

CİLTALTI YERLEŞİMLİ HİDATİK KİST OLGUSU

Dr. Ali Osman KATRANCI, Dr. Mithat GÜNAYDIN,

Dr. Salih SOMUNCU, Dr. Ender ARITÜRK, Dr. Naci GÜRSES

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, SAMSUN

- ✓ Hidatik kist en sık karaciğer ve akciğeri, nadir olarak da diğer organları tutabilir. Bununla beraber, ciltaltı dokusunun tutulumu ise oldukça nadirdir. Üç yaşındaki kız hasta sol skapula lateral alt kenarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Radyolojik çalışmalar; toraks duvarında, sol skapula lateral alt kenarında, ciltaltı dokuya yerleşmiş hidatik kistle birlikte bilateral akciğer hidatik kistleri gösterdi. Öncelikle cilt altındaki hidatik kist fibröz kapsülüyle birlikte tamamen çıkarıldı ve sol torakotomi ile sol akciğerdeki bir adet hidatik kiste parsiyel kistektomi ve kapitonaj uygulandı. Halen hasta sağ akciğerdeki kistler nedeniyle takip edilmekte ve operasyonu planlanmaktadır. Bu ciltaltı hidatik kist olgusu literatür ışığında tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Hidatik kist, ciltaltı

- ✓ **Hydatid Cyst in Subcutaneous Tissue**

Hydatid cyst can involve mostly in the liver and lung, and rarely in other organs. However, subcutaneous tissue involvement is very rare. Three-year-old girl admitted with the complaint of a swelling on the inferolateral margin of the left scapula. Radiological studies showed a hydatid cyst located on the thoracic wall; on the inferolateral margin of the left scapula along with bilateral lung cysts. Primarily, subcutaneous hydatid cyst is excised completely with its fibrous capsule and then partial cystectomy and capitonage is performed for one cyst in the left lung through a left posterolateral thoracotomy. She is on follow up with a plan of intervention to the cysts of the right lung. This case of the subcutaneous hydatid cyst was discussed according to the literature.

Key words: Hydatid cyst, subcutaneous.

GİRİŞ

Ekinokokus granülozus tarafından oluşturulan hidatik kist hastalığı, en sık karaciğerde yerleşir. %65-70 karaciğerde tutulan kistlerin, %25-30'u karaciğer retiküloendotelial sisteminden süzülerek daha sık olarak akciğere ve daha az olarak da dalak, beyin, böbrek gibi diğer organlara yerleşir⁽¹⁻³⁾. Ancak çocukluk çağında karaciğer ve akciğer tutulumunun eşit olduğu da bildirilmektedir^(1,4). Yumuşak doku hidatik kisti ise oldukça nadirdir ve genellikle beraberinde başka bir organ tutulumu da söz konusudur⁽⁵⁻⁷⁾.

Ciltaltı yerleşimli hidatik kist olgusu oldukça nadirdir⁽⁶⁾. Bilateral akciğer hidatik kisti ile birlikte sırtda, sol skapula alt

kenarında cilt altında yerleşimli bir hidatik kist olgusu literatür eşliğinde değerlendirildi.

OLGU BİLDİRİMİ

Sol skapula kenarında şişlik şikayeti ile başvuran 3 yaşındaki kız hastada, yaklaşık bir aydır devam eden iştahsızlık, öksürük ve ateş yakınmaları da mevcuttu. Anamnezden bu şişlik şikayetinin 2 ay önce başladığı, giderek büyüdüğü ve bir kaç gün önce başka bir merkezde kitleye iğne aspirasyonu yapıp içinden berrak sıvı alındığı ve sonrasında hastanemize sevk edildiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde prematür doğum ve doğuştan kalça çıkığı olduğu tespit edildi.

