

# Batın Ön Duvarında Ekinokok Kisti: Olgu Sunumu

Osman Güler\*, Reşit Sönmez\*, Metin Aydın\*, Erol Kisli\*, Hasan Arslantürk\*, Özkan Ünal\*\*

**Özet:** *Echinococcus granulosus* parazitinin neden olduğu hastalık en sık olarak karaciğerde görülmektedir. Sistemik dolaşıma geçen parazit yumurtaları teorik olarak vücudun herhangi bir yerinde yerleşebilmesine rağmen batın duvarına yerleşim oldukça nadirdir. Bu yazıda batın duvarında saptanan bir ekinokok kisti olgusu sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** *Echinococcus granulosus*, Kist, Batın duvarı

*Echinococcus granulosus*'un primer konağı köpek, kurt, tilki gibi etçil hayvanlardır. Koyun, sığır ve insanlar ise parazitin yaşam döngüsünde arakonakçılardır. Esas konakçıların dışkısı ile saçılan yumurtalar dış ortam şartlarına oldukça dirençlidirler. Bu parazitin yumurtaları ile kontamine olmuş gıdalarla arakonakçıya bulaşır (1). Embriyonlar barsaktan portal kan dolaşımına geçer ve sırası ile karaciğer (%50-70), akciğer (%10-30), dalak, böbrek, santral sinir sistemi, kemik ve kas dokusuna yerleşerek larval dönem olan kist formunu oluşturur (2). Sıklıkla karaciğerde yerleştiği için genellikle klinikte kist hidatik olarak adlandırılır. Batın ön duvarına yerleşimi ise oldukça nadirdir (3-6). Hidatik kist içeren koyun, sığır gibi arakonakçı organlarının (karaciğer, akciğer gibi) kesin konakçılar tarafından yenilmesi sonucu skoleksler bu etçil hayvanların barsağında erişkin forma dönüşerek yaşam döngüsünü tamamlar. Kist hidatik hastalığı Hippocrates'den beri bilinmesine rağmen, yakın döneme kadar tanı ve tedavisinde zorluklarla karşılaşmıştır. Olguların büyük bir kısmında fizik muayene tanıya yardımcı olmaz. Semptom ve bulgular, tutulan organa, yerleşim yerine, komşu organlara etkisine, rüptür sonucu gelişen komplikasyonlara, sekonder enfeksiyona ve oluşturduğu immünolojik reaksiyonlara bağlı olarak ortaya çıkabilir. %40-60 oranında asemptomatiktir (7). Olguların %25'inde periferik kanda eozinofili görülebilir (8). Serolojik testler ise (Casoni deri testi, Weinberg Kompleman fiksasyon testi ve indirekt hemaglutinasyon testleri) her zaman kesin tanıya götürücü olmayabilirler (9,10). Görüntüleme yöntemleri olarak Ultrasonografi (USG), Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans (MR) hastalığın tanısında yeni olanaklar sağlamıştır (11). Hidatik kist hastalığının

tedavisi medikal ve cerrahi olarak yapılmaktadır. Medikal tedavi en çok multipl kistlerde, hastanın genel durumunun ya da kist lokalizasyonunun operasyona uygun olmadığı durumlarda uygulanmaktadır. Albendazol, mebendazol ve flubendazol en çok kullanılan ilaçlardır (12). Cerrahi tedavide temel prensip kistin açılması ve parazitin ortamdaki tamamen uzaklaştırılmasıdır (13). Girişimsel radyolojideki gelişmeler ile uygun olgularda USG ve BT önderliğinde perkütan drenaj da yapılmaktadır (14). Bu yazımızda literatürde nadiren rastlanan atipik lokalizasyonlu bir kist hidatik olgusu sunulmaktadır.



**Resim 1:** SE T<sub>1</sub> sagittal görüntüde kistik kitle lezyonun batın ön duvarında lokalize olduğu izlenmektedir.

\*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Van

\*\*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Radyoloji AD, Van

**Yazışma adresi:** Dr. Osman GÜLER

Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, VAN

## Olgu

Pelvik bölgeden kaynaklanan ağrı nedeni ile baş vuran hastanın yapılan fizik muayenesinde karın sağ alt kadranda alt sınırına ulaşamayan yaklaşık 10 cm çapında hareketsiz kitle tespit edildi. Hemogram, biyokimyasal parametreleri ve akciğer grafisi normaldi. Yapılan USG’de sağ overden kaynaklanan 10 cm ebatlı kistik kitle olarak rapor edilmesine rağmen, çekilen sagittal planda T1 MR incelemesinde karın ön duvarında yerleşen kapsül ile çevrili içerisinde kız veziküller bulunan kistik lezyon (Resim 1) ve aksiyal planda T2 MR incelemesinde karın ön duvarında orta hattın sağında yerleşen kapsülle çevrili içerisinde kız veziküller bulunan 8x10x10 cm ebatlı medialde rektus kası ile komşuluk gösteren retromüsküler properitoneal kistik kitle tespit edildi (Resim 2). Operasyon göbek altı sağ paramedian insizyonla gerçekleştirildi. Rektus kası lateralinden kist lojuna ulaşıldı. Kistin rektus kasının lateralinde periton ile transvers kas arasına yerleştiği ve yaklaşık 8x10x10 cm büyüklüğünde olduğu görüldü. Kitle düzgün sınırlı idi. Total ekstirpasyon yapıldı. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelenmesi sonucunda piyesin *Echinococcus granulosus* kistine ait olduğu rapor edildi.



