

Hidatik Kistin “Quadriceps Femoris” Kasında Primer Lokalizasyonu

Özgür Çinpolat*, Turgut Pişkin*, Burak Işık*, Gökhan Söğütü*, Aydemir Ölmez*,
Sezai Yılmaz*, Vedat Kırımlıoğlu*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Malatya

Bu çalışmada hayvancılıkla uğraşan 66 yaşında bayan hastada ortaya çıkan, sol uyluk ön yüzde primer iskelet kası kist hidatiği olgusu sunuldu. Hastaya 5 ay önce aynı lezyonun drenajı uygulanmıştı. Hasta kliniğimize başvurduğunda lezyon tekrar drene edildi. Pürülan akıntının kesilmemesi üzerine sonografik inceleme sonucunda m.quadriceps femoriste ortaya konulan kistik kitle eksize edildi. Patolojik inceleme sonucunda iskelet kası kist hidatiği tanısı konuldu. Primer kas hidatidozisi nadir bir hastalık olmakla birlikte iskelet kası kistik kitlelerinin tanılmalarda tutulmalıdır. Hastanın 2 yıllık izleminde hidatik kist nüksüne rastlanmadı.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, İskelet kası

Primary Localization of a Hydatid Cyst in the Quadriceps Femoris Muscle

We present a case of primary muscular hydatidosis in the anterior part of left thigh of a 66-year-old female patient. The patient underwent a drainage of the same lesion 5 months ago. Upon admission to our clinic, the lesion was drained again. Due to ongoing purulent leak cystic mass in the quadriceps femoris muscle that was demonstrated by sonography, was excised. Histopathological examination established the diagnosis of cyst hydatid in the skeletal muscle. Primary muscular hydatidosis is a rare disease and should be kept in mind in the diagnostic work-up of a cystic mass of a skeletal muscle. After two years follow up the patient showed no evidence of recurrent hydatid disease.

Kew Words : Cyst hydatid, Skeletal muscle

OLGU SUNUMU

Hayvancılıkla uğraşan 66 yaşında bayan hastaya 5 aydır sol uyluk ön yüzde devam eden ağrı ve şişlik şikayeti nedeni ile başvurduğu bir merkezde abse ön tanısıyla drenaj uygulanmış. Ancak drenaj yerinden akıntısı devam eden hasta, ileri tetkik ve tedavi için hastanemize başvurdu. Fizik muayenede sol alt ekstremitede, uyluk medial yüzde yaklaşık 3x5 cm'lik sınırları net palpe edilemeyen fluktuasyon veren kitle ve bu kitlenin üzerindeki drenaj yerinden de pürülan akıntısı mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde sadece eritrosit sedimentasyon hızının yüksekliği dikkat çekiyordu (105 mm/saat). Pus kültüründe üreme olmadı. Yüzeysel sonografi ile lobüle konturlu, belirgin ekojen septasyonlar içeren, düzensiz iç duvarı olan, yer yer yoğun içerikli, derin fasyal ve muskuler uzanım gösteren lezyon izlendi. Mevcut fizik muayene bulguları ve laboratuvar değerleri ile apse ön tanısı konularak lezyon yeniden drene edildi. Günlük pansuman ve antibiyoterapi (Ceftriaxon 2x1 g/gün, Metronidazol 3x500 mg/gün) uygulanan hastanın iki hafta sonraki kontrolünde, aynı lokalizasyonda yine apse ile uyumlu lezyon saptanması üzerine eski insizyon büyütülerek lezyonun tam bir eksplorasyonu yapıldı. Apse lojunun iç yüzünde kirli beyaz renkte, yaklaşık 1 mm kalınlığında duvarı olan membranöz bir yapıya rastlandı ve bu oluşum total olarak çıkarıldı. Hidatik kist olabileceği düşüncesiyle kist boşluğu “povidone iodure” solüsyonu ile yıkandı. Histopatolojik inceleme sonucu kist hidatiğe ait germinatif membran olarak değerlendirildi.

Abdomen ve toraksın sonografik ve tomografik incelemeleri hidatik kiste ait herhangi bir lezyonu ortaya koymadı. Hidatik kist “indirekt hemaglütinasyon testi” negatif idi. Hastanın “primer iskelet kası hidatik kist” hastalığına sahip

olduğuna karar verildi. Üç ay süreyle Albendazol tedavisine başlandı (15 mg/kg/gün). Hastanın 2 yıllık izleminde, kist hidatik ile ilgili herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

İskelet kasına yerleşen hidatik hastalık tüm echinococcus enfestasyonlarının %2-3' ünü oluşturmakla beraber¹ genellikle karaciğer ve akciğerdeki lezyonun cerrahisi sırasında yayılma ile oluşur.² Pektoralis major,³ biceps brachii,⁴ supraspinatus,⁵ psoas¹ ve boyun kasları içine⁶ yerleşim gösteren vakalar bildirilmiştir. Uyluk bölgesinde primer iskelet kası hidatik kisti sunulan olgu dışında quadriceps,⁷ sartorius⁸ ve rectus femoris⁹ kası lokalizasyonlarında rapor edilmiştir. Prousalidas ve arkadaşları karaciğer ve akciğer dışı yerleşimli 49 vaka bildirmiştir.¹⁰ Bu seri içerisinde uyluk bölgesinde bildirilen bir olgu olmasına rağmen hastanın hidatik kist nedeni ile geçirilmiş ameliyat öyküsü olması nedeni ile primer kabul edilmemiştir. Yine Moshe Salai ve arkadaşları tarafından sartorius kası içine lokalize hidatik kist olgusu daha önce akciğer hidatik kist operasyonuna maruz kalmıştı.²

