



Kist Hidatik Hastalığında Nadir Görülen Primer Kas Tutulumu: Olgu Sunumu

Primary Hydatid Cyst of Muscle as a Rare Manifestation: A Case Report

Alparslan YURTBAY¹([iD](#)), Ayşe ŞENBABA KARA²([iD](#)), Hikmet ÇİNKA³([iD](#)), Özgür GÜNAL²([iD](#)), İrem Melike YAZICIOĞLU⁴([iD](#))

¹ Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

² Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

³ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

⁴ Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Makale atfı: Yurtbay A, Şenbaba Kara A, Çinka H, Günal Ö, Yazıcıoğlu İM. Kist hidatik hastalığında nadir görülen primer kas tutulumu: Olgu sunumu. FLORA 2022;27(3):509-13.

ÖZ

Kist hidatik en sık karaciğere ve akciğerlere yerleşen ve ülkemizde de sık karşılaşılan bir zoonozdur. Kas iskelet sistemine yerleşimi ise oldukça nadirdir ve hastaların genellikle semptomlarının spesifik olmaması nedeniyle tanıda zorluk yaşanmaktadır. Bu yazıyla 60 yaşında çiftçilikle uğraşan erkek hastada sol vastus medialis kasında lokalize bir kist hidatik olgusu sunuldu. Manyetik rezonans görüntülemeyle kist hidatik ile uyumlu multiple kistik lezyonlar saptandı ve iki hafta albendazol tedavisi aldıktan sonra total kist eksizyonu yapıldı. Hastaya patolojik olarak yapılan incelemeyle iskelet kası kist hidatiği tanısı konuldu ve toplam üç ay albendazol tedavisi verildi. Postoperatif altı aylık takibinde komplikasyon ve nüks gelişmedi. Özellikle endemik bölgelerde kas ve yumuşak doku yerleşimli kitlelerde kist hidatik ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik; Primer kas tutulumu; Echinococcus granulosus; Vastus medialis

ABSTRACT

Primary Hydatid Cyst of Muscle as a Rare Manifestation: A Case Report

Alparslan YURTBAY¹, Ayşe ŞENBABA KARA², Hikmet ÇİNKA³, Özgür GÜNAL², İrem Melike YAZICIOĞLU⁴

¹ Department of Orthopedics and Traumatology, Samsun University Faculty of Medicine, Samsun, Türkiye

² Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Samsun University Faculty of Medicine, Samsun, Türkiye

³ Department of Orthopedics and Traumatology, Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Samsun, Türkiye

⁴ Department of Pathology, Samsun University Faculty of Medicine, Samsun, Türkiye

Hydatid cyst is a zoonosis located most commonly in the liver and lungs and is frequently encountered in our country. Its localization in the musculoskeletal system is quite rare and the diagnosis is difficult due to the nonspecific symptoms of the patients. In this arti-

Geliş Tarihi/Received: 09/11/2021- Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 03/02/2022

©Telif Hakkı 2022 Flora. Makale metnine www.floradergisi.org web adresinden ulaşılabilir.

Çevrim içi Yayın Tarihi: 12.09.2022

cle, a case of hydatid cyst located in the left vastus medialis muscle in a 60-year-old male farmer is presented. Multiple cystic lesions consistent with hydatid cyst were detected by magnetic resonance imaging, and after two weeks of albendazole treatment, total cyst excision was performed. The patient was diagnosed with skeletal muscle hydatid cyst by pathological examination and albendazole treatment was given for a total of three months. No complications or recurrences developed in the six-month postoperative follow-up. Hydatid cyst should be considered in the differential diagnosis of mass lesions of muscle and soft tissue, especially in endemic areas.

