Primary Localization of a Hydatid Cyst in the Adductor Brevis and Longus Muscle

Primer Adductor Brevis ve Longus Kas Lokalizasyonlu Kist Hidatik

Olgu Sunumu / Case Report

Sancar Serbest
Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Van, Türkiye

Özet

İnsanda zoonotik bir enfeksiyon olan hidatik kist daha çok iç organlarda görülür. Primer yumuşak doku yerleşimi çok nadirdir ve genellikle tanıda sorunlarla karşılaşılır. Bu yazıda, sağ uylukta ağrısız kitle ile başvuran ve primer kas hidatik kisti tanısı alan 43 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz. Özellikle endemik bölgelerde, kaslarında kitle tespit edilen hastaların ayırıcı tanısında kist hidatik yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler

Ekinokokus; Adductor Brevis Kası; Adductor Longus Kası

Abstract

Human hydatid cyst is a zoonotic infection that usually attacks visceral organs. Primary soft tissue involvement is very rare, causing a diagnostic challenge. We present a rare case of primary muscular hydatidosis in the right thigh of a 43 year-old man, who presented with painless mass. Hydatid disease should be included in the differential diagnosis of muscular masses, regardless of its location, especially in endemic areas.

Keywords

Echinococcosis; Adductor Brevis Muscle; Adductor Longus Muscle

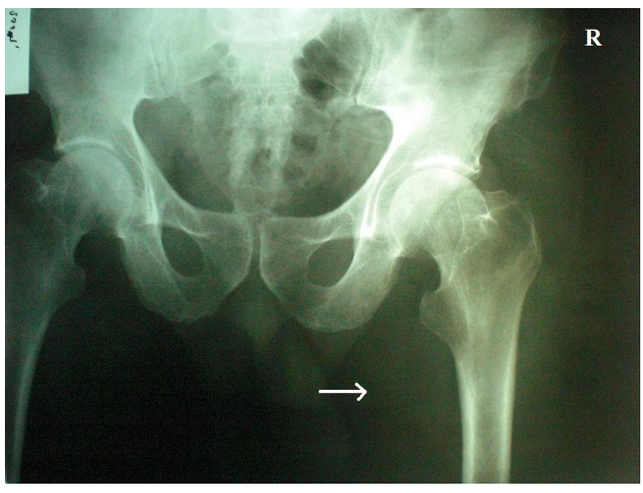
DOI: 10.4328/JCAM.1020 Received: 16.04.2012 Accepted: 20.05.2012 Printed: 01.05.2015 J Clin Anal Med 2015;6(3): 418-420
Corresponding Author: Sancar Serbest, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, 65100 Van, Türkiye.
T.: +90 4322157606 F.: +90 4322121954 E-Mail : dr.sancarserbest@hotmail.com

Giriş

İnsanda kistik ekinokokus veya hidatisozis çoğu kez Echinococcus granulosus adıyla bilinen sestodun yaptığı paraziter bir hastalıktır [1]. Bu parazitin ağız yolu ile alındıktan sonra duodenum mukozasından penetre olarak portal venöz dolaşımla vucuda yayılması sonucunda gelişir ve genellikle karaciğer yada akciğerde hastalığa neden olur [2]. Karaciğer ve akciğer, parazit için filtre görevi görmesine karşın bazı yumurtalar pulmoner dolaşıma geçerek diğer periferik organlara dağılırlar. Parazit, yumurtasının tutulduğu son organda larval döneme değişim gösterir ve tipik bir hidatik kist gelişir [2, 3]. Kist hidatik daha çok hayvancılık ile uğraşan ülkelerde endemiktir. Özellikle koyunculuğun yoğun olduğu Akdeniz, Orta ve Uzak Doğu ve Güney Amerika'da endemik bir hastalıktır [2]. İnsanlarda tutulum genellikle karaciğer ve akciğerde olur (% 78). Kas dokusunun birincil tutulumu oldukça nadirdir ve tüm vakaların % 3 veya % 4'ünde rapor edilmiştir [4]. Bu yazıda yumuşak doku kitlesi ile başvuran hastada kasların primer hidatik hastalığının hatırlanması gerektiğini ve ayırıcı tanıda mutlak araştırılması gerektiği vurgulanmıştır.

