

# Kasta Kist Hidatik

## *Muscular Hydatidosis*

Ufuk Çobanoğlu

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Van

### ÖZET

Kist hidatik; özellikle tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelere sık görülen, çoğunlukla köpek dışkı ile insana bulaşan ekinokok cestodunun neden olduğu paraziter bir hastalıktır.

Hastalık parazitin yerleştiği organda kistik lezyonlar oluşması ile karakterizedir. En sık yerleştiği organlar karaciğer (%60) ve akciğerdir (%30). Bu iki organ dışında vücudun tüm bölgelerinde atipik lokalizasyonlarda karşımıza çıkabilir.

Bu çalışmada, 31 yaşında bayan hastada, sol latissimus dorsi kasında lokalize kist hidatigi olgusu sunuldu. Toraks tomografisi incelemesi sonucunda sol latissimus dorsi kasında lobüle kontürlü, derin fasiyal ve m.üsküler uzanım gösteren 15×20 cm boyutlarında kistik-solid kitle tespit edildi.

Genel anestezi altında kist kapsülü açıldı ve bir adet büyük ve çok sayıda küçük veziküller içeren kist total olarak eksize edildi. Patolojik inceleme sonucunda iskelet kası kist hidatigi tanısı konuldu.

Endemik bölgelerde, kaslarda iyi sınırlı kistik kitle tespit edilen hastaların ayırıcı tanısında kist hidatik düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar sözcükler:** intramüsküler kist, kist hidatik, primer kas tutulumu

### ABSTRACT

Hydatid cyst, frequent in sheep raising countries, is a parasitic disease caused by a cestode named echinococcus and spreaded to man generally by dog faeces.

The disease is characterised with cystic lesions in involved organs. Liver (60%) and lung (30%) are mostly affected organs. It may also be seen in the other areas as atypical localisations.

In this study, we present a 31 year-old female patient diagnosed with hydatid cyst located at left latissimus dorsi muscle. We detected a solid-cystic mass showing lobulated contour, 15×20 cm in diameter, deep fascial and muscular extension in the left latissimus dorsi muscle in thorax tomographia examination.

After the general anestezi, hydatid cyst and its capsule was removed totally. The diagnosis of hydatid cyst was confirmed histopathologically.

We consider that hydatid cyst should be included in differential diagnosis of a well-defined muscular cystic mass in the endemic areas.

**Keywords:** intramuscular cyst, hydatid cyst, primary muscular involvement

### GİRİŞ

Kist hidatik ekinokoklar tarafından oluşturulan bir parazitozdur. Hastalık yapan en sık etken *Echinococcus granulosus*'tir. *E. alveolaris* ise nadir hastalık etkenidir. En sık etkilediği organ karaciğer ve akciğerdir. Parazitin büyük çoğunluğunun hepatik ve pulmoner filtrasyonu nedeniyle iskelet kası gibi diğer organlarda tutulum nadirdir<sup>[1,2]</sup>. Kaslarda görülen kist hidatikler tüm kist hidatiklerin yaklaşık %1-5'ini oluşturmaktadır<sup>[3]</sup>.

### OLGU SUNUMU

Otuz bir yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır var olan sol sırt bölgesinde şişlik ve ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Daha önce başvurduğu sağlık merkezlerinde antibiyotik tedavisi verildiği, ancak şişlikteki büyümenin devam ettiği öğrenildi. Hastanın, fizik muayenesinde sol hemitoraks posterolateralde 15×20 cm çapında ve sınırları net olarak seçilen, oldukça sert bir kitle palpe edildi. Toraks tomografisinde sol hemitoraks lateralinde lobüle kontürlü, yer yer yoğun içerikli, kistik-solid kitle tespit edildi. Olgunun batın ultrasonografisinde, akciğer radyografisinde ve toraks tomografisinde akciğer ve karaciğerde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar testlerinden CRP yüksekliği (47 mg/L) dışında rutin hemogram ve biyokimyasal testlerde patoloji tespit edilmedi.

