

Aynı ailede iki primer kas içi kist hidatik olgusu

Two cases of primary intramuscular hydatid cyst in the same family

Abuzer Dirican, Fatih Sümer, Bülent Ünal, Bora Barut, Burak Işık, Sezai Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 26.02.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 09.09.2011

ÖZET

Otuz dokuz yaşındaki bayan hasta sol lumbar şişlik ve ağrı şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hastanın aile öyküsünde 19 yaşındaki kızının sol gastrokinemius kasında primer kist hidatik sebebiyle bir yıl önce ameliyat olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sol lomber bölgede derin palpasyonla ele gelen düzgün sınırlı 6x5 cm boyutlarında ağrılı kitle palpe edildi. Hastanın ecchinosoccus granulosus indirekt hemaglutinasyon testi pozitif. Radyolojik incelemelerde, lezyonun kist hidatikle uyumlu olduğu rapor edildi. Hastanın geçirilmiş kist hidatik öyküsü yoktu. Hastaya spinal anestezi altında parsiyel kistektomi ve drenaj uygulandı. Kistektomi materyali, asellüler lameller tabaka (kist hidatik) olarak rapor edildi. Postoperatif komplikasyon olmadı. Operasyon sonrası hastaya 15 mg/kg/gün Albendazol tedavisi 3 ay süreyle verildi. Hastanın 6 aylık izleminde kist hidatit nüksüne rastlanmadı. Kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde kas içi yerleşimli kistik kitlelerin ayırıcı tanısında kist hidatit de hatırlanmalıdır. Ailede geçirilmiş kist hidatit öyküsünün olması yol gösterici olabilir. Tedavide kist total çıkarılamıyorsa, parsiyel kistektomi ve drenaj kas içi kist hidatiğin cerrahi tedavisinde seçilebilir.

Anahtar kelimeler: Kist hidatit, kas içi, tedavi

GİRİŞ

Kist hidatit hastalığının en sık etkeni *Echinococcus granulosus* ' tur. *E. Granulosus* ' un ana konakçısı köpek, kurt ve tilki gibi hayvanlardır.¹ Ara konakçılar ise koyun keçi ve büyük baş hayvanlardır. Hastalık ara konakçıların çok yetiştirildiği Ortadoğu, Orta Avrupa, Avustralya ve Güney Amerika ülkelerinde daha sık görülür. Ağız yoluyla alınan parazit yumur-

ABSTRACT

A 39 years old woman was admitted to the hospital due to swelling and pain on her left lumbar region. In family history we learned that; her 19 years old daughter was operated due to primary muscular hydatid cyst located on gastrocnemius muscle one year ago. A painful painful mass with a size of 6x5 cm was palpated on patients' left lumbar region during physical examination. Her indirect hemaglutination (IHA) for *Echinococcus granulosus* was positive. The lesion was reported as muscular hydatid cyst during ultrasound and computed tomography examinations. Hydatid disease was not in the previous history of the patient. Partial cystectomy and drainage was performed under spinal anesthesia on prone position. Excised material was confirmed as a hydatid cyst in histopathological examination. Albendazol (15 mg/kg/day) was given to patient for three months following the operation. There were no postoperative complications. After 6 month follow up, the patient showed no evidence of recurrent hydatid disease. A hydatid cyst should be considered in the differential diagnosis of muscular cystic lesions in regions where hydatid cysts are endemic. Positive family history may help us in suspicion to this disease. If total excision is impossible, partial cystectomy and drainage can be the choice as surgical treatment for a muscular hydatid cyst.

Key words: hydatid cyst, intramuscular location, management

tası portal sistemden, kan yoluyla karaciğere ulaşarak burada tutulur veya buradan sistemik dolaşıma geçerek diğer organlarda hastalığa sebep olur. En sık etkilediği organ karaciğer (%70) ve akciğerdir (%10-15).^{1,2} Bu organlar dışında pek çok lokalizasyonu olmakla beraber primer kas içi lokalizasyonu nadirdir. Kaslarda görülen kist hidatikler tüm kist hidatiklerin yaklaşık % 1-5'ini oluşturmaktadırlar.³

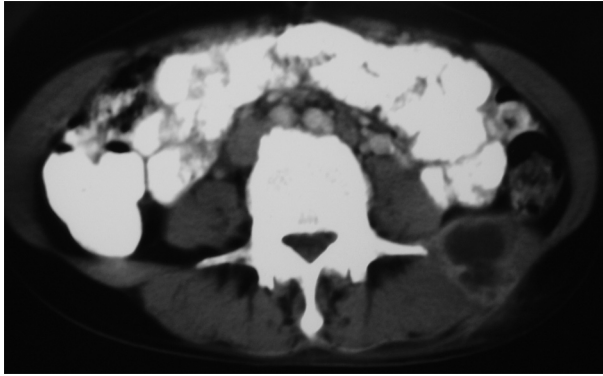
Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Abuzer Dirican

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Malatya, Türkiye Email: adirican@inonu.edu.tr
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

Biz bu makalede iki kas içi kist hidatik olgusu- nu aynı ailede iki farklı kişide görülmeleri sebebiyle literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU