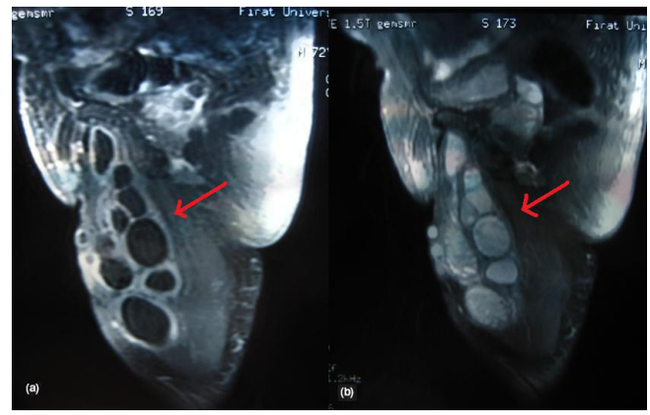
Olgu Sunumu

Hasta 43 yaşında, erkek ve koyunculukla uğraşmaktaydı. Sağ üst uyluk iç kısmında yaklaşık bir yıl önce fark ettiği, öncesinde küçük olan ve yavaş yavaş büyüyen, ağrısız bir kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Başka bir şikayeti olmayan hastanın, fizik muayenesinde ise sağ üst uyluk addüktör bölgede 15x15 santimetre boyutlarında hiperemi ve ısı artışı olmayan, yumuşak kıvamlı, bir kitle dışında klinik bulguya rastlanmadı. Rutin kan biyokimyasal tetkiklerinde herhangi bir anormallik yoktu. Direkt radyografide yumuşak doku şişliği mevcuttu (Resim 1). Hastaya magnetik rezonans görüntüleme (MRG) uygulandı. Hastada

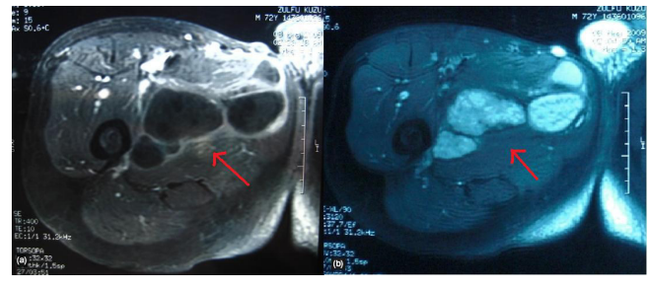


Resim 1. Ameliyat öncesi sağ uyluk ön-arka grafisi.

sağ uyluk proksimalde adduktor kas grupları içerisinde multiple abse, kist alanları içeren lezyon alanı olarak rapor edildi (Resim 2, 3). Hasta musküler kist, apse tanısı ile operasyona alındı. Lezyon total olarak çıkartıldı. Kitlenin çıkarılmasının ardından oluşan boşluk ve cerrahi saha 15 dakika boyunca hipertonik salin ile yıkandı. Çıkarılan kitlenin patoloji raporu post operatif 3. günde Kist hidatik çıkmasıyla birlikte, enfeksiyon hastalıkları tarafından konsülte edilip hastaya günlük oral 15 mg/kg albendazol tedavisi başlandı. İndirekt hemaglütinasyon testi kist hidatik için pozitif bulundu. Ameliyattan sonraki günlerde batın ultrasonografi (USG), torakal ve batın bilgisayarlı tomografi (BT), ve kranial MRG inceleme tetkikleri yapıldı ve hepsi normal bulundu. Postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmayan hasta operasyon sonrası beşinci gün taburcu edildi. Bir ay, üç ay, bir yıl sonraki kontrollerinde hastanın herhangi bir şikayeti ve nüks yoktu.



Resim 2. Sağ uyluk proksimalde adduktor kas grupları içerisinde multiple abse, kist alanları içeren lezyon. (A) T1-ağırlıklı koronal görüntü, (B) T2- ağırlıklı koronal görüntü.



Resim 3. T1-ağırlıklı aksiyel görüntü (A), T2-ağırlıklı aksiyel görüntü (B).

Tartışma

Karaciğer (% 50-70) ve akciğer (% 20-30) hidatik kistin en sık görüldüğü organlardır [5, 6]. Literatürde pek çok yayında, kas dokusunun birincil kist hidatik hastalığının oldukça nadir görüldüğü belirtilmiştir. Khanna ve ark. [6, 7], 23 yıllık bir süreçte, 110 kist hidatik hastası içinde 24 hastada alışık olunmadık bölgelerde bu hastalığı gördüklerini rapor etmişlerdir. Bu çalışmaya göre en sık dalak, ardından deri ve yumuşak doku tutulumu izlendiği rapor edilmiştir. Mseddi ve ark. [8], 17 yıllık bir süreçte, 11 adet kas içi yerleşim gösteren kist hidatik vakası sundular. Hastalığın inkubasyon dönemi 10 yıldan fazla olabilir [5].

