



Retrovezikal Yerleşimli Ekinokok Enfeksiyonu: Pelvik Hidatik Kistin Nadir Formu

Retrovesical Echinococcosis: A Rare Form of Pelvic Hydatid Cyst

Esra BOYBEK,¹ Burcu ARTUNC²

¹Özel Batman Dünya Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, Batman

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa

Özet

Pelvik ekinokok hastalığı, endemik bölgelerde yaklaşık %0.2 ile %0.9 arasında insidansa sahip olup oldukça ender rastlanılan bir durumdur, doğru tanısı cerrahi öncesi zordur. Doğum yapmamış 31 yaşında retrovezikal yerleşimli kist hidatik olgusu sunuldu. Spesifik klinik semptomları olmadığından, hastalıktan şüphelenmek tanıdaki anahtar noktadır, pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Pelvik hidatik hastalık; pelvik kitle; retrovezikal yerleşim.

Summary

Pelvic echinococcosis is a very rare condition with an incidence between 0.2% and 0.9% in selected regions, and accurate diagnosis is tough before surgery. We report a case of a 31-year-old nulliparous woman with a retrovesical hydatid cyst. Due to nonspecific symptoms, suspicion is the key in diagnosis and should be kept in mind in differential diagnosis of pelvic masses.

Key words: Pelvic echinococcosis; pelvic mass; retrovesical localization.

Giriş

Kist hidatik, ekinokok larvalarının neden olduğu helminetik bir hastalıktır. Dünyanın belirli bölgelerinde endemik olmasına rağmen, artan göçler ve global seyahatler nedeni ile aslında hemen her yerde görülmeye başlanmıştır. *Echinococcus granulosus* en sık görülen etkindir ve Akdeniz, Ortadoğu, Doğu Avrupa ve Güney Amerika bölgelerinde endemiktir.^[1] Hem sosyal koşulları hem de içinde bulunduğu coğrafya dolayısıyla ülkemizde de sık görülür. Ekinokok kistleri en sık karaciğerde (%75) ve akciğerde (%15) izlenmektedir. Pelvis, beyin, dalak, kon-

nektif dokular, meme bezleri, kalp ve kemik gibi atipik lokalizasyonlar tüm olguların ancak %10'unu oluşturmaktadır.^[2] Pelvik ekinokok hastalığı, endemik bölgelerde yaklaşık %0.2 ile %0.9 arasında insidansa sahip olup oldukça ender rastlanılan bir durumdur. Kesin tanısı cerrahi spesimenin histopatolojik incelemesi ile yapılabilir. Tüm pelvik olguların yaklaşık olarak %80'i overler veya uterusu olmak üzere genital bölgeleri tutar. Pelvik kistler genellikle vücudun diğer bölgesinde bir kistin rastlantısal olarak rüptürüne bağlı oluşmaktadır,^[1,3] ancak primer pelvik enfeksiyonlar da tariflenmiştir.^[4]

İletişim: Dr. Burcu Artunc.
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı, 45040 Manisa
Tel: 0236 - 233 19 20

Başvuru tarihi: 28.03.2012
Kabul tarihi: 09.05.2012
Online baskı: 18.03.2014
e-posta: artunc.burcu@gmail.com



