

Abse ile karışan intramusküler yerleşimli primer kist hidatik olgusu

Sezai DEMİRBAŞ (*), Hüseyin SİNAN (*), Tuncay ÇELENK (**)

SUMMARY

Extraperitoneal intramuscular cyst hidatid mixing abscess formation

Muscular localization of echinococcosis is considered uncommon (1 %). To make a true diagnosis with computerized tomography, ultrasonography and immunologic tests are available. The authors reported here a case of such uncommon hydatid localization. Twenty-one year old male with cystic mass in obturatorius externus muscle extending to skin was admitted. Since the mass was resembled as a cystic lesion with pus with clinical and roentgenographic examination puncture was performed first. When it was realized the cyst be hyatid disease with unusual localization definitive surgical procedure, partial cystectomy+sterilizing the cavity was performed. Then medical treatment with albendazole (800 mg/day) was employed in cyclic use. Preoperative diagnosis imperative to avoid performing the wrong one. Unusual localization in hydatid cyst particularly muscular hydatid disease is rare in our country. But in the masses in atypic localisation determined by US and CT, hydatid disease should be eliminated. The treatment modality is the same as the lesion in liver. Surgical procedure, pericystectomy and medical treatment with Albendazole make the lesion clear.

Key words: Intramuscular, hydatid cyst, albendazole

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, ekstrahepatik yerleşim, inguinal kist hidatik, albendazol

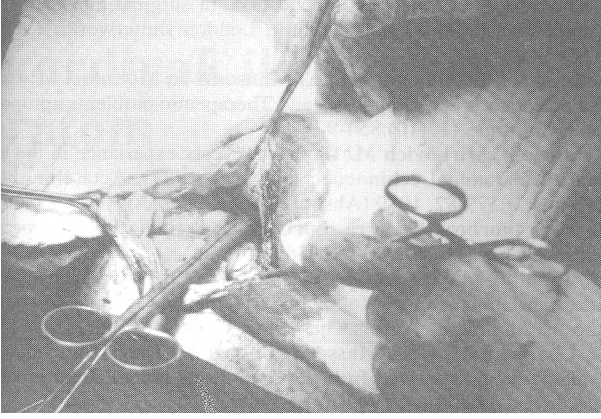
Hipokrat zamanından beri bilinen bu hastalık daha çok hayvancılıkla uğraşan Akdeniz ülkeleri, Güney Amerika, Güney Afrika ve Avustralya'da sık görülmektedir. Etken olarak hastalığı *Echinococcus granulosus* meydana getirmektedir. Bu organizmanın en sık (% 55-75) yerleştiği organ karaciğerdir. Diğer organlardan akciğerler (% 15), kas, yumuşak doku, böbrekler, dalak ve hatta kemik doku da yerleşim yeri olabilir. Daha az sıklıkla beyinde, tiroide, memede, orbita ve timus ile paratiroid bezinde de yerleşebildiği gösterilmiştir (1-3,5,6).

Birincil olarak etken parazitin inguinal bölgeye yerleşim sıklığı % 1'in altındadır (4). İnguinal bölgede kas içinde, yerleşmiş bu kist hidatik olgusunu hem yerleşim yeri hem de klinik olarak abse ile ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken sürpriz bir tanı olarak sunup; literatürde, musküler yerleşimli hidatik kistlerin gözden geçirilmesini amaçladık.