Olgumuzda da görüldüğü gibi, hastalar sıklıkla, ağrı ve şişlik yakınmalarıyla başvururlar. Hidatizosis tanısı ile ilgili bazı zorluklar mevcuttur. Ameliyat öncesi tanının konması kritik önem taşır [9]. Tanının atlanması sonucunda kist hidatik cerrahisi için yeteri önemin gösterilmemesi veya dikkatsiz davranılması sonucu kistin patlamasına, yayılarak ikincil kistlerin oluşlmasına veya alerjik reaksiyonlar gibi ciddi olabilecek bazı komplikasyonlara yol açabilir [10]. Laboratuar bulguları arasında eozinofili önemli bir bulgudur; ancak her zaman görülmez [11]. USG, BT, MRG gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri ile tanının doğrulanması, oluşabilecek rüptür neticesinde ortaya çıkacak anaflaktik şok ve lokal yayılımdan korur [12]. Danice ve ark.nın [13], Maurmen ve ark.nın [14] USG ve BT'yi tanı koymada en etkili yönem olarak bildirmişlerdir. Ultrasonografik incelemenin iskelet kaslarındaki kist hidatiklerde tanıda değerli olabileceği bilinmesine rağmen MRG bulgularının çok daha değerli olduğu vurgulanmakta-

dır [15]. Ekinokokkus için tanıya yardımcı olacak bazı serolojik testler mevcuttur fakat pek çok vakada serolojik testler olumsuz olabilmektedir [7]. Bu tip kistlerde ayırıcı tanıda insizyonel biopsi ve marginal eksizyon kontrendikedir [16].

Tedavide kist tümüyle ve patlatılmadan çıkartılır, ameliyat bölgesi hipertonik sodyum klorür solüsyonu ile yıkanır. Mebandazoldan 100 kat daha fazla serum düzeylerine ulaşılabilen benzimidazol grubundan olan albendazol verilir [16]. Tedavi süresi içinde karaciğer fonksiyon testleri yapılmalı ve ilacın lökopeniye yol açabileceği unutulmamalıdır. Sıklıkla nükslerle birlikte seyreden bu hastalıkta, geniş cerrahi rezeksiyon ve medikal tedaviyle iyi sonuçlar alınabilir [11].

Sonuç olarak hastalarda nadirde olsa saptanan muskuloskeletal sistemi tutmuş kistik kitlelerde özellikle ülkemiz gibi endemik bölgelerde ayırıcı tanıda primer musküler kist göz ardı edilmemelidir. Gerek kan tetkikleri ile gerekse görüntüleme yöntemleri ile hidatik kist araştırılmalı, saptanırsa cerrahi olarak total eksize edilmelidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Rask M, Lattig G. Primary intramuscular hydatidosis of the sartorius. J Bone Joint Surg 1970;52:582-4.
2. Rao S, Parikh S, Kerr R. Echinococcal infestation of the spine in North America. Clin Orthop 1991;271:164-9.
3. Bagatur AE, Uğur F, Zorer G. Uylukta primer dev hidatik kist. Acta Orthop Traumatol Turc 2002;36:72-5.
4. Kiyak G, Ergül E, Korukluoğlu B. Primary hydatid disease of the soft tissue. Acta Chir Belg 2007;107(4):452-3.
5. Parola P, Mathieu D, Panuel M. Hydatid bone disease. Clin Infect Dis 2000;31:534-43.
6. Atalar M. Hydatid Cyst: A Pictorial Review of Radiological Appearances. J Clin Anal Med 2013; DOI: 10.4328/JCAM.528.
7. Khanna AK, Prasanna GV, Khanna R, Khanna A. Unusual sites of hydatid cysts in India. Trop Doct 2005;35(4):233-5.
8. Mseddi M, Mtaoumi M, Dahmene J, Ben Hamida R, Siala A, Moula T, Ben Ayeche ML. Hydatid cysts in muscles: eleven cases. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 2005;91(3):267-71.
9. Toker S, Kılınçoğlu V, Güven M, Özkan K , Algın C. Uyluk adduktör bölgesinde MRG ile lipom olarak tanımlanan birincil kist hidatik olgusu ve tedavisi. Göztepe Tıp Dergisi 2008;23(3):103-5.
10. Dudkiewicz I, Salai M, Apter S: Hydatid cyst presenting as a soft-tissue thigh mass in a child. Arch Orthop Trauma Surg 1999;119:474-5.
11. Cannon CP, Nelson SD, Panosian CB, Seeger LL, Eilber FR, Eckardt JJ. Soft tissue echinococcosis: a report of two cases and review of the literature. Clin Orthop 2001;385:186-91 .
12. Kalovidouris A, Voros D, Gouliamos A., Vlachos L, & Papavasiliou C. Extracapsular hydatid cysts. Gastrointest Radiol 1992;17:353-5.
13. Danice B, Mirkovic M, İlie M. 20 years experience in the treatment of abdominal echinococcosis (1966-1987). Acta Chir Jugosl 1989;36:579-82.
14. Maurmen El, Ala Qou ME, Mansouri A, Mokhtari M. Peritoneal echinococcosis, diagnostic and therapatic problems apropos 34 cases. Chirurgie 1991;117:854-9.
15. Martin J Marco, V Zidan A, Marco C, Hydatid disease of the soft tissue of the lower limb: Finding in three cases. Skeletal Radiol 1993;22:511-4.
16. Duncan GJ, Tooke SM. Echinococcus infestation of the biceps brachii. A case report. Clin Orthop 1990;261:247-50.