Gelişme geriliği olan, kaşektik ve soluk

görünümdeki hastanın fizik muayenesinde, sol skapula lateral alt kenarına yakın bölgede 3x3x2 cm ebadında yumuşak kıvamlı, fluk-tasyon veren, kısmen mobil kitle palpe edildi. Dinlemekle bilateral solunum seslerinin ka-balaştığı ve sağ akciğer orta ve alt bölümünde solunum seslerinin azaldığı saptandı. Aynı bölgelerde perküsyonda matite alındı. Has-tada ek olarak hepatosplenomegali ve doğuş-tan kalça çıkığı tespit edildi.

Rutin kan sayımında Hb:6.6 gr/dl, Beyaz küre:14200/mm, rutin kan biyokimyasında Alkalem Fosfataz:1237 U/L, LDH: 498 U/L bulundu. Ekinokok indirekt hemaglütinasyon testi negatif tesbit edildi. Çekilen rutin akciğer grafisinde sağ akciğer orta ve alt lob-larını tamamen tutan kısmen yuvarlak kon-turlu 4 adet kistik görünüm ve sol akciğer alt lobta kalp gölgesine yakın bir adet kistik görünüm izlendi (Resim 1). Yapılan ultra-sonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) son-rasında sağ akciğerde orta ve alt loblarda düzgün duvarlı, iyi sınırlı, her biri ortalama 5 cm çaplı 4 adet, sol akciğerde alt lobda 4 cm çaplı içersinde sıvı seviyesi veren, bir adet ve

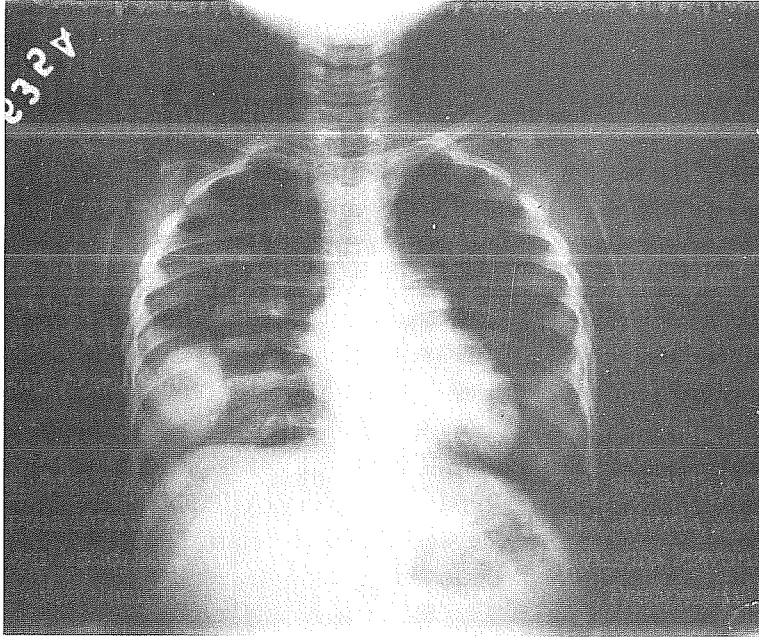
sol skapula komşuluğunda toraks duvarında cilt altında 3 cm çaplı bir adet hidatik kist ile uyumlu lezyonlar tespit edildi (Resim 2).

Preoperatif Albendazol tedavisi başlanan hastaya, sol torakotomi ile girişimde yapıldı ve öncelikle cilt altındaki kist, fibröz kapsülü ile birlikte tamamen çıkartıldı (Resim 3). Sol akciğerdeki kiste de parsiyel kistektomi ve kapitonaj uygulandı. Sağ akciğerdeki kistlere girişimde bulunulmadı ve ikinci bir ope-rasyona bırakıldı.

