Isolated Gluteus Maximus Muscle Hydatid Cyst: A Case Report

İzole Gluteus Maximus Kası Yerleşimli Kist Hidatik: Olgu Sunumu

Kist Hidatik / Hydatid Cyst

Seyran Kılınç[1], Umut Hatay Gölge[2], Okay Bulut[1], Gündüz Tezeren[1], Hayati Öztürk[1]
[1]Ortopedi ve Travmatoloji ABD. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas,
[2]Ortopedi ve Travmatoloji ABD. Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çanakkale, Türkiye

Özet

Echinococcus granulosus parazitozu tarafından oluşan kist hidatik (KH) hastalığı ülkemizde endemik olarak görülmekte ve sıklıkla karaciğer ve akciğerde yerleşmektedir. Primer yumuşak doku yerleşimi çok nadirdir ve genellikle tanıda sorunlarla karşılaşılır. Türkiye KH hastalığı için endemik bir bölge olduğundan tüm vücutta yerleşen kistik lezyonların ayırıcı tanısında mutlaka KH akılda tutulmalıdır. Bu çalışmada, primer lezyon tespit edilemeyen, gluteus maximus kası yerleşimli bir kist hidatik olgusundan bahsedilmektedir.

Anahtar Kelimeler

Kist Hidatik; Echinococcus Granulosus; Gluteus Maksimus Kası; Primer

Abstract

Hydatid cyst disease is a parasitic infection caused by Echinococcus granulosus . Hydatid cyst disease is endemic in our country. This disease is most commonly detected in the liver and lung. Primary soft tissue involvement is very rare, causing a diagnostic challenge. Turkey is an endemic area for hydatid cyst disease and we should bear this disease in mind as a differential diagnosis in all cystic lesions. In this study, we mentioned a hydatid cyst case in gluteus maximus muscle without any primary lesion.

Keywords

Hydatid Cyst; Echinococcus Granulosus; Gluteus Maximus Muscle; Primary

DOI: 10.4328/JCAM.3538 Received: 03.05.2015 Accepted: 02.06.2015 Printed: 01.08.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 536-8
Corresponding Author: Seyran Kılınç, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas, Türkiye.
T.: +90 3462580634 GSM: +905317930068 E-Mail: seyrankilinc@hotmail.com

Giriş

Kist hidatik (KH) hastalığı Echinococcus granulosus'un neden olduğu daha çok karaciğere ve ikinci sıklıkla akciğere yerleşen bir paraziter hastalıktır [1,2]. Köpek, kurt gibi asıl konak hayvanların feçesleri ile kontamine olan yiyeceklerle beslenen ara konaklarda gelişir ve ara konaklar aracılığıyla insana ulaşır. Parazitin karaciğer ve akciğer tutulumu fazla olmakla birlikte nadiren de olsa sistemik dolaşıma geçerek diğer organlarda da tutulum yapabildiği bilinmektedir [1-4]. Yumuşak doku tutulumu nadir görülmekle birlikte, %3'e varan oranlarda bildiren çalışmalar mevcuttur [5]. Bizim çalışmamız da başka primer kaynağı saptanmayan, serolojik testleri negatif olan, sağ gluteal bölgesinde ağrı nedeniyle nedeni ile başvuran izole bir kist hidatik olgusunu ve ayırıcı tanıda ender görülse de kist hidatik düşünülmesi gerektiğini dikkat çekmek istedik.

