

# Gluteal Bölgede İzole Kist Hidatik

## Isolated Gluteal Hydatid Cyst

Bülent Gürbüz<sup>1</sup>, Hakan Baysal<sup>2</sup>, Begümhan Baysal<sup>3</sup>, Haydar Yalman<sup>2</sup>, Mehmet Rafet Yiğitbaşı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yusufeli Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Artvin, Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

### ÖZET

*Echinococcus granulosus* adı verilen bir parazit tarafından meydana gelen hidatik kist hastalığı, içerisinde ülkemizin de bulunduğu endemik bölgelerde ciddi bir sağlık sorunu teşkil etmektedir. Hastalık her ne kadar en fazla karaciğer ve akciğeri etkilerse de, literatürde vücudun birçok yerinde tutulum bildirilmiştir. İzole yumuşak doku tutumları çok nadir gözlenmekle birlikte, bu yazıda gluteal bölgede izole bir hidatik kist vakası sunulmuştur. (*Türkiye Parazit Derg 2014; 38: 51-4*)

**Anahtar Sözcükler:** Kist hidatik, *Echinococcus granulosus*, kas, primer, gluteal

**Geliş Tarihi:** 22.02.2013

**Kabul Tarihi:** 16.05.2013

### ABSTRACT

Hydatid cyst disease is a parasitic infection caused by *Echinococcus granulosus* and poses a serious health problem in endemic areas, including our country. Hydatid disease mostly affects the liver and lung, although involvements in many parts of the body have been reported in the literature. Isolated soft tissue involvement is very rare. We present an isolated hydatid disease case which affected the gluteal region of the body. (*Türkiye Parazit Derg 2014; 38: 51-4*)

**Key Words:** Hydatid cyst, *Echinococcus granulosus*, muscle, primary, thigh

**Received:** 22.02.2013

**Accepted:** 16.05.2013

### GİRİŞ

Hidatik kist daha çok karaciğere yerleşen *Echinococcus granulosus* tarafından oluşturulan bir parazitozdur (1, 2). Asıl konak köpek, kurt ve tilki olup bu hayvanların feçesleri ile kontamine olan yiyeceklerle beslenen koyun, fare, geyik gibi ara konaklarda gelişir ve ara konaklar aracılığıyla insana ulaşır. Parazit insanda ağız yolu ile alındıktan sonra duodenum mukozasından penetre olarak portal venöz ve lenfatik dolaşım aracılığı ile ilk olarak karaciğere ulaşır.

Dolayısı ile hastalığın insan vücudunda en fazla görüldüğü organ karaciğerdir. Karaciğer bu parazit için bir filtre görevi görse de bazıları akciğere ulaşır ve insandaki 2. en sık tutulumu oluştururlar. Akciğerde bu parazit için bir filtre görevi görür ama nadiren de olsa bu parazitler sistemik dolaşıma geçerek diğer organlarda da tutulum yapabilmektedirler. Dokuların karaciğer ya da akciğerde herhangi bir odak olmaksızın, primer olarak tutulması ise bu sebeplerden dolayı oldukça nadirdir (1-4). Yumuşak dokuda tutu-

**Bu çalışma, 2008 Ulusal Cerrahi Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur, 28 Mayıs-1 Haziran 2008, Antalya, Türkiye.**

**This case was presented in 2008 National Surgery Congress as a poster, 28 May-1 June 2008, Antalya, Turkey.**

**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Bülent Gürbüz, Yusufeli Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Artvin, Türkiye .

Tel: +90 466 811 20 15 E-posta: drbulent\_gurbuz@hotmail.com

DOI:10.5152/tpd.2014.2682

©Copyright 2014 Turkish Society for Parasitology - Available online at www.tparazitolog.org

©Telif hakkı 2014 Türkiye Parazitoloji Derneği - Makale metnine www.tparazitolog.org web sayfasından ulaşılabilir.

