

# Sezaryen Doğumda İnsidental Omental Kist Hidatik: Olgu Sunumu

Harika Bodur Öztürk<sup>1</sup>, Belgin Selam<sup>1</sup>, Selçuk Bilgi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Acıbadem Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

Kist hidatik gebelik sırasında nadir rastlanan, tüm organları tutabilen parazitik bir patolojidir. Otuz altı yaşında ilk gebeliği bulunan hasta-ya 39. gebelik haftasında maternal istek nedeniyle elektif sezaryen doğum planlandı. Hastanın özgeçmişinde, 14 yıl önce geçirilmiş karaciğer kist hidatik operasyonu bulunmaktaydı. Kanama kontrolü sırasında, omentumda düzgün yüzeyle beyaz renkli, semikistik kitle palpe edildi. Kistektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu kist hidatik olarak bildirildi.

Gebelik sırasında hücrel bağışıklığın azalmasıyla hastalığın tekrarlama veya hızlı ilerleme riski bulunmaktadır. Hastalığın gebelikte nadir görülmesi nedeniyle, gebelik sırasında nüks oranları bilinmemektedir ve tedavi konusunda fikir birliği yoktur. Gebelik sırasında tanı konulan olgularda, cerrahi ile kistin eksizyonu önerilen ve tercih edilen tedavi yöntemidir.

**Anahtar sözcükler:** echinococcus granulosus, kist hidatik, gebelik

## INCIDENTAL OMENTAL HYDATID CYST AT CESAREAN DELIVERY: CASE REPORT

### ABSTRACT

The hydatid cyst cyts is a rare infectious parasitic pathology during pregnancy, which may affect all organs. The patient was a thirty six years old woman who underwent surgery for a hydatid cyst of the liver 14 years age. She had elective cesarean delivery due to maternal request. During the bleeding control, we palpated semi-cystic white mass with smooth border within omentum. Cystectomy was performed. Histopathologic examination was consistent with hydatid cyst.

The recurrence rate and/or rapid progression of the disease increase with decreased cellular immunity during pregnancy. Hydatid disease is rarely observed during pregnancy therefore there is not any consensus regarding the recurrence rate and treatment modalities. Surgical removal of the cyst is the recommended and preferable management option in cases whom disease is diagnosed in perinatal period.

**Key words:** echinococcus granulosus, hydatid cyts, pregnancy

## Giriş

Kist hidatik hastalığı (KHH), echinococcus granulosus'un neden olduğu tüm toplumlarda görülebilen parazitik bir hastalıktır. Türkiye' de prevalansı 100 binde 50, insidansı ise 100 binde 2 olarak bildirilmiştir (1). İnsanda enfeksiyon, helmint yumurtaları ile kontamine yiyeceklerin ağızdan alınması sonucu ortaya çıkar. İnce bağırsağa geçen yumurtalardan onkosferler oluşur. Bunlar bağırsak duvarından sistemik dolaşıma geçer ve en sık karaciğere (%60-70), bazen de akciğerlere (%20-25) ve diğer organlara (%10) ulaşır (1). Onkosferlerin gelişmesi ile önce küçük veziküller, daha sonra kist şeklinde larvalar ortaya çıkar. Tipik

bir hidatik, içi sıvı dolu tek veya çok sayıda bölmeden oluşmuştur. Duvarı iki katmanlı olup içte hücrel yapıda çimlenme zarı ve dışta hücrel yapıda olmayan kütikül katmanı (lameller katman) bulunur.

Hastalığın gebelikte seyri ve yönetimi konusunda fikir birliği yoktur. Asemptomatik olabileceği gibi, karın ağrısı ve kitle etmeni olabilir. Pelvik yerleşim varlığında doğum kanalını tıkayabilir veya büyüyen uterusun kitle üzerine basınç oluşturmasıyla rüptür gelişebilir. Öyküsünde KKH bulunan gebelerin antenatal takiplerinde hastalığın nüks edebileceği bilgisi unutulmamalıdır. Sezaryen sırasında kist hidatik tespit edilen olgu, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

**Gönderilme Tarihi:** 07 Temmuz 2010 • **Revizyon Tarihi:** 15 Eylül 2010 • **Kabul Tarihi:** 23 Eylül 2010  
**İletişim:** Harika Bodur Öztürk • **E-Posta:** harikabodur@yahoo.com