Kistik kitle ön tanısıyla ve eksplorasyon amacıyla operasyona alındı. Operasyonda solda posteriorde latissimus dorsi kası içindeki kitlenin kas içerisine invazyon gösterdiği tespit edildi. Kitle total olarak eksize edilirken kist rüptüre oldu. Makroskopik olarak bir adet büyük kist membranı ve çok sayıda, değ-

visi verildiği, ancak şişlikteki büyümenin devam ettiği öğrenildi. Hastanın, fizik muayenesinde sol hemitoraks posterolateralde 15×20 cm çapında ve sınırları net olarak seçilen, oldukça sert bir kitle palpe edildi. Toraks tomografisinde sol hemitoraks lateralinde lobüle kontürlü, yer yer yoğun içerikli, kistik-solid kitle tespit edildi. Olgunun batın ultrasonografisinde, akciğer radyografisinde ve toraks tomografisinde akciğer ve karaciğerde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar testlerinden CRP yüksekliği (47 mg/L) dışında rutin hemogram ve biyokimyasal testlerde patoloji tespit edilmedi.

**Alındığı tarih:** 11 Aralık 2007; **Revizyon sonrası alınma:** 11 Aralık 2007; **Kabul tarihi:** 8 Mart 2008

**Yazışma adresi (Address for correspondence):** Yard. Doç. Dr. Ufuk Çobanoğlu, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi 65100 Van, Tel: 0 (432) 215 04 73; *E-posta:* drucobanoglu@hotmail.com

© 2009 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2009;11(3): 137-139

Solunum Dergisi'ne [www.solunum.org.tr](http://www.solunum.org.tr) adresinden ulaşabilirsiniz.

şik boyutlarda intakt veziküller görüldü. Kist boşluğu 'povidon' solüsyonu ile yıkandı. Loja penrose dren yerleştirildi. Materyalin patolojik incelenmesi sonucunda kist hidatik tanısı doğrulandı. Hastaya üç ay boyunca Albendazole 10 mg/kg/gün tedavisi başlandı. Kontroller sırasında yapılan sistemik taramada akciğer grafisi ve batin USG'de kist hidatik lehine bulguya rastlanmadı. *Echinococcus granulosus* için yapılan indirekt hemaglutinasyon testi (IHA-1/160) pozitif bulundu. Yaklaşık altı aylık takip süresinde hastada nüks tespit edilmedi.

