

# VERTEBRA KAYNAKLI DEV RETROPERİTONEAL KİST HİDATİK

GIGANTIC RETROPERITONEAL HYDATID CYST ORIGINATING FROM VERTEBRAE

İsmail YAMAN<sup>1</sup> Hayrullah DERİCİ<sup>1</sup> Gülen DEMİRPOLAT<sup>2</sup> Mehmet ERDURAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir <sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir <sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

#### Yazışma Adresi:

İsmail YAMAN

Atatürk Mah. Bandırma Cad. No: 47/6  
Çantalı Apt. 10020 Balıkesir – Türkiye

Eposta: [ismailyaman35@gmail.com](mailto:ismailyaman35@gmail.com)

Kabul Tarihi: 19 Haziran 2013

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

[bsbd@balikesir.edu.tr](mailto:bsbd@balikesir.edu.tr)

[www.bau-sbdergisi.com](http://www.bau-sbdergisi.com)

#### ÖZET

Kist hidatiğin vertebra tutulumu oldukça nadir görülmektedir. Prognoz kötüdür, multipl nöksler ve paraplejiye neden olabilir. Bu bildiriye T10'uncu vertebradan kaynaklandığını düşündüğümüz, retroperitoneal yerleşimli, vena cava inferior ve aortu tama yakın saran dev primer kist hidatik olgusunun sunulması amaçlanmıştır. Hasta sırt sağ üst kesimde şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ Grynfelt üçgenine uyan alanda dört cm'lik kitle mevcuttu. Görüntüleme tetkiklerinde sağ anterior prevertebral alandan paravertebral kaslara genişleyen, 16x11 cm'lik semisolid kitle mevcuttu. Kitle T10. vertebranın üçte birlik kısmını dekstrükte etmiş idi, anterior da vena cava inferior ve aortu kısmen sarıyordu. Ameliyatta kist duvarı en olgun yerinden açılarak çok sayıda kız vezikül çıkarıldı, parsiyel kistektomi, küretaj ve drenaj uygulandı. Vertebral kist hidatik tanı ve tedavisi zor bir hastalıktır. Tanıda en önemli unsur hastalığın endemik olduğu bölgelerde ayırıcı tanıda vertebral kist hidatiğin akılda tutulmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kist hidatik, vertebra, cerrahi tedavi

#### SUMMARY

The involvement of hydatid cyst in vertebrae is exceptional. Prognosis is bad; it may cause multiple recurrences and paraplegia. In this proceeding it is aimed to present the case of gigantic primary hydatid cyst, thought to be originating from the T10th vertebrae, located in retroperitoneal space, surrounding the inferior vena cava and aorta almost completely. Patient consulted with the complaint of mass in the right upper part of the waist. In his physical examination, in the area corresponding to right Grynfelt triangle, there was a mass of 4x4 cm. In the imaging studies, there was a semisolid mass whose size was 16x11 cm. and expanding from right anterior prevertebral area to paravertebral muscles. The mass had destructed one third of the T10 vertebrae, and was partially surrounding inferior vena cava and aorta in the anterior. In the operation, opening the cyst wall from the most mature point, a great number of female vesicles were taken out. Partial cystectomy, curettage, and drainage were applied. Vertebral hydatid cyst is a disease, difficult to diagnose and treat. In the diagnosis, the most significant part is to keep the vertebral hydatid cyst in mind in differential diagnosis in the areas where the disease is endemic.

**Key words:** Hydatid cyst, spine, surgical treatment

#### GİRİŞ

Kist Hidatik (KH) Ortadoğu, Güney Amerika, Doğu Afrika ve Akdeniz Ülkelerinde endemik olarak görülen bir hastalıktır.<sup>1,2</sup> En sık yerleştiği yer karaciğer (%50-93) ve akciğerdir (%8.5-43).<sup>1,3,4</sup> KH'in vertebra tutulumu endemik bölgelerde bile oldukça nadirdir.<sup>1-7</sup> Vertebra yerleşimli KH silik bir klinik tablo yaratır ve genellikle kemik korteksi aşır çevre yumuşak dokuya ulaştığı ileri evrelerde tanı konulabilir.<sup>4,5</sup> Prognoz genellikle kötüdür, multipl nöksler ve paraplejiye neden olabilir.<sup>4,8</sup>

Bu bildiriye torakal (T) 10'uncu vertebradan kaynaklandığını düşündüğümüz, retroperitoneal

