

KEMİK KİST HİDATİĞİ

Dr. Fahri SEYHAN*
Dr. Ali SÖNMEZLER**

ÖZET

Onbir yaşında bir kız çocuğunun sol iliumda oluşan bir kemik kist hidatiği vakası takdim edildi. Önce kemik tüberkülozu olarak kabul edilen bu vakanın teşhisinde karşılaşılan güçlüğü nedenleri tartışıldı. Bu münasebetle daha önce yayınlanmış olan kemik kist hidatiği vakaları ve bu konudaki klasik bilgiler incelendi.

GİRİŞ :

Kist hidatik yurdumuzda ender olmayarak rastlanılan bir hastalıktır. Bütün kist hidatiklerin sadece % 1 i kemiklerde görüldüğü için bu lokalizasyonu ender sayılır. Daha önce yurdumuzda kemik kist hidatiği vakaları yayınlanmıştır (2, 6, 10, 11, 16). Bu vakaların çoğu kemik tümörü veya tüberkülozu olarak teşhis edilip ameliyat edildiklerinde kist hidatik oldukları ortaya çıkmıştır. Yeni tedavi ettiğimiz bir vakada biz de aynı durumla karşılaştık. Bu vakamızı yayınlamanın, kist hidatik konusundaki klasik bilgileri genç arkadaşlara hatırlatmanın, böyle vakalarda doğru teşhise varabilmek için faydalı olacağını düşündük.

VAKA TAKDİMİ :

