

Ekstremitelerde İntramusküler Olarak Yerleşmiş Primer Kist Hidatik Olgusu

PRIMARY INTRAMUSCULAR HYDATIC DISEASE LOCALIZED IN A LOWER EXTREMITY: A CASE REPORT

Dr. Sezai DEMİRBAŞ,^a Dr. Hüseyin SİNAN,^a Dr. Yavuz KURT,^a Dr. Yüksel AYDIN,^a
Dr. Mehmet YILDIZ,^a Dr. Tuncay ÇELENK^a

^aGenel Cerrahi Servisi, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İSTANBUL

Özet

Fossa femoraliste primer olarak yerleşmiş intramusküler kist hidatik olgusunu, bu bölgede rastlanan lezyonlar arasında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken sürpriz bir tanı olarak sunup; literatürde, musküler yerleşimli hidatik kistlerin gözden geçirilmesini amaçladık.

Yirmi bir yaşında erkek olan hasta, sol fossa femoraliste hareket kısıtlılığı ve birlikte ağrı yapan şişlik yakınması ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde; sol fossa femoralis üzerinde yerleşmiş 12 x 10 cm boyutlarında palpasyon ile ağrılı, yumuşak kıvamlı, fluktuasyon veren kitle tespit edildi. Pelvik tomografide hemen aynı boyutlarda görülen kitlenin hipodens karakterde lezyon olduğu saptandı. İğne ponksiyonu yapıldı, pü vasfında mayi gelmesi üzerine abse ön tanısı ile lokal anestezi altında drenaja başlandı. Drenaj sırasında kız veziküllerin ve germinatif membranın görülmesi üzerine lezyonun kist hidatik absesi olduğu öngörülerek hasta ameliyathaneye alındı ve genel anestezi altında Perikistektomi + Drenaj ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz 8. günde taburcu edilen hastaya ameliyat gününden itibaren 800 mg/gün olarak albendazol tedavisi başlandı. Hastanın 4. ayındaki ilk kontrolünde toraks ve abdomino-pelvik tomografisi normal olarak değerlendirildi. Yaklaşık 4 aydır albendazol tedavisine devam eden hastada 1 yıla yakın takip altında tamamlanması kararlaştırılarak hasta 2 ay sonra kontrol edilmek üzere tekrar taburcu edildi.

Sonuç, atipik yerleşen hidatik kist olguları US ve BT ile konuluktan sonra tedavileri hepatik yerleşim gösterenler ile hemen aynıdır. Cerrahi ve albendazol tedavisi mutlaka bu hastalarda uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, ekstrahepatik yerleşim, ekstremiteler, albendazol

Abstract

Although cyst hydatid disease is common in our country, a primary intramuscular cystic lesion localized in the femoral region is a rare entity. The aim of this case report of a hydatid cyst localized in a rare position should be considered in the differential diagnosis of masses located in this area. We provide as well a literature review.

A twenty-one year old male presenting with a lesion in the femoral region causing severe pain and movement limitation was admitted. On exam, a mass measuring 12 x 10 centimeters in size was palpated. The lesion was fluctuant, soft and tender, and was subsequently revealed through computerized tomography to possess cystic characteristics. A pus-like substance was revealed during needle aspiration. Drainage under regional anesthesia was employed. At that time, scoleces and a cyst lining were noticed in the cavity. The patient was taken to the operating room and a partial cystectomy and drainage were performed. The patient was begun on albendazole (800 mg/day) in cyclic use, on which he was maintained for four months after surgery. No further anomalies were observed in whole blood parameters. The patient was instructed to remain on albendazole for another 4 months.

This mass of hydatid cyst in an atypical localisation was evaluated by ultrasonography (US) and computerized tomography (CT). The treatment modality is the same as that for the more commonly seen lesion occurring in liver. Surgical procedures such as pericystectomy and drainage, as well as subsequent medical treatment with albendazole are effective in eradicating the lesion.