Hidatik kistin iskelet kası lokalizasyonu ile ilgili patogenezi iyi açıklanamamıştır. Bazı yazarlara göre enfekte köpek ısırgığı ile embriyonun direkt implantasyon sözkonusudur fakat bunun yanında barsaklardan sistemik dolaşıma daha sonra da karaciğer ve akciğer gibi 2 önemli süzgeçten geçip iskelet kasına ulaşabileceğini düşünenler çoğunluktadır.¹ Ayrıca iskelet kasının ileri derecede fonksiyone olması ve çevresel olarak yoğun laktik asit konsantrasyonu hidatik kistin yerleşimine engel olabilecek etkenlerdir.^{1,4}

Tanı özellikle endemik bölgeler dışında oldukça güçtür. İskelet kası yerleşimli abse, hematoma ve tümörle ayırıcı tanısı gereklidir. Sunulan olgunun abse olarak değerlendirilmesi gerek ayırıcı tanıda böyle bir patolojinin akla getirilmemesi, gerekse sonografik bulguların tam anlamıyla yol gösterici olmamasına bağlanabilir. Kistin enfekte ve cilde fistülize olması tanıyı daha da zorlaştırmıştır. Radyolojik olarak duvar kalınlığı, kalsifikasyon, kız kistler ve duvardan ayrılmış

germinatif membran hidatik kiste spesifik bulgular olarak kabul edilebilir.^{2,11} İskelet kası primer hidatik kistinin preoperatif tanısı endemik ülkelerde dahi güçtür.¹ Böyle durumlarda tanıdaki en önemli faktör ileri derecede şüphencilik olacaktır.

En iyi tedavi seçeneği cerrahi olarak total eksizyonudur, kistin tamamen çıkartılmıyorsa kistin drenajı, germinatif membranın total olarak çıkarılması ve kist poşunun skolosidal solüsyon ile irigasyonu uygulanmalıdır.^{1,4,9} Preoperatif doğru tanı konmadan yapılan cerrahi girişimlerde kistin yayılımı veya anaflaktik reaksiyon riski söz konusu olabilir. Perkütan drenaj girişimleri, bu olguda olduğu gibi, başarısızlıkla sonuçlanabilir. Cerrahi tedavi sonrası 3 ay süreyle Albendazol 15 mg/kg/gün olacak şekilde tedavisi önerilmektedir.¹

Sonuç olarak; sunulan olguda olduğu gibi, kist hidatigin endemik olduğu bölgelerde, iskelet kasının kistik lezyonlarında, iskelet kası primer kist hidatigi ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken nadir bir antüedir.

KAYNAKLAR

1. Melis M, Marongiu L, Scintu F, Pisano M, Capra F, Zorcolo L, Casula G. Primary hydatid cysts of psoas muscle. ANZJ Surg 2002; 72: 443-5
2. Salai M, Apter S, Dudkiewicz I, Chechik A, Itzhak Y. Magnetic resonance of hydatid cyst in skeletal muscle. J Comput Assist Tomogr 1999; 23: 331-2
3. Alvarez-Sala R, Caballero P. Echinococcus cyst as a cause of chest wall tumor. Ann Thorac Surg 1987; 43: 689-90
4. Duncan GJ, Tooke SMT. Echinococcus infestation of the biceps brachii. Clin Orthop 1990; 261: 247-50
5. Tatarı H, Baran Ö, Şanlıdağ T, Göre O, Ak D, Manisalı M, Havutcuođlu H. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. Arch Orthop Trauma Surg 2001; 121: 93-4
6. Erolü A, Atabekolu, Kocaolu H. Primary hydatid cyst of the neck. Eur Arch Otorhinolaryngol 1999; 256: 202-4
7. Ozkoc G, Akpınar S, Hersekli MA, Ozalay M, Tandogan R. Primary hydatid disease of the quadriceps muscle: a rare localization. Arch Orthop Trauma Surg. 2003; 123: 314-6
8. Rask MR, Lattig GJ. Primary intramuscular hydatidosis of the sartorius. J Bone Joint Surg Am 1970; 52: 582-4
9. Alexiadis G, Lambropoulou M, Deffereros S, Papadopoulos N, Manavis J. Acta Radiologica 2002; 43: 428-30
10. Prousalidas J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletras H. Uncommon sites of hydatid disease. World J Surg 1998; 22: 17-22
11. Fikry T, Harfaoui A, Sibai H, Zryouil BL. Echinococcosse musculaire primitive. J Chir 1997; 134: 325-8.

Yazışma Adresi:

Dr Özgür Cinpolat

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Turgut Ozal Tıp Merkezi Genel Cerrahi AD.
Malatya 44069 TURKEY
e.mail: ozgurcinpolat@hotmail.com

#