

Primer müsküler hidatik kist hastalığı

(vaka sunumu)

Mehmet Tokmak⁽¹⁾, Halil Bekler⁽²⁾, Yusuf Aliođlu⁽³⁾, Aytuđ Ertav⁽⁴⁾

Hidatik kist, vücudun bir çok önemli organında yerleşim göstermesine karşın, iskelet kasında oldukça nadir görülür. 45 yaşında bayan hastanın, sol biceps femoris kasında yerleşim gösteren kist hidatik olgusu nedeniyle yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken bu nadir hastalığın tanı ve tedavisini literatr ışığında gözden geçirdik.

Anahtar kelimeler: Ekinokokoz, iskelet kasında hidatik kist

Primary muscular hydatid cyst disease

Although hydatid disease is located in many organs it is rarely seen in skeleton muscles. Seeing a hydatid case located in biceps femoris muscle of 45 year old female, we decided to remember the diagnosis and treatment of this rare disease, which must be considered in differential diagnosis of soft tissue masses

Keywords: Hydatid disease, echinococcus

Hidatik kist cestotlar grubundan *E. multilocularis* etkenleri tarafından oluşturulan paraziter bir hastalıktır. Parazitin erişkin şekli köpek, kurt, akal gibi hayvanların ince bağırsaklarında yaşar. Enfekte köpek dışkı ile bulaşık besin maddeleri ile taşınarak ince bağırsakta serbest kalan larvalar barsak duvarını delerek sistemik dolaşıma katılırlar. En sık olarak karaciğer ve akciğer yerleşen cestot'un primer iskelet tutulumu ise oldukça nadirdir (2, 3, 5, 6, 8, 9).

Kist 5 ayda 1 cm çaplı içi berrak bir sıvı (kaya suyu) dolu bir kese halini alır. Kese içinde protoskoleksler ve germinatif tabakadan gelişen yavru veziküller bulunur. Primer kistin yırtılması ile serbest kalan yavru vezikül ve protoskolekslerin otoinokasyonu sonucu segonder kistler oluşur. Kistler mekanik bası ile doku hasarı yaparlar (2, 4).

Kemiksel yerleşim gösteren kist hidatik, genellikle patolojik kırık sonucu ya da tesadüfen tanınır. Yumuşak doku tutulumu kemiğe segonderdir. Tanı serolojik testler ve Casoni cilt testi ile ve magnetik rezonans görüntüleme tekniği ile preoperatif olarak konulabilir. Cerrahi önce kesin tanı, yayınlanmış olguların ancak %50'sinde konulabilmiştir (2, 3, 8).

Vaka takdimi

Sol uyluğunun arkasında 1 yıldır bulunan ve son iki ayda belirgin şekilde büyüyen kitle ve ağrı yakınmaları olan 45 yaşında kadın hasta başvurdu. Yapılan klinik incelemede; sol uyluk posteriorunda 1/3 proksimalden 1/3 distale dek uzanan 15x10 cm boyutlarında, mobil, kistik yumuşak doku kitlesi saptandı. Ekstremitenin nörolojik muayenesinde tibial ve peroneal sinir innervasyon alanlarında kısmi motor zaaf saptandı.

PA akciğer radyolojik incelemesinde, batin ultrasonografisinde herhangi bir patolojik bulgu saptanma-

dı. Sol uyluk konvansiyonel radyolojisinde yumuşak doku ekspansiyonu dışında bulgu saptanmadı.

Bilgisayarlı tomografik incelemede sol uylukta biceps femoris uzun başını içine alan en geniş yerinde 100.9x83.9 mm olarak ölçülen ortası hipodens, çevresi hiperdens kitle belirlendi. Ayrıca *m. vastus lateralis* ve *intermedius*'da daha küçük irregüler konturlu hipodens, kapsüllü kitle belirlendi. Bu kitleler multifokal abse odakları olarak değerlendirildi. Laboratuar incelemelerinde sedimentasyon hızında küçük bir artma (25 mm/saat) dışında patolojik bulgu saptanmadı.