## Olgu sunumu

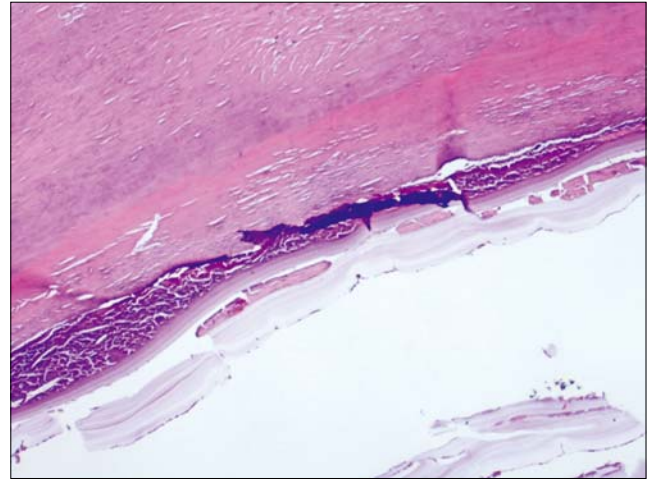
Otuz altı yaşında ilk gebeliği bulunan hastaya 39. gebelik haftasında elektif sezaryen doğum planlandı. Hastanın özgeçmişinde, 14 yıl önce geçirilmiş karaciğer kist hidatik operasyonu bulunmaktaydı. Hastanın antenatal ilk değerlendirmesinde karaciğer enzimleri normaldi. Preoperatif değerlendirme için yapılan tam kan sayımında ve kan biyokimyasında özellik saptanmadı. Sezaryen doğum sonrası batin katları kapatılırken, kanama kontrolü sırasında omentum yüzeyinde 4x3 cm boyutunda beyaz renkli, kapsüllü görünümlü, semikistik kitle palpe edildi. Ön tanı olarak kist hidatik, parazitik myom ve omental kist düşünüldü. Kistektomi uygulandı. Postoperatif ikinci gün kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Patolojik inceleme sonucu kist hidatik olarak bildirildi (Şekil 1). Postoperatif dönemde genel cerrahi konsültasyonu istendi. Batin muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Abdominal kontrastlı bilgisayar tomografi (BT) tetkiki istendi. Hasta BT tetkikini kendi rızasıyla yaptırmadığı için batin ultrasonografi ile değerlendirildi. Viseral organlar ve çevresinde kistik lezyon saptanmadı. Hasta halen postoperatif ikinci yılında olup takip altındadır.

## Tartışma

KKH, en sık karaciğer olmak üzere tüm organları tutabilen bir parazitozdur. Gebelik sırasında nadir rastlanır. İnsidansı endemik bölgelerde 20000-30000 gebelikte 1 olarak bildirilmiştir (2). Enfeksiyon olguların bir kısmında yıllarca latent seyredebilir (3). Bu nedenle kuluçka süresi bilinmemektedir. Bazı olgularda ise, kistin yeri ve büyüklüğüne göre farklı klinik belirtilere neden olmaktadır. Gebelikte hücresel bağışıklığın azalması parazitik hastalığın alevlenmesi ve hızlı büyümesine yol açabilir.

Hastalığın klinik bulguları çok farklı seyredebilir. Asemptomatik olabileceği gibi, karın ağrısı yapabilir ve/veya kitle oluşturabilir. Pelvik yerleşimli kist hidatik doğum kanalını tıkayabilir veya büyüyen uterusun kitle üzerine basınç oluşturmasıyla rüptür gelişebilir. Karaciğer yerleşimli kist hidatik safra kanallarını tıkayarak sarılığa yol açabilir. Portal ven, hepatik ven ve/veya vena cava inferiora basıncı oluşturabilir ve bunun neticesinde portal hipertansiyon ve Budd-Chiari sendromu geliştirebilir. Pelvik kitle oluşturarak üreter basısı ve buna bağlı semptomlar izlenebilir (4). Hastalık beyinde yerleşirse kafa içi basıncın artmasına bağlı olarak bulantı, kusma, baş ağrısı yapabilir. Bilinç bulanıklığı, patolojik refleksler, güç kaybı hastalığın diğer bulguları olabilir. (5)



Şekil 1. Fibröz tabaka ve iç kısımda dejenere kütiküler membran. Hemotoksilen-eozin boyama.

Ultrasonografi özellikle serolojik incelemelerle kombine edildiğinde tanısal değeri yüksek bir görüntüleme yöntemidir. Özellikle ilk trimesterde obstetrik değerlendirme dışında uterus ve adneksiyal alanın sonografisi yapılmalı, pelvis yerleşimli kistik lezyon varlığında hastalığın endemik olduğu ülkelerde kist hidatik ön tanısı ayırıcı tanıda yer almalıdır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) inceleme hastalığa bağlı komplikasyon gelişmiş olguların değerlendirilmesinde ve toraks, vertebra, kalp gibi diğer organların incelenmesinde birinci basamak olarak tercih edilebilir (3).

Benzimidazol- karbamat grubu ilaçlar etkin antihelmintik ajanlardır. Normal popülasyonda cerrahi tedaviye uygun olmayan hastalarda veya cerrahiye ek sistemik tedavi olarak verilir. Mebendazol ve albendazol ile yapılan hayvan çalışmalarında embriyotoksik ve teratojenik oldukları gösterilmiştir. Kronik karaciğer hastalığı ve ilk trimester ilacın kullanımı için kontrendikasyon oluşturmaktadır. Gebelikte ilk trimesterden sonra güvenli oldukları bildirilmiştir (3, 6).

