

# Femoral Bölgede Arteriyal Greftte Komşu Bir Hidatik Kist (Olgu Sunumu)

Mehmet Özkökeli\*, Mehmet Ünal\*\*, Bingür Sönmez\*\*

**Özet:** Ülkemiz *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu Kist Hidatik olguları yönünden endemik bir bölgedir. Bu bildiriye, *Echinococcus alveolaris*'in nadir yerleşim yerlerinden biri olan, femoral bölgede arteriyal greftte komşu, kas içi yerleşimli bir Kist Hidatik olgusu sunuldu.

Daha önce cross femoro-femoral bypass operasyonu yapılan olguda ameliyat sonrası 5. ayda rutin kontrolleri sırasında, sol femoral bölgede pulsatil kitle farkedildi. USG'de kistik yapı görülen olguya sol femoral eksplorasyon ve kist rezeksiyonu uygulandı. Histopatolojik tetkik sonucu *Echinococcus granulosus* saptandı. Medikal tedavi başlanan olgu poliklinik kontrolü altında takip edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Femoral arter, greft, kist hidatik

Kist Hidatik (KH), büyük oranda *Echinococcus granulosus* (EG), %2-3 oranında da *Echinococcus alveolaris* (EA) isimli parazitin yapmış olduğu bir hastalıktır (1). En sık karaciğerde (%50-70) ikinci sıklıkla akciğerlerde (%10-30) daha az sıklıkla da diğer organlarda görülür (2). Diğer organ yerleşimleri arasında en sık dalak ve böbrek başta gelirken bunu sıklık sırasına göre adale, derialtı, yağ dokusu, tiroid, meme, omentum, kemik, beyin, göz ve uterus izlemektedir (3). Ülkemizde hastalığın görülme oranı 6.6/100 000 olarak bildirilmiştir (4). KH'da temel tedavi cerrahi olup, tanı çeşitli görüntüleme yöntemleri ile konulmasına rağmen, ayırıcı tanıda serolojik tanı metodları da kullanılabilir (1,5,6).

## Olgu

Hastamız erkek, 57 yaşında olup, 2 yıl önce karaciğer ve sol kasıkta kas içinde KH tanısı ile opere olmuş. Kliniğimizde 6 ay önce iskemik kalp hastalığı ve sol iliak arterde tıkanma tanısıyla aynı seansda koroner arter bypass ve femoro-femoral bypass operasyonu uygulanmıştı. Bypass operasyonundan 5 ay sonra sol kasıkta daha önce konulan greftte yakın bölgede, iyi sınırlı, hafifçe pulsasyon ve flüktüasyon veren kitle tespit edildi. Daha önce KH tanısı ile opere edilmiş olması nedeniyle olası KH tanısı için USG ve BT istendi. Çekilen USG'de multiple kistik yapılar saptanması üzerine istenen BT'de, 5x3, 4x3, 2x2 cm'lik homojen, hipodens, keskin konturlu 3 adet kist tespit edildi.

\*Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi ABD

\*\*Florence Nightingale Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi

**Yazışma Adresi:** Dr. Mehmet Özkökeli

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Kalp ve Damar Cerrahisi A.D

Zonguldak

Sedimentasyon 3m/saat idi. Hasta KH ön tanısıyla genel anestezi altında operasyona alındı. Etraf dokular hipertonic % 20 sodyum klorür ile ıslatılmış tampon gazlarla korundu. Kitle üzerinden yapılan insizyonla içi sıvı dolu, çevre dokulara yapışık 3 adet kist saptandı (Resim 1). Kist poşları içine ponksiyon yapılarak kist sıvısı boşaltılmaya çalışıldı, ancak boşaltılamaması üzerine kistler açıldı, içinde bulunan germinatif membran ve veziküllerle birlikte boşaltıldı (Resim 2). Mikrobiyolojik ve patolojik incelemede *Echinococcus granulosus*'a bağlı KH olduğu saptandı. Tamamlayıcı tedavi olarak hastaya mebendazol başlandı. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 6. günde şifa ile taburcu edildi.