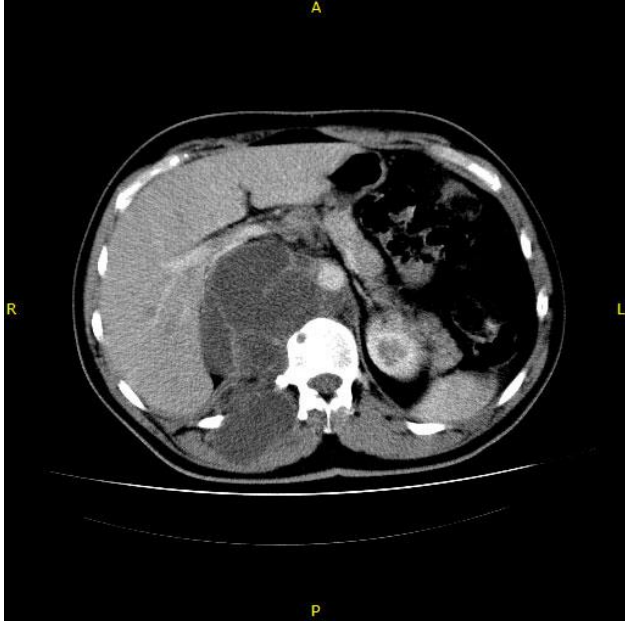
yerleşimli, vena cava inferior ve aortu tama yakın saran dev primer KH olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

#### OLGU

Otuziki yaşında erkek hasta kilo kaybı (6 ayda 10 kg), sırt ağrısı ve belin sağ üst kesimde şişlik şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ posterior lomber bölgede Grynfelt üçgenine uyan alanda 4x3 cm'lik immobil, redükte olmayan kitle mevcuttu. Rutin hemogram ve biyokimya sedimentasyon 56 mm/h (referans 0-30 mm/h) olması dışında normaldi. Karın ultrasonografisinde (USG) retroperitoneal bölgede 10x15 cm'lik multilobüle semisolid kitle mevcuttu. Karaciğerde

solid ya da kistik kitle saptanmadı. Karın bilgisayarlı tomografisinde (BT) torakolomber bölgede sağ anterior prevertebral alandan paravertebral kaslara genişleyen, lobüle konturlu, yüksek dansiteli, ince septalı 16x11 cm'lik semisolid kitle mevcuttu (Şekil 1).

Şekil 1.



Şekil 2.



Kitle anteriorda karaciğer ve portal vane bası yapıyor ve vena kava inferioru kısmen, aortu ise %50'den fazla sarıyordu. Vertebral manyetik rezonans görüntülemeye

(MRG) transvers düzlemde T2 ağırlıklı sekansta T10. vertebranın üçte birlik kısmı dekstrükte idi, vertebral korpus içerisinde, aorta ve sağ hemidiyafragma komşuluğunda multipl hiperintens iç yapıda kistler mevcuttu (Şekil 2). Sagittal düzlemde T2 ağırlıklı sekansta prevertebral kitle yukarıda T8. vertebraya, aşağıda T11-12. intervertebral disk aralığına kadar uzanıyordu, vertebra ve paravertebral yumuşak doku içerisinde multipl küçük kistler mevcuttu (Şekil 3).

Şekil 3.



Yapılan indirekt hemaglütinasyon (İHA) ve enzyeme-linked immunosorbent assay (ELISA) tetkikleri pozitif. T10. vertebradan kaynaklanmış retroperitoneal bölge yerleşimli dev kist hidatik ön tanısıyla ameliyat planlandı.

Şekil 4.



İki hafta 10 mg/kg/gün albendazol tedavisi uygulanan hasta ameliyata alındı. Ameliyatta sağ kolon mobilize edilip retroperitoneal bölgeye ve kiste ulaşıldı. Kistten 50 cc kaya suyu formunda sıvı aspire edildi ve aynı miktarda hipertonic salin kist içerisine enjekte edilip 20 dakika beklendikten sonra kist duvarı açılarak parsiyel kistektomi, küretaj ve drenaj uygulandı. T10. vertebranın sağ lateral transvers çıkıntısını da içine alan şekilde korpusun 1/3'lik anterolateral kısmının destrukte olduğu görüldü. Yapılan intraoperatif ortopedi konsültasyonunda ameliyat sonrası dönemde çelik balenli korse kullanması önerildi. Ameliyat sonrası dönemde sorun gözlenmeyen hastaya 10 mg/kg albendazol başlandı ve hasta sekizinci günde taburcu edildi. Ameliyat sonrası altıncı ayda MRG'de sagittal T1 ağırlıklı görüntüde T 10. ve 11. vertebra korpusları sağ yarısında belirgin yükseklik kaybına neden olmayan destrüksiyon mevcuttu. Muayenesi olağan, ELİSA testi negatif olan hastanın çelik balenli korseyi kullanmaması önerildi. Hasta, onbirinci aydadır ve takipleri sorunsuz seyretmektedir.

