



Uylukta primer dev hidatik kist

Primary giant hydatid cyst in the thigh

A. Erdem BAGATUR, Fatih UĞUR, Gazi ZORER

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

İnsanda zoonotik bir enfeksiyon olan hidatik kist daha çok iç organlarda görülür. Primer yumuşak doku yerleşimi çok nadirdir ve genellikle tanıda sorunlarla karşılaşılır. Bu yazıda, sağ uyluk posteriorunda yumuşak dokunun primer hidatik kisti tanısıyla tedavi edilen 83 yaşında bir erkek hasta sunuldu. Hidatik kist, proksimalde gluteal bölgeden distalde popliteal bölgeye kadar uzanarak dev bir lezyon oluşturuyordu. Ameliyat sırasında multiloküle, kistik kitlesel lezyon tümüyle çıkartıldı ve histopatolojik inceleme sonucunda hidatik kist tanısı doğrulandı. Ameliyattan sonra lokal veya sistemik bir patoloji saptanmadı; 12 aylık klinik takipte hastanın tamamen iyileştiği görüldü.

Anahtar sözcükler: Kemik hastalıkları/parazitoloji/tanı; ekino-kokkosis/radyografi/tanı/cerrahi; manyetik rezonans görüntüleme; kas hastalıkları/parazitoloji; yumuşak doku enfeksiyonları/parazitoloji; uyluk/radyografi.

Human hydatid cyst is a zoonotic infection that usually attacks visceral organs. Primary soft tissue involvement is very rare, causing a diagnostic challenge. Primary soft tissue hydatid cyst was encountered in an 83-year-old man, which presented as a giant lesion in the posterior aspect of the right thigh, extending from the gluteal region proximally to the popliteal region distally. A multiloculated cystic mass was completely resected and histopathological examination confirmed the preoperative diagnosis. No local or systemic complications occurred postoperatively. The patient recovered fully at the end of postoperative 12 months.

Key words: Bone diseases/parasitology/diagnosis; echinococcosis/radiography/diagnosis/surgery; magnetic resonance imaging; muscular diseases/parasitology; soft tissue infections/parasitology; thigh/radiography.

İnsanda hidatik kist, zoonotik bir enfeksiyondur. Bu hastalığa insanda neden olan dört farklı parazit vardır.^[1] Bunlar *Echinococcus granulosus*, *E. multi-locularis* (alveolar hidatik kist), *E. vogeli* (polikistik ekinokokkus) ve *E. oligarthrus* 'tur. Bu parazitlerden klinik önemi olanları ilk ikisidir. Diğer iki parazitin insanda enfeksiyona yol açması çok enderdir.^[1] Hidatik kist, bu parazitlerin ağız yolu ile alındıktan sonra duodenum mukozasından penetre olarak portal venöz dolaşımına vücuda yayılması sonucunda gelişir ve genellikle karaciğer ya da akciğerde hastalığa neden olur.^[1-3] Karaciğer ve akciğer, parazit için filtre görevi görmesine karşın bazı yumurtalar pulmoner dolaşıma geçerek diğer periferik organlara dağılırlar. Parazit, yumurtasının tutulduğu son or-

ganda larval döneme değişim gösterir ve tipik bir hidatik kist gelişir. Olguların yaklaşık %10'unda karaciğer ve akciğer dışında diğer organlarda da (dalak, böbrek, kemik, kalp, beyin) görülen bu hastalığın nadir olarak da yumuşak doku yerleşimi görülür.^[4] Yumuşak doku yerleşiminin %1-4 arasında olduğu bildirilmiştir.^[1,2] Bu yazıda, uyluk posteriorunda kas içi yerleşim gösteren çok büyük bir yumuşak doku hidatik kisti saptadığımız bir olgu, klinik bulguları, tedavisi ve sonuçları ile birlikte sunulmaktadır.

Olgu sunumu

Seksen üç yaşında erkek hasta sağ uyluğunun posteriorunda, gluteal bölgeden popliteal bölgeye kadar uzanan ve yürüme gücüne neden olan şiş-

