

# GEBELERDE KİST HİDATİK

## 37. BÖLÜM

Esmâ KEPENEK KURT<sup>1</sup>

Pınar BELVİRANLI KESKİN<sup>2</sup>

### Giriş

Kist hidatik gebelik esnasında nadir rastlanan, tüm organları tutabilen paraziter bir enfeksiyondur. Hidatik kistler gebelerde normal popülasyonla benzer şekilde, sıklıkla karaciğer (%50-70) ve akciğerde (%20-30) nadiren (%10) beyin, kemik, kalp, yumuşak doku, dalak, böbrek, pankreas gibi diğer organlarda da görülebilir<sup>(1)</sup>. Hastalık genellikle gebelikte asemptomatiktir, ancak doğum sırasında rüptüre olarak anafilaksiye neden olduğu bildirilmiştir. İnsidansı endemik bölgelerde 20000-30000 gebelikte 1 olarak bildirilmiştir<sup>(2)</sup>. Gebelikte görülen kist hidatik anne ve bebekte çeşitli komplikasyonlara neden olabilir.

### 1.Klinik

Kist hidatik gebelerde çoğunlukla asemptomatik seyrederek ve rutin ultrason kontrollerinde saptanır. Kistle ilgili faktörlere (boyutu, lokalizasyonu, büyüme artışı, canlılığı) ve gebelikte ilgili faktörlere (gestasyonel hafta, doğum şekli, maternal komorbiditeler) bağlı olarak çeşitli klinik tablolar görülebilir<sup>(3)</sup>. Karın ağrısı, bulantı, kusma, erken doyma gibi semptomlara neden olabilir. Hamilelikte hücrel immünitenin baskılanması ve plasentadan salgılanan steroidlerin etkisi ile kistik lezyonlarda büyüme görülebilir<sup>(4)</sup>. Özellikle

yüzeysel yerleşmiş ve ince duvarlı olan kistler gelişmekte olan uterusu ve intraabdominal basınç artışına bağlı olarak rüptüre olabilir<sup>(5)</sup>. Nadir vakalarda anafilaktik şok ve ani ölüme neden olabilir. Gebelikte kist hidatik nadir vakalarda (<%5) malignite ile birlikte komplike olabilir<sup>(6)</sup>.

Etken plasentadan geçmediği için fetüste enfeksiyon oluşturmaz. Ancak kistin büyüklüğüne bağlı olarak fetüsün gelişiminde etkilenme olabilir. Özellikle 10 santimetre üzerindeki kistler gebede hidronefroz, akut böbrek yetmezliği, intestinal obstrüksiyona neden olabilir ve bası etkisi ile normal doğum eylemi zorlaşabilir<sup>(5)</sup>.

Kist, biliyer kanal ya da bir bronşu erode ederse ve kız vezikülün içerisindeki kist içeriği lümenine açılırsa obstrüksiyona ya da postobstrüktif bakteriyel enfeksiyona neden olabilir<sup>(1)</sup>. Akciğer kist hidatiğinde en sık görülen semptomlar öksürük, göğüs ağrısı ve hemoptizidir. Kist sıvısı veya membranlarının ekspektorasyonu ise en tanınan semptomdur<sup>(7)</sup>.

Kistler yerleştikleri organa bağlı olarak çeşitli semptomlar oluşturabilir. Bu semptomlar gebelik dışında görülen kist hidatik kliniğiyle benzerdir<sup>(5,8)</sup>. Pelvik hidatik hastalık alt karın ağrısı, menstrüel bozukluklar, infertilite ve yenidoğanın kiste komşu organlarında basınç etkisi ile ilgili semp-

<sup>1</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, esma\_kepenek@hotmail.com

<sup>2</sup> Araştırma Görevlisi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, pinarbelviranli@gmail.com

diğer tedavi seçenekleridir. Kistin intakt olarak çıkarıldığı komplike olmayan olgularda prognoz oldukça iyidir. Gebe hastalarda cerrahinin hangi vakalara uygulanacağı da tartışmalıdır. Manterola ve arkadaşlarının serisinde, 12 gebe vaka 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 şikayetlerine sebep olması; safra kanalı ile ilişkisi sebebiyle sarılık oluşturması; hepatotorasik geçiş ve çok sayıda kistin olması cerrahi için uygun koşullar olarak belirtilmiştir<sup>(37)</sup>. 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<sup>(5)</sup>. Tedavide mümkünse 20-24. haftaya kadar beklenmesi, gebelikte cerrahi için en uygun dönemin 2.trimester olduğu savunulmaktadır<sup>(3)</sup>.

