



Kist Hidatik Hastalığının Nadir Görülen Bir Yerleşim Yeri: Sartorius Kası Kist Hidatiği

A Rare Hydatid Cyst Disease Localization: Sartorius Muscle Hydatid Cyst

Orhan Gözeneli, Bora Barut, Adem Karabacak

Özet / Abstract

Yirmi dört yaşında erkek hasta, sol bacak ön yüzündeki şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede, uyluk anterior yüzünde, yaklaşık 5x3 cm ebatlarında fluktuasyon veren bir kitle saptandı. Kitle, lipom olarak düşünüldüğü için IHA çalışılmadı; ancak yüzeysel USG yaptırıldı. Yüzeysel USG sonucu kist hidatik ile uyumlu olarak rapor edildi. Diğer organlarda herhangi bir hastalık bulgusu gözlenmemesi üzerine hasta ameliyata alınarak kitle total olarak çıkarıldı. Kitlenin histopatolojik incelemesi kist hidatik olarak rapor edildi. Yüzeysel yumuşak doku kitleleri genellikle adipoz doku kaynaklı benign hadiseler olarak düşünülmekte ve ek tetkik ihtiyacı öngörülmektedir. Küçük de olsalar, yumuşak doku kitlelerinin USG ile konfirme edilmesinin yararlı olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, sıradışı yerleşim, sartorius kası

Twenty-four-year-old male patient was admitted with the complaint of swelling on the front of the left leg. On physical examination, on the anterior face of the thigh fluctuating mass was detected about 5x3 cm in size. The mass was considered to be a lipoma, t sIHAs was not studied; but superficial USG was performed. Superficial ultrasound was reported to be compatible with hydatid cyst. In the absence of any evidence of disease in other organs, the patient underwent surgery and the mass was totally removed. Histopathological examination confirmed the diagnosis of hydatid cyst. Superficial soft tissue masses are usually considered as benign events consisting of adipose tissue and additional inspection requirements are not foreseen. We agree that it will be useful if soft tissue masses are confirmed by USG although they are small.

Key Words: Cyst hydatid, unusual localization, sartorius muscle

Giriş

Kist hidatik hastalığı hayvanlardan insanlara bulaşan bir zoonoz olup, en sık etkeni *Echinococcus granulosus*'tur. Ana konağı kurt ve köpek gibi etçil hayvanlar olup, ara konağı ise koyun, keçi gibi otçul hayvanlardır. Hastalığı parazitin larva formu yapar. Larva hedef organa vardığında, mononükleer hücreler ve eosinofillerden oluşan bir inflamasyon başlatır. Birçok larva harap olurken, bir kısmı ise kistik yapılar oluşturur ve kistler zamanla büyür. Kistin içinde nükleuslu germinatif tabaka, dışında ise opak, nükleus içermeyen ve laminalardan oluşan bir dış tabaka vardır. En dışta ise konağa ait inflamatuvar hücreler ve fibroblastlarca oluşturulan fibröz bir kapsül bulunur. Kistler oluştuktan itibaren altı ay içinde, germinatif membranın etkisiyle yavru kistler gelişir (1, 2).

En sık karaciğer ve akciğerde, daha nadir olarak da dalak, böbrek, pankreas, overler ve abdominal boşlukta görülebilir (3-5). Kas dokusu, laktik asit varlığından dolayı, parazit için kötü bir ortam oluşturur, bu nedenle kaslarda görülen kist hidatikler tüm kist hidatiklerin yaklaşık % 1-5'ini oluşturmaktadırlar (6, 7).

Kas dokusu içerisindeki hidatik kistlerin ayırt edilmesi çok zordur ve herhangi bir benign yumuşak doku tümörü ile karıştırılabilir. Kist hidatik hastalığı, tespit edildiğinde derhal çıkarılmaya çalışılması gereken bir patolojidir ve yumuşak dokunun diğer benign hadiseleri ile ayırımı kesin olarak yapılmalıdır. Biz bu yazımızda, adipoz dokunun benign ve takibi önerilebilecek bir hadisesi olan lipom ile kolaylıkla karıştırılabilecek olan sartorius kası kist hidatik olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yirmi dört yaşında erkek hasta, polikliniğimize yaklaşık bir buçuk yıldır mevcut olan sol bacak ön yüzünde şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde uyluk anterior yüzünde yaklaşık 5x3 cm büyüklüğünde, palpasyonla yumuşak kıvam veren bir kitle mevcuttu. Hastanın laboratuvar değerleri normaldi. Hastada lipom gibi adipoz doku kaynaklı benign tümöral bir kitle düşünüldüğünden, indirekt hemaglutinasyon (IHA) testi çalışılmadı. Ancak yapılan yüzeysel USG'de, hipodens kistik kitle mevcut olup, kist hidatik ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bunun üzerine diğer organların araştırılması amacıyla çekilen tüm batin USG ve akciğer tomografisi normal olarak rapor edildi.