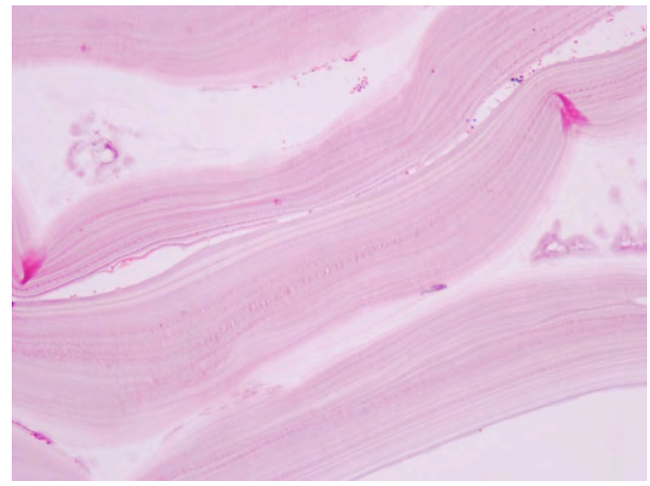
Olgu Sunumu

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta polikliniğimize yaklaşık 2 aydır sağ uyluk bölgesinde oluşan şişlik ve ağrı nedeni ile başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ gluteus maximus kası insersiyosuna yakın yaklaşık 8x5 cm'lik yumuşak kıvamda kitle palpe edildi. Hastanın sistemik muayenesinde başka bir özellik saptanmadı. Hastanın bakılan hemogram ve biyokimyasal parametrelerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Hastadaki kitleye yönelik ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. USG sonucu 'sağ gluteal bölgede 7x7.5x3 cm boyutlarında düzgün sınırlı hipoekoik kitle ve lezyon içerisinde en büyüğü 2.5 cm çapında 3-4 adet anekoik kist izlenmektedir', MRG sonucu ise 'sağ gluteus maksimus kası içinde 82x 47 mm boyutlarında düzgün sınırlı lobule konturlu kitlesel lezyon izlenmiş olup, kist posteriorunda persinçinöz tarzda ayrı bir lezyon (germinal membran) izlenmektedir. Tanımlanan lezyon intramüsküler yerleşimli kist hidatik olarak değerlendirilmiştir' şeklinde yorumlandı (Resim 1).



Resim1. Ameliyat öncesi manyetik rezonans görüntüsü a) koronal görüntüsü b) sagital görüntüsü c) aksiel görüntüsü

İndirekt hemoglutinasyon testi (İHA) 2 kez tekrarda negatif olarak geldi. Görüntüleme yöntemlerinin kist hidatik ile uyumlu gelmesi sonucu hastanın kontrol tüm vücut kontrastlı bilgisayarlı tomografisi (BT) yapıldı. Vücutta başka bir odakta kist hidatik ile uyumlu lezyon gözlenmedi. Tüm bu sonuçlar ışığında hastaya gluteal bölgede izole kist hidatik tanısı ile operasyon planlandı. Genel anestezi altında kist üzerinden yapılan insizyonla gluteus maximus kası içinde kiste ulaşıldı. Daha sonra kist çevre dokulardan diseke edilerek total olarak çıkarıldı. Bolca serum fizyolojik ile yıkama yapıldı ve kanama kontrolü yapıldıktan sonra loja hemovac dren konarak operasyon sonlandırıldı. Alınan numune patolojiye gönderildi (Resim2).



Resim 2. Kistin histopatolojik görüntüsü, kist hidatik kütikülası (HEX10)

Hastaya enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile postoperatif dönemde 3x200 mg albendazol tedavisine başlandı ve üç ay devam edildi. Hastanın mevcut şikayetlerinin postoperatif dönemde kaybolduğu gözlendi. Hastanın bir yıllık takibinde problem izlenmedi.

Tartışma

Türkiye Kist Hidatik hastalığı açısından endemik bir bölge olarak değerlendirilmekle birlikte görülme sıklığı 1/2000 olarak bildirilmiştir[6]. Özellikle hayvancılıkla uğraşılan, sahipsiz köpeklerin olduğu bölgelerde hastalığın görülme sıklığının arttığı bilinmektedir[7].

Kadın erkek hastalığa tutulum oranı farklılık göstermekle birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir [8,9]. Sindirim sistemi ile vücuda giren E. granulosus yumurtalarının ilk geçiş yeri olduğundan KH vakalarının yaklaşık %55-60'ı karaciğer yerleşimli olmaktadır. Periferik dokulara ulaşabilen embriyonlardan birçoğu doku makrofajları ve diğer hücreler tarafında parçalanır. Elemine edilemiyen embriyonlar periferik dokularda böbrek, dalak, beyin, kemik ve kalp başta olmak üzere hemen hemen her organa yerleşim gösterebilmektedir [10].