## Tartışma

Hepatik ve pulmoner bariyerleri aşan *Echinococcus* larvaları vücudun herhangi bir organına yerleşebilir. Kas içine yerleşim % 1-5.4 oranında değişmektedir (7). Büyük kan akımına rağmen, kas içi yerleşimin nadir görülmesinin nedeni olarak öncelikle kaslardaki devamlı hareket ve laktik asidozun larvalara olan toksik etkisi olduğu bilinmektedir (8-10). KH genelde gövde kaslarında, daha az olarak da alt ekstremitelerin proksimal kısımlarında görülmektedir (11,12).

Klinik tablo spesifik değildir. Uzun süre asemptomatik seyreder, en sık görülen psödotümör şeklindedir. Damar sinir kompresyonuna bağlı belirtilerle, soğuk apse, kalsifiye miyozit veya hematoma biçiminde, süperenfeksiyon durumunda ise sıcak apse ve malign tümör tanılarıyla karşımıza çıkabilir (13). Vücudun herhangi bölgesinde kitle ile başvuran hastalarda ülkemiz gibi bu hastalığın endemik olduğu bölgelerde ayırıcı tanıda mutlaka KH düşünülmeli, hastalığın yayılması ve anafilaktik

şoka neden olabileceğinden biyopsiden kaçınılmalıdır.



Resim 1. Femoral bölgedeki hidatik kistin intraoperatif görünümü.



Resim 2. Açılan kistlerden çıkan germinatif membran ve veziküller.

Standart görüntüleme yöntemlerinde su dansitesine yakın opasite görünümü patognomoniktir ve kalsifikasyon nadirdir (12). Ultrasonografi ile tanımlama % 95 sensitiviteye sahiptir ve dokuda veziküller varsa tanı % 100 kesinlik kazanabilir (4,5,14). Kas içinde USG ile görülebilmesi için belli bir hacime erişmesi gerekir (15). Genelde süperenfeksiyona bağlı oluşan apse ve tümörlerden ayırımında BT veya MRI önerilmektedir (15,16). KH'de tanı günümüzde radyolojik tanı yöntemleri ile konulmaya çalışılmasına rağmen kistin tümör, apse, basit kist gibi diğer yer kaplayan olgularla ayırıcı tanısının yapılabilmesi ve operasyon sonrası nükslerinin daha sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için radyolojik tanının, serolojik tanı yöntemleriyle desteklenmesi

gerekir. Ekstrahepatik lezyonlarda immunolojik testlerin pozitifliği % 50' nin altındadır (9,17).

Bizim olgumuzda daha önce vasküler greft konulan bir bölgede pulsatil kitle görülmesi, bize önce femoral arterde psödoanevrizma tanısını düşündürmüştür. Hastanın öyküsünde aynı bölgeden daha önce KH tanısıyla opere edilmiş olması ayırıcı tanı amacıyla yapılan USG ve BT tetkikinde kistik yapının görülmesi KH'in lokal nüksü olduğunu düşündürmüştür.

Hastalığın etkin tedavisi cerrahidir. Cerrahide amaç kiste en yüzeysel bölgeden müdahale ederek, diğer komşu organların korunması için gerekli önlemleri alıp, kist içine hipertonic sodyum klorür (%10-20), %0.5 gümüş nitrat, %80 etil alkol, formalin, hidrojen peroksit, klorhexidin ve %10 betadin gibi solüsyonlar enjekte ederek (4,5,18), kisti nötralize etmek, kist içeriğini germinatif membran ve veziküllerle birlikte boşaltmak, geride kalan kaviteyi cerrahi yöntemlerle kapatılarak direnajsının sağlanmasıdır.

KH medikal tedavisinde son yıllarda mebendazol ve albendazol kullanımı artmıştır. Bu ilaçlar cerrahinin kontrendike olduğu vakalarda, intraperitoneal kistlerde ya da ameliyat öncesi profilaksi ve ameliyat sonrası rekürrensi önlemek için kullanılmaktadır (19). Tıbbi tedavide amaç kistin büyümesini önlemek ve kalsifiye olmasını sağlamaktır.

