

Baş Boyun Bölgesi Hidatik Kistlerinin Klinik, Patolojik İncelenmesi

Dr. Sefa Kaya* / Dr. Aras Şenvar** / Dr. Emek Özen***

Sestodlardan olan echinococcus granulosus'un larv şeklinin insan vücudunda gelişmesiyle meydana gelen hidatik kist enfeksiyonu, baş-boyun bölgesinde seyrek olarak görülür.¹⁶ Yüzde ve boyunda yer alan hidatik kist, kistik şekil gösteren benign veya malign kitlelere benzer klinik tablo verir. Bu nedenle ayırıcı tanı tedavî yönünden oldukça önemlidir. Sık rastlanan organlarda tanı daha kolay olduğu halde, seyrek yerleşme bölgelerinde tanıda güçlük görülür.¹⁵ Nitekim baş-boyun bölgesi kist hidatikleri ile ilgili yayınlarda kesin tanıya ancak ameliyat esnasında ve çıkarılan spesmenin histopatolojik incelenmesiyle varılmıştır.^{2,10,12}

Bu yazımızda; kliniğimizde parotis, maksilla, submandibuler ve supraklavikuler bölgede yerleşim gösteren dört hidatik kist vakası takdim edilmiş, dolayısıyla bu kistlerin klinik ve patolojik özellikleri belirtilmiştir.

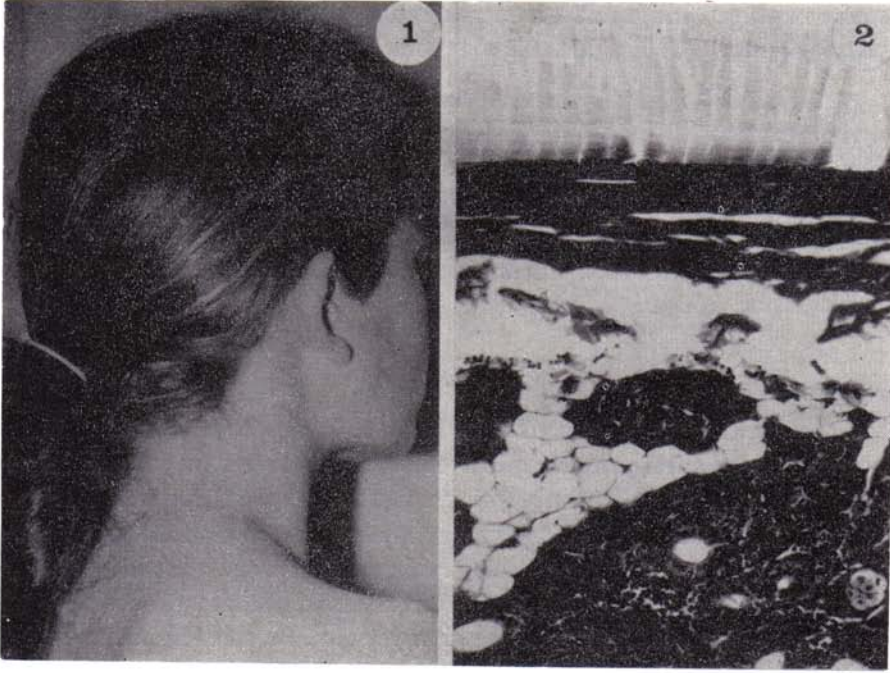
Materyel

Vaka 1: R. S., 17 yaşında kadın hasta (Dosya no: 599940), yüzünün sağ tarafında 4 aydanberi giderek büyüyen kitle nedeniyle yatırıldı. Sağ parotis bölgesinde 3x2 cm. boyutlarında, mobil, orta sertlikte, ağrısız kitle saptandı (Şekil 1). Fasyal sinir fonksiyonları normaldi. Parotis tümörü ön tanısı ile sağ parsiyel parotidektomi yapılarak parotisin yüzeyel lobunda yer alan kitle çıkarıldı. Histopatolojik inceleme kist hidatik olarak belirtildi (Şekil 2).

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Bilim Dalı Doçenti.

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

*** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bilim Dalı Profesörü.



Şekil 1

Parotis hidatik kist tanısı konulan hastanın yan görünüşü.

Şekil 2

Tükrük bezinin bir tarafında hidatik kiste ait fibröz cidar ve kütiküler membran görülmektedir (H-E, X125).