Key Words: Hydatid cyst; Primary muscular involvement; *Echinococcus granulosus*; Vastus medialis

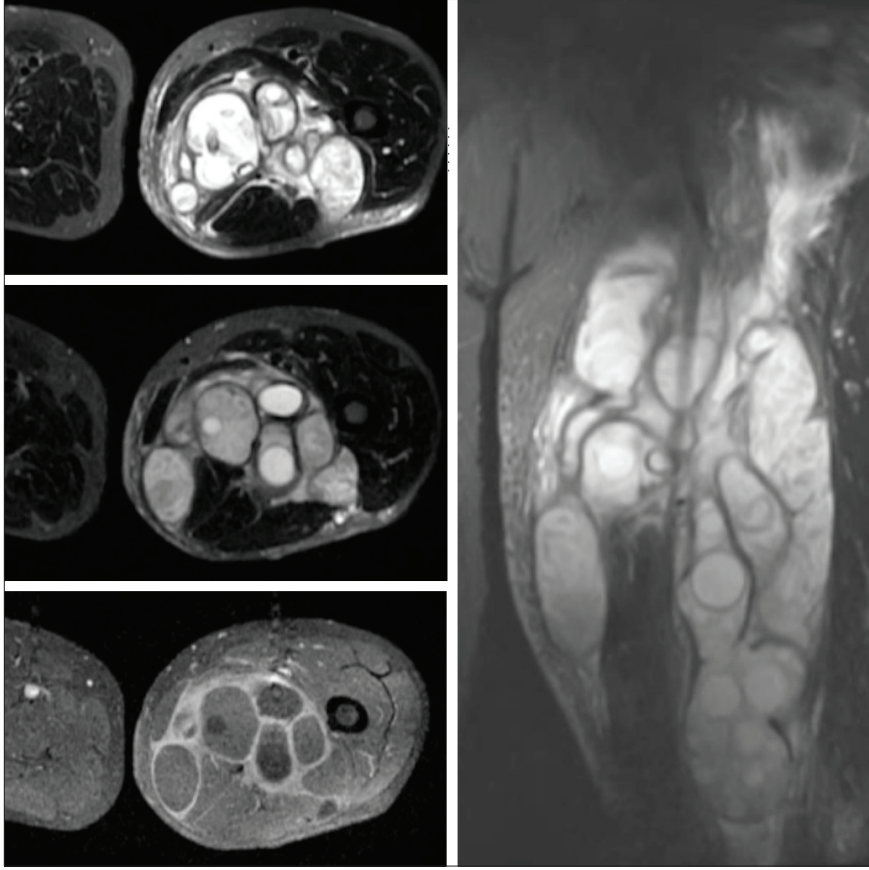
GİRİŞ

Kist hidatik hastalığı daha çok hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde görülen paraziter bir zoonozdur. Ülkemizde de endemik olarak görülen kist hidatik yaygın olarak İç Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir^[1]. Kist hidatiğin en sık etkeni *Echinococcus granulosus*'tir, daha nadir olarak ise *Echinococcus alveolaris* karşılaşılan hastalık etkenidir^[2]. Parazit genellikle tilki ve köpek gibi etçil hayvanların ince barsağında yaşar ve infektif yumurtalar dışkıyla dışarıya atılır. İnsan vücuduna derideki çatlak ve yaralardan direkt temasla veya infekte gıdalarla alınan larvalar yoluyla bulaşır. Gıdalarla alınan larvalar bağırsak ceperini geçerek portal dolaşıma girer, oradan karaciğere ulaşır ve çoğunluğu karaciğere yerleşir^[3]. En sık karaciğer (%60) ve akciğerde (%30) yerleşim gösterirken, nadiren böbrek, dalak, periton, kemik ve beyin gibi organlara da yerleşmektedir. Saptanan kist hidatik olgularının %1-5.4'ü iskelet kasını tutan kist hidatikler oluşturmaktadır^[4]. Bu olgu sunumuyla özellikle endemik bölgelerde kas ve yumuşak doku kitlesiyle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda kas kist hidatiğinin aklımıza gelmesi gerektiğine dikkat çekmek istedik.

OLGU SUNUMU

Çiftçilikle uğraşan, 60 yaşındaki erkek hasta altı aydır sol uyluk ön medial kesiminde olan şişlik ve medikal tedavilerle geçmeyen ağrı nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen ek hastalık öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sol uyluk medial kesiminde derin palpasyonla ciltten yaklaşık 2 cm derinlikte, 30 x 10 cm çapında palpasyonla ağırlı, iyi sınırlı, hareketsiz kitleler saptandı. Şişliğe eşlik eden kızarıklık, ısı artışı gibi inflamasyon bulguları yoktu. Tam kan sayımı, C-reaktif protein (CRP) düzeyi, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), brucella tüp aglütinasyon testinin de olduğu laboratuvar testleri normal olarak saptandı.