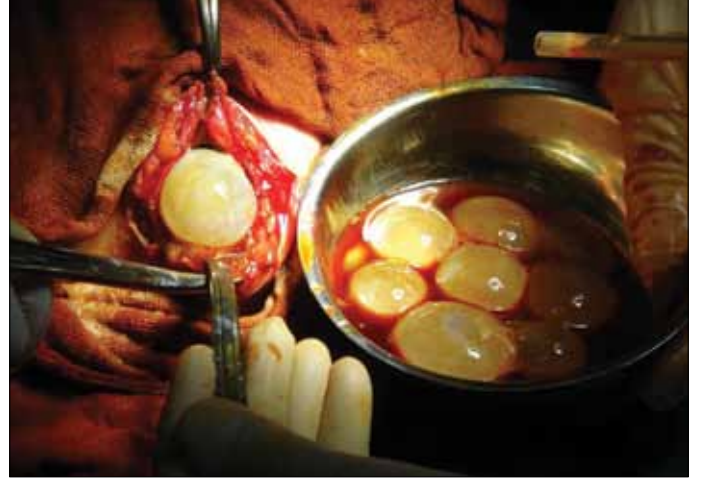
lum ise %0,7 ile %3 arasında değişen oranlarda bildiren çalışmalar mevcuttur (5). Biz bu yazımızda sağ gluteal bölgesinde şişlik nedeni ile başvuran izole bir kist hidatik vakasını ve ilgili literatür bilgilerine değineceğiz.

### OLGU SUNUMU

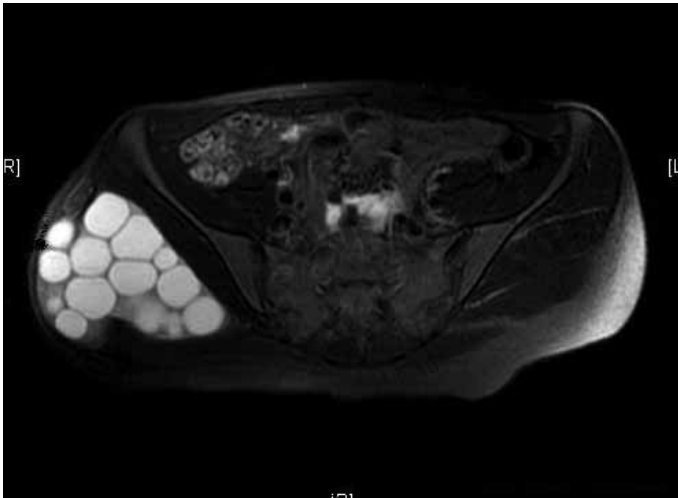
Yirmi üç yaşında bayan hasta polikliniğimize yaklaşık 8 aydır sağ uyluk bölgesinde oluşan şişlik, ağrı ve yanma nedeni ile başvurdu. Bu şişliğin 8 ay önce oluştuğunu, giderek büyüdüğünü ve şikayetlerinin arttığını belirtti. Hastanın muayenesinde sağ uyluk lateralde yaklaşık 15x15 cm'lik yumuşak kıvamda kitle palpe edildi. Hastanın sistemik muayenesinde başka bir özellik saptanmadı. Hastadan kitleye yönelik ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. USG sonucu 'multiloküle kistik lezyon', MR sonucu ise 'sağ gluteus maksimus ve medius kasları arasında 8x10x20 cm boyutlarında çok sayıda kist bulunduran multiloküle kistik kitle, ilk planda kist hidatiği düşündürmektedir' şeklinde yorumlandı (Resim 1, 2). İndirekt hemoglütinasyon testi (İHA) 1/1024+ olarak geldi. Görüntüleme yöntemlerinin kist hidatik ile uyumlu gelmesi ve İHA + olması 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. Hastaya albendazol 10 mg/kg/gün dozu ile preop 5 gün önce profilaksi tedavisi başlandı. Genel anestezi altında kist üzerinden yapılan insizyonla kiste ulaşıldı. Kist içerisine hipertonic sodyum klorür enjekte edilerek yaklaşık 15 dakika beklendi. Daha sonra kist total olarak çevre dokulardan diseke edilerek çıkarılmaya çalışıldı. Ancak kistin çevre dokulara ıleri derecede yapışık olmasından dolayı kistin açılmasına karar verildi içeriği boşaltıldı. Kist içerisinde multipl sayıda koyu kıvamda, sarı renkte kız veziküller mevcut idi ve hepsi boşaltıldı (Resim 3). Kist duvarı total olarak çıkarıldı, loja hemovac dren konarak operasyon sonlandırıldı (Resim 4). Hastaya preoperatif dönemde başlanan albendazol tedavisine 3 ay boyunca 3 haftada bir bakılan karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri kontrolü ile devam edildi. Hastanın mevcut şikayetlerinin postoperatif dönemde kaybolduğu gözlemlendi. Hastanın rutin kontrollerinde