Vaka 2: S. K., 12 yaşında kız çocuğu (Dosya no: 64/22642), yüzünün sol tarafında bir yıldanberi gittikçe büyüyen şişlik nedeniyle yatırılan hastanın sol zigomatik bölgede, flüktüasyon veren, ağrısız kitlenin radyolojik olarak maksiller sinüs dışında zigomatik kemiği kaplıyan kistik oluşum olduğu saptandı. Hidatik kist için yapılan Casoni ve Weinberg testleri negatif bulundu. Hasta, maksilla kistik tümörü ön tanısı ile ameliyata alındı. Zigomatik arkus derinliğinde yer alan maksiller sinüse ulaşan, maksilla ve zigomatik kemikte destrüksiyon yapan kist bulundu. Kist rüptüre olduğunda berrak mayi aspire edildi. Kese tamamen çıkarılarak ameliyat sahası formol ile tesbit edildi. Histopatolojik inceleme ile hidatik kist kanıtlandı.

Vaka 3: F. A., 28 yaşında, kadın hasta (Dosya no: 299102) 2,5 aydanberi boynunun sol tarafında ceviz büyüklüğünde sert ağrısız kitle ve ateş nedeniyle yatırıldı. Sol supraklavikuler bölgede 4x5 cm. boyutlarında, kistik, mobil, ağrısız kitle saptandı. Casoni ve Weinberg testleri pozitif bulundu. Sol supraklavikuler bölgedeki kistik kitle ameliyat esna-

sında rüptüre olduğunda sarımsak renkte sıvı geldiği görüldü. Histopatolojik inceleme kist hidatik olarak belirtildi.

Vaka 4: S. K., 8 yaşında erkek çocuğu (Dosya no: 62/16094), 4 aydanberi çene altında giderek büyüyen kitle nedeniyle yatırıldı. Mandibula altında orta hattan sağa doğru yayılan 3x4 cm. boyutlarında mobil, yumuşak kıvamda kitle bulundu. Bir yıl önce karaciğer kist hidatik ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Casoni ve Weinberg testleri negatif olarak saptandı. Submandibuler kistik kitle tamamen çıkarıldı. Kist hidatik olarak rapor edildi.

Tartışma

Sindirim ve solunum yolu ile insan vücuduna giren echinococcus granulosus yumurtalarından çıkan embriyon lenf ve kan yolu ile bütün organlara yayılabilir.¹³ Embriyon yerleştiği bölgede çengellerini kaybeder. Kese haline geçerek yavaşça büyümesine devam eder. Kist hidatik ile konakçı arasındaki doku reaksiyonuna bağlı olarak kist hidatiğin dış tabakası yani fibröz kapsül oluşur. Kutikülün iç yüzünde parankim zarı veya membrana germinativa yer alır. Bu tabakadan yavru keseler, skoleks ve çimlenme kapsülleri oluşur. Ana vezikülde, yavru veziküllerde ve çimlenme kapsülleri içinde skoleksler bulunur. Ana vezikül yapısında olan yavru veziküller, germinatif membran ve kaya suyu ihtiva ederler. Yavru veziküllerin bir kısmı içe doğru büyüyerek endojen, bir kısmı ise dışa doğru gelişerek eksojen yavru vezikülleri oluştururlar.¹⁶ Kistlerin içinde skoleks ve yavru veziküller bazen bulunmayabilir. Böyle kistlere echinococcus sterilus adı verilir.¹

Kese içinde yer alan ve vasküler kökenli olan kaya suyu renksiz ve saydamdır. Normal halde steril olan bu suyun yapısında kreatin, lesitin, nikotinik asit, üre, ürik asit, amonyum tuzları, glukoz, sodyum klorür, antijenik özellik gösteren amino asitler bulunur.^{3,11,17}

Hidatik kist enfeksiyonu primer veya sekonder olur. Primer enfeksiyon vücuda embriyonlu yumurtaların girmesiyle ortaya çıkar. Sekonder kist ise primer kistin yırtılması ile serbest kalan skoleks veya yavru keselerin aşılması ile meydana gelir.^{2,9} Bu nedenle ponksiyon veya biyopsi amacıyla yapılan girişimlerde sekonder kistlerin meydana gelme olasılığı artar.¹

Yapılan geniş histopatolojik incelemelerde, hidatik kist ile çevre dokular arasında bazı reaksiyonlar olduğu saptanmıştır.¹⁶ Yabancı cisim granülayon dokusu şeklindeki reaksiyonlar organizmanın verdiği erken cevap olarak belirtilebilir. Ayrıca plazma hücreleri, lenfosit, eozin-

nofil gibi hücrelerin yoğun olarak bulunması lokal hümorale immün reaksiyonun da meydana geldiğini göstermiştir.⁸