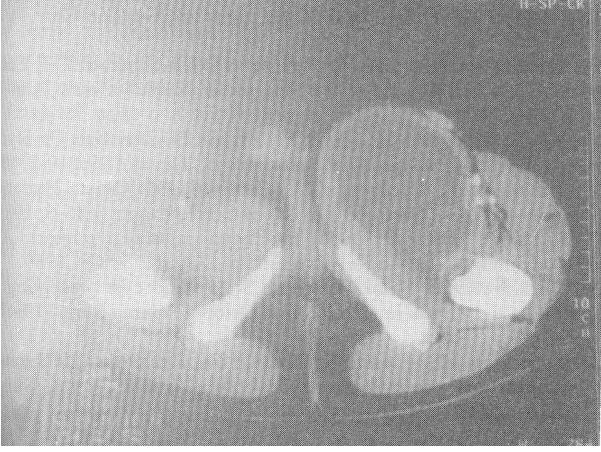
MATERYAL ve METOD

Yirmi yaşında, şehir yaşamını sürdüren, daha önce herhangi bir cerrahi işlem geçirmemiş erkek hasta sol kasıkta 1,5 yıldır devam eden şişlik yakınmasının askeri göreve başladıktan sonra artması üzerine acil olarak yatırıldı. Yapılan fizik muayenede sol inguinofemoral bölgede, palpasyon ile cilt altından başlayan yaklaşık 12x10 cm ebatlarında yumuşak kıvamlı, fluktuasyon veren ve ağırlı olmayan kitle belirlendi. İnguinal bölge lenf nodlarında patolojik büyüme gözlenmedi. Ayak, parmaklar ve tırnakların muayenesi normaldi. Acil serviste preoperatif pelvik bilgisayarlı tomografisi (BT) ve Doppler ultrasonografisi (US) yapıldı. Spiral BT'de sol inguinofemoral bölgede yaklaşık 10x9x5 cm ebatlarında, ortası hipodens karakterde kistik yapıda kitle lezyonu tespit edildi. Lezyonun kemik yapılarla ilişkisinin olmadığı bildirildi. Sol alt ekstremité için renkli doppler US yapıldı. Ana femoral, derin femoral, yüzeysel femoral ve trifikasyon arterlerinde lümen içerisinde sonopatolojik görünüm izlenmedi. Lezyonu tam determine etmek amacı ile yapılan ince iğne aspirasyonunda pü geldi. İnguinal abse öntanısı ile lokal anestezi altında oblik kesi ile drenaj için lezyona ulaşıldı. Lezyon açıldı. İçerik abseiform olarak değerlendirildi. Bu arada germinatif tabaka operasyon sahasında görüldü. Operasyon bölgesi ile kistin içine hemen % 10 povidon iyod konulup 20 dakika beklenirken genel anestezi uygulamasına geçildi. Kistin (Resim 1) femoral kanal distalinde m.quadriceps femoris kası içinde yerleşmiş olduğu görüldü. Kist açıldı ve germinatif membran ile kız kistler aspire edilerek temizlendi. Perikistektomi yapılan ve drenajı sağlanan kist için cerrahi işlem bitirildi. Prosedür 45 dakika sürdü ve toplam kan kaybı 100 ml'den az oldu.

Preoperatif olarak pelvik bilgisayarlı tomografisi (BT) (Resim 2) ve lezyona özgün doppler US'si yapılmış olan hastada, operasyondan sonra abdominal, torakal ve ekstrahepatik po-



Resim 1(a,b). Operasyon sırasında kist hidatik lezyonunun diseksiyonu görülmektedir.



Resim 2. Preoperatif yapılan bilgisayarlı tomografi sonucunda hidatik kistik lezyonun yerleşimi.

tansiyel yerleşim yerleri göz önüne alınarak hidatik kist lezyonu kontrastlı toraks, batin ve pelvis tomografisi ile araştırıldı. Rutin kan ve idrar tahlilleri, immünhemaglutinasyon (İHA) testleri yapıldı. Tahliller sonucunda bir patoloji saptanmadı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hastaya siklik tedavi rejimine uygun olacak şekilde albendazol 800mg/gün tedavisine başlandı. Hasta 2 ay sonra kontrole çağırılarak postoperatif 8. günde problemsiz olarak taburcu edildi. Postoperatif 2. ay sonunda kontrol edilen hastaya torako-abdomino-pelvik spiral BT yapıldı. BT'de, solda m. obturatorius eksternus kası içinde yaklaşık 3x2cm ebatlarında lobüle konturlu, postkontrast incelemede boyanma göstermeyen kistik kitle lezyonu (kist hidatik) bildirildi. Hasta cerrahi prosedürü takiben 6. ayında nüksüzdür ve albendazol kullanımına 4 kür tedavisini takiben son vermiştir.

