

# KİST HİDATİD SİTOLOJİSİ

## 8. BÖLÜM

Abdulkadir Yasir BAHAR<sup>1</sup>

Sercan ŞİMŞEK<sup>2</sup>

### Giriş

Hidatid kist hastalığı tanısında radyolojik görüntüleme yöntemleri, serolojik testler, histopatolojik incelemeler büyük önem arz etmekle birlikte, kist sıvılarının sitolojik incelemesi hızlı ve ucuz tanisal alternatif olarak tercih edilebilir bir yöntemdir. Kistik lezyonların tanısında ince iğne aspirasyon sitolojisi (İİAS); yüzeysel yerleşimli lezyonlarda ve görüntüleme yöntemlerinin de yardımıyla derin yerleşimli lezyonların tanısında sıklıkla başvurulan yöntem olarak kullanılmaktadır.

Kist bütünlüğünün bozulması içeriğin antijenik özelliklerinden dolayı anafilaktik şoka neden olabilir. Bu yüzden hidatid kist şüphesi olan hastalarda biyopsi yapılmaması önerilmektedir. Ancak literatür verileri anafilaktik şokun nadir bir komplikasyon olduğunu ifade etmekte olup ciddi komplikasyonlar olmadan da başarılı aspirasyonların yapılabildiği bildirilmiştir <sup>(1-3)</sup>. 18G ve daha kalın iğnelerin kullanıldığı eski bazı çalışmalarda aspirasyon sonrası anafilaktik reaksiyon geliştiği bildirilmiş olmakla birlikte güncel çalışmalarda bu durumun minör alerjik reaksiyonlar şeklinde ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Özellikle aspirasyon için daha ince uçlu iğnelerin (22G) kullanımının, sızıntı olasılığını azalttığı ifade edilmektedir

<sup>(4,5)</sup>. İnce iğne aspirasyonuna bağlı anafilaktik şokun insidansı henüz belirlenmiş değildir. Polat ve arkadaşları karaciğer hidatid kist olgularında 20G iğne ile perkutan drenaj ile etanol lavajı tekniğini uyguladıkları 101 olguluk serilerinde, 4 olguda hafif ateş ve 3 olguda ürtiker dışında komplikasyon gelişmediğini bildirmişlerdir <sup>(6)</sup>. Von Sinner ve arkadaşları 18 'i önceden klinik hidatid kist şüphesi olmayan 31 olguluk serilerinde, 25/31 olguda herhangi bir komplikasyon gelişmediğini, 5/31 olguda minör alerjik reaksiyonlar geliştiğini ve sadece 1/31 olguda karaciğer yerleşimli kist aspire edildikten sonra anti-şok tedavi gerektiren ani, şiddetli hipotansiyon geliştiğini bildirmiştir. Bu olgunun da tedavisi sonrasında kalıcı bir hasar olmadan iyileştiğini belirtmişlerdir <sup>(5)</sup>. Das ve arkadaşları da İİA uyguladıkları serilerinde karaciğer, akciğer ve mediasten yerleşimli 8 hidatid kist olgusunda alerjik reaksiyon gelişmediğini bildirmişlerdir <sup>(7)</sup>. Özellikle allerji öyküsü mevcut olan, kisti çok büyük ve/veya yüksek kistik sıvı basıncı olan, serum IgE seviyeleri yüksek olan hastalarda İİA'dan kaçınmak komplikasyonların önüne geçilmesi açısından yararlı olacaktır <sup>(8)</sup>. Yine de kist hidatik enfeksiyonlarının sitolojik tanısı genellikle insidental olmaktadır. Karaciğer ve akciğer gibi sık yerleşim gösterdiği lokalizasyonların dışında yerleşim gösteren olgulardan sitoloji ör-

<sup>1</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, ayasirbahar@gmail.com

<sup>2</sup> Uzman Doktor, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, sercansimsekr@gmail.com

ekinokok gelişimini önlemek için aspirasyondan 4 gün önce ve aspirasyon sonrası bir ay boyunca albendazol ile kemoterapi önerilmektedir <sup>(8)</sup>.

Kist aspirasyonlarının sitolojik incelemesi hızlı ve etkili bir tanısal yöntemdir. Ayrıca intraoperatif tanı (frozen) ve ayırıcı tanıda kullanımı, hasta yönetiminde değerli bir alternatif olarak öne çıkmaktadır. Kist hidatiğin sık görülmediği karaciğer ve akciğer dışı yerleşimli olgularda, klinik olarak çok farklı ön tanımlarla ince iğne aspirasyon örneklemesi yapılabilir. Bu durumlarda patoloğların hidatid hastalığının sitolojik bulgularını ve parazitin karakteristik yapılarını tanıması, tanısal hatalardan kaçınmak ve doğru tedavilerin uygulanabilmesi açısından önem arz etmektedir.