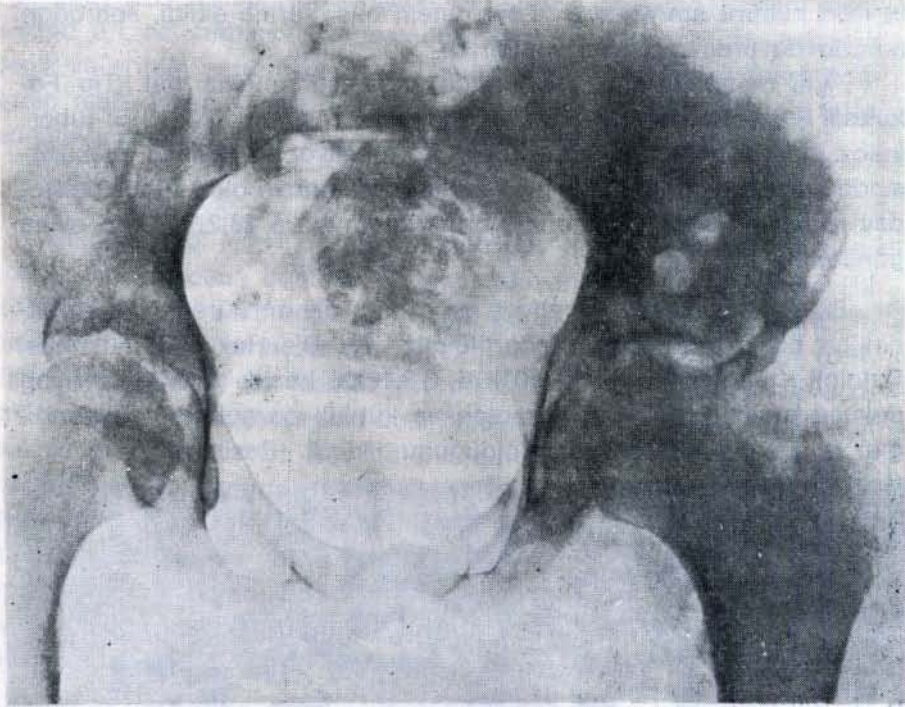
M. Y. Klinik No. 35560 Prot. No. 166

Onbir yaşında Sivaslı bir kız olan hastamız, sol kalçasında ağrı, ateş ve topallayarak yürümek şikâyetleri ile 31.1.1975 de kliniğimize yatırıldı. Travma tarif etmeyen hastamızda bu şikâyetler iki ay önce başlamış, yavaş yavaş artmış ve sol uyluğunda mor renkte yumuşak bir şişlik belirmişti. Müracaat ettiği bir başka hastaneden kliniğimize «sol iliumda, asetabulum tavanında apse» teşhisi ile gönderilmişti. Hastamızın yattığı zamanki klinik muayenesinde, sol kalçanın hareketlerinin ağrılı ve sınırlı olduğu görüldü. Sol uyluğunun gluteal bölgeye yakın bölümünde, gergin ve incelmış, mor renkli bir derinin altında flüktüasyon veren bir apse palpe ediliyordu. İnguinal bölgedeki lenf ganglionları büyük ve sert olarak ele geliyordu.

* İst. Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Doçenti.

** İst. Univ. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Ün. Doçenti

Radyolojik muayenede, sol ileumda, asetabulum tavanında, kistik bir kemik lezyonu olduğu görülmüyordu (Resim : 1). Bu bulgu klinik bulgular ile birleştirildiğinde, tüberküloz apsesi olduğu düşünüldü. Hastanın genel muayenesinde diğer sistemlerinde bir özellik yoktu. Kan sayımı ve idrar tahlili normal bulundu, başka bir öze araştırması yapılmadı.



Resim : 1 — Vakamızın ameliyattan önceki radyografisi

Hastamız 6.2.1975 günü, fistülize olmak üzere olan naji ve kemik lezyonunun küretajı amacı ile ameliyata alındı. Sol kalçaya anterior bir ensizyon ile girildi, sartorius ve tensor facia lata adaleleri arasından, kalça oynacı kapsülünün dışında olarak asetabulum tavanına varıldı. Burada iltihaplı odağın içine girilmiş oldu, distal tarafa doğru, gluteal adaleler arasından deri altına kadar ilerlemiş olan apse kürete edilerek temizlendi. İlium kanadındaki kemik lezyonu genişletilip açıldığında, içinde bol miktarda n kıvamda dokularla karşılaşıldı, küretle tamamen temizlendi. Bu bulgular bize ameliyat öncesi teşhisimiz ol rular şekilde görüldüğü için, yara içine streptomisin konuldu ve ka-

patıldı. Ameliyat sonrasında da lokal ve genel olarak anti tüberküloz tedaviye devam edildi :

Ameliyat esnasında alınan materyelin mikrobiyolojik muayenesinde (İst. Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Kürsüsü 10.2.1975, sayı 823) Gram boyamasında polimorf nüveli lökositler görüldü, mikrop görülmedi. Ziehl-Nielsen boyamasında aside dirençli mikrop görülmedi, bakteri kültürü steril kaldı. Löwenstein besisi yerine ekildi, sonradan burada da üreme olmadığı bildirildi.

Aynı materyelin histolojik muayenesi sonucunda (İst. Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Kürsüsü Prot. No. 1414/75, 17.2.1975) tüberküloz olduğu bildirildi. Bunun üzerine, ameliyat öncesinde ve esnasında varmış olduğumuz klinik teşhis doğrulanmış oldu. Anti tbc. tedaviye devam edildi, hastanın yarası kapandı ve 28.2.1975 de evine gönderildi.

Bir müddet sonra, ameliyat esnasında alınan küretaj materyelinin bir başka parçasını gönderdiğimiz İst. Diş Hekimliği Fakültesi Patoloji Kürsüsü (Prot. No. 107/75, 3.3.1975) kemik lamelleri ve yağ dokusu arasında yer yer parçalanmış kütikül parçalarına rastlandığını ve teşhisin «Hidatik kist» olduğunu bildirdi. (Resim : 2)



Resim : 2 — Küretaj materyelinin histolojik muayenesinde kütiküllerin görünüşü.