Hidatik kistli hastalarda sistemik klinik belirtiler olabileceği gibi, yerleştiği organa ait belirtiler de gözlenir.¹⁵

Baş-boyun bölgesindeki kistler genellikle kitle belirtisi yaparlar. Bunlar mobil, yumuşak ağrısız şişliklerdir. Çevredeki önemli oluşumlara ait bazı belirtileri de ortaya çıkabilir. Kist duvarında kalsifikasyon oluşu radyolojik olarak tanıya yardımcı olabilir. Kemik dokuda gelişenler dokü sertliğinden dolayı normal şekillerini alamazlar. Kemik destrüksiyonu yaparlar.⁴ Bu kistlerde adventisya tabakası yoktur. Sıvı pek az veya bulunmaz. Skoleks oluşmaz.¹⁶ Maksillada lokalize hidatik kistli hastada (Vaka No 2) zigoma ve maksillada geniş harabiyet, düzgün sınırlı kistik yapı saptanmıştır. Bu kemik kistlerinde kalsifikasyonun oluşu radyolojik olarak hidatik kisti düşündürülebilir.¹ Kistlere ponksiyonla berrak, kaya suyu elde edilir. Bu sınıfta skoleksler veya yavru keseler saptanabilir.¹⁶

Parotis bölgesindeki kistler parotis tümörü gibi ele alınmalıdır. Literatürde parotis kist hidatiklerine ait yayın azdır.^{2,10,14}

Altman ve Gutman,² literatürde 1966 yılına kadar 35 parotis, bir submandibuler gland hidatik kist vakaları saptadıklarını bildirmişlerdir.

Nassuphis'e göre,¹¹ V. Martini 23 vaka, Toul ise 3'ü parotiste 4'ü submandibuler glandda lokalize hidatik kist vakası bildirmişlerdir.

Türk Tıp literatüründe ise parotis hidatik kisti ile ilgili yayınlar çok azdır.¹²

Bu hastalarda parotis bölgesinde ağrısız mobil elastik kıvamda kitle saptanır. Sialogramda parotis parankimine ait dolma defekti gözlenebilir. Stenon kanalı bir özellik göstermez.¹⁰ Fakat tükrük bezindeki bu kitleler tümör gibi ele alınarak ameliyat edilmelidirler. Parotiste hidatik kist tanısı alan hastamızda da (Vaka No 1) sağ parsiyel parotidektomi uygulanmıştır.

Boyunda lokalize olan kistlerde ayırıcı tanı zordur. Kistik yapılarda ayırıcı tanıda bu hastalık düşünülmelidir. Serolojik testler her zaman olmamakla beraber tanıya yardımcıdırlar. Kist sıvısının intradermal olarak kullanıldığı Casoni testi bu hastalarda yüksek oranda pozitif bulunur.⁷ Fakat kist cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra yine pozitif cevap alınabilir.⁹

Kompleman fiksasyonuna dayanan Weinberg testinde antijen olarak kist sıvısı kullanılır. Fakat bu test, Casoni testi gibi diğer bazı hastalıklarda yalancı pozitif reaksiyon verebilmektedir.¹⁸

Submandibuler bölgede yer alan ve enfekte olan hidatik kistli hastada (Vaka No 4) Casoni ve Weinberg testleri negatif, supraklavikuler bölgede saptanan hidatik kistli hastada (Vaka No 3) pozitif bulunmuştur. Bu serolojik testler de her zaman kesin tanıya yardımcı olamamaktadırları.

Hidatik kistli hastalarda IgA oranında azalma olur. Ayrıca hücrel immünitenin incelenmesi amacıyla invitro olarak lenfosit transformasyon testi de tanıya yardımcı bir yöntem olarak kullanılabilir.⁶

Sonuç olarak, baş-boyun bölgesindeki kistik kitlelerde hidatik kist enfeksiyonu da düşünülmeli ve gerekli laboratuvar testleri yapılarak diğer kistlerden ayırt edilmelidir. Böylece ekim tehlikesi nedeniyle ameliyat esnasında daha etkin tedbirler alınmalıdır.

Özet

Baş-boyun bölgesinde hidatik kist enfeksiyonuna vücudun diğer bölgelerine oranla daha az rastlanır. Bu yazımızda, parotis gland, maksilla, submaksiller ve supraklavikuler bölgede yer alan ve ameliyat sonucu hidatik kist kesin tanısı konulan 4 hasta sunulmuştur.