#### TARTIŞMA

KH'in vertebra tutulumu oldukça nadir görülmektedir.<sup>1,2,4,6-8</sup> Primer vertebral KH'te dolaşım ile kemiğe yerleşen embriyolar larva formuna döner ve multipl veziküller oluşturur.<sup>3,6</sup> Kist yeterli basınca ulaştıkça korpusun kemik korteksini yıkarak çevre dokuya, intervertebral foramene veya spinal kanala yayılım gösterir.<sup>4,7-9</sup> Kız veziküllerin konglomere olarak çoğul kistler oluşturması tek kist görülmesinden çok daha sıktır.<sup>3</sup> Retroperitoneal yerleşimli KH'ler genellikle

karaciğerdeki kistlerin rüptürü sonrasındaki yayılımla oluşur.<sup>9</sup> Diğer organlarla ilişkisi olmaksızın retroperitoneal bölgede görülen primer retroperitoneal KH çok nadirdir.<sup>9</sup> Olgumuzda kistin primer retroperitoneal kaynaklı olup bası etkisiyle T10. vertebrayı destrükte etmiş olabileceği de düşünülmeyle birlikte primer retroperitoneal kist hidatiğin çok nadir görülüyor olması, hastamızdaki kitlenin çok sayıdaki konglomere kistlerden oluşuyor olması ve ameliyatta T10. vertebra korpusunun çevresinde hiçbir perikistik yapı olmadan direkt olarak zımpara tarzında palpe edilebilmesi bize kistin vertebra kaynaklı olup retroperitoneal bölgeye yayıldığını düşündürmektedir.

Çapı on cm'den büyük olan dev kist hidatikler nadir görülmektedir ve bunların genellikle karaciğer, akciğer ve dalak yerleşimli olduğu bildirilmektedir.<sup>9</sup> Literatürde oldukça sınırlı sayıda vertebra kaynaklı dev KH olgusu bulunmaktadır.<sup>4,5,7</sup> Hastamızda kist T10. vertebra korpusundan köken alıp aort ve vena cava inferioru kısmen saracak şekilde retroperitoneal bölgeye yayılmış boyutları 16x11 cm olan dev KH mevcuttu.

Vertebral KH'te erken dönemde spesifik bulgular yoktur enfeksiyonla genellikle çocukluk çağında karşılaşılırken semptomların belirgin hale gelmesi 21-40 yaşları arasındadır.<sup>6</sup> Tanının konulabilmesi için hastaların endemik bölgelerde yaşayıp yaşamadığı veya bu bölgelere seyahat öyküsü mutlaka sorgulanmalı ve tanıdan şüphe edilmelidir.<sup>2,9</sup> Vertebral KH'li hastalarda patolojik kırıkların sık görüldüğü ve hastaların %25-84'ünde parapleji, kuadripleji veya sinir kökü basısı olduğu bildirilmektedir.<sup>6-8</sup> Hastalar genellikle sırtta ağrı ve kitle, güçsüzlük, patolojik kırıklar ve sfinkter bozuklukları gibi spinal kordtaki basıya bağlı semptomlar ile başvurur.<sup>3,6</sup> Hastalarda kronik parazit enfestasyonuna bağlı olarak kaşeksi görülebilir. Hastamız 32 yaşında idi, şikayetleri sadece son altı aydır vardı ve bu sürede 10 kg istemsiz kilo kaybı mevcuttu. Hastamızda T10. vertebra korpusunun üçte biri destrukte olmasına rağmen patolojik kırık veya nörolojik sekel yoktu. Papakonstantinou ve arkadaşları<sup>4</sup> hastalarından birinde kistin Petit üçgeninden herniye olduğunu bildirmektedir. Hastamızda dev KH'e bağlı olarak Grynfelt üçgenine uyan alanda dört cm'lik herniasyon mevcuttu ve ameliyat sonrasında bu alan kayboldu.

