

# MEME KİST HİDATİĞİ

## 22. BÖLÜM

Semra SALİMOĞLU<sup>1</sup>

### Giriş

Meme kist hidatiği genellikle orta yaş kadınlar da görülür (sıklıkla 30-50 yaş arası). Memede ise genelde ağrısız büyüyen kitleler şeklinde kendini gösterir. Kist rüptüre olduğunda alerjik reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Memede kist hidatik rüptüre olursa o zaman ağrılı kitle ve enfeksiyon bulgularıyla karşılaşırız. Ancak günümüze kadar bildirilen vakaların neredeyse tamamı ağrısız büyüyen kitleler olarak belirtilmiş. Özellikle endemik bölgelerde, bu şekilde ağrısız büyüyen ve rüptüre olmamış, düzgün kenarlı meme kitlelerinde kist hidatik düşünülmesi gereken tanılardan biri olmalıdır. Farklı organlardaki kist hidatik hastalığının görüntüleme bulgularına aşina olmak bu organlarda kist hidatik hastalığının tanısının konmasına yardımcı olabilmektedir. Memede tanımlanmış ilk kist hidatik olgusu Haen tarafından 1770 yılında bildirilmiştir<sup>(1-5)</sup>.

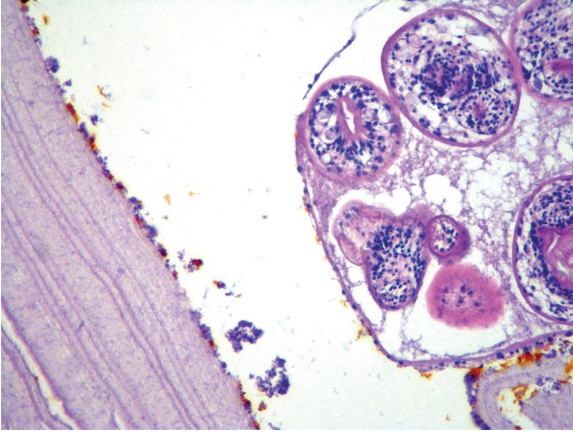
### Epidemioloji ve Etyoloji

Meme dokusu hem kadınlarda hem de erkeklerde olmasına rağmen sadece doğum sonrası fonksiyonel olmakta, bebeği beslemeye yönelik süt salgılamaktadır. Memeler göğüs ön duvarı üzerinde, medialde sternum lateral kenarı, lateralde anterior aksiller çizgi, süperiorda 2., inferiorda 6.

kotlar arasında bulunur. Meme bezlerinin yanı sıra yağ ve bağ dokusundan oluşur. Birbiriyle ilişkisi olmayan, areola etrafında çizgisel olarak sıralanan, 15-20 lob'dan oluşur. Memenin anteriorunda bulunan pigmentli alan areoladır. İnternal torasik arter ve bazı interkostal arterler ve de arteria aksillarisin dalları memelerin arteriyel dolaşımını sağlar. Medialde subklavian arterin dalı A. Mammaria İnterna ve interkostal arterlerle olur (Anterior intercostal, genellikle ikincisi en büyüktür ve üçten beşe kadar üst meme, memebaşı ve areolayı besler). Lateralde A.torasika lateralis, A.Subskapularis, A.Torasika Dorsalis, medialde subklavian arterin dalı A. Mammaria İnterna ve interkostal arterlerle olur. Memenin venöz drenajı areola çevresindeki pleksustan başlar ve bu bölgeden ve parankimal dokudan devam ederek yukarıda bahsi geçen arterlere eşlik eder; ancak ek yüzeysel venöz bir pleksus da vardır. Memede yapısal olarak yoğun interlobuler dokuda lobullere oranla daha yoğun vaskülarizasyon görülmektedir. Menstruel siklusta ve ovülasyon zamanı bu vaskülarizasyon en yüksek düzeye ulaşır<sup>(6, 7)</sup>.