Bu bölgedeki kistik oluşumlarda ayırıcı tanıda hidatik kist enfeksiyonu da düşünülmeli ve yardımcı laboratuvar yöntemleri ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Summary

Hydatid cysts in the maxillofacial region and neck are uncommon. Four cases of hydatid infestation are reported in this article. One of them appeared as parotid cyst, one case in maxilla the others in supraclavicular and in submaxillary region.

In establishing diagnosis before surgery, Weinberg, Casoni and Lymphocyt transformation tests, examination of aspirated fluid for scoleces are helpful.

KAYNAKLAR

1. Aguilina, T., Chun, Y. E.: Echinococcus disease, Amer. J. Gast. **43**: 334, 1965.
2. Altman, M. M., Gutman, D.: Echinococcus of the parotid gland. J. Laryng. Otol. **80**: 409, 1966.
3. David, J. M.: Fine structure of the hydatid cyst and protoscolex of echinococcus granulosus, J. parasit. **53**: 312, 1967.
4. Hoşal, İ. N., Özşahinoğlu, C.: Thyroid gland'da ve maxiller sinüsde görülen iki nadir primer cyst hydatique vak'ası, Türk Oto-Rino-Larengoloji Cemiyeti VIII. Milli Kongresi, Çeltüt Matb. Kol. Şti. İstanbul, 1966, s. 141.

5. Kagan, I. G., Norman, L., Dorotohy, S. A.: Studies on echinococcosis serology of crude and fractionated antigens prepared from echinococcus granulosus and echinococcus multilocularis, Amer. J. Trop. Med. Hyg., **9**: 248, 1960.
6. Kayhan, B.: Kist hidatik, sestod (*T. saginata*, *H. nana*) vakalarında humoral ve sellülerimmünite, lenfosit transformasyon testinin tanıdaki değeri, Doçentlik Tezi, Ankara, 1975.
7. Kilejian, A. Schwabe, C. W.: Studies on the polysaccharides of the echinococcus granulosus cyst with observations on a possible mechanism for laminated membrane formation. Comp. Biochem, Physiol. **408**: 25, 1971.
8. Köksal, M., Gököz, A.: 276 hidatid kist vakasında histopatolojik incelemeler. Türkiye'de ekinokokoz problemi simpozyumu, Erzurum 1974. T.B. TAK fotoğraf Klişe Lab. Ofset Tesisleri, 1976, s. 103.
9. Manson, B.: Manson's tropical disease, 5 th. ed. Bailliere Tindall, London, 1972. p. 1972.
10. Nassuphis, P.: Parotis - Echinococcus. N H O, **20**: 179, 1972.
11. Norman, L., Sadun, E. H., Allain, D. S.: A bentonite flocculation test for the diagnosis of hydatid disease in man and animals. Amer. J. Trop. Med. Hyg. **78**: 269, 1957.
12. Öktem, M., Ergün, S. Ş.: Bir parotis tezi kist hidatik vak'ası Türk Oto-Rinolarenoloji Cemiyeti, VIII. Milli Kongresi, Çeltüt Matb. Kol. Şti, Ustanbul, 1966, s. 208.
13. Selliöglü, B.: Ekinokokozun Türkiye ve Dünyadaki dağılımı, kontrol ve koruma yöntemleri, Türkiye'de Ekinokokoz problemi Simpozyumu, Erzurum, 1974 T.B. TAK Fotoğraf Klişe Lab. ve Ofset Tesis. 1976 s. 1.
14. Singh, S. : Submandibular hydatid cyst, J. Laryng. Dtol, **86**: 647, 1972.
15. Timuralp, B.: Ekinokokoz semptomatolojisi, Türkiye'de ekinokokoz problemi simpozyumu. Erzurum. 1974, T.B. TAK, Fotoğraf Klişe Lab. Ofset Tes. 1976, s. 33.
16. Unat, E. K.: Tıbbi parazitoloji, Kurtulmuş Matbaası, İstanbul, 1960, s. 367.
17. Varela-Diaz, W. M., Coltorti, E. A.: Further evidence of the passage of host immunoglobulins into hydatid cyst. J. Parasit **58**: 1015, 1972.
18. Vural, S., Uluçöl, M., Saygı, G., Üstündağ, N.: Weinberg testinde görülen yalancı pozitif reaksiyonlar üzerine. İst. Üniv. Tıp Fak. Mec. **27**: 149, 1964.