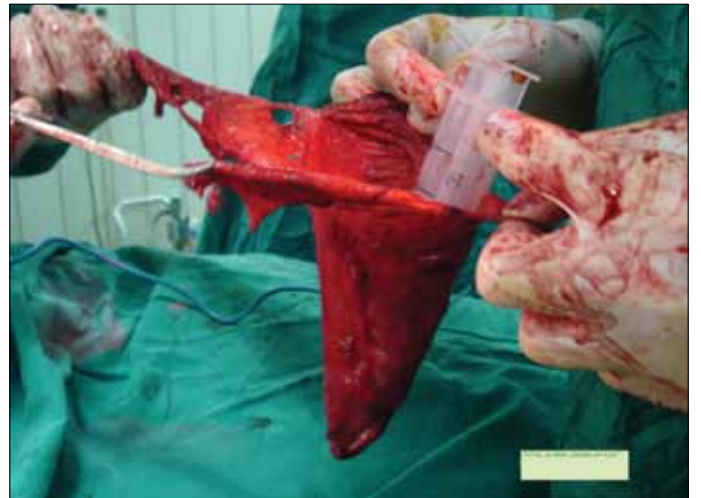
Resim 2. Görüntüleme yöntemleri ile hidatik kistin saptanması



Resim 3. Kist içerisindeki kız veziküller



Resim 1. Görüntüleme yöntemleri ile hidatik kistin saptanması



Resim 4. Kistin total olarak çıkarılmış hali

8. ayda yapılan İHA testi negatif olarak saptandı.

## TARTIŞMA

Kistik ekinokokkozis (KE) özellikle Asya, Akdeniz, Güney Amerika ve Afrika ülkelerinde endemik olarak görülmektedir ve hayvancılıkla uğraşan, sahihsiz köpeklerin olduğu bölgelerde hastalığın görülme sıklığı artmaktadır (7). Türkiye kist hidatiğin çok sık olarak görüldüğü ülkelerden biridir ve sıklık olarak 1/2000 oranı bildirilmiştir (8, 9).

Karaciğer ve akciğerin parazit için bir filtre görevi görmesinin yanında kasların kontraksiyonu, laktik asid içeriği gibi nedenler de intramuskuler kist hidatik gelişimi önlenmektedir (10). Kas ve iskelet sistemi tutulumlarına vastus lateralis (11), supraspinatus (12), adduktor brevis (13), gluteus maksimus kasları (5) ve uyluk bölgesi (14) örnek olarak verilebilir. Bizim vakamızda da hastanın sağ gluteal bölgesinde gluteus maksimus ve medius kasları arasında yaklaşık 8x10x20 cm boyutlarında kist hidatik saptanmıştır.

Klinik bulgular çok değişken olup semptomlar tutulan organlara, kistin büyüklüğü ve organdaki yerleşimine, genişleyen kist ile kiste komşu organ yapıları arasındaki ilişkiye, kistin rüptürü sonucu gelişen komplikasyonlara, kistin bakteriyel enfeksiyonlara bağlıdır. Ancak olgumuzda da görüldüğü gibi yumuşak doku tutulumu olan kist hidatik vakalarında hastalar sıklıkla ağrı ve şişlik yakınmaları ile başvurabilirler (2, 14). Yumuşak dokuda ağrı ve şişlik gibi şikayetleri mevcut olan hastalarda yumuşak doku benign ve malign tümörleri de göz önünde bulundurulmalı, yapılacak laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri ile ayırıcı tanıya varılmalıdır.