Ülkemizde sık görülen kist hidatik hastalığının en fazla görüldüğü organ karaciğer olmasına rağmen çok nadir de olsa vücudun başka organları da tutulabilir. Meme de tutulabilen organlardan biridir. Meme kist hidatiği endemik bölgelerde

<sup>1</sup> Genel Cerrahi Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği  
semrasalimoglu@yahoo.co.uk



**Resim 2.** Histopatolojik olarak skoleks yapıları ve lameller membran (x400, H&E)

Hastalık, kesin olmayan radyolojik veya serolojik yollarla teşhis edilebilir. Cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra nüks bildirilmiştir, ancak postoperatif Albendazol, nüks oranını düşürebilir. Serolojik incelemede kist sıvısından ELISA yöntemiyle antijen bakılması sık kullanılmaktadır. Bu yöntemin duyarlılığı %95'in üzerindedir. Mamografi, kitle içinde karakteristik halka şeklinde yapılar olan sınırlandırılmış bir kitle gösterebilir aşırı penetrasyon görünümü meme kist hidatidini kuvvetle düşündürülebilir. Ultrason ve Manyetik Rezonans Görüntüleme yararlı tanı araçlarıdır. Hemaglutinasyon testleri tanıda yardımcı olabilir (25-27)

Kist hidatidin zarar verilmeden yani rüptüre edilmeden cerrahi olarak eksizyonu tek tedavi seçeneğidir. Cerrahi sırasında kist bütün halinde güvenli bir sınırla çıkarıldıktan sonra kist yatağı %3 lük tuzlu su çözeltisi ile yıkanabilir. Albendazol, Mebendazol gibi antihelmintik ilaçlar kist hidatik hastalığının nüks oranını düşürebilir. Ancak halen bu ilaçların etkinliği tartışmalıdır. Antihelmintik ilaçlar cerrahiden 3-5 gün önce başlanmalı sonrasında 3-6 ay devam etmesi faydalı olabilir. Tedavi sonrası, takipte serolojik testler faydalıdır. Ancak antikor seviyelerin düşmesi seneleri bulabilir. Görüntüleme yöntemleri de takipte kullanılmaktadır. Nükseden vakalarda da yine tedavi seçeneği cerrahi eksizyondur (28-29).

SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniğinden Uzm. Dr. Sümeyye Ekmekci'ye patolojik görüntüler için teşekkür ederim.

## Kaynaklar

1. Dougaz, M. W., Chaouch, M. A., Derbel, B., Achouri, L., Bouasker, I., & Nouira, R. (2019). An unusual zoonotic parasitic disease causing a breast mass: Breast hydatid cyst. *International Journal of Infectious Diseases*, 88, 100-101.
2. Shekh, Z. A. (2020). Hydatid disease—An unusual cause of a breast cyst: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*.
3. Sharma, N., Sharma, R. A., & Sharma, S. (2019). Case Report: Hydatid Cyst in Breast. *Indian Journal of Surgery*, 1-2.
4. Tavakoli, M., Rastegar, Y. F., Laein, A. F., & Farrokh, D. (2018). Hydatid Cyst of the Breast: A Case Series and Review of the Literature. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 20(3).
5. Singh, M. P., Tandon, A., & Huda, T. (2019). Isolated primary hydatid disease of the breast masquerading a breast tumor: report of a case and review of the literature. *Journal of Parasitic Diseases*, 43(2), 333-336.
6. Rehnke, R. D., Groening, R. M., Van Buskirk, E. R., & Clarke, J. M. (2018). Anatomy of the superficial fascia system of the breast: A comprehensive theory of breast fascial anatomy. *Plastic and reconstructive surgery*, 142(5), 1135.
7. Bijkerk, E., Cornelissen, A. J., Sommer, M., Van Der Hulst, R. R., Lataster, A., & Tuinder, S. M. (2019). Intercostal nerve block of the anterior cutaneous branches and the sensibility of the female breast. *Clinical Anatomy*.
8. Önder, A., Kapan, M., Girgin, S., Akgül, Ö. L., Önder, H., & Akyüz, Y. (2012). Isolated primary hydatid cyst of the breast: Case report. *Eur J Breast Health*, 8, 152-154.
9. Kurt, A. 36 yıldır İncelenen Kist hidatik Materyalleri. *Ulusal Patoloji Kongresi Sözel Sunum*. 2018
10. Patmano, M., Çetin, D. A., Gümüş, T., & Yavuz, Y. (2019). A Rare Case; Hydatid Cyst of the Breast. *Türkiye Parazitolojii Dergisi*, 43(1), 47.
11. Çobanoğlu, U; Sayır, F; Mergan, D. Diagnostic dilemma: analysis of 11 cases of hydatid disease. *Türkiye Parazitolojii Dergisi*, 2011, 35.3: 164. Kayhan, Servet; Akgüneş, Alper.
12. Arikan, S., Yucel, A. F., Barui, G., & Kocakusak, A. (2004). Hydatid disease in the breast: a case report. *Acta chirurgica Belgica*, 104(4), 473-475.
13. Kamali, N. I., Raza, M. H., Rab, A. Z., & Akhtar, S. (2013). Isolated hydatid cyst of the breast—A case report. *Indian Journal of Surgery*, 75(1), 150-151.
14. Kumar, A., Gaurav, K., Chandra, G., Tiwary, A. K., Bhagat, S., & Sarawgi, M. (2015). A rare case of isolated hydatid cyst of breast. *International journal of surgery case reports*, 7, 115-118.
15. Sarkar, S., Choudhuri, T., Kumar, S., Panja, S., &

