

# Pelviste kist hidatik - pelvik kuşağın subtotal rezeksiyonu

Şükrü Araç<sup>(1)</sup>, Cezmi Karaca<sup>(1)</sup>, Haluk Öztekin<sup>(1)</sup>, Hidayet Topal<sup>(1)</sup>

İskelet sisteminin kist hidatiği oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Hastaların birçoğu tüberküloz veya tümör gibi tanularla ameliyata alınarak, ameliyat sırasında gerçek teşhisleri konmaktadır.

Biz sol iskiüma yerleşmiş bir kist hidatik vakasının ekstremitayı koruyarak rezeksiyonunu ve vakanın sonucunu bildirmeyi amaçladık.

## *Cyst Hydatid of Pelvis - Subtotal Resection of the Pelvic Girdle.*

*Cyst hydatid of bone and joint is a rare disease. Most of the patients are operated on with a preoperative diagnosis of tumor or tuberculosis and the correct diagnosis is made first during surgery.*

*We report on one patient with hydatidosis of the left ischium caused by Echinococcus Granulosus who was treated by limb-sparing excision of the hip and pelvic bone with no recurrence and a good function.*

Ülkemizde ve dünyanın çeşitli bölgelerinde oldukça sık rastlanan kist hidatik, organizmanın bir çok dokularında da değişik sıklıkta görülmektedir. Kemik ve eklemlerde yerleşmesi oldukça nadirdir, ancak bunun oranları konusunda değişik görüşler mevcuttur (1,12). Hastalığın klinik ve radyolojik bulgularının tipik olmaması nedeniyle, preoperatif tanıda sıklıkla yanılgıya düşülmektedir. Hastaların birçoğu tümör veya tüberküloz ön tanısıyla ameliyata alınmakta ve ameliyat sırasında tanı konmaktadır (2). Tedavide ana prensip, hasta bölgenin tümüyle çıkarılması şeklindedir. Fakat kistin yerleştiği bölgenin özelliklerine göre değişik yöntemlerin uygulanma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Vertebralar ve pelvis tedavinin en güç olduğu bölgelerdir.

Yazımızda, sol iskiümda yerleşim gösteren bir kist hidatik vakasına uygulanan cerrahi teknik hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir.

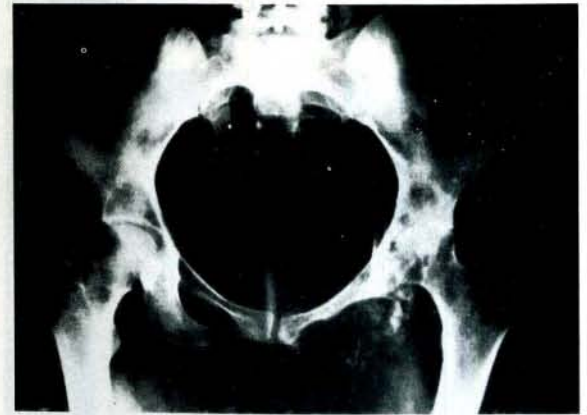
## Vaka takdimi

33 yaşında kadın hasta 1,5 yıldır sol iskiüm-pubis bölgesinde ağrı ve ayrıca sol ayağa kadar yayılan siyatikalji tarzında ağrı, uyusukluk, sol kalçada hareket kısıtlılığı ve ağrı nedeniyle başvurdu. Hasta bize müracaatından 5 sene önce sol iskiüm bölgesindeki şişlik nedeniyle bir doktora başvurmuş ve o zaman yapılan sınırlı biyopsi ve küretaj sonucu kist hidatik olduğu anlaşılmış, fakat başka bir tedavi görmemiş. Hastanın yapılan klinik muayenesinde; sol iskiüm bölgesinde, sol kalçaya ve pubik bölgeye uzanan bir şişlik palpe ediliyordu. Vaginal muayenede, solda vagen duvarına doğru uzanan ve intrapelvik ekspansiyon gösteren kitle tespit edildi. Solda Laseque testi 40° de pozitifdi. Aşil refleksi azalmış ve ayakta yaygın bir şekilde parestezi tarif ediyordu. Sol kalça hareketleri ileri derecede ağrılı ve kısıtlıydı. Hasta bu yakınmaları nedeniyle yürümekte güçlük çekiyordu. Yapılan röntgen muayenesinde; sol iskiüm kolunda geniş bir litik lezyon mevcuttu ve kemik doku hemen hemen kaybolmuştu. Lezyon symphysis pubise uzanıyordu. Ayrıca pubis kolunda, asetabulumda ve femur başında yer