Key Words: Cysts, extremities, albendazole

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:593-596

Hipokrat zamanından beri bilinen bu hastalık daha çok hayvancılıkla uğraşan Akdeniz ülkeleri, Güney Amerika, Güney Afri-

ka ve Avustralya'da sık görülmektedir. *Echinococcus granulosus* etken olarak hastalığı meydana getirmektedir. Karaciğer bu organizmanın en sık (%55-75) olarak yerleştiği organdır. Diğer organlardan akciğerler (%15), kas, yumuşak doku, böbrekler, dalak ve hatta kemik doku da yerleşim yeri olabilir.^{1,2} Çok daha az sıklıkla beyinde, tiroide, memede, orbita ve timus ile paratiroid bezinde de yerleşebildiği gösterilmiştir.³⁻⁵ Primer

Geliş Tarihi/Received: 13.11.2002 Kabul Tarihi/Accepted: 27.10.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Sezai DEMİRBAŞ
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Genel Cerrahi Servisi, İSTANBUL
sezberr@tr.net

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25

593

olarak etken parazitin inguinal bölgeye yerleşim sıklığı %1'in altındadır.⁶ Inguinal bölgede kas içinde, yerleşmiş bu kist hidatik olgusunun, hem yerleşim yeri, hem de klinik olarak abse ile ayırıcı tanı da düşünülmesi gereken sürpriz bir tanı olarak sunup; literatürde, musküler yerleşimli hidatik kistlerin gözden geçirilmesini amaçladık.

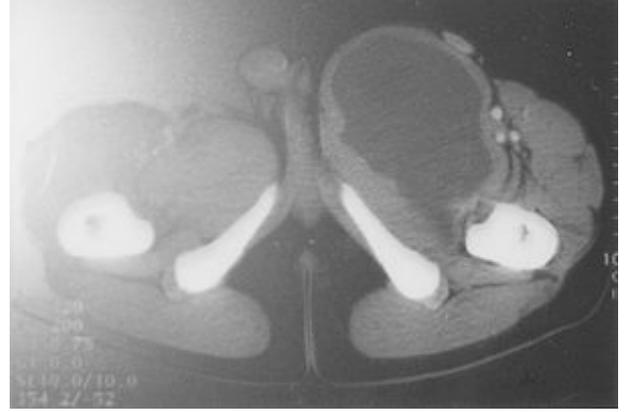
Gereç ve Yöntemler

Yirmi bir yaşında erkek hasta sol ekstremitte proksimalinde fossa femoralise uyan bölgede hareket kısıtlılığı yapan ağrılı şişlik yakınması ile acil servise başvurdu. Hastada bu yakınmalar yaklaşık 1.5 yıldır vardı. Alınan anamnezinde son 1 ayda eforun artmasıyla birlikte daha fazla ağrı hissettiğini ve bunun hareketini engellediğini söyledi. Fizik muayenesinde sol ekstremitede femoral fossa üzerinde yerleşmiş, yaklaşık 10 x 10 cm boyutlarında, dokunmakla ağrılı, hareketsiz, yumuşak kıvamlı ve dokunmakla fluktuasyon veren bir kitle lezyonu gözlemlendi. Karın muayenesi yapıldı ve normal olarak değerlendirildi. Solda direkt ve indirekt fitik noktaları palpe edildi ve normal olarak anatomik yerlerinde olduğu tespit edildi. Inguinal bölgede patolojik boyutta lenf nodu tespit edilmedi. Hastanın sol bacak, ayak, parmak ve parmak araları muayene edildi ve herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Hastaya preoperatif dönemde acil bilgisayarlı spiral tomo-grafi (BT) batın ve lezyonu içine alacak şekilde çekildi. Tüm karın ve bölgenin ultrasonografisi (US) yaptırıldı. Her iki tanı yöntemi ile, kitle lezyonunun inguino-femoral bölgede yerleşmiş, 10 x 9 x 5 cm boyutlarında, ortası hipodens karakterde kistik bir lezyon olduğu (muhtemelen abse) rapor edildi (Resim 1). Ayrıca hastanın sol bacak Doppler US'u da yapıldı. Femoral arter ve ayrılan dalları ile trifikasyon arterde lümen içi sonopatolojik görünüm tespit edilmedi. Lokalize abse ön tanısı ile hastaya iğne aspirasyonu yapıldı. Aspirat pü olarak gözlemlendi. Lokal anestezi şartları altında drenaj yapılan lezyondan kız veziküller ve germinatif membranın görülmesi ile hidatik kist tanısı konularak ameliyathaneye alınan hastaya genel anestezi altında operasyon yapıldı.