**Resim 2:** SE T<sub>2</sub> aksiyel görüntüde batın ön duvar komşuluğunda sağda septasyon gösteren düzgün konturlu kistik kitle lezyon izlenmektedir.

## Tartışma

Kist hidatik en sık karaciğer ve akciğerde yerleşim göstermesine karşın diğer organlara da yerleşebilir. Batın ön duvarına yerleşimi ise oldukça nadirdir (3-6). Prousalidis ve arkadaşları, karaciğer ve akciğer dışı yerleşimli 49 kist hidatik olgusundan; 25’inin peritoneal kavitede, 10’unun dalakta, 5’inin spinal kordda, 2’sinin retroperitoneal alanda, 1’inin myokardda, 1’inin toraks duvarında, 1’inin uylukta ve 1’inin de batın önduvarında yerleştiğini tespit ettiklerini bildirmişlerdir (3). Saygı tarafından yapılan bir

değerlendirmede 6234 kist hidatik vakasından %51.71’nin karaciğer, %38.38’nin akciğer, %4.47’sinin birden fazla organ, %2.46’sının intratorakal ve geri kalan %2.98’inin ise dalak, böbrek, beyin, periton, kas ve kemiğe yerleştiği tespit edilmiştir (15). Kist hidatik nadiren batın ön duvarına yerleştiği için ve özellikle de batın ön duvarı kaslarının arkasına yerleştiği durumlarda batın içi kistik kitlelerle karışabilmektedir. Bizim olgumuzda yapılan USG sonucu pelvisten kaynaklanan batın içi kistik kitle tespit edilmesine karşılık, çekilen MR’de kistin extraperitoneal alanda ve retromüsküler olarak batın önduvarına bitişik olduğu saptandı. Bu nedenle batın içi kistik kitle saptanan hastaların ayırıcı tanısında batın ön duvarı yerleşimli lezyonlar da düşünülmemiz ve kist hidatığın çok nadiren de olsa batın ön duvarına yerleşebileceği hatırlanmalıdır. Bizim olgumuzda olduğu gibi USG ile kitlenin tam lokalize edilemediği durumlarda BT veya MR kesin sonuç alıcı yöntemlerdir.

## Echinococcal Cyst on Abdominal Wall: Case Report

**Abstract:** The disease caused by *Echinococcus granulosus* is mostly seen in liver. Although the parasite eggs in systemic circulation theoretically may settle anywhere in body, settlement on abdominal wall is extremely rare. In this article we present an echinococcus cyst found on abdominal wall.

**Key words:** *Echinococcus granulosus*, Cyst, Abdominal wall.

## Kaynaklar

1. Langer B, Gollinger S: Cystic disease of the liver. In: Surgery of the alimentary tract, vol III, Edited by Zuidema GD, Philadelphia, W.B. Saunders Co 1996, 531-532.
2. Saidi F, Sayek İ: Karaciğer kist hidatigi, Temel Cerrahi cilt 2, Editör Sayek İ, 2. baskı, Ankara, Güneş kitapevi 1996, sayfa 1239-1245.
3. Prousalidis j, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsohis C, Aletras H: Uncommon sites of hydatid disease. World J Surg 22: 17-22,1998.
4. Caramia M, arcidiacono F: Echinococcal cysts of the external oblique muscle. Clinical case. Minerva Chir 32: 291-295,1977.
5. Emy P, Lebas P, maitre F, Grossetti D, Marneffe-Lebrequier H: Isolated muscular hydatid cyst of the abdominal wall. Rev Med Interne 10:152-153, 1989.
6. Baig MA, Misgar MS, Bhan B: Primary echinococcus cyst of the internal oblique abdominal muscle. Int Surg 60:562-564, 1975.
7. Ammann RW, Eckert J, Cestodes, Echinococcus. Gastroenterol Clin N Am 25: 655-689, 1996.

8. Schwartz SI: Liver In: Principles of surgery, Edited by Schwartz SI, New York, McGraw-Hill Co. 1999, 1395-1435.
9. Que FG, Nagorney DM: Echinococcal cysts In: Current surgical therapy, Edited by Cameron JL. USA, Mosby year book, 1992, 272-273.
10. Harris KM, Morris DL, Tudor R, Toghil P, Hardeastle JD: Clinical and radiographic features of simple and hydatid cysts of the liver. Br J Surg 73:835-838, 1986.
11. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupuch K: Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology 139:459-63, 1981.
12. Barış İ, Şahin A, Bilir N, Kalyoncu AF, Emri AS, Akhan O, Barış B, Çopur AS, Selçuk ZT: Hidatik Kist Hastalığı ve Türkiye'deki Konumu. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı yayını No:1, Ankara, 1990.
13. Sayek İ, Yalın R, Sanaç Y: Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 115: 847-849, 1980.
14. Bret PM, Fond A, Bertagnolle M, Valette PJ, Thiesse P, Lambert R, Labadie M: Percutaneous aspiration and drainage of hydatid cysts in the liver. Radiology 168: 617-620, 1988.
15. Saygı G: Hidatidosis in Turkey within the last Fourteen Years. (1979-1993). Cumhuriyet Üniversitesi Yayını, Sivas, 1996.