Olgu Sunumu

Doğurmamış 31 yaşında kadın hasta kliniğimize altı aydır devam eden abdominopelvik ağrı ile başvurdu. Hasta 28 gün aralar ile düzenli adet görmekte ve son adetini hastaneye başvurmasından üç gün önce tarifledi. Altı ay önce aynı şikayet ile gittiği başka bir klinikte over kisti olduğu söylenmiş ve dört ay süre 30 mg etinil estradiol ve 3 mg drospirenon içeren oral kontraseptif önerilmişti. Bimanual jinekolojik muayenesinde, minimal sağ adneksial hassasiyet saptandı. Herhangi bir fiks kitle saptanmadı. Kan sayımı, kan biyokimyası normal sınırlar içerisindeydi. C-reaktif protein 4.8 mg/L idi. Ultrasonografik incelemede sağ adneksiyal alanda, sağ overden kaynaklandığı düşünülen 50x45 mm lobule heterojen yapıda, 2.5 mm kalınlıkta septalara sahip yarı katı kistik kitle tespit edildi. Sağ over ayrıca izlenmedi. Doppler ultrasonografi (USG) incelemede, kitlenin solid komponentinde vaskülarite saptanmadı. CA 125 normal sınırlarda tespit edildi. Hasta şehir merkezinde yaşamaktaydı ve hayvancılıkla ilgisi bulunmamaktaydı. Bu verilere dayanarak persiste pelvik kitle tanısı ile laparotomi planlandı. Pfannenstiel insizyon uygulandı. İncelemede uterus ve overler normal izlendi. Ancak uterus ön duvarı ile mesane arka duvarı arasında, overlerden bağımsız, mesane, uterus ve omentuma ileri derecede yapışık, nispeten kalın duvarlı yaklaşık 5 cm'lik multiloküle kistik yapı görüldü. Keskin ve künt diseksiyonla kist bütün olarak çıkarıldı ve patolojiye gönderildi. Komplikasyon olmadı. Kesin tanı 10 gün sonra gelen patoloji raporunda *Echinococcus granulosus* enfestasyonu şeklinde görüldü. Karın bilgisayarlı tomografisinde (BT) karaciğer sağ lob segment 7-8'de 7x5x6 cm, segment 6'da 4x3 cm ve segment 3'te 1 cm çaplı olmak üzere üç adet benzer özellikte kalın duvarlı kist hidatik lehine hipodens lezyonlar izlendi. Serum ekinokok hemaglutinasyon testi 1/2.048 olarak tespit edildi. Hastanın bu lezyonlarla ilişkilendirilecek herhangi bir şikayeti yoktu. Hastaya 400 mg albendazol başlanarak enfeksiyon hastalıkları kliniğine yönlendirilerek ameliyat sonrası üçüncü günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Tartışma

Pelvik kist hidatik çok ender görülen bir helmintik enfeksiyon olup insidansı yaklaşık olarak %0.2 ile %0.9 arasındadır.^[1,3] Pelvik tutulumun mekanizması halen çok net olmamakla birlikte, olguların çoğunda vücudun diğer bölgelerinde yerleşen kistlerin rastlantısal rüptürü sonucunda oluştuğu düşünülmektedir.^[1,3]

Bizim olgumuzda da, çok büyük olasılıkla karaciğerde asemptomatik hidatik kistin rüptüre olması pelvik tutulumuna neden olmuştur. Ancak primer pelvik ekinokok olguları da rapor edilmiştir.^[4] Tüm pelvik olguların yaklaşık olarak %80'i overler veya uterusu olmak üzere genital bölgeleri tutar.^[1] Tüm pelvik kist hidatik olgularının ise yaklaşık %0.5 ile %2'si retroperitoneal ya da retrovezikal tutulum göstermektedir.^[5] Fallop tüplerinin ve mesane ön yüz tutulumu ise daha da nadirdir.^[6]

Pelvik kist hidatik enfeksiyonunda, hastalığa özgü herhangi bir semptom yoktur. En sık rastlanılan belirti abdominopelvik ağrıdır. Daha sık olarak kronik pelvik ağrı görülse de ender olarak akut karın tablosu ile de prezente olabilir. Diğer belirtiler arasında menstrual düzensizlikler, infertilite, üriner sorunlar gibi çevre dokulara bası sonucu oluşan şikayetler sayılabilir.^[3,6] Özellikle retrovezikal yerleşimli kist hidatikte, sık idrara çıkma, ani işeme isteği, retansiyon, disüri gibi nonspesifik üriner şikayetler sıktır.^[7] Bizim olgumuz da defalarca sık idrara çıkma ve ani işeme isteği şikayetleri ile başvurmuş, ancak idrar incelemeleri normal sınırlarda izlenmişti.

Pelvik ekinokok enfeksiyonu pelvik malignansileri taklit edebileceği de akılda tutulmalıdır.^[8] Multikistik over ile de ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^[9]