Operasyon bulguları; kistik kitle femoral fossa bölgesinde hemen cildin altından başlayarak

obturatorius eksternus kası içine yerleşmiş bir ekstrahepatik yerleşimli primer intramusküler kist hidatik olarak tanı konuldu (Resim 2). Cilt eksizyonu büyütülerek etraf %10 povidon iyot ile korunarak kız veziküller tek tek boşaltıldı. Germinatif membran zaten duvardan ayrılmış ve neredeyse dejenere olmuş olarak görüldü. Tamamen temizlendi. Kistik kitle içerisi yine %10 povidon iyot ile yıkandı. Perikistektomi yapıldı. Oluşan kist kavitesine dren konularak operasyon bitirildi. Kanama ortalama 75-100 mL kadar oldu ve operasyon 45 dk. sürdü.

Postoperatif 1. günden itibaren hastaya albendazol 800 mg/gün dozunda başlandı. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden



Resim 1. Sol alt ekstremitede kas içine yerleşmiş hidatik kist görülmektedir.



Resim 2. Operasyon sırasında lezyonun disseksiyonu ve iç hacmi görülmektedir.

hasta 1 hafta sonunda albendazol tedavisi kullanılarak taburcu edildi. Postoperatif 2. ay sonunda kontrole çağrılan hastanın yaptırılan abdominopelvik spiral BT'sinde bir tek sol ekstremitte proksimalinde musculus obturatorius eksternus kası içinde 3 x 2 cm boyutunda lobüle konturlu, postkontras incelemede boyanma göstermeyen kistik kitle lezyonu tespit edildi. Aynı lezyon için US yapıldı. Görülen lezyonun basit kist karakterinde olduğu ve geçirilmiş operasyon dikkate alınır, operasyona sekonder postoperatif lokalize mayi olacağı değerlendirildi. Medikal tedavisi süren hastanın immünolojik ve rutin biyokimyasal incelemeleri normal sınırlar içerisinde tespit edildi. Hastaya 4 ay daha süre ile aynı dozda albendazol kullanması önerildi. Şu anda hasta yapılan cerrahi prosedür sonrası 24. ayında ve problemsizdir. Albendazol tedavisi 4 ay sonra kesilmiştir. Hastanın immünolojik testleri (immün floresan antikor testi-IFA) normal sınırlar içindedir.

Tartışma

Hidatik kist hastalığının doğal seyri iki bölümde incelenir. Parazitin proliferasyonu ve involüsyonudur. Embriyo hayvan dışkıları ile kirlenmiş besinlerle alındıktan sonra, gastrointestinal sistemde pankreas enzimleri ile serbest kalır. Portal sisteme geçerek dokulara yerleşen kistler ilk yıl içinde ortalama 5-10 cm çapa ulaşır. Periferik dokulara ulaşabilen embriyonlardan birçoğu doku makrofajları ve diğer hücreler tarafından parçalanır. Elimine edilmeyen embriyon periferik dokularda (kas, kemik, tiroid, meme, beyin gibi) yerleşir.¹ En sık olarak karaciğerde (%55-60) yerleşen kistler, intramusküler olarak da ekstrahepatik yerleşim göstermektedirler. Hastaların çoğunda belirgin bir semptom bulunmaz, genellikle rastlantı sonunda tanı konulur. Sık olarak karın ağrısı, hepatomegali, ateş, ürtiker, kusma (hidatiemesia), gaitada kistler (hidatidenteria) ve anafilaktik şok bulgularıyla karşımıza çıkabilir. Periferik yayma yapıldığında %25 oranında eozinofili görülebilir. Danice ve Maurmen ve Danice US ve BT'yi tanı koymada etkili yöntem olarak bildirmişlerdir.^{2,3} Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) son zamanlarda tanı aracı olarak kullanılmaktadır. İmmünolojik metodlar (ELISA), immünhemaglutinasyon testleri