Mevcut laboratuvar ve fizik muayene bulgularıyla çizgili kas dokusunda kitlesi olan hastada malignite, hematoma ve apse ön tanıları düşünüldü. Ancak hastanın ateşinin 36.5°C olması, muayenede inflamasyon bulgularının olmaması ve laboratuvar testlerinde beyaz küre sayısının; 6900/mm³, CRP değeri= 3.13 mg/dL ve ESR= 5 mm/saat olmasıyla apse ön tanısından uzaklaşıldı. Hastaya tanıya yönelik sol femur manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. MRG'de sol uyluk bölgesi medial kas grupları içerisine yerleşmiş uzun aksı 30 cm, kısa aksı 12 x 10 cm boyutlarında, içerisinde loküle kistik alanlar barındıran T1 sekansta heterojen hiperintens, T2 sekansta izo-hiperintens, postkontrast seride yoğun heterojen kontrastlanmanın gözlemlendiği multiloküle kitle lezyonu izlendi. Kitle içerisindeki kistik alanlarda kız kisti benzeri mikrokistik alanlar izlendi (Şekil 1). Bunun üzerine hastadan kist hidatik indirekt hemaglütinasyon (İHA) testi gönderildi ve 1/160 titrede pozitif saptandı. Toraks ve batin görüntülemeleri normal olarak tespit edildi. Hastaya kas kist hidatiği ön tanısıyla albendazol 2 x 400 mg/gün/po başlandı, iki hafta sonra operasyon planlandı. Tedavinin 14. gününde ortopedi ve travmatoloji kliniğinde vastus medialis kası içerisinde yer alan ilioinguinal bölgeye doğru yayılım gösteren yumuşak doku kitlesi total olarak eksize edildi (Şekil 2). Kistlerden oluşan yumuşak doku kitlesi çıkarılırken kistlerin patlatılmamasına özen gösterildi. Cerrahi girişimle çıkarılan kistlerden patolojik değerlendirme için örnek gönderildi. Patolojik incelemede çizgili kas dokusu ve yağ dokusu içerisinde yaygın olarak kütiküler membran ve germinatif membrana ait yapılar izlendi (Şekil 3). Hastaya operasyon sonrası albendazol tedavisi devam edilerek toplam tedavi üç aya tamamlandı. Üç aylık tedavi bitiminde kontrolü yapılan hastanın muayene ve laboratuvar tetkikleri normal bulundu.



Şekil 1. Görüntüleme yöntemleriyle kist hidatiğin saptanması.

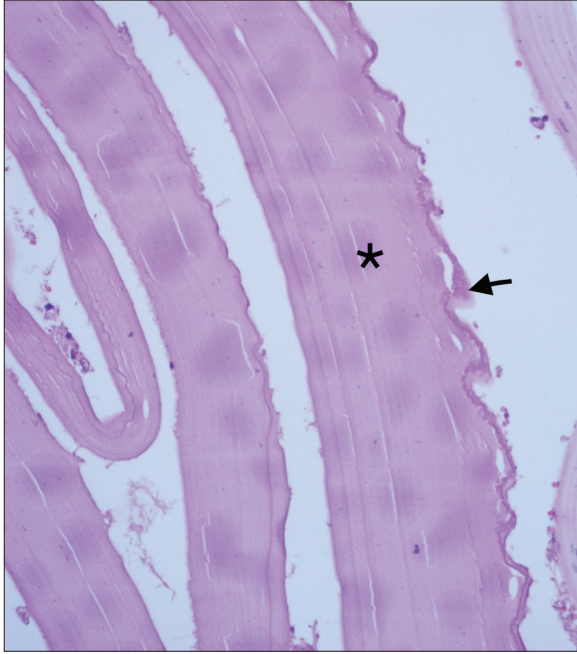


Şekil 2. İntraoperatif görüntüler.

