hidatik operasyonu yoksa güç olacaktır. İki organda birden görülme olasılığı %5-13'tür (2).

Hastamızda retroperitoneal yerleşimli kistler, klinik muayanesinde ultrasonografik olarak uterusun iki yanına yerleşimi ve kalın cidarı, mültilobüle görünümü, overin kitleden ayrıca tanımlanamayışı, ateş ve ağrı şikayetide eklenince bizi tuba ovarian abseye yönlendirdi. Ancak operasyonda kistik tuba ve hidrosalpenks gelişmiş tuba alınıp retroperitoneal bölgeye girince diğer bir kalın cidarlı kitle olduğu görüldü. Bu kitle çıkarılmak için disseke edilirken açılan küçük bir noktadan gelen berrak içerik ve vesiküller kist hidatik olduğunu anlamamızı sağladı. Pelviste primer retroperitoneal yerleşimli kist oldukça nadirdir. Hastanın öyküsünde sadece apendektomi operasyonu vardır. Operasyon sonrası yapılan tüm batın ultrasonografisinde ve akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Başka bir klinik patolojisi bulunmadığından primer olduğuna karar verildi.

İlk pelvik kist hidatik vakası 1969'da yayınlanmıştır. 1986'da K.G.Kalogeris(1) 20-30 pelvik Ekinokok vakası yayınlamış ve bunların çoğunun sekonder, ancak birkaçının primer kist hidatik olduğunu belirtmiştir. Kist hidatik hastalığını oluşturan Ekinokokus Granulosus multiselüler bir parazittir. Kist hidatigin, büyük, uzun ömürlü, konağın iç organlarına bağlı olarak yaşayan ve inflamatuvar reaksiyonlara sebep olan antijenik bir yapısı vardır. Fakat pratikte kist hidatik

sadece minimal lokal inflamasyon oluşturur. Bu inflamatuvar cevap kompleman sistemi tarafından oluşturulur. Son çalışmalar göstermiştir ki, kist hidatigin duvar yapısı kompleman sistemini güçlü bir şekilde uyaramamaktadır. Parazitin yapısında bulunan protein olmayan, ısıya dayanıklı bir inhibitörün bu kompleman cevabın oluşmasını engelleyen faktör olduğu düşünülmektedir (3). Ekinokok kistleri mevcut hastalar yıllar boyu asemptomatik kalabilirler. Şüpheli bir kitle varlığında teşhiste serolojik testler yardımcı olabilir. Fakat hiçbir hastalık için patognomonik değildir. Negatif test hastalığı ekarte ettirmez. İntradermal Casoni test hastaların yaklaşık %50'sinde pozitif bulunmuştur. %40 hastada ise Weinberg test pozitifdir. %20-50 hastada eozinofili vardır. Kompleman fiksasyon, hemaglutinasyon testleriyle birlikte Casoni test kullanıldığında hastaların %90'ı doğru teşhis alır. Eozinofili görülebilir (4). Biz hastamızda operasyon sonrası indirek hemaglutinasyon testini (İHA) izlemde kullandık. Yapılan sonografi ve MR larda nüks gördüğümüzde postoperatif erken dönemde düşük olan testin 1/518 ulaştığını gördük. Kist hidatikte primer tedavi cerrahidir. Cerrahi işlem sırasında bulaşma olmaması için kistin açılmadan çıkarılması şarttır. Ancak operasyonda kistin açıldığı ve nadir yerleşimli bazı vakalarda cerrahi tam rezeksiyonun yapılamamasında veya rekürrens durumlarında Albendazol, rekürrensi önleyici ve tamamlayıcı tedavi olarak ve bazı çalışmacılar operasyon öncesi de profilaktik olarak da kullanılmaktadır(5,6).

Kist hidatigin aspirasyonu, hastalığın yayılmasına ve allerjik reaksiyona neden olduğundan önerilmemektedir. Cerrahi olarak çıkarılmayacak kistler haricinde bütün vakalarda kisti delmekten kaçınılmalıdır. Operasyon sırasında kist yırtılırsa larvaların çevre dokulara yayılması ve ciddi bir anaflaksi riski vardır. Eğer, kist aspire edilmek zorunda ise, daha sonra kist içerisine skoleksleri öldüren bir ajan doldurulmalıdır. Bu amaçla %30'luk NaCl, %2'lik formolin, %1'lik Iodine, %0,5'lik gümüş nitrat kullanılmaktadır. Tek bir canlı fertil skoleks, kistlerin yeniden oluşması için yeterlidir. Yeni bir kist hidatik oluşumu, sekonder hastalık olarak değerlendirilir. Genellikle sekonder kistlerin çıkarılması primerlere kıyasla daha zordur. Post operatif

bilmiyorduk ve açılma istemeksizin geliştiğinden önlem alamamıştık. Postoperatif nüksü önlemek için cerrahi kliniği ile görüşülerek 400mgr/gün Albendazol başlandı