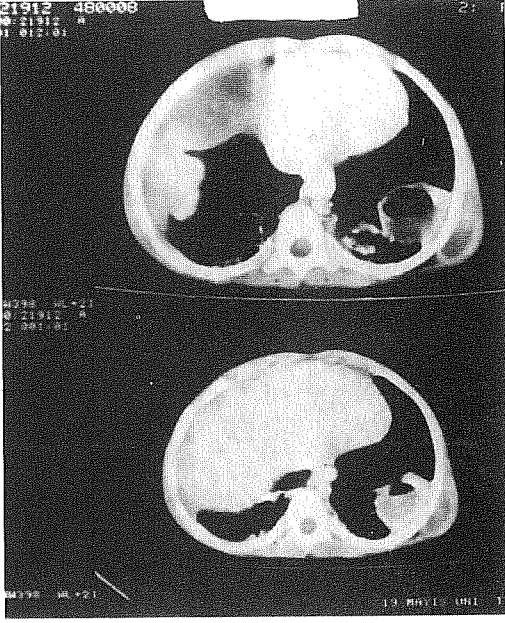
Hastaya postoperatif dönemde de al-bendazol tedavisine devam edildi. Postoperatif 7. günde taburcu edildi. Bir ay sonra çekilen rutin akciğer grafisinde sol akciğerin ta-mamen normale döndüğü izlendi.

TARTIŞMA

Hidatik kist hastalığı birçok bölgelerde endemik şekilde görülür⁽⁵⁾. Hastalık genellikle yavaş büyüyen kistik kitle şeklinde ortaya çıkar ve en sık karaciğer ikinci sıklıkta akciğerde yerleşmekle birlikte çocukluk çağında karaciğer ve akciğer tutulum sık-lığı eşittir⁽⁴⁾. Tüm hidatik kistlerin %78'i



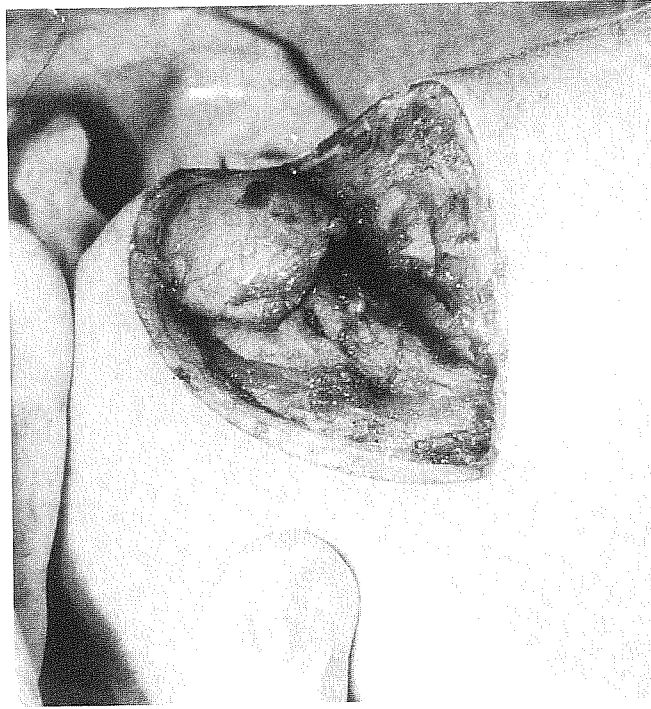
Resim 1.
Hastanın akciğer grafisi.



Resim 2. Bilateral akciğer kist hidatığı ile sol toraks duvarında ciltaltına yerleşmiş kist hidatığın bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

karaciğer ve akciğerde görülürken diğer organların tutulum sıklığı ise %22'dir^(5,6,8). Cilt altı dokusu ve yağ dokusu gibi yumuşak doku tutulumu ise oldukça nadir görülür. Değişik serilerde cilt altı dokusu ve yağ dokusu tutulumu için % 0.5-%4.7 gibi değişen oranlar verilmektedir⁽⁹⁾. Munoz ve ark.'larının endemik bir bölgede yaptığı bir çalışmada yumuşak doku tutulumu %2.3 oranında ve sıklıkla da beraberinde diğer organ tutulumu olduğu bildirilmiştir⁽⁷⁾. Tek başına yumuşak doku tutulumu ise oldukça nadirdir^(5,6,8). Bizim olgumuzda ciltaltı tutulumla beraber bilateral akciğer tutulumu da vardı.