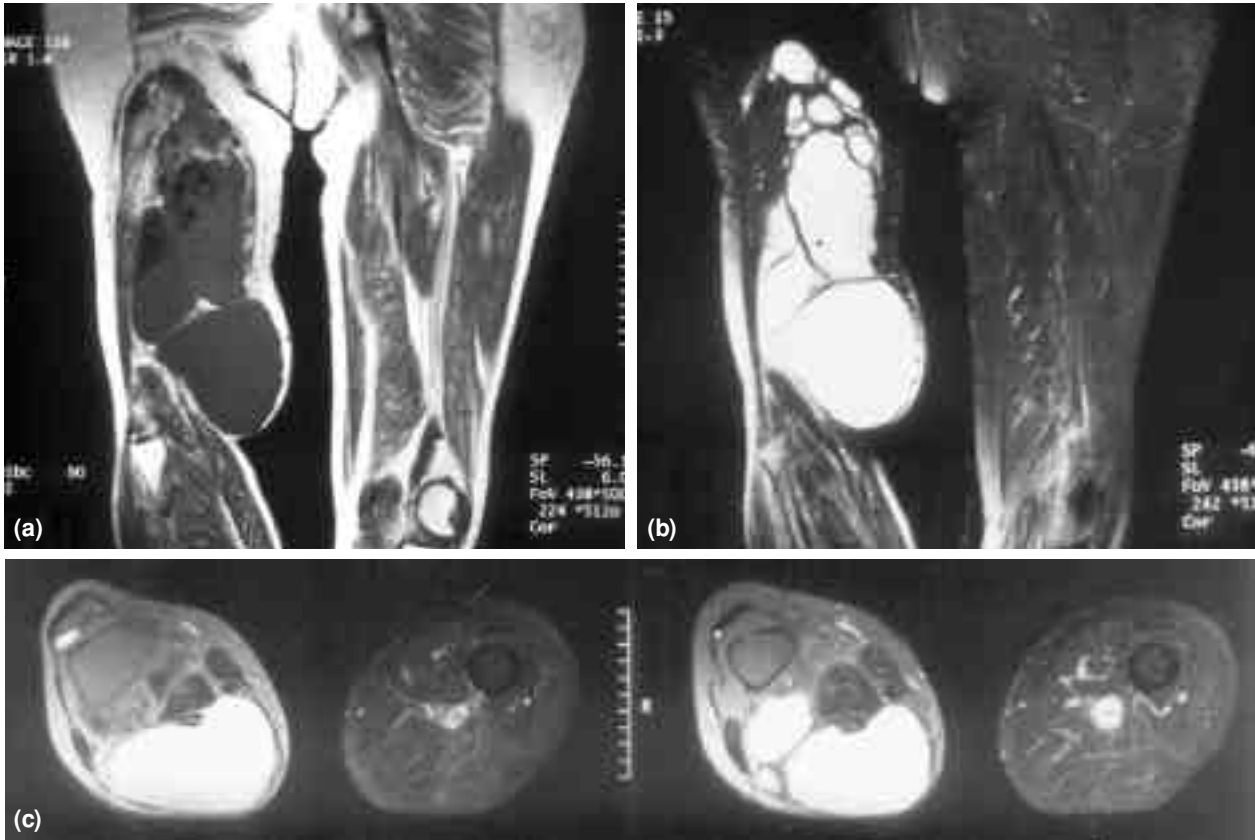
lik nedeniyle başvurdu. Şişliğin yaklaşık iki yıldır mevcut olduğunu, ancak son bir yıldır sürekli büyüdüğünü ve yürümesini ileri derecede zorlaştırdığını belirtiyor, aktivite ile artan ağrılardan yakınıyordu. Fizik muayenesinde sağ uyluk posteriorunda, proksimalde uyluk üst ucuna kadar uzanım gösteren, distalde popliteal bölgeyi dolduran, fluktuasyon veren, ağrısız, immobil 35x20x15 cm boyutlarında kitle saptandı (Şekil 1). Bunun dışında lokal ya da sistemik bir yakınması yoktu. Öz ve soygeçmişinde bir özellik saptanmadı.

Radyografisinde uyluk posteriorunda geniş yumuşak doku şişliği dışında özellik yoktu. Laboratuvar bulguları, lökosit sayımının 11000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızının 50 mm/saat olması ve eozinofili (%8) dışında normal sınırlar içindeydi. Yumuşak doku hidatik kistinden kuşkulanan hastada ekino kokkus serolojik testi pozitif bulundu. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile sağ uylukta, tüm diafiz boyunca posterior kas grupları içinde yerleşik,



Şekil 1. Hastanın ameliyat öncesi klinik görünümü.

inferiorunda popliteal fossayı doldurarak tibia arka komşuluğuna kadar uzanım gösteren, multilokule polikistik kitlesel lezyon saptandı. Çevre dokularda invazyon bulgusu göstermeyen kistik yapıdaki kitle içinde farklı yoğunluklarda sıvı toplulukları, septasyonlar ve sıvı seviyeleri görüntülendi (Şekil 2a-c). Başka bir organda eşlik eden hidatik kist olup olma-