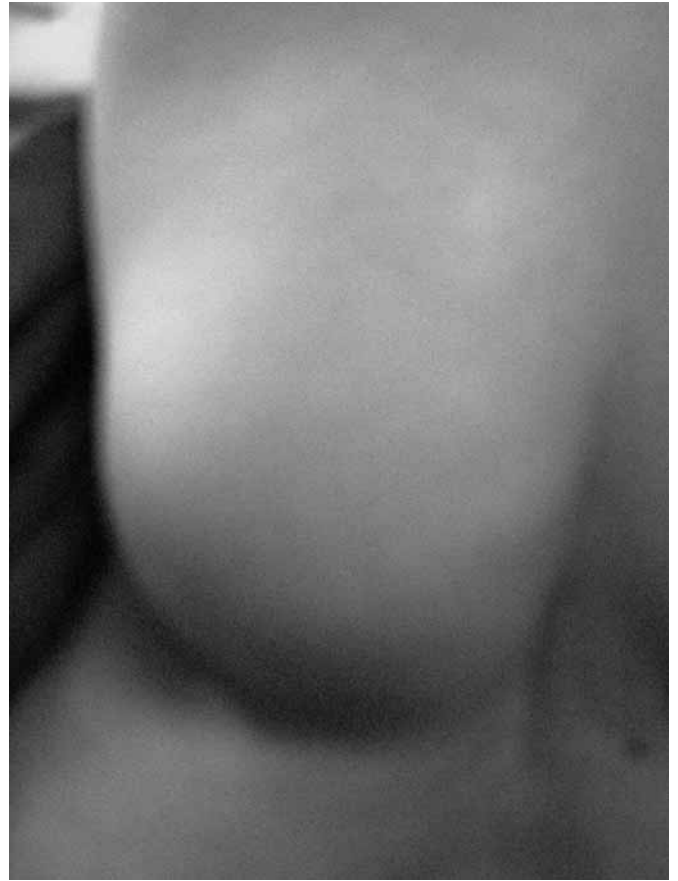
## TARTIŞMA

Kist hidatik, %99 *Echinococcus granulosus* ve %1 *Echinococcus multilocularis* tarafından oluşturulan bir parazitozdur. Ekinokok türleri ile oluşan enfestasyonlarda insan, rastlantısal ara konaktır. Erişkin parazit, son konak olan etobur hayvanların ince barsaklarına yerleşir. Yumurtalar söz konusu hayvanların dışkıları ile çevreye yayılır. Ara konaklara sindirim yolu ile bulaşır. Yumurtadan çıkan embriyolar duodenumdan kana geçer ve tüm vücut dokularına yayılabilir[1]. Kaynaklarda karaciğere %50-70, akciğere %11-17, yumuşak dokulara %2.4-5.3, kalbe %0.5-3, perikarda %5, kas ve subkutan dokulara %0.5-4.7 oranında yerleşim bildirilmiştir[2-5].

Kist hidatiklerin hemen hemen her organda görülebilmesine rağmen kas yapılarında daha az bulunmakta ve bunlar, tüm kist hidatiklerin %1-5'ini kapsamaktadır. Kas gruplarından ise özellikle periferik kaslarda görülmektedir[2,6,7].

Japonya'dan Ambo ve arkadaşlarının da[8] belirttiği gibi, kas iskelet sistemi ve adipöz dokularda ameliyattan belli bir süre sonra tutulum görülüyorsa iyatrojenik kontaminasyondan bahsedilebilir[9]. Salai ve arkadaşları tarafından bildirilen sartorius kası içine lokalize hidatik kist olgusu daha önce akciğer hidatik kist operasyonuna maruz kalmıştır[10].

Ancak bizim hastamızda böyle bir durum söz konusu değildir ve primer olarak kas tutulumu saptanmıştır. Bu olgularda enfekte köpek ısırığı ile embriyonun direkt implantasyonu ve barsaklardan sistemik dolaşıma daha sonra da karaciğer ve akciğer gibi iki önemli süzgeçten geçip iskelet kasma ulaşma hidatik kistin primer iskelet kası lokalizasyonu ile ilgili pato-



Resim 1. Hastanın sol sırt bölgesinde şişlik

genizde öne sürülen görüşlerdir[10,11]. Pektoralis majör, biceps, supraspinatus, psoas ve kuadriseps, sartorius ve rektus femoris yerleşimi gösteren olgular bildirilmiştir[12,13]. Prousalidas ve arkadaşları karaciğer ve akciğer dışı yerleşimli 49 olgu bildirmiştir[14].

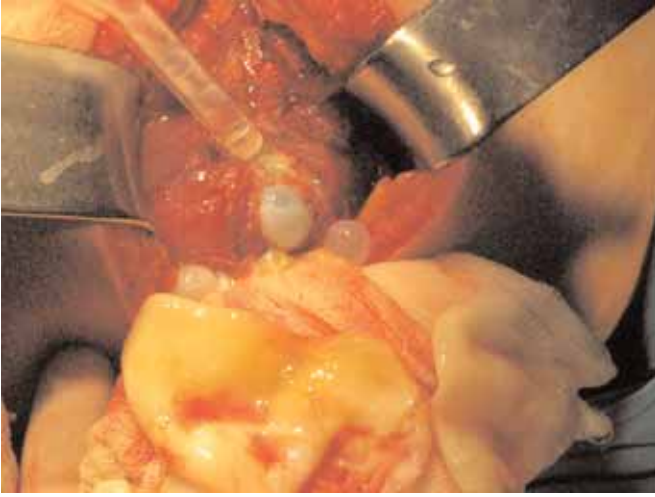
Kas kist hidatiklerinde temel semptom lokalize ele gelen şişliktir. Kaslarda kist hidatik tanısında, şüpheli olgularda IHA ve indirekt immunofloresans test gibi bazı serolojik testler yardımcı olabilir. Musküler kist hidatikin tanısı genellikle operasyon sırasında skolekslerin görülmesi ile konmaktadır[15,16].