Gebe kadında hidatik hastalığının tedavi konusu dışında doğum yöntemi de tartışmalıdır. Başarılı vajinal ve sezaryen doğum vakaları bildirilmiştir. Fakat büyük kitlelerin doğum kanalını tıkayabileceği ve doğumun ikinci evresinde intraabdominal basınç artışıyla birlikte rüptüre olabileceği unutulmamalıdır<sup>(2)</sup>. Hidatik kisti olan bir gebede doğumda valsava manevrası da rüptür riski nedeni ile kontrendike olup aynı seansta hem sezaryen hem de kistin cerrahi çıkarımı düşünülmelidir<sup>(5)</sup>.

Sonuç olarak gebelerde kist hidatik gebelik ve kistle ilgili faktörlere göre farklı klinik tablolar da görülebilmektedir. Gebelik sırasında hücresel bağışıklığın azalmasından dolayı hastalık tekrarlama ya da hızla ilerleme riskine sahiptir. Tedavi hakkında çalışmalarda pek çok seçenek sunulmuş olup bu sürecin yönetimi hastanın kliniğine göre hekimin tercihinin bırakılmıştır.

## Kaynaklar

1. Fairley KJ, King HC. Tapeworms (Cestodes). In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds), Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases.2020;p.3463-3472.
2. Dede S, Dede H, Caliskan E, et al. Recurrent pelvic hydatid cyst obstructing labour, with a concomitant hepatic primary. A case report. J Reprod Med.2002;47:164-166.
3. Celik S, Okyay O, Karaman E, et al. Analysis of factors affecting outcomes of pregnancy complicated by Echinococcus: an algorithm for approach and management. Arch Gynecol Obstet. 2018;298(1):103-110. doi:10.1007/s00404-018-4792-7.
4. Akbaş A, Daşiran F, Dagmura H, et al. Primary hydatid cyst localized in soft tissue during pregnancy. Journal of Surgical Case Reports. 2019;1:1-3. doi:10.1093/jscr/rjy324.
5. Rodrigues G, Seetharam P. Management of Hydatid Disease (Echinococcosis) in Pregnancy: Obstet Gynecol Survey. 2008;63(2):116-123. doi:10.1097/OGX.0b013e3181601766.
6. Moazeni M, Asadpour M, Malekpour SH. Influence of hydatid disease on the pregnancy outcomes:An experimental study. J. Obstet Gynaecol Res.2018(44):1896-1901. doi:10.1111/jog.13721.
7. Köktürk O, Gürüz Y, Akay H ve ark. Toraks derneği paraziter akciğer hastalıkları tanı ve tedavi rehberi.2002;3:1-16.
8. Yılmaz N, Kıymaz N, Etlik O, et al. Primary hydatid cyst of the brain during pregnancy. Neurol Med Chir (Tokyo) 2006; 46(8): 415-417
9. Aydogdu T, Gungor T, Cavkaytar S, et al. Pelvic Echinococcosis in Differential Diagnosis of Pelvic Masses. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006;129(1):98-99.doi:10.1016/j.ejogrb.2005.12.030.
10. Ai Y, Liu SY, Yao Q. Clinical characteristics of 1241 cases of intrahepatic cholestasis of pregnancy. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 2004;39(4):217-220.
11. Fischer M, Kasis S, Oren M. Echinococcosis in pregnancy. Harefuah 1992;12:770-771.
12. Biava MF, Dao B, Fortier B. Laboratory Diagnosis of Cystic Hydatid Disease. World J Surgery. 2001;25(1):10-14.doi:10.1007/s002680020002
13. İlhan G, Necip P, Kerem T et al. Pregnancy and renal cyst hydatid disease: Case report. Afr J Microbiol Res. 2012;6(7):1621-1623. doi:10.5897/AJMR11.1489
14. El-Shazly AM, Saad RM, Belal US, et al. Evaluation of Elisa and IHAT in Serological Diagnosis of Proven Cases of Human Hydatidosis. J Egypt Soc Parasitol. 2010;40(2):531-8.