tanı koymada sensitivitesi yüksek yöntemlerdir.⁴⁻⁶ İmmünolojik tanı yöntemleri karaciğer kist hidatiğinde daha fazla (%88-96) olmak üzere, akciğer (%50-56) ve diğer dokularda yerleşmiş olanlarda (%25-56) giderek azalan oranlarda duyarlıdır. Postoperatif dönemde de nüksü takip etmek için immünolojik testlerden yararlanır.²⁻⁶ Kist oluştuğunda deri ve kompleman fiksasyon testleri sıklıkla pozitifdir ve eozinofili saptanabilir. Parazit hayatini yitirdiğinde duvar kollabe olur ve kalsifikasyon meydana gelir. Bu dönemde deri testinin değeri azdır ve eozinofili olguların %5'inden daha azında görülebilir.^{3,7,8} Meunier ve ark. postoperatif dönemde genellikle asemptomatik primer bir odak bulunduğunu ve serolojik testlerin bu nedenle çok faydalı olmadığını bildirmiştir. Aynı otör tarafından ameliyat öncesinde bu testlerin birinin pozitif olması durumunda operasyondan sonra hızla negatifleştiği de bildirilmiştir.⁹

Karaciğer dışında primer yerleşim gösteren kist hidatik hastalığı oldukça nadir olarak kaslar yerleşim göstermektedir.^{7,10,11} Çoğunlukla bir primer odaktan yayılım göstererek ilgili kas içerisine buldukları bildirilmiştir. Kaslar yerleşim gösteren hidatik kistler yüzeysel ve derin kas kitlesi içerisinde yerleşebilirler.^{8,9,12-14} Yerleşim gösterdikleri anatomik bölgelere göre tanı konulmasında karmaşaya yol açabilirler. Sunulan hastada da olduğu gibi sol üst ekstremitede ve inguinal bölgeye yakın ve kasın içerisine yüzeysel yerleşmiş olan kistik kitlenin kist hidatik yönünden de ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bu olguda kitle lezyonunun kistik karakterde ve kas içinde yerleşmiş olması solid tümöral gelişen bir lezyon olmadığını ortaya koydu. Özellikle abdomende derinde ve/veya derin kaslar yerleşen kist hidatik hastalıklarında tanı konulması daha zor olmaktadır.¹⁵⁻¹⁸ Kaslar yerleşim için psoas kası lomber spinal kaslar ve femoral bölge en sık yerleşim yeri olarak bildirilmiştir.^{8,10-12,14-17} Daha az sıklıkla değişik anatomik bölgelerde de kistin intramusküler yerleştiği bildirilmiştir.^{12-14,18-20} Abdominal olarak retroperitoneal bölgede kas içine yerleşen hastalarda lezyonun tanısı kist hidatik olarak zor konulmaktadır.^{17,19,20} Yapılan çalışmalar kas içinde yerleşmiş hidatik kist hastalığının tanısında kompüterize tomografinin duyarlılığını %85 ve daha

yüksek olarak bildirmiştir.^{13,19-22} Psoas kası içerisine böyle yerleşmiş olan hidatik kistlerin psoas abselerinden veya retroperitoneal tümöral kitlelerden ayırt edilebilmesi için US ve BT beraber yapılmalıdır.^{11,18,21} Musküler yerleşimli kist hidatik olgularında Khafif, Dudkiewicz ve diğer otörler serolojinin faydalı olmadığını bildirmiştir.^{6,15,19-22} Hepatik yerleşimli hidatik kistlerde olduğu gibi musküler yerleşim gösterenlerde de tedavi prensibi cerrahidir.²³ Perikistektomi ve kist kavitesinin steril hale getirilmesi amaçlanmalıdır. Albendazol ile medikal tedavinin faydası gösterilmiştir.^{23,24} Albendazole günde 800 mg kadar kullanılır. İlacın yeni yayınlarında 2-2.5 yıl kadar problem olmadan kullanılabilceği belirtilmektedir.²²⁻²⁴ Olgu için tanı konulmasını takiben operasyondan hemen sonra albendazol 800/mg/gün başlandı. Hasta kontrolde olduğu 4 ay kadar sürede ilacı sürekli kullandı. Yirmi dört ay sonunda hastanın takibinde ne abdominal yerleşimli gözden kaçmış nede yeni oluşmuş atipik yerleşimli hidatik kist ortaya konulmadı.

Ülkemizde halen ciddi sorun olan kist hidatik hastalığının atipik yerleşimi sık olmamakla beraber karşımıza çıkmaktadır. Atipik lokalizasyonlu kistik lezyonlarda kist hidatik ayırıcı tanıda elimine edilmelidir. Atipik yerleşim gösteren kist hidatik hastalığı içinde tedavi, bilinen prensipler içinde cerrahi prosedür uygulamaktır. Kist içeriği uygun olan skolosidaller ile steril hale getirilmelidir. Medikal tedavi tanı ve ameliyatı takipeden en kısa süre içerisinde başlanmalı, hasta takip edilerek belirli tedavi periyodu sürdürülmelidir.