TARTIŞMA

Hastalığın doğal seyri iki bölümde incelenir. Bunlar parazitin proliferasyonu ve involüsyonudur. Embriyo hayvan dışkıları ile kirlenmiş besinlerle alındıktan sonra,

gastrointestinal sistemde pankreas enzimleri ile serbest kalır. Parazitin portal sisteme geçmesi yutulmasını takiben 5-6 saat alır. Portal sirkülasyon ile lenfatiklere yayılır, 3-5 günde 40 mikrona ulaşır ve kist haline gelir. Dokulara yerleşen kistler ilk yıl içinde ortalama 5-10 cm çapa ulaşır. Embriyon, öncelikle karaciğerde takılır, kapiller baraj olan bu organda fagositlerce yok edilemezse hastalık oluşur. Kaçan larvalar sistemik dolaşıma, sağ kalbe oradan akciğere geçer. Burada kalma riski yüksektir. Periferik dokulara ulaşabilen embriyonlardan birçoğu doku makrofajları ve diğer hücreler tarafından parçalanır. Burada da parçalanamayan embriyon periferik dokularda yerleşir (7). Anlaşılabileceği gibi, periferik dokularda (kas, kemik, tiroid, meme, beyin gibi) yerleşimi iki önemli süzgeç mekanizmasını yani karaciğer ve akciğerdeki fagositozu aşmasına bağlıdır.

Hastaların çoğunda semptom bulunmaz, genellikle rastgele tanı konur. Sık olarak karın ağrısı, hepatomegali, kitle hissi, ateş, ürtiker, kusma (hidatiemesia), gaitada kistler (hidatidenteria) ve anafilaktik şok bulgularıyla karşımıza çıkabilir. Eozinofili % 25 oranında görülür. Danice ve Maurmen, US ve BT'yi tanı koymada en etkili yöntem olarak bildirmişlerdir (3,8-10). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) son zamanlarda popülerite kazanmaktadır (15-21). Tanı destekleyici yöntem olarak serolojik testler yapılabilir. Bunlar; karaciğer kist hidatiğinde fazla (% 88-96); akciğer (% 50-56) ve diğer yerleşimlerde (% 25-56) daha az duyarlıdır (11,12). İmmün hemaglutinasyon testi (İHA) ve kompleman fiksasyon testleri (CFT), indirekt flüoresan antikor testi, ELISA (21) testleri sık kullanılır. Takip sırasında CFT postoperatif 2-6. aylar içinde negatif olur. Casoni intrakutan testi bir diğer tanı koydurucudur. Kist oluştuğunda deri ve kompleman fiksasyon testleri sıklıkla pozitif ve eozinofili saptanabilir. Parazit ölürse duvar kollabe olur ve kalsifikasyona gider. Bu dönemde deri testinin değeri azdır ve eozinofili olguların % 5'inden daha azında vardır. Meunier ve ark., genellikle asemptomatik primer bir odak bulunduğunu ve serolojinin çok faydalı olmadığını, ancak pozitif ise cerrahi sonrası hızla negatifleştiğini bildirmektedir (13). Musküler yerleşim gösteren hidatik kistlerin genellikle bir birincil odaktan yayılım göstererek oluştukları bilinmektedir. Birincil olarak bulunmaları çok nadirdir (1-6). Musküler yerleşimli kist hidatik olgularında Forteleoni, Dudkiewicz ve diğer otörler serolojinin faydalı olmadığını bildirmiştir (12-15, 20,21). Sadad (15) m. psoas hidatidozlu 3 olgunun tanısında BT'nin duyarlılığını yüksek bildirmiştir (>% 85). Mus-

küller yerleşim için psoas (15,16) femoral bölge (17-20) ve lumbal spinal kaslar (21) en sık yerleşim yeri olarak bildirilmiştir. Hepatik yerleşimli hidatik kistlerde de olduğu gibi, musküler yerleşim gösterenlerde de tedavi prensibi aynı olup, perikistektomi ve kist kavitesinin steril hale getirilmesi amaçlanır. Albendazol ile medikal tedavinin faydası gösterilmiştir (11,12,21).