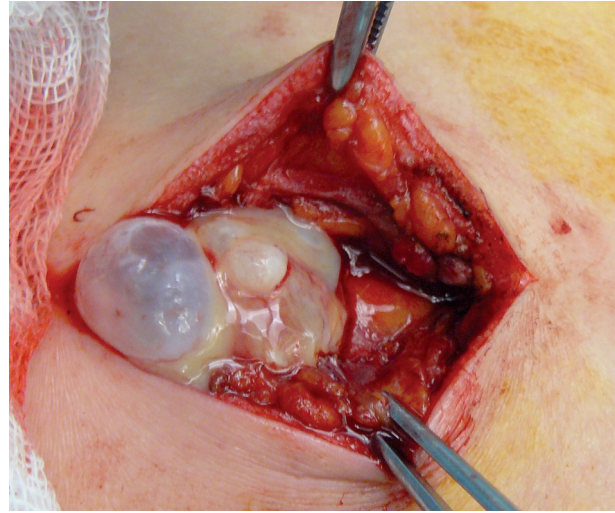
Otuz dokuz yaşında bayan hasta iki ay önce fark ettiği sol lomber bölgede şişlik, son 15 gündür başlayan ağrı şikâyetleri ile polikliniğe başvurdu. Hastanın aile öyküsünde 19 yaşındaki kızının başka bir merkezde sol gastrokinemius kası içinde primer kist hidatit sebebiyle bir yıl önce ameliyat olduğu öğrenildi. Hastanın geçirilmiş kist hidatit hastalık öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede, sol lomber bölgede 6x5 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, hafif ağırlı kitle palpe edildi. Preoperatif yapılan kan laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin'in 10.7 g/dl olması dışında anormallik yoktu. Çalışılan hidatit kist indirekt hemaglutinasyon (IHA) testi pozitif (1/1024) olarak rapor edildi. Yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide sol quadratus lumborum kası içinde yaklaşık 6x5x6 cm boyutta multiloküle, periferik kontrastlanan, heterojen, hipodens kistik kitle lezyonu apse veya enfekte kist hidatit ile uyumlu rapor edildi (Resim 1). Hastanın çekilen akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi.



Resim 1. Sol quadrotus lumborum kası içinde yaklaşık 6x5x6 cm boyutlarında multiloküle, periferik kontrastlanan, heterojen kistik kitle

Ameliyat kararı alındı. İntraoperatif çevre dokulardaki yayılımın önlenmesi için hasta- ya ameliyat öncesi Albendazol tedavisi başlandı. Spinal anestezi altında supin pozisyonunda cilt ve cilt altı geçilerek kiste ulaşıldı (Resim 2). Kist içine 1/30 serum fizyolojik ile dilue edilmiş cetrimide-chlorhexidine (Cet-Chx) (Savlex®) uygulanarak 10 dakika beklendi. Kistotomi yapılarak germina-

tif membran çıkarıldı ve kist içeriği aspire edilerek boşaltıldı. Eksizyon alanı %40 povidone iyod (Betadin®) solüsyonu ve dilue Cet-Chx solüsyonu ile irriga edildi. Kist lojuna bir adet vakumlu dren konarak cilt ve cilt altı onarıldı. Kistektomi materyali histopatolojik inceleme sonucu kist hidatit olarak rapor edildi. Karın ve toraksın sonografik ve tomografik incelemelerinde hidatit kiste ait herhangi bir lezyon görülmedi. Üç ay süre ile Albendazol tedavisi (15 mg/kg/gün) uygulandı. Hastanın 6 aylık izleminde yapılan kontrollerinde lokal veya sistematik olarak kist hidatitle ilgili herhangi bir bulguya rastlanmadı.



Resim 2. Cetrimide-chlorhexidine verildikten sonra kistotomi yapıldığında görülen germinatif membran

TARTIŞMA

Kist hidatit hastalığının etkeni olan yetişkin *Echinococcus granulosus* (0.5-1cm) köpek, kurt, tilki, çakal gibi hayvanların bağırsaklarında yaşar. Bu hayvanların dışkıyla doğal ortama yayılan parazit yumurtası çevresel faktörlere oldukça dayanıklıdır. Parazit yumurtaları ağız yoluyla alınan gıdalarla ara konakçı olan keçi, koyun, sığır gibi otçul hayvanlara ve insanlara bulaşır. Barsak mukozasına penetre olan yumurtalar portal sisteme geçerek karaciğere ulaşır ve sinüzoidlerde tutulur. Dolayısıyla kist hidatik %70 oranla en çok karaciğerde görülür.¹ Bu ilk filtreden kurtulan parazit yumurtaları kan dolaşımına geçerek sağ kalp yoluyla akciğere ulaşırlar. Böylece hastalığın ikinci en sık yerleşim yeri olan ve %10-15 oranında gözlenen akciğer tutulumu gözlenmiş olur. Bu ikinci filtreden kurtulan parazit

yumurtaları diğer organlarda % 5-15 civarında hastalığa sebep olurlar.¹

Prousalidis J. ve arkadaşlarının geniş bir serisinde kist hidatiğin, karaciğer ve akciğer dışındaki lokalizasyonu %9 civarında rapor edilmiştir.² Kist hidatitlerin her organda görülebilmesine rağmen kas yapılarında daha az bulunmakta ve bunlar tüm kist hidatitlerin %1-5'ini kapsamaktadır. Kas gruplarından ise özellikle periferik kaslarda görülmektedir.