- Mukherjee, M. (2015). An unusual case of primary hydatid cyst of the Breast and chest wall. *Hellenic Journal of Surgery*, 87(6), 497-500.
16. Cancelo, M. J., Martín, M., & Mendoza, N. (2012). Preoperative diagnosis of a breast hydatid cyst using fine-needle aspiration cytology: a case report and review of the literature. *Journal of medical case reports*, 6(1), 293.
  17. Parooei, F., Mahmoodi, Z., Keikhaie, K. R., & Salarzaei, M. (2017). Breast hydatid cyst (A review and report). *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 9(10), 1718-1719.
  18. Çobanoğlu, U; Sayır, F; Mergan, D. Diagnostic dilemma: analysis of 11 cases of hydatid disease. *Türkiye Parazitolojii Dergisi*, 2011, 35.3: 164. Kayhan, Servet; Akgüneş, Alper.
  19. Arikan, S., Yucel, A. F., Barui, G., & Kocakusak, A. (2004). Hydatid disease in the breast: a case report. *Acta chirurgica Belgica*, 104(4), 473-475.
  20. Ahmad, S., Jalil, S., Saleem, Y., Suleman, B. A., & Chughtai, N. (2010). Hydatid cysts at unusual sites: reports of two cases in the neck and breast. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 60(3), 232.
  21. Masroor, I., Azeemuddin, M., Khan, S., & Barakzai, A. (2010). Hydatid disease of the breast. *Singapore medical journal*, 51(4), E72.
  22. Munshi, S. K., Dey, P., Agarwal, R., Sarkar, S., Chowdhury, D. B., & Ray, D. (2017). Primary hydatid disease of breast causing diagnostic difficulty; A rare case report. *Journal of Surgical Arts/Cerrahi Sanatlar Dergisi*, 10(2).
  23. Sarkar, S., Choudhuri, T., Kumar, S., Panja, S., & Mukherjee, M. (2015). An unusual case of primary hydatid cyst of the Breast and chest wall. *Hellenic Journal of Surgery*, 87(6), 497-500.
  24. Ranasinghe, S. L., & McManus, D. P. (2018). *Echinococcus granulosus*: cure for cancer revisited. *Frontiers in Medicine*, 5, 60.
  25. Alamer, A., Aldhilan, A., Makanjuola, D., & Alkushi, A. (2013). Preoperative diagnosis of hydatid cyst of the breast: a case report. *Pan African Medical Journal*, 14(1).
  26. Saluja, J. G., Ajinkya, M. S., Mehta, H. T., Katti, V. S., Patole, Y. V., & Jain, R. (2005). *Echinococcus* cystic disease of breast and literature review. *Bombay hospital J*, 47(2), 10
  27. Nagpal, V., Kohli, K., Chowdhary, A., Kumar, A., Andley, M., & Ravi, B. (2006). Breast lump as a presentation of a hydatid disease. *Tropical doctor*, 36(1), 57-58.
  28. Uncu, H., & Ereku, S. (2007). Hydatid cyst of the breast. *Acta chirurgica Belgica*, 107(5), 570-571.
  29. Kbuttschoen, K.; Buttschoen, D. Carli. *Echinococcus granulosus* infection: the challenge of surgical treatment. *Langenbeck's archives of surgery*, 2003, 388.4: 218-230.