İmmünolojik tanı yöntemleri karaciğer kist hidatiğinde daha fazla olmak üzere (%88-96) , akciğer (%50-56) ve diğer dokularda (%25-56) yerleşmiş olanlarda giderek azalan oranlarda duyarlılık göstermektedir[11]. Bizim olgumuzda da 2 kez tekrarlanan test sonuçları negatif gelmiştir.

Karaciğer dışında primer olarak görülen kist hidatik nadir olarak musküler yerleşim göstermekle birlikte kas içinde yüzeyel ve derin tutulum gösterebilir [12,13]. Musküler yerleşim için psoas

kası lumbar spinal kaslar ve femoral bölge en sık yerleşim yeri olarak bildirilmekle birlikte, daha az sıklıkla değişik anatomik bölgeler de intramusküler yerleşim yeri olarak bildirilmiştir[12]. Biceps brachii [14], vastus lateralis [15], supraspinatus [16], adduktor brevis [17], obturator eksternus [18], gluteus maksimus kasları [19] ve uyluk bölgesi [20] örnek olarak verilebilir. Bizim vakamızda da hastanın sağ gluteal bölgesinde gluteus maksimus kası içinde yaklaşık 10x8x5 cm boyutlarında kist hidatik saptanmıştır.

Hastalığın klinik bulguları çok değişkenlik gösterse de semptomlar tutulan organa, kistin büyüklüğüne, organdaki yerleşimine, komşu organ yapıları arasındaki ilişkisine, kistin rüptürü sonucu gelişen komplikasyonlarına ve kistin bakteriyel enfeksiyonlarına bağlı olarak değişebilmektedir. Bizim olgumuzda da görüleceği gibi hastalar yalnızca şişlik ve ağrı şikayetleri ile başvurabilmekte[3,20] ve bu gibi şikayetleri mevcut olan hastalarda yumuşak doku benign ve malign tümörleri de göz önünde bulundurulmalı ve yapılacak laboratuvar tetkikler ve görüntüleme yöntemleri ile ayırıcı tanıda bu durumlar ekarte edilmelidir.

Kist hidatik hastalığın pre-operatif tanısında USG, BT ve MRG gibi görüntüleme yöntemleri önemli bir rol oynamaktadırlar. USG yumuşak dokuda solid ile kistik lezyon ayrımında, BT kemik yapıdaki destrüksiyon ve kist duvarındaki kalsifikasyonları göstermede, MR ise kist duvarındaki rölatif kalınlaşmayı, kız kistleri ve germinal membranda ayrılma gibi bulguları göstererek kist hidatik tanısında yardımcı olmaktadırlar [21].

Hepatik yerleşimli kist hidatiklerde olduğu gibi musküler yerleşim gösterenlerde de tedavi prensibi cerrahidir. Tedavideki ana amaç germinatif membranın ve perikistin total olarak çıkarılmasıdır. Bizim olgumuzda kist total olarak rüptüre edilmeden çıkartıldı ve postoperatif dönemde albendazol tedavisine 3x 200 mg olarak başlanılarak takibe alındı.

Bizim vakamızda sağ gluteal bölgede ele gelen kitle dışında herhangi bir şikayeti olmayan hastaya, öncelikle yüzeyel doku ultrasonografi ve MR tetkiki yapılmıştır, bu tetkikte kist hidatik saptanması üzerine hastanın primer odak taraması yapıldı ve daha sonra kistin total olarak eksizyonu planlanmıştır.

