

Atipik lokalizasyonlu kist hidatikler

Hydatid cyst cases with atypical location

Arif Hakan DEMİREL, Akif AKGÜN, Ali Ulvi ÖNGÖREN, Mustafa KISAKÜREK, Mehmet Fatih EROL

S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Başka bir primer kaynak saptanamayan atipik lokalizasyonlu üç kist hidatik olgusu sunulmuştur. Kist hidatik hastalığı tarih boyunca görülmüş parazitler bir hastalık olup, en sık karaciğer ve akciğerlerde yerleşmektedir. Yumuşak doku ve retroperiton yerleşimi nadirdir. Sağ toraks arkasında kas içinde, sol klavikuler bölge altında subkutan ve sağ fossa iliakada retroperiton yerleşimli üç olgu sunulmuştur. Kas içi ve subkutan yerleşimli olgularda kistler total eksizyon sonrası makroskopik olarak tanındı. Diğer olguda ise preoperatif tomografik ve serolojik bulgular ile tanı konuldu. İlk iki olguda ameliyat sonrası serolojik testler negatifti. Olgularda diğer organlarda kist hidatik bulgusuna rastlanmadı. Kist hidatik ülkemizde endemik bir hastalık olup atipik yerleşimlerin de sözkonusu olduğu bilinmemektedir, özellikle yumuşak doku kitelleri değerlendirilirken bu hastalığın hatırlanması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, subkutanöz, intramusküler, retroperiton

Three hydatid cyst cases, without any other primary disease and with atypical sites of localization, are reported. Hydatid disease historically most often involves the liver and the lungs; soft tissue and retroperitoneal localizations are rare. The first patient had intramuscular cyst located in the right thorax posterior area, the second had subcutaneous cyst located in the left infraclavicular area, and the third had retroperitoneal cyst in the right iliac fossa. Diagnoses were established when the cysts were removed in the first two cases, while in the retroperitoneal case, diagnosis was established with tomography and serological tests preoperatively. Postoperatively, serologic tests were negative in the first two cases, and other systems were normal in all cases. Since hydatid disease is endemic in our country, we should remember this disease especially when evaluating soft tissue masses.

Key words: Hydatid cyst, subcutaneous, intramuscular, retroperitoneum.

GİRİŞ

Ülkemizde endemik bir hastalık olan Hidatidoz'un çok farklı anatomik bölgelerde rastlanabileceği bilinmektedir. Subkutanöz, intramusküler ya da retroperiton yerleşimli kistlere oldukça nadir olarak rastlanılmaktadır (1). Başka bir primer kaynağı saptanamayan intramusküler, subkutanöz ve retroperiton yerleşimli üç kist hidatik vakası sunulmuş ve bu olgular nedeniyle Kist Hidatik hastalığının atipik lokalizasyonlarının literatür ışığında tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU 1

48 yaşında kadın hasta sağ hemitoraks posteriorunda trapezius kası içine yerleşmiş, yaklaşık 3x3 cm boyutlarında mobil bir kitle ile kliniğine başvurdu. Hastanın kitlesi lokal anestezi altında total olarak eksize edildi. Kitle yine ameliyathanedeki makroskopik olarak incelendi. Kitle kistik olup içerisinde kaya suyu ve germinatif membran benzeri bir yapı mevcuttu. Histopatolojik ta-

nısı Kist Hidatik olarak gelen hastanın biyokimyasal parametreleri ve postoperatif yapılan Kist Hidatik Hemaglutinasyon ve Kist Hidatik Spesifik IgE testleri (-) olarak geldi. Diğer sistemler tarandığında herhangi bir kist hidatik bulgusuna rastlanmadı. Hasta periyodik aralıklarla poliklinik kontrolüne çağrıldı.

OLGU 2

73 yaşında kadın hasta, fizik muayenesinde sol klavikulanın 3 cm altında, subkutan yerleşimli, yaklaşık 4x5 cm boyutlarında bir kitle ile kliniğine başvurdu. Hastanın kitlesi lokal anestezi altında total olarak eksize edildi. Kitle ameliyathanedeki makroskopik olarak incelendiğinde içinde germinatif membran ve kaya suyu olan kistik lezyonlar görüldü (Resim 1). Histopatolojik tanı kist hidatik olarak geldi. Olgunun biyokimyasal parametreleri ve Kist Hidatik Hemaglutinasyon ve Kist Hidatik Spesifik IgE testleri (-) bulundu. Diğer

sistemlerinde ve karaciğerde Kist Hidatik ile uyumlu patolojik bir bulgu saptanmadı.