Pelvik hidatid hastalığının tanısı ameliyat öncesi zordur ve özellikle endemik bölgelerde hastalıktan şüphe duyup ayırıcı tanıda düşünmek anahtar noktadır. Ancak bizim olgumuzda da olduğu gibi global seyahat ve artan göçler hastalığı genel bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Kırsal kesimde yaşayan 20-40 yaş arasında erişkinler en sık etkilenen yaş grubudur.^[10] Nonspesifik belirti ve bulgular nedeni ile ultrasonografi ve BT gibi görüntüleme yöntemleri ayırıcı tanıda büyük önem taşımaktadır. Ancak kesin tanı sadece histolojik inceleme ile yapılır. Transvajinal ultrasonografi, kitlenin yapısı hakkında daha fazla bilgi verdiğinden karın USG'si ve BT'ye göre daha üstündür^[7] ve daha ucuzdur.^[10] Hidatik kist şüphesi olduğunda, olası eşlik eden akciğer kistini tanımak ve pelvik cerrahi sırasında rütürünü engelleyebilmek için akciğer grafisi çekilmesi unutulmamalıdır.^[6] Pelvik kist hidatikte, yanlış negatif sonuçlardan ötürü serodiagnostik testlerin önemi sınırlıdır.^[6] Bu testlerin kullanımı daha sıklıkla ameliyat sonrası dönem takibinde uygundur. Pelvik enfeksiyonda tedavi cerrahidir. Hastalığın yayılımını önlemek için skolisidal bir ajan kullanılması önemlidir.^[12] Özellikle yaygın hastalıkta cerrahi tedaviye ek ola-

rak albendazole kullanılmalıdır.^[13] Nüks sıklığı %8 ile %20 arasında olup, serolojik testler, klinik bulgular ve ultrasonografik inceleme ile birlikte uzun dönem takip yapılmalıdır.^[6]

Sonuç olarak, pelvik hidatik kist adneksial kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Spesifik klinik belirtileri olmaması nedeni ile hastalıktan şüphelenmek tanıda çok önemlidir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Aydogdu T, Gungor T, Cavkaytar S, Tug M. Pelvic echinococcosis in differential diagnosis of pelvic masses. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;129(1):98-9. [CrossRef](#)
2. Altintas N. Past to present: echinococcosis in Turkey. *Acta Trop* 2003;85(2):105-12. [CrossRef](#)
3. Rahman MS, Rahman J, Lysikiewicz A. Obstetric and gynaecological presentations of hydatid disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1982;89(8):665-70. [CrossRef](#)
4. Aksu MF, Budak E, Ince U, Aksu C. Hydatid cyst of the ovary. *Arch Gynecol Obstet* 1997;261(1):51-3. [CrossRef](#)
5. Ameer A, Boumadian H, Aqira A, Draoui D. Retrovesical hydatid cyst. Apropos of 6 cases. [Article in French] *Prog Urol* 1998;8(4):557-60. [Abstract]
6. Chelli D, Methni A, Gatri C, Boudaya F, Affes M, Chennouf MB. Pelvic hydatid (echinococcal) disease. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;109(1):45-8. [CrossRef](#)
7. Pekindil G, Tenekeci N. Solid-appearing pelvic hydatid cyst: transabdominal and transvaginal sonographic diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9(4):289-91.
8. Bakiler AR, Ozer EA, Kara O, Yavascan O, Bag Ol, Aksu N, et al. Isolated retrovesical cyst hydatid in a child: an unusual presentation of echinococcosis. *J Trop Pediatr* 2004;50(3):180-1. [CrossRef](#)
9. Tampakoudis P, Assimakopoulos E, Zafrakas M, Tzeveleki P, Kostopoulou E, Bontis J. Pelvic echinococcus mimicking multicystic ovary. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;22(2):196-8. [CrossRef](#)
10. Tajdine MT, Daali M. Isolated pelvic hydatid cyst: one pediatric case. [Article in French] *Arch Pediatr* 2007;14(11):1367-8. [Abstract] [CrossRef](#)
11. Laghzaoui Boukaidi M, Bouhya S, Soummami A, Hermas S, Bennan O, Sefrioui O, et al. Pelvic hydatid yst: apropos of 8 cases. [Article in French] *Gynecol Obstet Fertil* 2001;29(5):354-7. [Abstract] [CrossRef](#)
12. Ezer A, Nursal TZ, Moray G, Yildirim S, Karakayali F, Noyan T, et al. Surgical treatment of liver hydatid cysts. *HPB (Oxford)* 2006;8(1):38-42. [CrossRef](#)
13. Bekhti A, Schaaps JP, Capron M, Dessaint JP, Santoro F, Capron A. Treatment of hepatic hydatid disease with mebedazole: preliminary results in four cases. *Br Med J* 1977;2(6094):1047-51. [CrossRef](#)