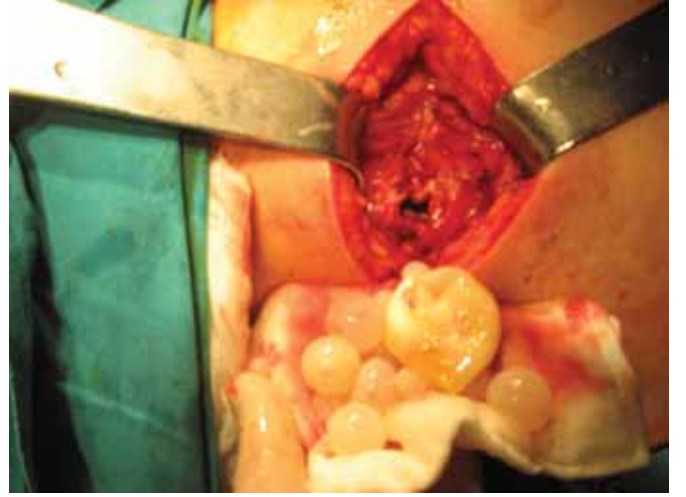
Resim 2. Toraks tomografisinde solda kistik kitle



Resim 3. Normal akciğer direkt grafi



Resim 4. Operasyon görüntüsü



Resim 5. Operasyon görüntüsü

Hidatik kistin primer iskelet kası lokalizasyonunda ayırıcı tanısı oldukça güçtür. İskelet kası yerleşimli abse, hematoma ve tümörle ayırıcı tanısı gereklidir. Bu gibi durumlarda tanıya gitmek için en önemli faktör şüpheli olmaktır. Bizim olgumuzda akciğer ve karaciğerde kist görülmemesine rağmen kastaki kitlenin kist hidatik olabileceğinden şüphelenilmiştir.

Direkt radyografik inceleme genellikle tipik bulgu vermemektedir. BT ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri tanıya daha fazla yardımcı olmaktadır[17]. Tanı anamnez, klinik bulgular, laboratuvar testleri ve radyolojik incelemelerle konulabilirse de, kesin tanı için cerrahi eksizyon ve histopatolojik inceleme gereklidir[10]. Musküler kist hidatikten şüphelenilen olgularda hastalığın yayılmasını ve rüptürünü önleme amacıyla diagnostik biyopsi veya aspirasyondan kaçınılması gerekmektedir[2,16].

Kas kist hidatigi tanısı konmuş olgularda temel tedavi yöntemi kistin total eksizyonudur[2,6,16,18]. Ancak kist çok büyük ve çevre dokulara yapışık ise cerrahi zorlaşır[2]. Burada amaç kistin rüptürü durumunda sekonder yayılımı önlemek olmalıdır[19]. En iyi tedavi seçeneği cerrahi olarak total eksizyon olmakla birlikte kist tamamen çıkarılamıyorsa kistin drenajı, germinatif membranın total olarak çıkarılması ve kist boşunun skolisidal solüsyon ile irrigasyonu uygulanmalıdır[11,15].