TARTIŞMA

Kist hidatik sıklıkla karaciğer ve akciğerleri tutan bir hastalıktır. Diğer organ tutulumları az da olsa görülmektedir. Primer kasta yerleşen kist hidatik olgusu çok nadir görülmektedir^[5]. Kaslardaki laktik asit kas tutulumunun az görülmesinin en sık sebebidir. Kist hidatiğin büyümesine laktik asit olumsuz yönde etki etmektedir^[6]. Az görülmesinin bir diğer sebebiyse kaslardaki hareketlilik ve kontraksiyonlar larvaların kas dokusundaki varlıklarını

devam ettirmelerini zorlaştırmasıdır. Periferik kas gruplarının tutulumu diğer kas gruplarından daha sık olmaktadır. Alt ekstremitenin proksimal kas kitlesinin büyük olmasından dolayı bu kaslardaki kanlanmanın fazla olmasının bu duruma neden olduğu düşünülmektedir^[1]. Literatürde daha önce birçok proksimal ve distal kas dokusunda görülen primer kist hidatik olguları bildirilmiştir ancak tüm kist hidatik olgularına kıyasla bu olgular çok nadirdir^[1,2,6-8].



Şekil 3. Kastaki kist hidatiğin patoloji görüntüsü; kutiküler membran (*) ve germinatif membran (ok).

Kas kist hidatiği başka organ tutulumu olmadan primer olarak görülebileceği gibi, diğer organ kist hidatiğinden sonra sekonder olarak da görülebilir. Taydaş ve arkadaşları karaciğer, böbrek ve quadriceps femoris kasında birlikte görülen multisistem tutulumu olan kist hidatik olgusu bildirmişlerdir^[9]. Bizim olgumuzda kist hidatik kas içi yerleşimliydi ve hastanın daha öncesinde kist hidatik hastalığı geçirme öyküsü yoktu. Hastaya yapılan görüntülemelerde başka bir organda kist hidatik tutulumu saptanmadı. Bu bulgulara dayanılarak hastamız primer kas kist hidatiği olarak kabul edildi.

Olgumuzda olduğu gibi vastus medialis kası içerisinde yerleşim gösteren literatürde iki kist hidatik olgusu bulunmaktadır^[5,10].

Kas içerisindeki kist hidatiğin büyümesi genellikle yavaştır. Tipik kliniğinin var olmaması nedeniyle kas tutulumunda tanı zor konmaktadır. Kas içerisinde şüpheli kitle lezyonlarında ayırıcı tanıda apse, hematoma ve malignite olabileceği düşünülerek operasyon öncesi tanı amaçlı aspirasyon biyopsisi yapılması durumunda hidatik kistin

yayılımı veya anafilaktik reaksiyon riskinin olması durumu söz konusudur. Bu sebeple kasta kist hidatikten şüphelenilen olgularda kist rüptürünü ve hastalığın yayılmasını önlemek amacıyla tanısal aspirasyon veya biyopsiden kaçınılmalıdır^[1,4,9]. Kist hidatik tanısı esas olarak radyolojik ve serolojik incelemelere dayanmaktadır. Görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografik inceleme kullanılabilir ancak kist hidatik tanısında MRG bulgularının çok daha değerli olduğu bilinmektedir^[11]. Bu nedenle özellikle kist hidatik için endemik olan bölgelerde kasta kitle ve medikal tedaviye yanıtız ağrıyla gelen ayırıcı tanıda apse, hematoma veya malignite düşünülen hastalarda kist hidatik tanısı için MRG istenmelidir. Biz de hastamıza MRG ile tanı koyup operasyon planladık.