yer litik bölgeler dikkati çekiyordu. Sol kalça ekleminde dejeneratif değişiklikler mevcuttu (Resim 1). Akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu, karaciğer ultrasonografisi normal bulundu. Laboratuvar muayenesinde; ESR 1/2 saatte 18 mm, saatte 42 mm, lökosit 4600, eritrosit 3.800.000 olarak bulundu. Casoni deri testi pozitifdi. Eozinofili tespit edilmedi. Daha önce yapılmış biyopsi sonucu, laboratuvar bulguları ve radyolojik görünüm nedeniyle hastada ösöz kist hidatik olduğu kararına varıldı. Patolojinin benign karakterde olması, hastanın genç oluşu gibi faktörler nedeniyle ekstremita kaybına neden olacak bir girişim yerine parsiyel pelvektomi gibi ekstremitayı koruyan bir cerrahi müdahalenin uygun olacağı düşünüldü (4). Ancak hastaya ameliyattan önce, gerektiğinde hemipelvektomiye dönülebileceği ifade edilerek bu yönde müsaadesi alındı.

## Cerrahi

Anterior ilio-inguinal insizyonla sol pelvik fossaya, inguinal ve iskiyal bölgeye girildi. Kist duvarı iskiüm kolunu tümüyle, pubis kolunu ise büyük oranda kaplamıştı. Kitle posterior loja, özellikle siyatik sinir trajesine doğru



Resim 1: Ameliyat öncesi.

uzanıyordu. Mesane ve vagen duvarları laparotomi padleriyle korunarak symphysis pubis sagittal planda dissekte edildi. Kiste uzanan geniş duvarlı kollateral damarlar bağlanarak kesildi. İliacus, gluteus ve tensor fascia lata adaleleri iliak kanattan ayrıldı ve eksternal iliak damarlar mobilize edilerek askıya alındı. Femoral arter, ven ve sinir korunarak obturator sinir ve damarlar kesildi. Rectus femoris, iliopsoas, pectineus, gracilis, adduktorlar ve obturator externus pelvise yapışma yerlerinden 2-2.5 cm uzaklıktan kesildi. Siyatik sinir pelvis içinden mobilize edilerek korundu. Büyük siyatik çentiğe giren piriformis adalesi kesildi. Kalça kapsülü açılmadan cervicotrokanterik bölgeden osteotomi yapıldı. Hamstringler, dış rotatorlar orijinlerinden 3 cm distalden kesildi. Sacrotuberous ve sacrospinöz ligamentler ayrıldı. Büyük siyatik çentikten Gigli testeresi geçirilerek, spina iliaca anterior superiora uzanan osteotomi yapıldı. Spesimen siyatik sinirden ayrılarak, serbest hale getirildi ve femoral damar sinir paketinin altından mediale kaydırılarak çıkarıldı. Cerrahi sınırlarda makroskopik olarak herhangi bir patolojik yapıya rastlanmadı. Ameliyat sahası önce % 15 lik formaldehid, daha sonra hipertonic NaCl solüsyonu ile yıkandı. Femurun osteotomi alanı ile iliak kanadın osteotomi hattı adapte edilerek tel serklaj ile artrodez pozisyonunda fiksasyon sağlandı. Kesilmiş olan adale uçları birbirlerine dikilerek pelvik fasciaya tespit edildi. Bölge kapatılarak ameliyata son verildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmadı. Hasta 3 hafta süreyle her iki alt ekstremitesine uygulanan cilt traksiyonu ile immobilize edildi ve daha sonra koltuk değneği ile yürütmesine müsaade edildi. (Resim 2). 6 ay sonra baston ile yürümeye başladı. 5 cm kısalık nedeniyle ayakkabı takviyesi kullanılan hastanın hiç bir ağrısının olmadığı ve her türlü kişisel işlerini rahatlıkla yerine getirdiği öğrenildi. 3 yıl sonraki kontrolda hastanın herhangi bir sorununun olmadığı, diz ve ayağın normal olduğu, hareket, duyu ve dolanım bozukluğu olmadığı tespit edildi. Spesimenin patolojik tetkikinde, kist hidatik olduğu rapor edildi. (Resim 3).