Şekil 2. Ameliyat öncesi manyetik rezonans görüntüsü. Sağ uylukta, tüm diafiz boyunca posterior kas grupları içinde yerleşik, inferiorunda popliteal fossayı dolduran multilokule kistik kitlesel lezyon. (a) T1-ağırlıklı koronal görüntüde düşük, (b) T2-ağırlıklı görüntüde yüksek sinyal yoğunluğu veriyor. (c) T2-ağırlıklı aksiyel görüntüde septasyonlar izlenmekte.

diğını saptamak için yapılan tüm batın ultrasonografisi ve akciğer bilgisayarlı tomografisi sonuçları normal olarak değerlendirildi ve lezyonun primer yumuşak doku hidatik kisti olduğu kabul edildi.

Hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Kitlenin normal dokulardan kolaylıkla ayrılabilmesi gözlemlendi ve en büyüğü 25x10x5 cm ölçülerinde üç adet kitle çıkartıldı (Şekil 3). Ameliyat bölgesi hipertonic sodyum klorür solüsyonu ile yıkandı. Bu kitelerin içinde, koyu kıvamlı, yer yer jelatinöz görünümlü materyal bulunan, iç yüzleri düzensiz pürütlü görünümde çok sayıda kist mevcuttu. Histopatolojik incelemede kesitlerde cidari dokunun iç yüzeyinde hidatik kistin kutikula tabakası izlendi (Şekil 4). Kist sıvısından alınan örneğin kültüründe üreme olmadı. Bu bulgular hidatik kist ile uyumluydu. Ameliyat sonrası dönemde bir sorunla karşılaşmadı ve hastanın yakınmaları geçti. Albendazol 400 mg tablet 2x2 ile oral tedaviye başlandı ve üç ay devam edildi. Ameliyattan sonra 12. ayda yapılan kontrolünde hastanın yakınmasız olduğu, lokal ya da sistemik patolojik bir belirtisinin olmadığı görüldü.

Tartışma

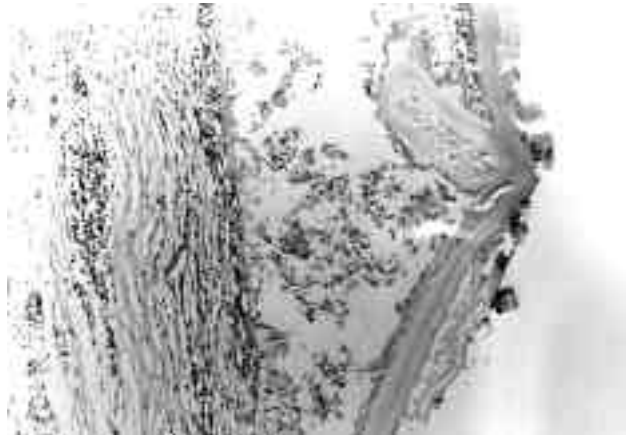
Hidatik kist, genellikle Asya ülkelerinde endemik olduğu bölgelerde görülür.^[1-5] Karaciğer (%50-70) ve akciğer (%20-30) hidatik kistin en sık görüldüğü organlardır.^[3] İskelet sisteminde ise nadir görülür.^[1,3,4,6,7-12] Bu oran birçok seride %1-4 olarak bildirilmiş^[1,2,12,13] ve bu hastaların da %30-50'sinde vertebra, %15'inde pelvis ve takiben uzun kemiklerde (femur, tibia, humerus) yerleşim gözlenmiştir. Yumuşak doku tutulumu ise çok nadirdir. Uylukta,^[5] önkolda,^[7] pektoralis majör kasında,^[11] dorsal bölge-

de,^[12] supraspinatus kasında,^[13] ayak ve ayak bileğinde^[14] ve biceps brakii kasında^[15] hidatik kist bildirilmiştir. Hastalığın inkubasyon dönemi 10 yıldan fazla olabilir.^[3] Olgumuzda da görüldüğü gibi, hastalar sıklıkla, ağrı ve şişlik yakınmalarıyla başvururlar. Radyolojik bulgular spesifik değildir. Tüberküloz, mikoz, malign fibröz histiositom, sarkom, metastatik hastalıklar ayırıcı tanıda düşünülmelidir.^[3] Laboratuvar bulguları arasında, olgumuzda da saptanan eozinofili önemli bir bulgudur; ancak her zaman görülmez.^[9] Bununla birlikte, MRG kistik lezyonları ve yumuşak doku içeriğini göstererek ayırıcı tanıda büyük kolaylık sağlar;^[1,6-8,16] multilokule polikistik kitlesel lezyonlar saptanması ve lezyonların kollajen doku ile vaskülarize perikistten oluşan iki katmanlı bir çeperinin olması kistik lezyonların ayırıcı tanısında yardımcıdır.^[16] Bu kistik lezyon klinik muayenede yumuşak doku tümörlerine çok benzediği için biyopsi yapılmaması açısından ameliyat öncesi radyolojik tanı çok önemlidir.^[13,15] Biyopsi sırasında canlı skolekslerin sistemik dolaşıma girerek yayılması ve bir anafilaktik reaksiyona yol açması ya da diğer kompartmanları da enfekte etmesi mümkündür.^[15] Olgumuzda da bu nedenle biyopsi yapılmadı.