Hidatik kist tanısında, takip ve tedavi sürecinde laboratuvar tetkikleri yol gösterici olup, USG, BT, MR gibi görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle tanı ve takip süreci kolaylaşsa da, laboratuvar testleri önemini korumaktadırlar. İHA %85 sensitiviteye sahiptir. Hastamızda serolojik testlerden İHA uygulanmış ve 1/1024 titrede + olarak saptanmıştır. İHA, eradikasyondan sonra Türkiye gibi hastalığın endemik olabildiği bölgelerde yıllarca + olarak saptanabilir, ancak olgumuzun 8. ay kontrollerinde yapılan İHA - olarak değerlendirilmiştir (15, 16).

Hidatik hastalığın pre-operatif tanısında USG, BT ve MR gibi görüntüleme yöntemleri önemli bir rol oynamaktadırlar. USG yumuşak dokuda solid lezyon ile kistik lezyon ayrımını yaparak, BT kemik yapıdaki destrüksiyon ve kist duvarındaki kalsifikasyonları saptayarak, MR ise kist duvarındaki rölatif kalınlaşmayı, kız kistleri ve germinal membranda ayrılma gibi bulguları saptayarak kist hidatik tanısında yardımcı olmaktadır (17). Olgumuza polikliniğe başvurusu sonrası USG ve MR istenmiş, sonuçların kist hidatik ile uyumlu olması üzerine tanıya yaklaşılmıştır.

Kist hidatik tanısında üzerinde durulması gereken noktalardan bir tanesi de kitleye yönelik yapılabilecek aspirasyon veya biopsi gibi invaziv işlemlerdir. Yapılacak bir biyopsi işlemi ile skolekslerin sistemik dolaşıma geçerek anafaktik reaksiyona yol açabileceği veya hastalığın yayılımına sebep olabileceği unutulmamalıdır (14).

Tedavideki ana amaç germinatif membranın ve perikistin total olarak çıkarılmasıdır. Kistin lokalizasyonu uygun değilse veya çevre vital organlara invaze durumda ise parsiyel kistektomi

yöntemi tercih edilebilir (18). Cerrahi işlem esnasında skolekslerin dağılımına bağlı olarak % 10 oranında nüks bildirilmiştir (19). Dolayısı ile preoperatif dönemdeki kemoterapinin hastalığın hem rekürrensini hem de operasyon esnasında skolekslerin dağılımına bağlı komplikasyonları azaltabileceği bildirilmiştir (20). Bizimde hastamıza preoperatif dönemde albendozal tedavisi başlanmış olup, postoperatif 3 ay boyunca devam edilmiştir. 3 hafta ilaç kullanımı sonrası 1 hafta ara verilmiş ve ayda bir karaciğer fonksiyon testleri kontrol edilmiştir. Albendazol için önerilen doz 10-15 mg/kg /gün olup, toplam dozun 2 eşit orana bölünerek kullanılması önerilmektedir. Üç aydan kısa süren tedavilerde kist canlılığının azalmadığı gösterilmiş olup, minimum 3 aylık tedavi rutin olarak önerilmektedir (2). Cerrahi ile skoleksler inaktive edilir, kist içeriğinin dağılması engellenir. Skoleksler formalin, hipertonic salin, %0,5'lik cetrimide, hidrojen peroksit gibi ajanlarla inaktive edilebilir. Kistin etrafı kontaminasyonu engellemek için hipertonic sıvılar ile ıslatılmış havlular ile kapatılır, içeriği olabildiğince aspire edilerek kist içerisine skolosidal ajanlar uygulanır ve minimum 15 dakika beklenir ve daha sonra kist total olarak çıkarılmaya çalışılır (2, 20). Bizde vakamıza aynı prosedürü uygulamakla beraber, kist total olarak eksizye edilemediğinden içeriği önce boşaltılarak daha sonra eksizye edilmiştir.

