

M. Biceps Femoris Yerleşimli Hidatik Kist

İrfan Kırıštoğlu*, Emin Balkan**, Arif Nuri Gürpınar*,
M. İzzet Avşar***, Hasan Doğruyol****

ÖZET. 7 yaşındaki bir kız çocuğunda biceps femoris adalesine yerleşmiş hidatik kist olgusunu; nadir lokalizasyonu, ekstremitelerde yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiğini vurgulamak ve preoperatif tanının tedaviyi planlama ve anaflaksiden korunmada önemini belirtmek amacıyla yayınlamayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler .Kist hidatik .intramusküler yerleşim.

A Hydatid Cyst Localized in M. Biceps Femoris

SUMMARY. We have presented a case of hydatid disease in M. biceps femoris in a seven-year-old girl to emphasize its rare localization, to express the importance of the diagnosis in planning of the treatment and preservation of the anaphylaxis.

Key Words. Hydatid cyst .intramuscular localization.

Ekinokokus granulozus (EG) hayvancılığın yaygın olduğu dünyanın bir çok bölgesinde endemiktir. Yurdumuz 6/100.000'lik bir oranla orta derecede endemik bir kuşakta yer almaktadır¹.

Hidatik kist (HK) insanlarda karaciğer ve akciğere, daha az bir sıklıkla da beyin, kalp, kemik ve çizgili adaleye yerleşebilir^{2,3}. İnfestasyon yolu hematojendir. Psoas, rektus abdominis, sternokleidomastoid, diafragma ve ekstremitelerde kaslarında tutulum olabilir³. Türkçe literatür incelendiğinde tüm HK'lerin % 0.6'sı kas yerleşimlidir¹.

Vaka Takdimi

7 yaşında kız çocuk, 3 ay önce sağ uyluk arka yüzde ani gelişen ve giderek büyüyen ağrısız bir şişlik sebebiyle müracaat ettirildi. Şişliğe eşlik eden sistemik şikayetler saptanmadı. Hikayesinde travma, kedi köpek besleme ve uzun süreli yer değiştirme anamnezi yoktu. Soy ve öz geçmişi özellik göstermiyordu.

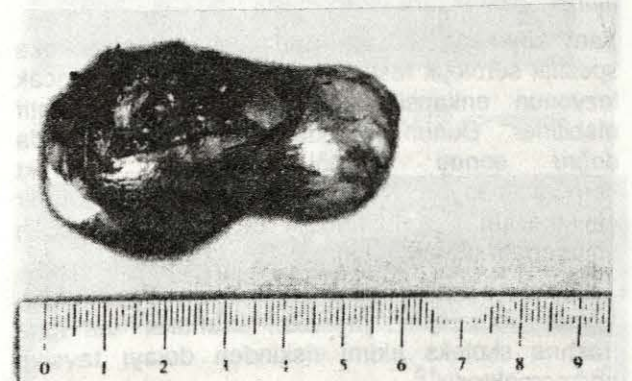
Fizik muayenesinde; sağ uyluk arka yüz lateralinde 5x4x4 cm ebatlarında hassas olmayan, düzgün kenarlı alttaki adaleye fikse kitle mevcuttu. Kitle üzerinde eritem, ekimoz, ısı artımı ve adenomegali saptanmadı. Alt ekstremitelerde aktif ve

pasif hareketleri normal, distal nabızlar eşitti. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

Laboratuvar tetkiklerinde, tam kan sayımı, elektrolitler, sedimantasyon, PT, PTT ve CPK normal sınırlardaydı. HK düşünülerek yapılan serolojik çalışmada, ekinokokus granulozus negatif olarak bulundu.

PA akciğer, ekstremitelerde grafileri ve abdominal ultrasonografi (US) normaldi. Lezyon US'si, sağ uyluk dış arka kısmında 51x31x23 mm boyutlarında orta kısmında ince bir septa bulunan kistik lezyon olarak rapor edildi.

Cerrahi eksplorasyonda sağ biceps femoris adalesinin 1/3 distalinde gri beyaz renkte adale içine kısmen gömülü lastik kıvamında kistik kitle saptanarak total olarak eksize edildi (Resim 1).



Resim: 1

Total olarak eksize edilen hidatik kist

* Uzm. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi ABD
** Yrd. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi ABD
*** Araş. Gör. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi ABD
**** Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi ABD
Geliş Tarihi: 10.10.1994
Kabul Tarihi: 10.5.1996

Duvar kalınlığı 0,2 cm olan kistin patolojik incelenmesinde iç yüzde germinatif epitel dışa doğru bazofilik lamellar materyel içeren HK duvarı ve çizgili adale dokusu izlendi (Resim 2).



Resim: 2

İç yüzde germinatif epitel ve dışa doğru bazofilik lamellar materyel içeren hidatik kist duvarı ve çizgili adale dokusu (Hex100)

Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta 4. gün taburcu edildi. 6 aylık takibinde HK rölapsi saptanmadı.