Kas kist hidatiği başka bir organda olmaksızın primer görülebileceği gibi, diğer organ kist hidatiğinden sonra sekonder olarak da görülebilir. Bizim olgumuzda kist hidatit kas içi yerleşimli idi, geçirilmiş kist hidatit hastalık öyküsü yoktu ve yapılan tetkiklerde başka organda kist hidatide rastlanmadı. Dolayısıyla hasta primer kas kist hidatiği olarak kabul edildi.

Kist hidatit tanısı özellikle endemik bölgeler dışında oldukça zordur. Primer kas kist hidatiği tanısı daha da zordur. Ayırıcı tanıda apse, hematoma ve tümöral kitleler göz önünde tutulmalıdır. Tanıdaki en önemli faktörlerden biri ileri derecede şüphencilik olacaktır. Pozitif aile öyküsü bizim hastamızda olduğu gibi şüphencilik konusunda yol gösterici olabilir. Tanının cerrahi tedaviden önce konması önemlidir. Çünkü kist içeriğinin yayılması, anafilaktik reaksiyon ve nöks gibi problemlere sebep olabilmektedir.

Radyolojik olarak duvar kalınlığı, kalsifikasyon, kız vezikülleri ve duvardan ayrılmış germinatif membran hidatit kiste özgü bulgulardır. Kist hidatik tanısında, IHA testinin pozitif olması anlamlıdır, ancak negatif olması hastalığın olmadığı anlamına gelmez. Olgumuza preoperatif CT ve IHA sonuçları ile kist hidatit tanısı kondu. Kas içi kist hidatitten şüphelenilen olgularda kistin rüptürünü, muhtemel anafilaktik şoku ve hastalığın yayılmasını önlemek amacıyla diagnostik biyopsilerden kaçınılması gerekmektedir.⁴

Kas kist hidatiği tanısı konmuş vakalarda en iyi tedavi seçeneği cerrahi olarak total eksizyondur. Ancak kist çok büyük ve çevre dokulara yapışık olduğunda, tamamen çıkartılamıyorsa; kistin drenajı, germinatif membranın total olarak çıkarılması ve kist poşunun skolisidal solüsyon ile irrigasyonu

uygulanmalıdır. Klinik ve in vitro çalışmalarda Cet-Chx'in güçlü bir scolisidal ajan olduğu tespit edilmiştir.⁵ Biz kliniğimizde karaciğer kist hidatitleri için kist içine 1/30 serum fizyolojik ile dilüe edilmiş Cet-Chx kullandığımızdan bu hastaya da aynı işlemi uyguladık.

Benzimidazol bileşikleri (albendazol-mebendazol) yayılım ve nöksü önlemek için profilaktik amaçla önerilmektedir. Biz de hastamızda kistin enfekte olması, lokalizasyon sebebiyle total eksize edilememesi sebebiyle parsiyel kistektomi, drenaj uyguladık ve postoperatif 3 ay albendazol tedavisi verdik.

Tanı; anamnez, klinik bulgular, laboratuvar testleri ve radyolojik incelemelerle konulabilirse de, kesin tanı için cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik inceleme gereklidir.^{6,7} Bizim olgumuzun cerrahi eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesi, kist hidatit olarak rapor edildi.

Sonuç olarak; kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde kas içi yerleşimli kistik kitlelerin ayırıcı tanısında kist hidatik de hatırlanmalıdır. Ailede geçirilmiş kist hidatik öyküsünün olması yol gösterici olabilir. Tedavide kist total çıkarılamıyorsa, parsiyel kistektomi ve drenaj yeterli olabilir.

KAYNAKLAR

1. Sayek I, Tirnaksiz MB, Doğan R. Cystic hydatid disease: Current trends in diagnosis and management. *Surgery today* 2004; 34(8):987-96.
2. Prousalidis J, Tzardioglou K, Sgouradis L, Katsohis C, Aletras H. Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998; 22(1):17-22.
3. Digesu G, Picone A, La Bianca A, Massaro M, Vetri G. Muscular and subcutaneous hydatidosis. *Minerva Med* 1987;78(7):835-40.
4. Tatari H, Baran O, Sanlidag T, et al. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121(1):93-94.
5. Sonisik M, Korkmaz A, Besim H, et al. Efficacy of cetrinide-chlorhexidine combination in surgery for hydatid cyst. *Br J Surg* 1998; 85(11):1277.
6. Salai M, Apter S, Dudkiewicz I, Chechik A, Itzhak Y. Magnetic resonance of hydatid cyst in skeletal muscle. *J Comput Assist Tomogr* 1999;23(3):331-332.
7. Çobanoğlu U. Kasta kist hidatik. *Solunum Dergisi* 2009;11(2):137-9.