Cerrahi tedavi seçenekleri de oldukça çeşitlidir. Kistektomi ve omentoplasti basit, etkili ve güvenli bir yöntem olması nedeniyle standart cerrahi prosedür olarak kabul edilmiştir (3). Perkütan skleroterapi, perikistektomi, kısmi hepatektomi, marsupiyelizasyon uygun olgularda seçilebilecek diğer tedavi yöntemleridir. Kistin intakt olarak çıkarıldığı komplike olmayan vakalarda prognoz oldukça iyidir. Gebe hastalarda cerrahinin hangi olgulara uygulanacağı da tartışmalıdır. Manterola ve ark. nın serisinde, 12 gebe olgu değerlendirilmiştir. Hidatik kistin karaciğerin III, IV, V, VI segmentlerine, böbrek, dalak gibi diğer intraabdominal organlara, göğüs boşluğunda kalp, akciğere yerleşmesi; kist çapının 5 cm den büyük olması;

ağrı ve gerginlik şikayetine yol açması; safra kanalı ile ilişkisi nedeniyle sarılık oluşturması; hepatotorasik geçiş ve çok sayıda kistin olması cerrahi için uygun koşullar olarak bildirilmiştir (7).

Özgeçmişinde kist hidatik öyküsü olan gebeler, antenatal taramalarda hastalığın tekrarlama ve hızlı ilerleme riski açısından değerlendirilmelidir. Hastalığın gebelikte nadir görülmesi nedeniyle, gebelik sırasında nüks oranları bilinmemektedir ve tedavi konusunda fikir birliği yoktur. Gebelik sırasında tanı konulan olgularda, cerrahi birinci seçenek gibi gözükmemektedir<sup>6</sup>. Ultrason gözlemi altında kist aspirasyonu diğer bir tedavi seçeneğidir. Ancak, anafilaksi, hastalığın peritoneal yayılımı olası komplikasyonlardır (8). Rüptür ve anafilaksi riski bulunan hastalarda cerrahi öncesi profilaktik antihistaminik (setrizin 5 mg/gün veya loratidin

10 mg/gün) ve kortikosteroid (prednisolone 60-100 mg/gün) kullanılabilir (4).

Gebe kadında hidatik hastalığının tedavi konusu dışında doğum yöntemi de tartışmalıdır. Başarılı vajinal ve sezaryen doğum olguları bildirilmiştir. Ancak büyük kitlelerin doğum kanalında obstrüksiyon yapabileceği ve doğumun ikinci evresinde intraabdominal basınç artışıyla birlikte rüptüre olabileceği hatırlanmalıdır (2). Bu olgularda doğumun ikinci evresinin vakum veya forseps uygulama ile kısaltılması önerilmektedir (4). Tartışılan olguda olduğu gibi, sezaryen sırasında kistin çıkarılması da tedavi seçeneğidir. Antenatal dönemde genel cerrahi konsültasyonunun planlanması ve batın ultrasonografisi ile hastalığın nüks riski açısından değerlendirilmesi bu olguların yönetiminde en doğru yaklaşımı sağlayacağı unutulmamalıdır.

## Kaynaklar

1. Tertemiz KC, Gökçen B, Önen A, Akkoçlu A. Gebelik ve kist hidatik. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008; 56(1): 96-99
2. Dede S, Dede H, Caliskan E, Demir B. Recurrent pelvic hydatid cyst obstructing labour, with a concomitant hepatic primary. A case report. *J Reprod Med* 2002; 47: 164-166
3. Robertson M, Geerts L, Gebhardt GS. A case of hydatid cyst associated with postpartum maternal death. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 693-696
4. Rodrigues G, Seetharam P. Management of Hydatid Disease (Echinococcosis) in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2008; 63(2): 116-123
5. Yılmaz N, Kıymaz N, Etlik O, Yazici T. Primary hydatid cyst of the brain during pregnancy. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2006; 46(8): 415-417
6. Diav- Citrin O, Shechtman S, Arnon J, Lubart I, Ornoy A. Pregnancy outcome after gestational exposure to mebendazole: a prospective controlled cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 282-285
7. Manterola C, Espinoza R, Munoz S, Vial M, Bustos L, Losada H, Barroso M. Abdominal echinococcus during pregnancy: clinical aspects and management of a series of cases in Chile. *Trop Doct* 2004; 34: 171-173
8. Polat C, Sivaci R, Baki E, Kosar MN, Yılmaz S, Arikan Y. Recurrent hepatic hydatid cyst in a pregnant woman. *Med Sci Monit* 2007; 13(2): CS 27-29