Sonuç

Ülkemiz için halen ciddi bir sorun olan kist hidatik hastalığı her ne kadar sıklıkla karaciğer ve akciğerde tutulumu gösterse de atipik olarak yerleşim gösteren yumuşak doku kitlelerinde de akılda tutulmalı ve yapılacak invaziv işlemler öncesinde mutlaka görüntüleme yöntemleri ile tanıya yaklaşılmalıdır. Uygun cerrahi prosedür yapıldıktan sonra medikal tedavi ameliyatı takiben en kısa sürede başlanılmalıdır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Wani RA, Malik AA, Chowdri NA, Wani KA, Naqash SH. Primary extrahepatic abdominal hydatidosis. Int J Surg 2005;3:125-7.
2. Köksal AS, Arhan M, Oğuz D. Kist Hidatik. Güncel Gastroenteroloji 2004;1:61-7.
3. Merkle EM, Schulte M, Vogel J, Tomczak R, Rieber A, Kern P et al. Musculoskeletal involvement in cystic echinococcosis: report of eight cases and review of the literature. AJR Am J Roentgenol 1997;168:1531-4.
4. Khiari A, Fabre JM, Mzali R, Domergue J, Beyrouti MI. Unusual locations of hydatid cysts. Ann Gastroenterol Hepatol 1995;31:295-305.
5. Rask MR, Lattig GJ. Primary intramuskuler hydatidosis of sartorius. J Bone Joint Surg Am 1970;52:582-4.
6. Aytac A, Yurdakul Y, İkizler C. Pulmonary hydatid disease: report of 100 patients. Ann Thorac Surg 1997;23:145-51.
7. Ammann RW, Eckert J. Cestodes Echinococcus. Gastroenterol Clin Nort Am 1996;25:655-89.
8. Akar S, Üner A. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesinde saptanan uniloküler kistik ekinokokkozis olgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi. Türkiye Parazitol Derg 2005;25:349-52.
9. Ertug S, Sarı C, Gürel M, Boylu S, Çanakkalelioğlu L, Sahin B. Aydın ve çevresinde 1996-2000 yılları arasında cerrahi olarak saptanan kist hidatik olguları. Türkiye Parazitol Derg 2002;26:254-6.
10. El Mufti M. Clinical echinococcosis. Surgical Management of Hydatid Disease. 1st Ed. London: Butterworth; 1989.p.27-30.
11. Mourmen, El Ala Qou ME, El Mansouri A, Mokhtari M. Peritoneal echinococcosis. Diagnostic and therapeutic problems apropos 34 cases. Chirurgie 1991;117:854-9.
12. Daali M, Hssaida R. Muscle hydatidosis (15 cases). Presse Med 2000;29;1166-9.
13. Meunier Y, Danis M, Nozais JP, Gentilini M. Muskular hydatidosis. Sem Hop 1983;59;2785-6.
14. Duncan GJ, Tooke SM. echinococcosis infestation of the biceps brachii. A case report. Clin Orthop 1990;261:247-50.
15. Kocakusak A, Koyuncu A, Arikan S, Senturk O. Primary hydatid cyst of vastus lateralis muscle. Acta Chir Belg 2004;104:471-2.
16. Tatari H, Baran O, Sanlidağ T, Göre O, Ak D, Manisali M ve ark. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. Arch Orthop Trauma Surg 2001;121:93-4.
17. Acar A, Rodop O, Yenilmez E, Baylan O, Oncül O. Case report: primary localization of a hydatid cyst in the adductor brevis muscle. Turkiye Parazitol Derg 2009;33:174-6.
18. Demirbas S, Sinan H, Kurt Y, Aydın Y, Yıldız M, Çelenk T. Ekstremitede intramüsküler olarak yerlesmis primer kist hidatik olgusu. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2005;25:593-6.
19. Gürbüz B, Baysal H, Baysal B, Yalman H, Yiğitbaş MR. Gluteal bölgede izole kist hidatik. Turkiye Parazitol Derg 2014;38:51-4.
20. Bagatur AE, Uğur F, Zorer G. Primary giant hydatid cyst in the thigh. Acta Orthop Traumatol Turc 2002;36:72-5.
21. Kalovidouris A, Goulimas A, Vlachos L, Papadopoulos A, Voros D, Pentea S, et al. MRI of abdominal hydatid disease. Abdom Imaging 1994;19:489-94.

How to cite this article:
Kılınç S, Gölge UH, Bulut O, Tezeren G, Öztürk H. Isolated Gluteus Maximus Muscle Hydatid Cyst: A Case Report. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 536-8.