### Kaynaklar

1. Bret PM, Fond A, Bretagnolle M, et al. Percutaneous aspiration and drainage of hydatid cysts in the liver. *Radiology*. 1988;168(3):617-620.
2. Khuroo MS, Wani NA, Javid G, et al. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts. *N Engl J Med*. 1997;337(13):881-887.
3. Babu KS, Goel D, Prayaga A, et al. Intraabdominal hydatid cyst: a case report. *ActaCytol*. 2008;52(4):464-466.
4. Agarwal PK, Husain N, Singh BN. Cytologic findings in aspirated hydatid fluid. *ActaCytol*. 1989;33:652-654.
5. VonSinner WN, Nyman R, Linjawi T, et al. Fine needle aspiration biopsy of hydatid cysts. *Acta Radiol*. 1995;36:168-172.
6. Polat KY, Balik AA, Oren D. Percutaneous drainage of hydatid cyst of the liver. Long-term results. *HPB (Oxford)*. 2002;4:163-166.
7. Das DK, Bhambhani S, Pant CS. Ultrasound guided fine-needle aspiration cytology: Diagnosis of hydatid disease of the abdomen and thorax. *Diagn Cytopathol*. 1995;12:173-176.
8. Pawlowski ZS, Eckert J, Vuitton DA, et al. Echinococcosis in humans: clinical aspects, diagnosis and treatment. In: WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a publichealth problem of global concern. Eckert J, Gemmell MA, Melsin FX, Pawlowski ZS (eds) World Organization for Animal Health, Paris, France. 2001; 20-68
9. Noi I, Cohen I, Loberant N. Renal hydatid cyst: Urinary cytological diagnosis. *Diagn Cytopat*. 1995;12(2):152-154.
10. Kim AR, Park SJ, Gu MJ, et al. Fine Needle Aspiration Cytology of Hepatic Hydatid Cyst: A Case Study. *The Korean Journal of Pathology*. 2013;47:395-398.
11. Cibas ES, Ducatman BS (2014). *Cytology Diagnostic Principles and Clinical Correlates* 4th ed. Philadelphia, USA; Saunders / Elsevier.
12. Bibbo M, Wilbur DC (2008). *Comprehensive Cytopathology* 3th ed. Philadelphia, USA; Saunders / Elsevier.
13. Kapatia G, Tom JP, Rohilla M, et al. The clinical and cytomorphological spectrum of hydatid disease. *Diagnostic Cytopathology*. 2020;48:547-553.
14. Oztek I, Baloglu H, Demirel D, et al. Cytologic diagnosis of complicated pulmonary unilocular cystic hydatidosis. A study of 131 cases. *Acta Cytol*. 1997;41:1150-1166.
15. Hira PR, Shweiki H, Lindberg LG. Diagnosis of cystic hydatid disease: role of aspiration cytology. *Lancet*. 1988;2: 655-657.
16. Haghi ZA, Mirsadraee M, Bagheri R. Bronchoscopic findings in patients with Hydatid Cyst of the lung. *J Bronchol*. 2006;13:128-131.
17. Fidan-Ozbilgin O, Pambuccian SE, Mehrotra S, et al. Intraoperative finding of hepatic hydatid cyst with fine needle aspiration: a case study with AFB and GMS special stains highlighting the echinococcal hooklets. *J CytolHistol*. 2016;7(3).
18. Sinan T, Sheikh M, Chisti FA, et al. Diagnosis of abdominal hydatid cyst disease: the role of ultrasound and ultrasound-guided fine needle aspiration cytology. *Medical Principles and Practice*. 2002;11(4):190-5.
19. Burt A, Ferrel L, Hubscher S, et al (2012). *Mac Sween's Pathology of the Liver*, 6th edition. Edinburgh, UK; New York, NY: Churchill Livingstone/ Elsevier.
20. Reinehr M, Micheloud C, Grimm F, et al. Pathology of Echinococcosis: A Morphologic and Immunohistochemical Study on 138 Specimens With Focus on the Differential Diagnosis Between Cystic and Alveolar Echinococcosis. *The American Journal of Surgical Pathology*. 2020;Jan 22;44(1):43-54.
21. Muralidaran C, Gupta N, Behera D, et al. Mediastinal hydatidosis: Fine needle aspiration and liquid-based cytology. *Cytopathology*. 2017;28(6):558-559.
22. Çobanoğlu U, Aşker S, Mergan D, ve ark. Kist hidatikte tanısal ikilem: tümörü taklit eden hidatik kistler. *Türk Toraks derg*. 2015;16:180-4.