Bu bulgular ışığında olgu kistik kitle abse ön tanısı ile operasyona alındı. Sol uyluk posterioruna longitudinal bir insizyon yapıldı. Uyluđun posterolateralinden, anteromedialine kadar uzanan alanda çok sayıda irili ufaklı kistik yapılar gözlemlendi. Kistlerden birinin peroperatuar rüptüre olmasıyla kist hidatik tanısı kondu. Mevcut kistler tarafından sarılmış olan siyatik sinir izole edilerek korumaya alındı. Tüm kistik yapılar kapsülleri ile birlikte çıkarıldı. Femur 1/3 orta kısımda posterior periostun destrükte olduğu ve makroskopik olarak kemik korteksin sağlam olduğu gözlemlendi. Operasyon sahası betadin solüsyonu ile yıkandı. Aspiratif dren konularak katlar anatomik planda kapatıldı. Uyluk elastik bantla sarıldı, cerrahi profilaksi amacıyla peroperatuar uygulanan cefazolin-Na İV olarak 3x1 gr/gün üç gün süre ile kullanıldı.

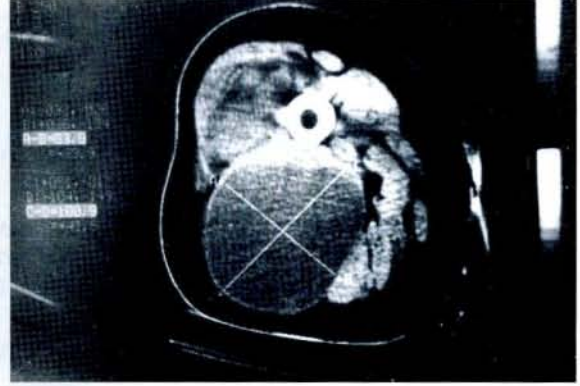
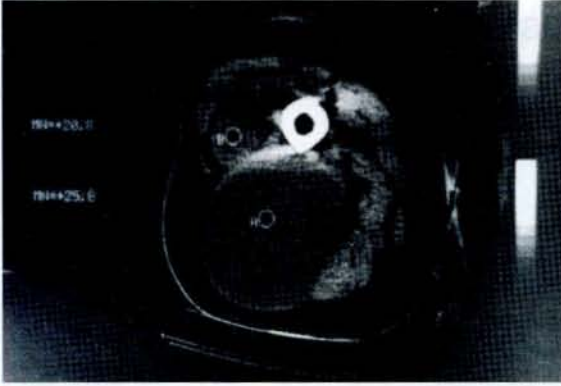
Materyellerin patolojik kontrol tomografisinde *vastus lateralis* ve *intermedius* distalinde 25 mm çaplı kistik oluşum saptandı. Rezidiv kitle için hastaya reoperasyon önerildi. ikinci girişim hasta tarafından kabul edilmeyince, 40 mg/kg/gün peroral mebendazol 21 gün süreyle verildi. Yara iyileşmesini ve mebendazol tedavisinin bitimini takiben taburcu edilen hasta postoperatif 1, 3, 6, 12, ve 18. aylarda kontrol edildi. Hastanın yakınmaları sona ermiş ve motor güç kaybı düzelmişti. Çekilen kontrol grafilerinde ve tomografi de patoloji saptanmadı.

(1) SSK Diyarbakır Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniđi, Uzman Dr.

(2) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

(3) Trabzon Kemik Hastanesi, Uzman Dr.

(4) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi



Resim 1 a, b: Vakanın bilgisayarlı tomografisi



Resim 2: Vakanın yumuşak doku grafisi

Tartışma

Kist hidatik hastalığında ekstremitelerde primer müsküler tutulumu nadir rastlanır. Genellikle adale tutulumu kemiksel tutulumu bağlı olarak segonder gelişir (1, 4, 5, 6, 9, 10).

Hastalık kemik yerleşimi gösterdiğinde radyolojide osteolitik alanlar halinde gözlenir. Korteks harabiyeti sonucu yumuşak doku yayılımı ve patolojik kırıklar gözlemlenebilir (2, 3, 4).

Hastalığın primer adale tutulumunun nadir olması ayırıcı tanıda akla gelmesini ve preoperatif tanının konulmasını zorlaştırmaktadır. Ameliyat öncesi tanı konması perop gelişebilecek anafilaktik reaksiyonların önlenmesi açısından önemlidir (6). Ameliyat öncesi tanı direkt radyografilerle vakaların %50'sinde konulabilmektedir.

Tanının kesin olarak konulabilmesi için, hastalığın endemik olarak görüldüğü bölgelerde ayırıcı tanıda düşünülmesi, ultrasonografi, tomografi, MRI gibi radyolojik tetkiklerinden ve serolojik testlerden yararlanılması gereklidir (2, 4, 5, 6, 8, 9).

Olgumuzda primer tutulum uyluk arka kasları, m. vastus lateralis ve intermedistaydı. Bilgisayarlı tomografik ve direkt radyolojik incelemelerde lokalize periost harabiyeti dışında kemiklere ait bir bulgu saptanmadı. Kitlenin basısı sonucu siyatik sinir invazyonu olan adalelerde tedavi sonrasında tamamen geri dönen pareziler gözlemlendi.