## SONUÇ

Kist hidatik her ne kadar sıklıkla karaciğer ve akciğerde tutulumu gösterse de, hastalığın ülkemiz gibi endemik olduğu bölgelerde yumuşak doku kitlelerinde de akla gelmeli ve yapılacak invaziv işlemler öncesinde mutlaka görüntüleme yöntemleri ile tanıya yaklaşılarak en uygun tedavi yöntemleri gözden geçirilmelidir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir: B.G. H.B. - Tasarım: B.G. H.B. - Denetleme: H.B. - Kaynaklar: B.G. H.B. - Malzemeler : B.G. B.B - Literatür Taraması : B.G. H.B. - Yazıyı yazan: B.G. H.B - Eleştirel İnceleme : H.Y. M.R.Y.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept - B.G. H.B.; Design - B.G. H.B.; Supervision - H.B.; Funding - B.G. H.B.; Materials - B.G. B.B.; Literature Review - B.G. H.B.; Writing - B.G. H.B.; Critical Review - H.Y. M.R.Y.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

## KAYNAKLAR

1. Wani RA, Malik AA, Chowdri NA, Wani KA, Naqash SH. Primary extra-hepatic abdominal hydatidosis. Int J Surg. 2005; 3: 125-7. [CrossRef]

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. [\[CrossRef\]](#)
4. Khiari A, Fabre JM, Mzali R, Domergue J, Beyrouthi MI. Unusual locations of hydatid cysts. Ann Gastroenterol Hepatol 1995; 31: 295-305.
5. Haque F, Harris SH, Khan R, Abbas SZ. Primary hydatidosis of gluteus maximus. J Postgrad Med. 2006; 52: 300-1.
6. Parola P, Mathieu D, Panuel M, Poitout D, Brouqui P. Hydatid bone disease (Cystic Echinococcosis). Clin Infect Dis 2003; 31: 543-4. [\[CrossRef\]](#)
7. Ammann RW, Eckert J. Cestodes Echinococcus. Gastroenterol Clin Nort Am, 1996; 25: 655-89. [\[CrossRef\]](#)
8. Aytac A, Yurdakul Y, İkizler C, Rüstem O, Saylam A. Pulmonary hydatid disease: report of 100 patients. Ann Thorac Surg 1997; 23: 145-51. [\[CrossRef\]](#)
9. Özlen B, Özdemir L, Yörük Y, Altıay G, Tabakoğlu E, Hatipoğlu O. Aktif Akciğer Tüberkülozunu Taklit Eden Üst Lob Yerleşimli Patlamış Kist Hidatik Olgusu. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2007; 24: 146-9.
10. Garcia-Alvarez F, Torcal J, Salinas JC, Navarro A, Garcia-Alvarez I, Navarro-Zorraquino M et al. Musculoskeletal hydatid disease: a report of 13 cases. Acta Orthop Scand 2002; 73: 227-31. [\[CrossRef\]](#)
11. Kocakusak A, Koyuncu A, Arıkan S, Sentürk O. Primary hydatid cyst of vastus lateralis muscle. Acta Chir Belg 2004; 104: 471-2.
12. Tatari H, Baran O, Sanlıdağ T, Göre O, Ak D, Manisali M ve ark. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. Arch Orthop Trauma Surg. 2001; 121: 93-4. [\[CrossRef\]](#)
13. Acar A, Rodop O, Yenilmez E, Baylan O, Oncül O. Case report: primary localization of a hydatid cyst in the adductor brevis muscle. Türkiye Parazitol Derg. 2009; 33: 174-6.
14. Bagatur AE, Uğur F, Zorer G. Primary giant hydatid cyst in the thigh. Acta Orthop Traumatol Turc. 2002; 36: 72-5.
15. Demiral G, Küçük B, Aksoy F, Yener O, Ekinci Ö, Erengül C. İzole dalak kist hidatigi. Göztepe Tıp Dergisi. 2009; 24: 192-4.
16. Lewall DB, McCorkell SJ. Rupture of echinococcal cysts. Diagnosis, classification and clinical implications. AJR Am J Roentgenol 1986; 146: 391. [\[CrossRef\]](#)
17. 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. [\[CrossRef\]](#)
18. Ozyurtkan MO, Koçyiğit S, Cakmak M, Ozsoy IE, Balci AE. Case report: Mediastinal Hydatid cysts. Türkiye Parazitol Derg. 2009; 33: 179-81.
19. Mattahion H, Saidi F. Postoperative recurrence of hydatid disease. Br J Surg, 1978 65: 237-42. [\[CrossRef\]](#)
20. Hepgül G, Tihan D, Kocael P, Doğan Y, Oztürk T, Cihan A. Case report: primary splenic hydatidosis. Türkiye Parazitol Derg. 2010; 34: 184-6.