Hidatik kistli çocuk hastaların çoğunluğu 6-14 yaş arasındadır. Enfestasyon küçük yaşta meydana gelse bile bulgu vermesi için belli bir süre geçmesi gerekir. Bu nedenle küçük yaşta görülmesi nadirdir^(1,10). Olgumuzun üç yaşında bulgu vermesi dikkati çekicidir. Hidatik kistler yüzeysel doku



Resim 3. Ciltaltı yerleşimli kist hidatığın operasyon esnasındaki görüntüsü.

tutulmalarında olgumuzda olduğu gibi erken bulgu verebilmektedir.

Hidatik kistin tanısında en çok yardımcı olan çalışmalar, görüntüleme çalışmalarıdır. Serolojik çalışmalardaki yalancı negatif ve pozitif sonuçlardan dolayı Ultrasonograf (USG), BT, MR gibi görüntüleme yöntemlerinin serolojik çalışmalara belirgin bir üstünlüğü vardır^(1,2). Kistin lokalizasyonu, boyutları, içeriği, yaygınlığı, çevre yapılarla ilişkisi gibi çeşitli noktalarda BT oldukça iyi bilgi verir. Bu nedenle tanıda BT'nin tartışılmaz bir üstünlüğü vardır. Ancak yumuşak doku görüntüleme çalışmalarında önemi giderek artan MR'ın, özellikle yumuşak dokuyu tutan hidatik kist olgularında daha iyi bilgi verdiği belirtilmektedir⁽¹¹⁾.

Özellikle yüzeysel yerleşimli hidatik kist olgularında diğer bir temel tanı metodu da kistten yapılan iğne aspirasyonudur. Öncelikle yapılması gereken, bu basit ve kolay yöntemle, kolayca tanı konulabilir⁽¹²⁾. Hastamızın cilt altı yerleşimli kitlesine iğne aspirasyonu uygulanmış ve kaya suyu görünümünde berrak sıvı alınmıştır. Bu şekilde öncelikle ön tanı konmuş ve bunun doğrultusunda hastaya diğer tanı metodları uygulanmıştır.

Hastamızda ciltaltı yerleşimli hidatik kist çevre fibröz kapsülüyle birlikte bütünlüğü bozulmadan çıkarılmıştır. Özellikle yüzeysel ve yumuşak doku tutulumlarında önerilen, kistin fibröz kapsülüyle birlikte total olarak eksizeyondur⁽¹²⁾. Akciğer yerleşimli hidatik kistlerde ise en çok tercih edilen cerrahi girişim parsiyel kistektomi ve beraberinde kapitonajdır⁽²⁾.

Hastalığın tedavisinde öncelikli seçenek cerrahi girişimdir⁽¹³⁾. Ancak rekürrenslerin önlenmesinde, çok sayıda kist varlığında ve cerrahiye uygun olmayan olgularda medikal tedavi önerilmektedir^(2,14,15). Medikal tedavide benzimidazol türevlerinden mebendazol ve albendazol kullanılmaktadır^(2,16,17). İlk

kullanılan mebendazolün kist sıvısı içinde düşük konsantrasyonda olması ve kullanılan hastaların yarısından çoğunda kistler içinde canlı parazit varlığının devam etmesi nedeniyle son zamanlarda tercih edilmemektedir⁽¹⁸⁾. Bunun yerine barsaktan daha hızlı emilip, daha yüksek plazma konsantrasyonuna ulaşan, doku ve kist içine daha iyi diffüze olan albendazol kullanılmaktadır. Albendazol tedavisi ile kistlerin küçüldüğü hatta kaybolduğu belirtilmektedir^(14,17,18). Medikal tedavinin süresi hakkında kesin bir bilgi olmamakla birlikte, medikal tedavinin yan etkilerinden dolayı, hastanın klinik ve laboratuvar verilerine ve hastalığın seyrine göre tedavi süresi düzenlenmelidir⁽¹⁴⁾.