OLGU 3

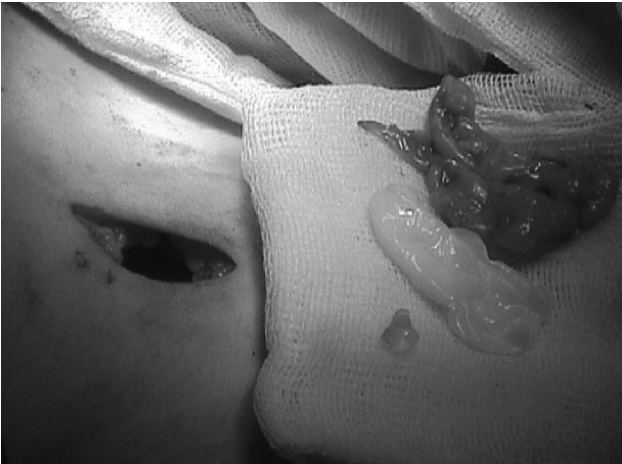
59 yaşında kadın hasta, karında kitle nedeniyle müracaat etti. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda 17x15 cm ebadında kitlesi mevcuttu. Tomografisinde sağ fossa iliakada 13 cm çapında düzgün kontürlü, ince septasyonlar içeren altta iliopsoas kasına bası yapan kistik kitle rapor edilmişti (Resim 2). Kitlenin karaciğerle bağlantısı yoktu. Kist hidatik ön tanısı konulan olguda Kist Hidatik Hemaglutinasyon testi 1/2048, Kist Hidatik Spesifik IgE testi 348 IU/ml olarak yüksek düzeyde saptandı. Laparotomide görsel olarak, kitlenin intraperitoneal olmadığı, periton arka yaprağı ile sağ iliopsoas kası arasında yerleşmiş olduğu gözlemlendi. Retroperitoneal yerleşimli kist duvarı kısmen eksize edilerek kalan kavite dışı direne edildi, diren ameliyat sonrası 10. güne kadar bırakıldı. Histopatolojik tanısı Kist Hidatik olarak gelen hasta periyodik aralıklarla poliklinik kontrolüne çağrıldı.

TARTIŞMA

Primer Kist Hidatik hastalığının en sık görüldüğü yer karaciğer olmasına rağmen diğer organlar da tutulabilir. Bu organlar tutulum sırasına göre, akciğerler, kas dokusu, yumuşak dokular, böbrek, dalak, kemik ve daha az görülme sıklığında; beyin, tiroid, meme dokusu, orbita, paratiroid ve pankreasdır (1).

Hidatik kist'in ekstrahepatik olarak gelişimi ise primer veya sekonder olabilir. Peritoneal kavitenin primer hidatik kistleri daha az görülürken, sekonder multipl kistler daha sık olarak görülür. Sekonder kistlerin büyük çoğunluğu karaciğerdeki kistin rüptürüne bağlı olarak gelişir (1). Sekonder orijinli diffüz abdominal hidatidoz'da etyopatogenezi, karaciğerdeki ana hidatik kistin yırtılması sonrasında fertil skolekslerin periton içine implante olması ile ilişkilidir. Karaciğer Hidatik kistlerinin %10'u peritoneal kaviteye rüptüre olur. Bu rüptürler genellikle batın travmasını takip etse de bazen spontan olarak da meydana gelebilir. Ani ve şiddetli bir karın ağrısı ile beraber gelişen anafaktik şok ve safra peritoniti hayatı tehdit eder. Rüptüre kist içeriğinin çoğu konak tarafından tahrip edilerek denatüre olur; bununla birlikte birkaçı büyüüp boyutları organlar üzerinde baskı oluşturabilecek nitelikte intraperitoneal sekonder hidatidoza sebebiyet verebilir. Fissürizasyon şeklinde olan açılma ise en çok safra yollarına (%20), daha nadiren de plevraya, bronşlara, vena kavaya, böbreğe ve mideye olmaktadır (2).

Öztürk ve ark., yüzde malar bölgede ilk olarak Kist Hidatik hastalığına rastladıklarını bildirdiler. Bildirilen olguda diğer dokularda hastalığa ait bir bulgu saptanmadığını belirttiler. Literatürde sunulan vakanın, cerrahi tedavisini takiben 14 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde tamamen şifaya kavuştuğu kaydedilmiştir (3). Herreras De Tejedro ve ark., sağ kosta bölgede subkutanöz yerleşen bir Kist Hidatik vakası sunmuşlardır (4). Benzer şekilde Ok ve ark. submandibuler bölgede soliter bir subkutanöz Kist Hidatik, Bedioui ve ark. da



Resim 1. Cilt altı yerleşimli kist hidatiğin eksizyon sonrası görüntüsü



Resim 2. Retroperitoneal yerleşimli kist hidatiğin tomografik görünümü

hipogastrik bölge yerleşimli radyolojik olarak kalifiye görünümde bir pirimer Kist Hidatik olgusu bildirdiler (5, 6).