Tedavide kist tümüyle ve patlatılmadan çıkartılır, ameliyat bölgesi hipertonic sodyum klorür solüsyonu ile yıkanır^[15] ve mebandazoldan 100 kat daha fazla serum düzeylerine ulaşılabilen benzimidazol grubundan olan albendazol verilir.^[2] Tavsiye edilen tedavi süresi üç ay kadardır.^[2] Bu süre içinde karaciğer fonksiyon testleri yapılmalı ve ilacın lökopeniye yol açabileceği unutulmamalıdır. Sıklıkla nükslerle birlikte seyreden bu hastalıkta, geniş cerrahi rezeksiyon ve medikal tedaviyle iyi sonuçlar alınabilir.^[9,10,12]



Şekil 3. Çıkartılan kitlenin görüntüsü.



Şekil 4. Lezyonun histopatolojik görüntüsü.

Kaynaklar

1. Merkle EM, Schulte M, Vogel J, Tomczak R, Rieber A, Kern P, et al. Musculoskeletal involvement in cystic echinococcosis: report of eight cases and review of the literature. *AJR Am J Roentgenol* 1997;168:1531-4.
2. Rao S, Parikh S, Kerr R. Echinococcal infestation of the spine in North America. *Clin Orthop* 1991;(271):164-9.
3. Parola P, Mathieu D, Panuel M. Hydatid bone disease. *Clin Infect Dis* 2000;31:543-4.
4. Khiari A, Fabre JM, Mzali R, Domergue J, Beyrouti MI. Unusual locations of hydatid cysts. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1995;31:295-305. [Abstract]
5. Dudkiewicz I, Salai M, Apter S. Hydatid cyst presenting as a soft-tissue thigh mass in a child. *Arch Orthop Trauma Surg* 1999;119:474-5.
6. Garcia-Diez AI, Ros Mendoza LH, Villacampa VM, Cozar M, Fuertes MI. MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. *Eur Radiol* 2000;10:462-6.
7. Bayram M, Sirikci A. Hydatid cyst located intermuscular area of the forearm: MR imaging findings. *Eur J Radiol* 2000;36:130-2.
8. Salai M, Apter S, Dudkiewicz I, Chechik A, Itzhak Y. Magnetic resonance imaging of hydatid cyst in skeletal muscle. *J Comput Assist Tomogr* 1999;23:331-2.
9. Cannon CP, Nelson SD, Panosian CB, Seeger LL, Eilber FR, Eckardt JJ. Soft tissue echinococcosis: a report of two cases and review of the literature. *Clin Orthop* 2001;(385):186-91.
10. Cangioti L, Muiesan P, Begni A, de Cesare V, Pouche A, Giulini SM, et al. Unusual localizations of hydatid disease: a 18 year experience. *G Chir* 1994;15:83-6.
11. Abdel-Khaliq RA, Othman Y. Hydatid cyst of pectoralis major muscle. Case report and note on surgical management of muscle echinococcosis. *Acta Chir Scand* 1986;152:469-71.
12. Latino R, Costa S, Barbagallo E, Virzi A, Vagnoni G. Primary localization of a hydatid cyst in the major dorsal muscle: report of a case. *Ann Ital Chir* 1999;70:123-6. [Abstract]
13. Tatari H, Baran O, Şanlıdağ T, Göre O, Ak D, Manisalı M, Havitçioğlu H. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:93-4.
14. Akyar GS, Berksun A, Oğuz T. Aggressive hydatid disease of the foot and ankle. *Australas Radiol* 1997;41:41-3.
15. Duncan GJ, Tooke SM. Echinococcus infestation of the biceps brachii. A case report. *Clin Orthop* 1990;(261):247-50.
16. Memiş A, Arkun R, Bilgen I, Üstun EE. Primary soft tissue hydatid disease: report of two cases with MRI characteristics. *Eur Radiol* 1999;9:1101-3.