15. Robertson M, Geerts L, Gebhardt GS. A Case of Hydatid Cyst Associated With Postpartum Maternal Death. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27(6):693–696. doi: 10.1002/uog.2763.
16. Köksal A, Arhan M, Oğuz D. Kist hidatik. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*.2004;8:61-67.
17. Musaev GK, Sharipov RK, Fatyanova AS, et al. Echinococcosis and pregnancy: approaches to the treatment. *Pirogov Journal of Surgery*. 2019;(5):38-41. doi:10.17116/hirurgia201905138.
18. Giorgio A, de Stefano G, Esposito V, et al. Long-term Results of Percutaneous Treatment of Hydatid Liver Cysts: A Single Center 17 Years Experience. *Infection*. 2008;36(3):256-261. doi: 10.1007/s15010-007-7103-y.
19. Filice C, Brunetti E, Bruno R, et al. Percutaneous Drainage of Echinococcal Cysts (PAIR–Puncture, Aspiration, Injection, Reaspiration): Results of a Worldwide Survey for Assessment of Its Safety and Efficacy. WHO-Informal Working Group on Echinococcosis-Pair Network. *Gut* 2000;47:156–157. doi: 10.1136/gut.47.1.156b
20. Salama H, Farid Abdel-Wahab MF, Strickland GT. Diagnosis and Treatment of Hepatic Hydatid Cysts With the Aid of Echo-Guided Percutaneous Cyst Puncture. *Clin Infect Dis* 1995;21:1372. doi: 10.1093/clinids/21.6.1372.
21. Ustünsöz B, Akhan O, Kamiloğlu MA, et al. Percutaneous treatment of hydatid cysts of the liver: long-term results. *Am J Roentgenol* 1999; 172:91-96.
22. Yetim I, Erzurumlu K. Current Approaches In Treatment of Hydatid Cysts of Liver. *J Clin Anal Med*. 2012;4(1):64-71. doi:10.4328/JCAM.701
23. Bakdik S, Arslan S, Oncu F. Long-term Results of Percutaneously Treated Multiple Hepatic and Splenic Hydatid Cysts in a Pregnant Woman. *J Infect Dev Ctries*. 2018;12(08):680-682. doi:10.3855/jidc.10104
24. Erzurumlu K, Dervisoglu A, Polat C, et al. Intra-biliary rupture: an algorithm in the treatment of controversial complication of hepatic hydatidosis. *World J Gastroenterol*.2005;11(16):2472–2476.
25. Vuitton DA. Benzimidazoles for the treatment of cystic and alveolar echinococcosis: what is the consensus? *Expert Rev Anti Infect Ther* 2009;7(2):145–149. doi: 10.1586/14787210.7.2.145
26. Schantz PM, Van den Bossche H, Eckert J. Chemotherapy for Larval Echinococcosis in Animals and Humans: Report of a Workshop. *Z Parasitenkd*. 1982;67(1):5-26. doi: 10.1007/BF00929509.
27. Sahin E, Nayki U, Sadik S, et al. Abdominal and pelvic hydatid disease during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;273(1):58–59. doi 10.1007/s00404-004-0679-x.
28. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA, et al. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop*. 2010;114:1–16. doi; 10.1016/j.actatropica.2009.11.001.
29. Altıntaş N. Sestodlar. Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (eds): *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi-2*, 4.Baskı: Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul (2017).s.2280-2293.
30. El-On J. Benzimidazole treatment of cystic echinococcosis. *Acta Trop* 2003; 85:243-252. doi; 10.1016/S0001-706X(02)00217-6.
31. Todorov T, Mechkov G, Vutova K, et al. Factors influencing the response to chemotherapy in human cystic echinococcosis. *WHO Bulletin OMS*. 1992;70 (3): 347-358.
32. Franchi C, DiVico B, Teggi A. Long-term Evaluation of Patients With Hydatidosis Treated With Benzimidazole Carbamates. *Clin Infect Dis* 1999;29(2):304–309. doi: 10.1086/520205.
33. Keshmiri M, Baharvahdat H, Fattahi SH, et al. Albendazole versus placebo in treatment of echinococcosis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2001;95:190–194. doi:10.1016 / s0035-9203 (01) 90162-2.
34. Diav- Citrin O, Shechtman S, Arnon J, et al. Pregnancy outcome after gestational exposure to mebendazole: a prospective controlled cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(1):282-285. doi: 10.1067/mob.2003.79.
35. Polat C, Sivaci R, Baki E, et al. Recurrent Hepatic Hydatid Cyst in a Pregnant Woman. *Med Sci Monit*. 2007;13(2): CS 27-29.
36. Akhan O, Akkaya S, Dagoglu MG, et al. Percutaneous Treatment of Splenic Cystic Echinococcosis: Results of 12 Cases. *Cardiovasc Intervent Radiol*.2016;39:441-446. doi;10.1007/s00270-015-1265-2
37. Manterola C, Espinoza R, Munoz S, et al. Abdominal Echinococcus during Pregnancy: Clinical Aspects and Management of a Series of Cases in Chile. *Trop Doct* 2004;34:171-173. doi: 10.1177/004947550403400317