Bu sürpriz teşhis üzerine vaka yeniden ele alındı, kemik tümörleri rejistrasyon merkezinde disküsyonu yapıldı. İlk röntgen filmlerine bu gözle bakıldığında, sol iliumdaki lezyonun kist hidatik için tipik sayılabileceği anlaşıldı. Hasta kontrol muayenesi için geldiğinde, ameliyattan 3 ay sonra, İst. Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Parazitoloji Kürsüsünde gerekli laboratuvar incelemeleri yapıldı (30.4.1975, Prot. No. 296 - 97) Weinberg reaksiyonu + + + bulundu, Casoni reaksiyonu 0,1 cc. antijen şiringasından 24 saat sonra 2 cm. çapında şişlik ve eritem görülmesi ile + bulundu. Bu bulgulardan sonra hastanın teşhisi kemik kist hidatiği olarak değişti ve bu yönden takip edilmeye başlandı.

TARTIŞMA :

Bilindiği gibi kist hidatik echinococcus granulosus veya echinococcus hydatidosus denilen bir çeşit tenyanın kurtçuk şeklidir. Bu parazitin erişkin şekli köpeklerin ince barsağında yaşar, yumurtaları dışkıları ile çıkar ve besin maddelerine bulaşır. Bu yumurtalar özellikle koyun ve sığır gibi memeli hayvanlar tarafından ağız yolu ile alındıklarında, sindirim yollarında açılır, embriyon yumurtadan ayrılır, kan dolaşımına girer ve bu hayvanların karaciğerlerinde veya akciğerlerinde kist hidatik denilen keseleri yaparlar. Çevresi iki tabaka zarla kaplı ve içleri berrak bir sıvı ile dolu olan bu keselerde, skolis adı verilen tomurcuklar ve yavru keseler gelişir. Bu hayvanların etlerini yiyen köpeklerin barsağında bu keseler parçalanır ve barsak mukozasına yapışan kurtçuk gelişerek erişkin bir Echinococcus granulosus halini alır. (4, 5, 17, 18)

İnsanlar bu evrim siklusunun içine tesadüfen girerler. Özellikle koyun yetiştirilen ülkelerde köpeklerle yakın teması olan insanlar bu yumurtaları alabilirler. Sindirim sisteminden kana karışan embriyonlar çoğunlukla karaciğer ve akciğerlerde kist hidatik hastalığını yaparlar. Ender olarak (% 1) kemiklere yerleştiklerinde, sponjiöz kemik dokusu bol olan yerleri, vertebraları, pelvis kemiklerini ve uzun kemiklerin metafizlerini seçerler. Buralarda uzun seneler latent olarak kalır, çok yavaş büyürler. Çocukluk çağında alınan bir enfeksiyonun klinik belirtileri çok defa orta yaşlarda ortaya çıkar. (2, 5, 6, 12, 15) Bizim vakamızın 11 yaşında oluşu bu bakımdan enteresandır.

Kemikte yerleşen kistler, kemik dokusunun direncinden dolayı serbestçe gelişemez, yumuşak dokularda oluşan büyük yuvarlak ke-

se şeklini alamazlar. Sponjiöz kemik içinde, kemik trabekülleri arasında, birbirlerinden ayrı iğne başı, darı tanesi ile kiraz büyüklüğü arasında değişen çok sayıda kistler oluşur. Ancak kemik iliğine veya kemiğin dışına açılabilirlerse daha da büyüyebilirler. Kemiğin içinde çoğalırlarken kemiğin korteksi incelik, fakat periost reaksiyonu ile yeni kemik teşekkülü olmaz (9, 12) Ufak kistlerin çevrelerinde lenfosit ve eozinofillerle enfilte olmuş bağ dokusu oluşur. Ayrıca dev hücreleri, hemosiderin pigmenti, kolesterol kristalleri görülebilir. Ekinokokun çok daha ender görülen alveolar echinococcus şekli ise, yumuşak dokularda bile sünger gibi boşlukları olan nekrotik bir doku oluşturur, kemikteki alveolar lezyonun tanımı çok güçtür. Bu nekrotik ve iltihabi granülasyon dokusu görünüşü ile tüberküloz osteiti zannedilir (5, 9) Bu bakımdan bizim vakamızın tüberküloz olarak teşhis edilmesinin nedeni daha iyi anlaşılmaktadır.