### Hydatid Cyst Which Was Situated in Muscle Near the Femoral Artery

**Abstract:** *Echinococcus alveolaris* is an endemic infectious disease in our country. We reported a case of hydatid cyst which was situated within muscle near the femoral artery. Previously, the patient was carried on femoro-femoral bypass operation, there was a pulsatile mass in left femoral region in physical examination 5 months later. In ultrasonographic evaluation, a cystic lesion was seen. After femoral exploration, the patient was taken for surgery. The surgical approach was cystic resection. *Echinococcus alveolaris* was seen in histopathological examination. The patient was discharged at the 6 th postoperative day without any complications.

**Key words:** Femoral artery, graft, hydatid cyst

### Kaynaklar

1. Aysan E, Erözgen F, Günver F: Aksillar bölgede hidatik kist. İst. Tıp Fak. Mecmuası 61(1): 113-115, 1998.
2. Oğuz F, Sıdal M, Atabek A, Hamamcıoğlu MK: Beyinde kist hidatik vaka sunusu. İst. Tıp Fak. Mecmuası, 55: 475-482,1992.

3. Kayar R, Bayol Ü: Türkiye'de meme hidatidozu: 55 olgunun değerlendirilmesi. *J SSK Tepecik Hosp Turkey*, 6(3): 152-158, 1996.
4. Özden A, Çifter Ç, Akkuş MA, Kasarcı E: Karaciğer kist hidatidinde cerrahi yöntemlerin morbitide açısından karşılaştırılması. *Klinik ve Deneysel Cerrahi Dergisi*, 1(4): 240-243, 1993.
5. Al Karawi MA, El-Sheikh Mohamed AR, Yasawy MI: Advances in diagnosis and management of hydatid disease. *Hepatogastroenterology*, 37: 323-331, 1990.
6. Davidson RA. Issues in clinical parasitology: The management of hydatid cyst. *Am J Gastroenterology*, 79: 397-400, 1984.
7. Desnuelle C, Kleisbauer JP, Serratrice G: Kyste hydatique musculaire de la cuisse. Diagnostic pre-operatoire. *Sem Hop Paris*, 62: 1826-1828, 1986.
8. Kehila M, Allegue M, Abdessalem M et al: Le kyste hydatique du muscle psoas. A propos d'un cas. *J Radiol*, 68: 265-268, 1987.
9. Lamine A, Fikry T, Zryouil B: L'hydatidose primitive des muscles peripheriques. A propos de 7 cas. *Acta Ortop Belg*, 59(2): 184-188, 1993.
10. Meunier Y, Daniş M: Hydatidose musculaire (2 cas). *Sem. Hop. Paris*, 59: 2785-2786, 1983.
11. Abi F, El Fares F, Khaiz D: Localisations habituelles du kyste hydatique. *J. Chir*, 126: 307-312, 1989.
12. Khaled A, Khaled S: Echinococcose musculaire. Aspects echographiques (7 cas). *Jemu* 14: 284-287, 1993.
13. Dkhissi M, Laghzaoui M, Fikry T, Zryouil B: Kyste hydatique de la loge interna de la cuisse. Apport de lechographie. A propos d'un cas. *Rev. Marocaine. Chir Orthop Traumatol* 3: 9-12, 1992.
14. Fikry T, Hafaoui A, Sibai H, Zryouil B: Lechinococcose musculaire primitive. A propos de deux cas. *J. Chir (Paris)*, 134(7-8): 325-328, 1997.
15. Bouahaoula MH, Ladep MF, Ben Hamouda M: Radiologie de la maladie hydatique. *Feuill Radiol*, 78: 133-147, 1989.
16. Javolio Marani SA, Canossi GCR et all: Hydatid disease. M.R. Imaging study. *Radiology*, 175: 701-706, 1990.
17. Draouat S, Boudendir N: Kystes hydatiques du psoas (3 cas) *Jemu* 9: 31-34, 1988.
18. Arıoğlu O, Emre A, Alper A, Uras A: Introflexion as a method of surgical treatment of hydatid disease. *Surg Gynecol Obstet*, 169: 356-359, 1989.
19. Morris DL: Preoperative albendazole therapy for hydatid cyst. *Br. J. Surg.* 74: 805-806, 1987.