Barthod ve Vicidomini, kas yerleşimli Kist Hidatik vakaları bildirdiler. Bu vakalarda tedavi için cerrahi total eksizyonun gerekliliği belirtilmiştir (7, 8). Sağ torakal bölge posteriorunda, Trapezyus kası içi yerleşimli birinci olgumuz Barthod'un takdim ettiği olguyla benzerlik arz etmekte olup kas içindeki kistin total eksizyonu sonrası hasta tam şifayla iyileşmiştir. İkinci olgumuz, Öztürk'ün sunduğu yüzde malar bölgede ve Herreras De Tejedo'nun subkostal bölgede bildirilen Kist Hidatik olgularına subkutanöz yerleşim nedeniyle benzerlik arz etmekte olup, bu tür vakalarda diğer dokularda saptanan veya geçirilmiş Kist Hidatik hastalığına rastlanmaması ilginçtir. Her iki olgumuzda da ameliyat sonrası yapılan serolojik testler negatif olarak saptanmış ve diğer organların fizik ve radyolojik muayeneleri normal bulunmuştur.

Literatürde nadir lokalizasyonlu primer kist hidatik vakaları bildirilmiştir. Bunlardan bazıları: femur rezeksiyonu ve total kalça replasmanı ile te-

davi edilen pelvis ve femur yerleşimi, kronik monoartrite neden olan eklem içi yerleşimi interventriküler ve perikardial yerleşimli olan intrakardiyak kist hidatik vakalarıdır (9-11).

Primer retroperitoneal yerleşimli Kist Hidatik olgularına da nadir olarak rastlanılmaktadır. Bu olgularda büyük damarlara rüptür, üretere açılma ve çevre dokulara bası oluşturma gibi komplikasyonlar bildirilmiştir (12-14). Sunulan üçüncü olgumuz sağda iliak damarların ve üreterin üzerine doğru uzanmakla birlikte herhangi bir vasküler veya üriner obstrüksiyon bulgusuna neden olmamıştır; bu vakada total kist eksizyonu kist duvarının vasküler yapılara olan komşuluğu nedeni ile mümkün olmamıştır.

Sonuç olarak ülkemizin Kist Hidatik hastalığı açısından endemik bir bölge olması nedeniyle, bu tür atipik yerleşimlerin karaciğer dışında pek çok farklı anatomik bölgede rastlanabileceği, retroperitoneal ve yumuşak doku kitlelerinin ayrıncı tanısında Kist Hidatiğin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamak isteriz.

KAYNAKLAR

1. Dagher FJ. Echinococcal liver disease. In: Shackelford R T, Zuidema G D, editors. *Surgery of the alimentary tract*. Philadelphia. W. B. Saunders Company 1983; 498-512.
2. Dolar ME. Paraziter Karaciğer Kistleri. In: Dolar ME. *Klinik Karaciğer Hastalıkları*. İstanbul. Nobel & Güneş Kitabevi 2002; 474.
3. Öztürk S, Deveci M, Yıldırım S. Hydatid cyst in the soft tissue of the face without any primary. *Ann Plast Surg* 2001; 46: 170-3.
4. Herreras De Tejedo, Yebra M, Guesto M. Eighty-five year old male patient with a subcutaneous mass on the right costal area. *Rev Clin Esp* 2002; 202: 407-8.
5. Bedioui H, Makni A, Nouira K, et al. Subcutaneous hydatid cyst. Case report of an exceptional location. *Med Trop* 2007; 67: 181-2.
6. Ok E, Sözüer EM. Solitary subcutaneous hydatid cyst: a case report. *Am J Trop Med Hyg* 2000; 62: 583-4.
7. Barthod F, Molinier N, Farah A, et al. Hydatid cyst of psoas. *J Chir* 1995; 132: 38-42.
8. Vicidomini S, Cancrini G, Gabrielli S, et al. Muscular cystic hydatidosis: case report. *BMC Infect Dis* 2007; 7: 23.
9. Wirbel RJ, Mues PE, Mutschler WE, et al. Hydatid disease of the pelvis and the femur. *Acta Orthop Scand* 1995; 66: 440-2.
10. Campoy E, Rodriguez-Moreno J, Del Blanco J, et al. Arthritis Rheum 1995; 38:1338-9.
11. Tedy G, Maamari S, Houry J, et al. Pericardial hydatid cysts. *Ann Cardiol Angeiol* 1995; 44: 280-3.
12. Gutermuth L, Corvin S, Bauer H. A retroperitoneal hydatid cyst. *Zentralbl Chir* 1995; 120: 660-3.
13. Lockhart J, Sapinza V C. Primary retroperitoneal hydatid cyst. *Excerpta Med* 1958; 12: 968.
14. Crundwell MC, Blacklock AR. Retroperitoneal Hydatid cyst mimicking retrocaval ureter. *Br J Urol* 1988; 81: 168-9.