Klinik olarak hastalar, geceleri fazla olan kemik ağrıları duyabilirler. Kistler kemik dışına çıkıp yumuşak doku içine doğru büyüdüklerinde ağrı artar. Patolojik kırık olduğunda da ani olarak ağrı artar. Vertebra kist hidatiği vertebral kanal içine açılarak omurilik kompresyonu ve paraplejiye neden olabilir. (1, 7, 8, 9, 13, 14, 15) Ayrıca paravertebral apse, gibosite teşekkül edebilir. Hidatik kistler dışarıya fistülize olabilir, sekonder enfeksiyona uğrayabilir, iltihaplı fistüllere dönüşebilir. (1, 8, 9, 12, 14) Bizim vakamızda da fistülize olmak üzere olan bir apse vardı.

Röntgen muayenesinde, kemik korteksinin genişlemesi ve inceliği ile beraber tıpkı kistler görüldüğünde teşhis konabilir. Küçük kistik lezyonlar çok defa osteomyelit veya tüberküloz osteiti zannedilebilir. Büyük kistler ise, fibröz displazi, dev hücreli tümör, encondrom, metastatik karsinoma ve multipl myeloma ile karışabilir. (3, 9, 12, 15) Bizim vakamızdaki kistik lezyon, sonradan tecrübeli gözler tarafından kist hidatik olarak teşhis edilebilmiştir. Başlangıçta teşhis edilememesinin başlıca nedeni, böyle vakalara ender rastlandığı için, ayrıca teşhiste hatıra gelmemesidir.

Teşhise yardımcı olan laboratuvar bulgularından eozinofili, vakaların ancak % 25-40 ında görülür (4,5,9). Bizim vakamızda buna bakılmamıştır. Weinberg'in kompleman birleşmesi testi sığırların kistlerinden alınan antijen ile yapılır. Hassas ve spesifik bir test olduğu gösterilmiştir. (3,9) Casoni reaksiyonu ise 0,2 cc. steril kist sıvısının

hastanın derisi içine şırınga edilmesi ile yapılır. Pozitif sonuç, en erken 30 dakika, en geç 24 saat içinde deride allerjik reaksiyonun görülmesi ile alınır. Hastalar ameliyat edilip kist çıkarıldıktan sonra bile, antikorlar vücutta kaldığı için bu testler pozitif sonuç verebilir. (3, 6,18) Bizim vakamızda, başlangıçta kist hidatik düşünülmediği için yapılmayan bu testler, ameliyattan üç ay sonra yapılmış ve pozitif sonuç alınmıştır.

Kist hidatikli hastalarda yegâne tedavi şekli, enfekte dokuların cerrahi yoldan çıkarılmasıdır. Bu cerrahi eksizyonun tam yapılması her zaman mümkün olamaz, ekstremitelerdeki çok ilerlemiş vakalarda amputasyon yapılması gerekebilir. Tam çıkarılmış oldukları zannedilen vakalarda bile, küçük, gözle görülmeyen keseler kalabilir, bunlar sonradan büyüyerek hastalığın tekrarlamasına neden olabilir. Bu nedenle ameliyat sahasının % 1 formalin solüsyonu ile (6, 10, 12) veya hipertonic Nacl solüsyonu ile (7) yıkanması gerekir. Bizim vakamızda ameliyat esnasında bile doğru teşhise varılmadığı için, bu tedavi uygulanamamıştır ve nüks etme olanağı vardır. Bu nedenle hastamızı yakından takip etmekteyiz.