Fakat 6 ıncı hafta kontrolde erken nüks görüldü ve literatürden edinilen bilgi ile albendazol dozu 800mgr/güne çıkarıldı. Hasta izleme alındı. Cerrahi rezeksiyonu sorun yaratacak olguların tedavisinde PAIR (puncture-aspiration-injection-re-aspiration) prosedür denilen bir yöntemle perkütenöz drenaj uygulanmaktadır (4,7,8).Kist hidatiğin kemoterapisinin etkinliği ile ilgili literatürler günümüzde çoğalmaktadır. Başlıca kullanılan ilaçlar, Albendazol ve Mebendazoldür. Mebendazolün kemik iliği toksisitesi ve % 5 oranında granulositopeni yapıcı etkisi vardır.

Karaciğer hastalarında, toksisite bozulmuş drog metabolizmasına bağlanabilirskole. Albendazolde benzer yan etkiler daha hafif görülür. Büyük dozlarda ağızdan alınan Mebendazolün plazmada ancak düşük dozlarda bulunduğu, gastrointestinal sistemden kötü emildiği ve kist sıvısında yeterli miktarda bulunmadığı tespit edilmiştir. Mebendazol daha çok intestinal parazitlerin tedavisi için mükemmel bir etki spektrumuna sahiptir. Kist hidatikte kullanılması tartışmalıdır. Albendazolün lehine yayınlar daha fazladır. Rekürren kist hidatik tedavisinde Albendazol, ilk seçilecek kemoterapötik ajandır (9). Albendazol ile kombine edilmiş Praziquantelin daha fazla etkili olduğu yönünde yayınlar vardır(9,10). Halkın eğitimi ve sağlık kontrollerinin yaygınlaştırılması endemik olduğu bölgelerde hastalığın daha az görülmesini sağlayacaktır. Hastalığı kontrol altına almanın ana koşulları şunlardır:

1. Sağlık eğitimi,
2. Sokak köpeklerinin kontrol altına alınması,
- 3.Köpeklerin aşılınması ve kaydı,
4. Köpeklerin düzenli antihelmintik tedavisi,
5. Bulaştırma riski olan çöplerin ortadan kaldırılması,
- 6.Mezbahaların merkezleştirilmesi,
- 7.Mezbaha artıklarının ıslah edilmesi.

Pelvik atipik kitlelerde yurdumuz hastalığın sık görüldüğü bir ülke olduğundan hatırlanmalıdır. Cerrahi işlem sırasında kist

hidatik düşünülduğünde rüptürden kaçınılmalı, kistin aspirasyonu gerektiğinde içine önerilen solusyonlardan biri enjekte edilerek bulaşma önlenmelidir. Bulaşmanın olduğu olgularda 800mgr/gün Albendazol verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kalogeris K.G., Cristoforidis L.I. and Miliadis N.M.: Primary retroperitoneal pelvic echinococcal cyst. *J.Urol* 1986; 137:1235-1236.
2. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletras H: Uncommon sites of hydatid disease. *World j Surg*1998; 22(1):17-22.
3. Diaz A., Irigoin F., Ferreira F., Sims R.B.: Control of host complement activation by the *Echinococcus Granulosus* hydatid cyst, *Immunopharmacology*1999; 42:91-8
4. Ockenga J., Gebel M., Caselitz M., Topalidis T., Boozari B., Bleck J., Manns MP.: 3D-ultrasound in imaging, diagnosis and follow up of an atypical hydatid cyst, *Z.Gastroenterol* 1998; 36:599-603.
5. Oliviero U, Scordino F, Scherllo G, Tosone G, Orlando R, Fazio S: Myocardial ischemia caused by an hydatid cyst of the interventricular septum successfully treated with albendazol. *Ital Heart J* 2000;1(6):431-434.
6. Baykaner MK, Doğulu F, Ozturk G, Edalı N, Tali T: A viable residual spinal hydatid cyst cured with albendazole. *Case report. J Neurosurg* 2000, 93(1suppl):142-144.
7. Ustunoz B., Alemdaroglu A., Bolukbasi N., Uzar A.I., Duru N.K.: Percutaneous treatment of hepatic hydatid cyst in pregnancy, *Arch. Gynecol. Obstet* 1999; 262:181-4.
8. Akhan A.,Ustunoz B.,Somuncu I.,Ozmen M.,Oner A.,Alemdaroglu A.,Besim A.: Percutaneous renal hydatid cyst treatment: long term result. *Abdom Imaging* 1998; 23:209-13.
9. Macnair A.L.: Mebendazole and hydatid disease, *Br. Med. J* April 1980
10. Morris D.L.:Pre-operative albendazole therapy for hydatid cyst.*Br. J. Surg* 1987; 74:805-806.
11. Todorov T., Vutova K., Mechkov G., et al.: Evaluation of response to chemotherapy of human cystic echinococcosis. *Br. J.Radiol* 1990; 63:523-531.