Kistin vertebra korpusu içerisine ya da paravertebral alana büyüdüğü dönemde dahi BT ve MRG bulguları

spesifik değildir, hastalık benign veya malign tümörler, metastaz, spondilit ve başta Pott hastalığı olmak üzere abseler ile karıştırılabilir.<sup>3,4,7,9</sup> Tek başına görüntüleme yöntemleri ile tanıya gitmek zordur, özellikle endemik bölgelerde ayırıcı tanıda vertebral KH düşünülmeli ve serolojik testler istenmelidir.<sup>2,3,9</sup> Ayırıcı tanı için yayılım riskinden dolayı ince iğne aspirasyon biyopsisi kontrendikedir ve tanıda yüzde yüz güvenilir bir test bulunmamasına rağmen ELİSA'nın en güvenilir yöntem olduğu bildirilmektedir.<sup>2,10</sup> Tüm çabalara rağmen hastaların yaklaşık yarısında tanı sadece cerrahi eksplorasyon ile konulabilir.<sup>7,10</sup> Hastamızın BT ve MRG tetkiklerinde T10. Vertebra korpusunun üçte birini dekstrükte eden multilobüle, içerisinde multipl kistler ve septalar bulunan semisolid kitle mevcuttu. Ülkemiz KH açısından endemik bir bölgede yer aldığından ayırıcı tanıda vertebral KH te düşünülerek serolojik testler istendi. Hem İHA hem de ELİSA pozitif olan hastada vertebral kaynaklı olabileceği düşünülen retroperitoneal KH ön tanısı ile ameliyat planlandı.

Vertebral KH nörolojik sekeller, cerrahi eradikasyonun zorluğu ve nüks riski nedeniyle en zor yerleşimli KH olarak kabul edilmektedir.<sup>10</sup> Cerrahi tedavide nüks riskini azaltmak ve hipersensitivite reaksiyonlarını engellemek için mümkünse kistin kombine rezeksiyonu önerilmektedir.<sup>8</sup> Kombine rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda parsiyel kistektomiye ilave olarak küretaj ve laminektomi uygulanabilir.<sup>3</sup> Cerrahi öncesinde albendazol gibi bir anti-helmintik ajan, cerrahi esnasında skolosidal ajan kullanılması ve cerrahi sonrasında anti-helmintik ajanın uzun süre devam edilmesi fayda sağlayabilir.<sup>3,8</sup> Tüm çabalara rağmen nüksün %30-40'lara ulaşabildiği bildirilmektedir.<sup>3,4,10</sup> Hastamızda cerrahi kararı alındıktan sonra iki hafta 10 mg/kg/gün albendazol tedavisi uygulandı. Ameliyatta kist içerisine hipertonic salin enjekte edilip 20 dakika beklendikten sonra parsiyel kistektomi, küretaj ve drenaj uygulandı. Hastamız ameliyat sonrası onbirinci aydadır ve takipleri sorunsuz seyretmektedir.

Sonuç olarak vertebral KH tanısındaki en önemli unsur hastalığın endemik olduğu bölgelerde ayırıcı tanıda vertebral KH'in akılda tutulmasıdır. Tedavisi cerrahidir ve mümkünse kistin kombine rezeksiyonu önerilmektedir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda parsiyel kistektomi ve küretaja laminektomi eklenebilir.

**Not:** "Olgu sunumu" için hastadan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) alınmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Yaman İ, Derici H, Kara C. Primary giant hydatid cyst of the diaphragm: a case report. Turk J Gastroenterol. 2011;22(5):564-5.
2. Moretti B, Panella A, Moretti L, Garofalo R, Notarnicola A. Giant primary muscular hydatid cyst with a secondary bone localization. Int J Infect Dis. 2010;14(3):e192-5.
3. Song XH, Ding LW, Wen H. Bone hydatid disease Postgrad Med J 2007;83(982):536-42.
4. Papakonstantinou O, Athanassopoulou A, Passomenos D ve ark. Recurrent vertebral hydatid disease: spectrum of MR imaging features. Singapore Med J 2011;52(6):440-5.
5. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa CS. Hydatid Disease: Radiologic and Pathologic Features and Complications. RadioGraphics 2000;20(3):795-817.
6. Normelli HCM, Aaro SI, Follin PH. Vertebral hydatid cyst infection (Echinococcus granulosus): a case report. Eur Spine J 1998;7(2):158-61.
7. Tsitouridis I, Dimitriadis AS. CT and MRI in vertebral hydatid disease. Eur. Radiol. 1997;7(8):1207-10.
8. Sapkas GS, Stathakopoulos DP, Babis GC, Tsarouchas JK. Hydatid disease of bones and joints 8 cases followed for 4-16 years. Acta Orthop Scand 1998;69(1):89-94.
9. Engin G, Acunaş B, Rozanes İ, Acunaş G. Hydatid disease with unusual localization. Eur. Radiol. 2000;10(12):1904-12.
10. Zliti M, Ezzaouia K, Lebib H, Karray M, Kooli M, Mestiri M. Hydatid Cyst of Bone: Diagnosis and Treatment. World J Surg 2001;25(1):75-82.