Literatürde arteriyel bası sonucu dolanım bozuklukları bildirilmiş ise de bizim vakamızda böyle bir bulgu saptanmadı (7, 9).

Kitlenin çıkarılmasını takiben operasyon alanı hipertonic serum sale, % 1'lik formol ya da % 0.5 gümüş nitrat çözeltisi ile yıkanmalıdır (2, 4, 10).

Biz bu amaçla polivinil iodür solüsyonu kullandık.

Primer adale yerleşimi gösteren kist hidatik hastalığında bize göre iki ana sorunla karşılaşılmaktadır. Bunlardan ilki hastalığın ayırıcı tanıda düşünülmemesi, diğer ise nüks oranındaki yüksekliktir (2, 4, 10).

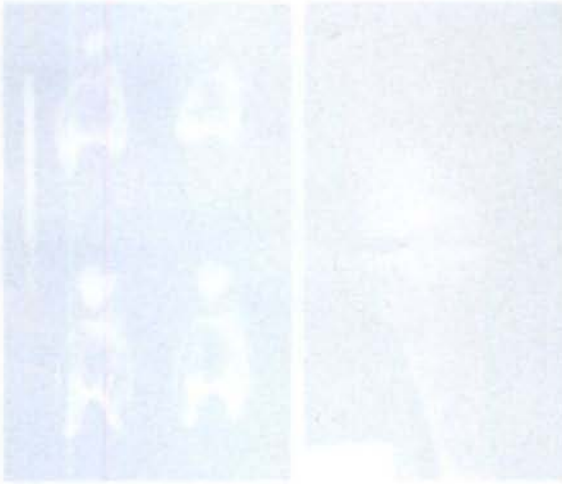
Hastalığın endemik olarak görüldüğü coğrafi bölgelerde iskelet kasında belirlenen kistik tümöral oluşumların ayırıcı tanısında kist hidatikte göz önünde tutulmalıdır. Hastalık nüksünün önlenmesinde preoperatif tanının konulmuş olması, kistlerin patlatılmadan çıkarılmasına özen gösterilmesi, cysto-pericyectomy uygulanması, kistlerin patlaması halinde cerrahi temizliğe ek olarak mebendezol tedavisinin etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Agarwal, S., Shah, A.: Hydatid bone disease of the pelvis. a report of two cases and review of the literature. Clin. Orthop. (280): 251-255, 1992.
2. Berkow, R.: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Merck Co. Inc. Rahway, N.J. 259-60, 1982.
3. Booz, M.Y.: The value of plain film findings in hydatid disease of bone. Clin. Radiol. 47 (4): 265-68, 1983.
4. Chenshaw, A.H.: Campbell's operative orthopaedics. The C.V. Mosby Co. St. Louis, Washington D.C. Vol. 1:672, 1987.
5. Di Gesu, G.: Muscular and subcutaneous hydatidosis. Minerva-Med. 30:78 (12): 835-40, 1987.
6. Duncan, G.J.: Echinococcus infestation of biceps brachii, a cases report. Clin. Orthop. (261) 247-250, 1990.
7. Rada, I.O.: Ischaemic syndrome of the lower limb produced by a hydatid cyst. J. Cardiovasc. Surg. 27: (3) 282-285, 1986.
8. Tekkok, I.H.: Primary spinal extradural hydatid disease: report of a case with magnetic resonance characteristics and pathological correlation. Neuro. Surg. 33: (2) 320-23, 1993.

9. Yrkođlu, Y.: Primary muscular hydatid cyst causing arterial insufficiency: Case report and literature review, *Angiology*, 44 (5) 399-401, 1993.
10. Vietri, F.: Recurrent primary hydatidosis of muscle. A case report *Acta. Chir. Scand.* 154 (9) 535-36, 1988.

Yazıřma adresi:
Uzman Dr. Mehmet Tokmak
SSK Diyarbakır Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniđi
Diyarbakır, Türkiye



Yazıřma adresi:
Uzman Dr. Mehmet Tokmak
SSK Diyarbakır Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniđi
Diyarbakır, Türkiye

Yazıřma adresi:
Uzman Dr. Mehmet Tokmak
SSK Diyarbakır Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniđi
Diyarbakır, Türkiye

Yazıřma adresi:
Uzman Dr. Mehmet Tokmak
SSK Diyarbakır Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniđi
Diyarbakır, Türkiye