## Tartışma

Kist hidatik insanlarda *Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis* ve *Echinococcus alveolaris* adı verilen şeritlerin larva şekliyle oluşur. Bunlardan Echi-

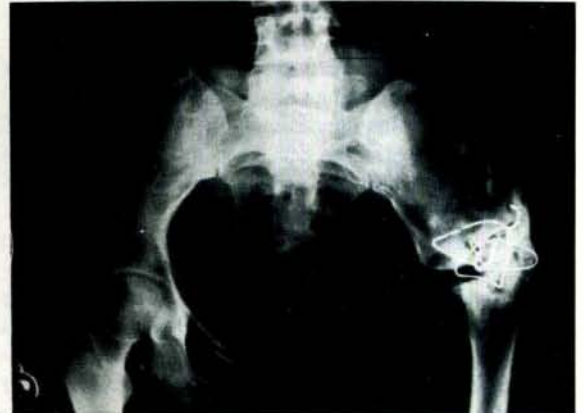
*nococcus granulosus* ossöz kist hidatiğin en önemli amilidir (8,11). Kemiğe oldukça nadir yerleşen kist hidatiğin bu yerleşimi %0.3 ile %5.9 arasında bir oranla görülmektedir (1,5,9). Hastalığın polikistik şekli daha sık görülen şeklidir ve tüm kemiğe diffüz bir yayılım gösterir. Soliter şekil çok nadirdir ve genellikle uzun kemiklerde yerleşir. Kist hidatik sıklıkla yassı kemiklerde ve kanlanmanın bol olduğu spongiozda yerleşir. Daha nadiren de uzun kemiklerin metafiz ve epifizini tercih eder (5,6,8).

Kemik kist hidatiği uzun yıllar belirti vermeden gelişebilir ve kendisini lokal şişlik, hafif ağrı ve lokal iltihabi bulgularla belli eder (7). Ağrı geceleri fazla olmakla birlikte, kemik dışına çıkan kistin büyümesiyle daha şiddetli ağrılara neden olur. Patolojik kırık ağrıyı daha da artırır. Ayrıca, vertebrayı tutan kist kanal içine açılarak medulla kompresyonu ve paraplejiye neden olabilir. Bizim vakaımızda olduğu gibi, periferik sinirler çevresindeki kistler direk bası ile muhtelif nörolojik bulguları ortaya çıkarırlar (1). Hidatik kistler fistülize olabilirler ve sekonder enfeksiyona uğrayabilirler. Radyolojik tetkikte, kemik korteksinin incilmesi ve genişlemesi ile birlikte küçük kistler görüldüğünde teşhis konabilir. Ancak çok sıklıkla tüberküloz osteomyelit veya nonspesifik osteomyeliti düşündürülebilir. Ayrıca dev hücreli tümör, encondrom, metastatik karsinom, fibröz displazi, Hand-Schüller-Christian hastalığı ve multipl myelom ile karışabilir (2,7). Hastaların %25-40 ında eosinofili görülür (9). Weinberg'in kompleman testi ve Casoni reaksiyonu %60 oranında pozitif sonuç verir, fakat indirek hemaglutinasyon testi diğer testlerden daha duyarlı ve özel bir testtir (6,8). Bizim vakaımızda indirek hemaglutinasyon testi yapılamamış, eosinofiliye rastlanmamıştır.