KAYNAKLAR

1. El Mufti M. Clinical echinococcosis. Surgical Management of Hydatid Disease. 1st ed. London: Butterworth; 1989. p.27-30.
2. Mourmen, El Ala Qou ME, El Mansouri A, Mokhtari M. Peritoneal echinococcosis. Diagnostic and therapeutic problems apropos 34 cases. Chirurgie 1991;117:854-9.
3. Danice B, Mirkovich M, Ilie M. 20 years experience in the treatment of abdominal echinococcosis (1966-1987). Acta Chir Jugosl 1989;36(Suppl 2):579-82.
4. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsohis C, Aletras H. Uncommon sites of hidatid disease. World J Surg 1998;22:17-22.
5. Meddeb N, Bachrouh N, Elleuch M, et al. Kyste hydatique des adducteurs de la cuisse. Aspect I.R.M. a propos d'un cas. Bull Soc Pathol Exot 2001;94:106-8.
6. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. Radiographics 2003;23:475-94.
7. Khiari A, Fabre JM, Mzali R, Domergue J, Beyrouiti MI. Unusual locations of hydatid cysts. Ann Gastroenterol Hepatol 1995;31:295-305.
8. Daali M, Hssaida R. Muscle hydatidosis. 15 cases. Presse Med 2000;29:1166-9.
9. Meunier Y, Danis M, Nozais JP, Gentilini M. Muscular hydatidosis. Sem Hop 1983;59:2785-6.
10. Lucandri G, D'Elia G, Chiavellati L, et al. Unusual location of hydatid cyst: Clinical and therapeutic aspects. G Chir 1994;15:529-72.
11. Cangiotti L, Muiasan P, Begni A, de-Cesare V. Unusual location of hydatid disease; 18 years experience. G Chir 1994;15:83-6.
12. Duncan GJ, Tooke SM. Echinococcosis infestation of the biceps brachii. A case report. Clin Orthop 1990;261:247-50.
13. Jimenes ME, Contreras JA, Cisneros JM. Ouiste hydatidico primario de psoas. Revista Clinica Espanola 1989;3:85-6.
14. Nath K, Prabhakar G, Nagar RC. Primary hydatid cyst of neck muscles. Indian J Pediatr 2002;69:997-8.
15. Vara Thorbeck C, Vara Thorbeck R. Peritoneal echinococcosis. Zentralbl Chir 1986;111:980-6.
16. Natarajan S, Manoli S, Basnyat PS, Bransom CJ. Spontaneous rupture of primary musculoskeletal hydatid cyst. Surgery 2002;132:533-4.
17. Saad H, Hamdi A, Gargouri R, et al. Hydatid cyst of the psoas muscle. Ann Chir 1990;44:299-301.
18. Benchekroun A, Jira H, Cheikhani OJ, Kasmaoui EH, Zannoud M, Faik M. Hydatid cyst of the psoas. Report a case. Ann Urol 2001;35:108-10.
19. Kafif M, Ajbai M, Ridai M, Idrissi H, Zerouali O. Hydatid cyst of the psoas muscle. Ann Gastroenterol Hepatol 1993; 29:110-2.
20. Dudkiewicz L, Salai M, Apter S. Hydatid cyst presenting as a soft tissue tight mass in a child. Arch Orthop Trauma Surg 1999;119:474-6.
21. Gollackner B, Langle F, Auer H, et al. Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: Factors of recurrence. World J Surg 2001;25:387-9.
22. Blanton RE, Okelo GB, Kijobe J, King C. Antibody responses to in vitro translation products following albendazole therapy for *E. granulosus*. Antimicrob Agents Chemother 1991;35:1674-6.
23. Liu Y, Wang X, Wu J. Continuous long term albendazole therapy in intraabdominal cystic echinococcosis. Chin Med J (Engl) 2000;113:827-32.
24. Kurkcuglu IC, Eroglu A, Karaoglanoglu N, Polat P. Complications of albendazole treatment in hydatid disease of lung. Eur J Cardiothorac Surg 2002;22:649-50.