Ülkemizde halen sorun olan kist hidatik hastalığının atipik yerleşimi, nadir olarak karşımıza çıkabilmektedir. Atipik lokalizasyonlu lezyonlarda ayırıcı tanıda kist hidatik elimine edilmelidir. Tedavide, aynı prensipler içinde kist perforate edilmeden “perikistektomi” yapılmalı ve kist içeriği uygun olan skolosidaller ile steril hale getirilmelidir. Medikal tedavi uygun şartlarla verilmesi kist nüksünü azaltmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletas H: Uncommon sites of hidatid disease. *World J Surg* 22(1):17-22, 1998.
2. Demirbas S, Aktas O, Ögün İ, Yıldız M: Primer intraabdominal kist hidatik olgusu. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2001 (yayında).
3. Khiari A, Fabre JM, Domergue J, Beyrouiti M: Unusual location of hidatid cysts. *Anal Gastroenterol-hepatol* 31(5):295-05, 1995.
4. Meddeb N, Bachrouch N, Elleuch M, Sahli H, Cheour E, Labib S, Sellami S: Kyste hydatique des adducteurs de la cuisse. Aspect I.R.M. a propos d'un cas. *Bull Soc Pathol Exot* 94(2):106-8, 2001.
5. Luchantry Q, Diella Q, Chiavellati L, Sterpetti A, Meloni E: Unusual location of hydatid cyst. *Clinical and Therapeutic Aspects. G Chir* 15(11-12):529-32, 1994.
6. Cangioti L, Muiesan P, Begni A, de-Cesare V: Unusual location of hydatid disease; 18 years experience. *G Chir* 15(3):83-6, 1994.
7. El Mufti M: Clinical echinococcosis. In surgical management of hydatid disease. M El Mufti, editor, London Butterworth, 1989, pp 27-30.
8. Mourmen El Ala Qou ME, El Mansouri A, Mokhtari M: Peritoneal echinococcosis. Diagnostic and Therapeutic problems apropos 34 cases. *Chirurgie* 117(10):854-9, 1991.
9. Danice B, Mirkovich M, Ilie M: 20 years experience in the treatment of abdominal echinococcosis (1966-1987). *Acta chir. Jugosl* 36(Suppl 2):579-82, 1989 (Abstract).
10. Vara thorbeck C, Vara thorbeck R: Peritoneal echinococcosis. *Zentrabl. Chir.*, 11(16):980-6, 1986 (Abstract).
11. Blanton RE, Okelo GBA, Kijobe J: Antibody responses to in-vitro translation products following Albendazole therapy for E. Granulosus. *Antimicrob Agents Chemother* 35:1674-6, 1991.
12. Chamekh M, Gras-Masse H, Bossus M: Diagnostic value of a synthetic peptide derived from E. Granulosus recombinant protein. *J Clin. Invest* 89:458-64, 1992.
13. Meunier Y, Danis M, Nozais JP, Gentilini M: Muscular Hidatidosis. *Sem Hop. Paris* 59:2785-6, 1983.
14. Forteleoni G, Putzu M, Deriu U, Pacitti C: Echinococcol cyst of the popliteal region. *Chir Ital* 34:438-44, 1982 (Abstract).
15. Saad H, Hamdi A, Gargouri R, Zouari K, Sghaier MS, Balti MH, Tabka H: Hydatid cyst of the psoas muscle *Ann Chir* 44:299-301, 1990.
16. Benchegroum A, Jira H, Cheighani OJ, Kasmaoui EH, Zannoud M, Faik M: Hydatid cyst of the psoas. Report a case. *Ann Urol* 35:108-10, 2001.
17. Khafif M, Ajbai M, Ridai M, Idrissi H, Zerouali O: Hydatid cyst of the psoas muscle. *Ann Gastroenterol. Hepatol* 29:110-2, 1993.
18. Jimenes ME, Contreras JA, Cisneros JM: Ouiste Hydatidico primario de psoas (Abstract) *Revista clinica Espanola* 3:85-6, 1989.
19. Rafecas P, Oller D: Ouiste hydatidicio muscular primario Aportacion de un nu evo caso *Rev Esp Enf Ap Digest* 2:508-9, 1989.
20. Dudkiewicz L, Salai M, Apter S: Hydatid cyst presenting as a soft tissue tight mass in a child *Arch Orthop Trauma Surg* 119:474-6, 1999.
21. Natarajan MS, Manoli S, Basnyat PS, Bransom CJ: Spontaneous rupture of primary musculoskeletal hydatid cyst. *Surgery* 132:533-4, 2002.