Tartışma

Ekstremitelerde yerleşen HK 'in nadir görülmesi ve akut enflamasyon bulgularının bulunmaması nedeniyle operasyon öncesi tanısı güç olabilmektedir.^{1,3}

Ultrasonografi, sintigrafi ve bilgisayarlı tomografi; fibrom, lipom, liposarkom ve rhabdomyosarkom gibi yumuşak doku tümörlerinin ayırıcı tanısında yol göstericidir. Ancak ekstremitelerde yumuşak doku kitlelerinde US'nin spesifitesi düşüktür.⁴ Vakamızda US kistik kitleyi tarif etmiş, ancak HK olarak spesifik tanı vermemiştir.

Tanı koymada Casoni deri testi ve ekinokoka spesifik serolojik testlerden faydalanılabilir. Ancak lezyonun enkapsüle olması nedeniyle negatif olabilirler.³ Bunun yanında % 85 - 90 oranında doğru sonuç verdiği saptanan indirekt hemaglutinasyon testi en güvenilir laboratuvar çalışmasıdır.^{2,3} Hastamız da HK açısından seronegatif olarak bulundu.

Tanı amaçlı açık biopsi ve iğne biopsisi yapılabilir. Ancak hematojen yayılma, anflaksi ve iğne traktına skoleks ekimi riskinden dolayı tavsiye edilmemektedir.^{4,5}

E. granulozus infestasyonunun en iyi tedavisi intankt kistin total eksizyonu iledir. Total eksizyonu mümkün olmayan büyük kistlerde, kist içi

hipertonik salin gibi skolesidal bir ajanla irrije edilip parsiyel eksizyon yapılabilir. Kistin rüptüre olması durumunda canlı skoleksler dolaşıma girerek uzak organlarda aseksüel ek kistleri oluşturabilirler. Olası rekürren enfestasyon riski ana kistin rüptürü ile artmaktadır. Ayrıca kaya suyu birçok allerjen protein içermektedir ve anflaktik şoka yol açabilir.⁴⁻⁶ Mebendazol, albendazol gibi sitemik antiparaziter ajanların intramusküler infestasyonların tedavisinde etkinliği halen belli değildir.³ Son yıllarda özellikle karaciğer HK'lerinde US eşliğinde perkütan drenaj başarılıdır ancak perkütan drenaja ilave edilen Albendazol tedavisinin daha etkili olduğu gösterilmiştir.^{7,8} Çocuklarda da sınırlı sayıda uygulama mevcuttur. Bu yöntem kesin HK tanısı alan vakalara uygulanabilir.

Hastamızda US'nin HK açısından spesifik olmaması ve serolojinin de negatif olması nedeniyle tanıyı peroperatif koyduk ve HK'i total olarak çıkardık. Preoperatif ve postoperatif dönemde antiparaziter bir ilaç kullanmadık.

Sonuç olarak, ekinokok infestasyonu yurdumuzda önemli bir antite olmaya devam etmektedir. Nadir rastlanan intramusküler infestasyon, ekstremitelerde yerleşmiş yumuşak doku tümörünü taklit edebilir. HK'lerde dikkatsizce yapılacak tanı veya tedavi amaçlı müdahalede anflaksi ve diğer organlara yayılım riski çok fazladır. Bu bakımdan ekstremitelerde yumuşak doku kitlelerinde her hangi bir müdahaleden önce kesin tanı konmalıdır.

Uzm. Dr. İrfan KIRIŞTIOĞLU

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Cerrahisi ABD

Tel: 442 84 00 / 1006

16059 Görükle / BURSA

Kaynaklar

1. Merdivenci A: Türkiye'de Hidatik Kist Hastalığı. İstanbul, Hilal Matbaası, 1976, 5:109-112.
2. Kızıl A, Doğruyol H, Küçükkel A, Devranoğlu M, Etken B: M. Obligus Internus İçinde Hidatik Kist. Bursa Tıp Fakültesi Dergisi, 1-2-3-4: 41-45, 1978.
3. Duncan JG, Tooke MT: Echinococcus Infestation of The Biceps Brachii. Clinical Orthopaedics and Related Research 261:247-250, 1989.
4. Manes E, Santucci A: Echinococcosis: Intramuscular Localization. Chir Organi Mov 75(2): 189-196, 1990.
5. Heinze J, Jungirger W, Müller G and Gaebel G: Anaphylactic shock during extirpation of an Echinococcus granulosus cysts of the thigh. Anaesthesist 36:659,1987.
6. Mottaghian H and Farrokh H: Postoperative recurrence of hydatid disease. Br J Surg 65:237, 1978.
7. Mohammed SK, Mohammed YD, Ghulam NY et al: Percutaneous Drainage Versus Albendazole Therapy in Hepatic Hydatidosis: A Prospective, Randomized Study. Gastroenterol, 104:1452-1459, 1993.
8. Christophe B, Camille A, Michel D et al: Percutaneous Treatment of Hydatid Cyst Under Sonographic Guidance. Digestive Disease and Sciences 39:1576-1580, 1994.