Benzimidazol bileşikleri (albendazol-mebendazol) ile tıbbi tedavi tartışmalıdır ve küratif tedaviden uzak gibi görülmektedir. Buna karşın bu ajanların yayılım ve nüskü önlemek için profilaktik amaçla kullanılabileceği önerilmektedir[20]. Cerrahi tedavi sonrası üç aylık albendazol tedavisi önerilmektedir[13]. Olgumuzda da cerrahi eksizyon ve sonrasında skolisidal ajanla irrigasyon ve cerrahi tedavi sonrası Albendazole tedavisi verilmiştir.

Bu musküler hidatik kist olgusunu hatırlatmaktaki amacımız, endemik bölgelerde ekstremitelerde iyi sınırlı kistik kitle tespit edilmesi durumunda ayırıcı tanıda kist hidatik düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktır.

## KAYNAKLAR

1. Duyuglu F, Karaoğlu S, Erdoğan N, et al. Primary hydatid cyst of the thigh: a case report of an unusual localization. *Turk J Pediatr* 2006;48:256-259.
2. Di Gesu G, Picone A, La Bianca A, et al. Muscular and

3. subcutaneous hydatidosis. *Minerva Med* 1987;30:835-840.
3. Esadki O, El Hajjam M, Kadiri R. Hydatid cyst of soft tissues, radiological aspect. *Ann Radiol* 1996;39:135-141.
4. Remadi JP, Al Habash O, Hage A, et al. Kyste hydatique du septum interventriculaire. Apropos d'un cas. *Arch Mal Coeur* 1994;87:409-413.
5. Ottino G, Viliiani M, De Paulis R, et al. Restoration of atrioventricular conduction after surgical removal of a hydatid cyst of the interventricular septum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1987;93:144-147.
6. Casero RD, Costas MG, Menso E. An unusual case of hydatid disease: Localisation to the gluteus muscle. *Clin Infect Disease* 1996;23:395-396.
7. Yörükoglu Y, Zengin M, Dolgun A, et al. Primer muscular hydatid cyst causing arterial efficiency: Case report and literature review. *Angiology* 1993;44:399-401.
8. Ambo M, Adachi K, Ohkawara A. Postoperative alveolar hydatid disease with cutaneous-subcutaneous involvement. *J Dermatol* 1999;26:343-347.
9. Iuliano L, Gurgo A, Poletti E, et al. Musculoskeletal and adipose tissue hydatidosis based on the iatrogenic spreading of cystic fluid during surgery: Report of case. *Surg Today* 2000;30: 947-949.
10. Salai M, Apter S, Dudkiewicz I, Chechik A, Itzhak Y. Magnetic resonance of hydatid cyst in skeletal muscle. *J Comput Asist Tomogr* 1999;23:331-332.
11. Duncan GJ, Tooke SMT. Echinococcus infestation of the biceps brachii. *Clin Orthop* 1990;261:247-250.
12. Haliloğlu M, Saatci I, Akhan O, et al. Spectrum of imaging findings in pediatric hydatid disease. *AJR* 1997;169:1627-1631.
13. Mseddi M, Mtaoumi M, Dahmene J, et al. Hydatid cysts in muscles: eleven cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2005;91:267-271.
14. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, et al. Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998;22:17-22.
15. Melis M, Marongiu L, Scintu F, et al. Primary hydatid cysts of psoas muscle. *ANZ J Surg* 2002;72:443-445.
16. Tatari H, Baran O, Sanlidag T, et al. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:93-94.
17. Bonifacino R, Craig PS, Dogliani E. Albendazole treatment and serological follow-up in hydatid disease of bone. *Int Orthop* 1997;21:127-132.
18. Khiari A, Fabre JM, Mzali R, et al. Unusual localizations of hydatid cysts. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1995;31:295-305.
19. Oz N, Turkey C, Golbasi I, et al. Primary vascular echinococcosis: An uncommon cause of chronic iliofemoral arterial occlusion. *Tex Heart Inst J* 2000;27:209-211.
20. Arazi M, Memik R, Kapıcıoğlu MSI. Answer please. Hydatid disease of the spine. *Orthopedics* 1998;21:909-912.