Bildirilmiş olan birçok vakada teşhis genellikle cerrahi eksplorasyon sırasında konmuştur ve ameliyat seyri bu tabloya göre değişmiştir. Kemiğe ait kist hidatik vakalarında tedavi, atake dokuların emniyetli sınıra kadar tümüyle çıkarılması şeklinde yapılmalıdır (3,5,6,8,9,10). Bu nedenle ekstremitelerde eksizyonun yeterli olmadığı şartlarda amputasyon, desartikülasyon veya hemipelvektomi düşünülmelidir. Bazen kist hidatikten tümüyle temizlenmiş olduğu düşünülen vakalarda dahi çok küçük kesecikler kalabilir ve bunlar ileride nükslere ve fistüllere neden olabilirler. Bu sebeple cerrahi sahanın formalin solüsyonu ve/veya hipertonic NaCl solüsyonu ile ayrıca yıkanması zorunludur (9).



Resim 2: Ameliyat sonrası.



Resim 3: Ameliyattan sonra

Bizim vakamız hastalığın yerleşimi açısından nadir bir vakadır. Daha önce geçirdiği müdahalenin oldukça sınırlı olmasında etkisiyle daha geniş bir alana yayılım göstermiştir. Biz vakamızda siyatik sinir dışında önemli bir damar ve sinir tutuluşu tespit etmedik. Cerrahi sırasında siyatik sinir üzerindeki basının bölgedeki ekspansif kist duvarının mekanik basısı olduğunu gördük. Ayrıca has-

talık, pelvik viscera ile gluteal bölgeye yayılım göstermediği için emniyetli sınırlara kadar uzanan, pelvik kuşağın subtotal rezeksiyonu ile tedavi gerçekleştirilmiştir. Daha geniş yayılım gösteren vakalarda, daha önce bildirilmiş olan iki serideki gibi hemipelvektomi yapılmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

## Kaynaklar

1. Aldred, A.J., Nisbet, N.W.: Hydatid Disease of Bone in Australasia. *J. Bone Joint Surg (Br)* 46: 260-267, 1964.
2. Baltschev, G.: Schwierigkeiten der Differentialdiagnose der Knochenchinkokkose der Knochentumoren und Unser Beitrag zur Klärung des Röntgenbildes bei 16 Kranken. *Arch Orthop Unfall-Chir* 69: 330-340, 1971.
3. Booz, M.K.: The Management of Hydatid Disease of Bone and Joint. *J. Bone Joint Surg (Br)* 54: 698-709, 1972.
4. Enneking, W.F.: *Musculoskeletal Tumor Surgery*, Churchill Livingstone New York, 483-528, 1983.
5. Duran, H., Fernandez, L., Gomez-Castresana, F., Lopez-Duran, L., Mata, P., Brandau, D., Sanchez-Barba, A.: Oseous Hydatidosis. *J. Bone Joint Surg (Am)* 60: 685-690, 1978.
6. Hooper, J., Mc. Lean, I.: Hydatid Disease of the Femur. *J. Bone Joint Surg (Am)* 59: 974-976, 1977.
7. Jaffe, H.L.: *Metabolic, Degenerative and Inflammatory Disease of Bone and Joints*. Lea and Febiger, Philadelphia 1972.
8. Mnaymneh, W., Yacobuien, V., Bikhazi, K.: Hydatidosis of the Pelvic Girdle, Treatment by Partial Pelvectomy. *J. Bone Joint Surg (Am)* 59: 538-540, 1977.
9. Nasseh, G.A.: Hydatid Disease in Bone and Joint. *J. Trop Med Hyg* 78: 243-244, 1975.
10. Parker-D.: Hydatid Disease of the Innominate Bone with a Report of a Case Successfully Treated by Irrigation with Supersaturated Salt Solution. *J. Bone Joint Surg (Br)* 47: 292-297, 1965.
11. Seyhan, F., Sönmezler, A.: Kemik Kist Hidatiği. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica* IX (3): 192-198, 1975.
12. Tözün, R., Yazicioğlu, Ö., Temelli, Y., Özger, H., Ertürk, H.: Kemik ve Eklem Kist Hidatiği. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica* XVIII (1): 17-26, 1983.