SONUÇ :

Ender olmakla beraber kemiklerde kist hidatik görülebilir. Ayrıca teşhiste hatıra gelmediği için, kemik tüberkülozu veya tümörü zannedilebilir. Bu nedenle kist hidatik konusundaki klasik bilgilerin hatırlanmasının faydalı olacağına inanıyoruz.

S U M M A R Y

Hydatid Disease of Bone

A case of hydatid cyst, localized in the ilium of a eleven years old girl is presented. Although, soft tissue hydatid cysts are quite common in Turkey, localization in the bone is rare. At first this case was diagnosed and treated as bone tuberculosis, later was proved to be a hydatid cyst, after histologic and serologic examination. Previously reported cases and the textbooks are reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — ALDRED, A. J. . Hydatid disease of bone in Australasia, J. Bone Joint Surg., 52 — B. 737, 1970.
- 2 — ALPSOY, C. : Kemikte Kist Hidatik, Türkiye Tıp Encümeni Arşivi, C. 5 : 165 — 171, 1954.
- 3 — APT, W., KNIERIM, F. : An evaluation of diagnostic tests for hydatid disease. Am. J. Trop. Med., 19 : 943. 1970.

- 4 — ÇETİN, E. T., ANĞ. Ö., TÖRECI, K. : Tıbbi Parazitoloji, S. 210 - 220, İstanbul 1973.
- 5— FAUST, E. C., RUSSELL, P. F. : Craig and Faust's Clinical Parasitology. 7 th Ed. P. 678 - 991, Lea and Febiger, Philadelphia 1964.
- 6 — GÜRKAN, K. İ., SEZER, B. : İliak kemikte İdatik kist. Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası, c. 24, 589 - 599, 1958.
- 7 — HOGG, T. C., LAW, W. B., MCINTYRE, E. D. : Hydatid Disease of Bone in Tasmania. J. Bone Joint Surg., 52 — B : 790, 1970.
- 8 — HUTCHISON, W. F., THOMPSON, W. B., DERIAN, P. S. : Osseous Hydatid (Echinococcus) Disease, J. A. M. A., 132 : 81, 1962.
- 9 — JAFFE, H. L. : Metabolic, Degenerative and Inflammatory Diseases of Bone and Joints, p. 1072 - 1077, Lea and Febiger, Philadelphia, 1972.
- 10 — KILIÇHAN, E. : Vertebra Kist Hidatiği, Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası, C. 24 : 311 - 317, 1958.
- 11 — KOCAOĞLU,, H. : Ekinokokus Femoro - Kokso - Vertebral. Ege Tıp Fakültesi Mecmuası, C. 3 : 113 - 117, 1964.
- 12 — LOMBARD, P. : Traité de Chirurgie Orthopédique (L. Ombredane et P. Mathieu), Tome I, p. 262, Masson et Cie, Paris, 1937.
- 13 — MILLS,, T. J. : Paraplegia due to Hydatid Disease of the Spine, J. Bone Joint Surg., 38 — B : 884, 1956.
- 14 — MURRAY, R. O., HADDAD, F. : Hydatid Disease of the Spine. J. Bone Joint Surg., 41 — B : 499, 1959.
- 15 — PETIT - DUTAILLIS, D. : Traité de Chirurgie Orthopédique, (L. Ombredanne et P. Mathieu), III, 1947, Masson et Cie, Paris, 1937.
- 16 — SARPYENER, M. A. : Os Pubis Ekinokokkozu, Yeni Tıp Alemi, C. 6, S. 1 - 3, 1954.
- 17 — SCHINZ, H. R., BAENSCH, W. E., FRIEDL, E., WEHLINGER, E. : Traité de Radiodiagnostic, I, 619, Delachaux et Niestlé, Neuchatel et Paris, 1956.
- 18 — UNAT, E. K. : Tıbbi Parazitoloji, Ders kitabı, S. 367 - 385, İ. Ü. Tıp Fakültesi yayınları, İstanbul, 1960.