Kas kist hidatiği olgularında temel tedavi yöntemi kistin total eksizyonudur^[1,6,8,11]. Kist tamamen çıkartılmıyorsa kistin drene edilmesi, germinatif membranın tamamen çıkartılması ve kist poşunun skolisidal solüsyonlarla irrigasyonu yapılmalıdır. Cerrahi işlem sırasında skolekslerin dağılımına bağlı olarak %10 oranında nüks bildirilmiştir. Preoperatif antiparaziter tedavinin operasyon sırasında skolekslerin dağılımına bağlı oluşabilecek komplikasyonları ve hastalığın rekürrensini azaltabileceği bildirilmiştir^[3]. Antiparaziter tedavi için albendazol 10-15 mg/kg/gün olacak şekilde iki eşit doza bölünerek kullanılması önerilmektedir. Kist canlılığının üç aydan daha kısa verilen tedavilerde tamamen kaybolmadığı gösterilmiştir bu sebeple minimum üç aylık tedavi verilmesi önerilmektedir^[12]. Biz de preoperatif dönemde hastamıza iki hafta albendazol tedavisi verdikten sonra total kist eksizyonu yapıldı, postoperatif dönemde albendazol tedavisine devam edilerek tedavi süresi üç aya tamamlanmıştır.

Özellikle kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde ekstremitelerde yavaş büyüyen bir yumuşak doku kitlesinin ayırıcı tanısında kist hidatiğin hatırlanması açısından önemlidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: AY, AŞK, ÖG, HÇ

Analiz/Yorum: AY, AŞK, HÇ, ÖG

Veri Sağlama: AY, AŞK, İMY

Yazım: AY, HÇ, İMY, AŞK

Gözden Geçirme ve Düzeltme: AY, HÇ, AŞK, İMY

Onaylama: AY, ÖG

KAYNAKLAR

1. Onat ŞŞ, Yıldırım İ, Elezoğlu B, Pehlivanlı F. A cystic hydatid case with primary muscular involvement of quadriceps muscles. *Meandros Med Dental J* 2014;15(1):45-7.
2. Çobanoğlu U. Kista kist hidatik. *Solunum Dergisi* 2009;11(2):137-9.
3. Gürbüz B, Baysal H, Baysal B, Yalman H, Yiğitbaşı MR. Gluteal bölgede izole kist hidatik. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2014;38(1):51-4. <https://doi.org/10.5152/tpd.2014.2682>
4. Dirican A, Sümer F, Ünal B, Barut B, Işık B, Yılmaz S. Aynı ailede iki primer kas içi kist hidatik olgusu. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(4):486-8. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2011.04.0071>
5. Mughal A, Minhas MS, Bhatti A, Moghul FA, Sangani MM, Khan KM, et al. Hydatid cyst of skeletal muscle presenting as soft tissue tumour. *J Coll Physicians Surg Pak* 2018;28(3):S51-S53. <https://doi.org/10.29271/jcsp.2018.03.S51>

6. Tatari H, Baran O, Sanlıdağ T, Göre O, Ak D, Manisali M, et al. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:93-4. <https://doi.org/10.1007/PL00013775>
7. Kocakusak A, Koyuncu A, Arikan S, Senturk O. Primary hydatid cyst of vastus lateralis muscle. *Acta Chir Belg* 2004;104:471-2. <https://doi.org/10.1080/00015458.2004.11679599>
8. Acar A, Rodop O, Yenilmez E, Baylan O, Oncül O. Case report: Primary localization of a hydatid cyst in the adductor brevis muscle. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2009;33:174-6.
9. Taydas O, Kaya S, Ogul H, Kantarci M. Multisystem involvement of hydatid disease. *Am J Trop Med Hyg* 2018;98(6):1557. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0995>
10. Alexiadis G, Lambropoulou M, Deftereos S, Papadopoulos N, Manavis J. Primary muscular hydatidosis. US, CT and MR findings. *Acta Radiol* 2002;43(4):428-30. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0455.2002.430416.x>
11. Duygulu F, Karaoğlu S, Erdoğan N, Yıldız O. Primary hydatid cyst of the thigh: A case report of an unusual localization. *Türk J Pediatr* 2006;48:256-9
12. Köksal AS, Arhan M, Oğuz D. Kist Hidatik. *Güncel Gastroenteroloji* 2004;1:61-7.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Alparslan YURTBAY

Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı,
Samsun-Türkiye

E-posta: yurtbayalparslan@gmail.com