SONUÇ

Yüzeysel yumuşak doku kitlesi görüldüğünde hidatik kistin nadirde olsa bu lokalizasyonda yerleştiği unutulmamalıdır. Basit bir iğne aspirasyonu ile kistin değerlendirilmesi yapılarak tanı konabilir. Eğer tanı hidatik kist yönünde ise beraberinde diğer organlarda da hidatik kist olabileceği düşünülerek serolojik ve USG, BT gibi radyolojik çalışmalar yapılmalıdır.

Geliş tarihi: 11.11.1996

Yayına kabul tarihi: 11.03.1997

Yazışma adresi:

Dr. Ali Osman KATRANCI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı
55139 Kurupelit/SAMSUN/TÜRKİYE

KAYNAKLAR

1. Başaklar AC. Hydatid cysts in children: Report of 88 cases. *J Royal Coll Surg Edinburg* 1991; 36(3): 166-168
2. Rızalar R, Günaydın M, Gürses N, ve ark. Çocukluk çağı hidatik kistleri. *Ondokuz Mayıs Univ Tıp Derg* 1994; 11(3): 197-204
3. Carcassonne M. Hydatid disease in childhood. *Prog*

- Pediatr Surg 1973; 5: 1-35
4. Keskin E, Okur H, Zorludemir Ü, et al. Les kystes hydatigues des enfants. *J Chir* 1991; 128(1): 42-44
 5. Amir-Jahed AK, Fardin R, Farzad A, et al. Clinical echinococcosis. *Ann Surg* 1975; 182: 541-546
 6. Chevalier X, Rhamouni A, et al. Hydatid cyst of the subcutaneous tissue without other involvement: MR imaging features. *AJR* 1994; 163(3): 645 - 646
 7. Munoz Sanz A, Idefenso JA, Saenz De Santamaria FJ. Hidatidosis de tejido celular subcutaneo. *Med Clin (Barc)* 1985; 15: 645
 8. Emany HDM, Assadian A. Unusual presentation of hydatid disease. *Am Surg* 1976; 42: 875-878
 9. Di Gesu G, Picone A, La Bianca A, et al. Muscular and subcutaneous hydatidosis. *Minerva Medica* 1987; 78: 835-840
 10. Gelomatis B. Hydatid disease. *Ann Surg* 1978; 10: 359-386
 11. Marani SAD, Canossi GC, Nicoli FA, et al. Hydatid disease: MR imaging study. *Radiology* 1990; 175: 701-706
 12. Usmanov NU, Garipov MK, Tiuriaev AA, et al. Diagnosis and treatment of echinococcosis in an unusual location. *Khirurgiia* 1989; (6): 86-90
 13. Karpathios T, Syriopulou V, Nicolaidou P, et al. Mebendazole in the treatment of hydatid cyst. *Arch Dis Child* 1984; 59: 894-896
 14. David LM, Dukes PW, Marriner S, et al. Albendazol objective evidence of response in human hydatid disease. *JAMA* 1985; 253: 2053-2057
 15. Erdener A, Özok G, Demircan M. Surgical treatment of hepatic hydatid disease in children. *Eur J Pediatr Surg* 1992; 2: 87-89
 16. Gil-Grande LA, Boixeda D, Garcia-Hoz F. Treatment of liver hydatid disease with mebendazole: A prospective study of thirteen cases. *Am J Gastroenterol* 1983; 78: 584-588
 17. Horton RJ. Chemotherapy of echinococcus infection in man with albendazole. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1989; 83: 97-102
 18. Schantz PM. Effective medical treatment for hydatid disease? *JAMA* 1985; 253: 2095-2097