Hastadan operasyonla kitlenin çıkarılması kararı alındı. Spinal anestezi altında cilt ve cilt altı dokular geçilerek kitleye ulaşıldı (Resim 1). Kitle Sartorius kasının içerisindeydi; çevre dokulardan

Malatya Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
Malatya, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Orhan Gözeneli, Malatya Devlet Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği, Malatya, Türkiye
Tel.: +90 538 221 45 16
E-posta: opdrog@gmail.com

Geliş Tarihi/Received Date:
09.01.2013

Kabul Tarihi/Accepted Date:
02.03.2013

© Copyright 2013 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2013 Makale metnine
www.istanbulmedjergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.

koter yardımı ile serbestlenerek total olarak eksize edildi (Resim 2). Oluşan loj içerisine 1/30 serum fizyolojik ile dilue edilmiş cetrime-chlorhexidine (Cet-Chx) (Savlex®) uygulanarak 10 dakika bekledi. Kist lojuna bir adet vakumlu dren konarak cilt ve cilt altı onarıldı (Resim 3). Hastanın dreni ameliyattan sonraki ikinci gün çekildi. Hasta taburcu edilirken Albendazol (15mg/kg/gün) tedavisi uygulandı. Üçüncü ayın sonunda herhangi bir ek problem tespit edilmedi. Kistektomi materyalinin histopatolojik incelenmesi sonucu kist hidatik olduğu rapor edildi.

Tartışma

E. granulosus parazitinin en sık yerleşim yeri karaciğer ve akciğer olup, kas dokusu nadir görüldüğü yerlerden bir tanesidir. Kas dokusunda görüldüğü yerler ise genellikle boyun, gövde ve



Resim 1. Kas içindeki kitleye disseksiyonla ulaşıyor ve kitle doğurtuluyor



Resim 2. Kitlenin total olarak eksize edilmiş hali



Resim 3. Eksizyon lojuna konulan vakumlu dren ve kitlenin doku ile ilişkisi

ekstremitelerin proksimal kısımlarıdır (8). 2012 yılındaki bir olgu sunumunda safen nöropatisi ile başvuran bir hastada adductor longus kasında USG'de düzgün sınırlı, vaskularizasyonu olmayan hipoeojenik bir kitle tespit edilmiş ve sonuçta kist hidatik olduğu anlaşılmıştır (9). MRI bulguları kemik dokuda tümörü taklit ederken, yumuşak dokuda ise kist hidatığın karakteristik özelliklerini gösterebilir (10). Ancak ülkemiz şartlarını da göz önüne aldığımızda, her yumuşak doku kitlesine MRI uygulanması da çok pahalı ve gereksiz bir uygulama olacaktır. Bunun yerine ultrasonografi uygulaması pratik, ucuz ve kısa süreli bir işlemdir. Bu olgumuzda da preoperatif uygulanan ultrasonografi ile kitlenin histopatolojik incelenmesi birbirini desteklemektedir (11). Ultrasonografi, açık bir şekilde kitlenin kist hidatik ile ayırıcı tanısını yapabilmektedir (12).

Cömert ve ark.'nın (13) 2003 yılında yayınladığı bir olgu sunumunda, Sartorius kasında tespit edilen kist hidatik olgusunun MRI görüntüsü olan nilüfer çiçeği görüntüsünü tariflemişlerdir. Martin ve ark. (10) ise yumuşak dokuda kist hidatik tanısı için USG'nin diagnostik olmadığını, bunun yerine MRI'nin tercih edilmesi yönünde görüş bildirmişlerdir.

Sonuç

Yumuşak doku kitellerinin büyük bir kısmında adipoz doku kaynaklı benign hadiseler akla gelmekte, bunların bir kısmına da takip önerilmektedir ki; prognozu yerine göre değişebilen ve tespit edildiğinde beklenilmeden çıkarılması gerekmekte olan lezyonlar atlanabilmektedir. Kist hidatığın ülkemiz gibi oldukça sık ve vücudun alışılmamış alanlarında görülebildiği yerlerde, yumuşak doku kitlesi ile başvuran hastaların fizik muayenelerinde, benign hadiseler düşünülse bile, en az ultrasonografik olarak da desteklenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Yazar Katkıları

Fikir - O.G., B.B.; Tasarım - O.G., A.K.; Denetleme - O.G.; Kaynaklar - O.G., A.K.; Malzemeler - O.G., B.B.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - O.G., B.B.; Analiz ve/veya yorum - O.G., A.K.; Literatür taraması - O.G., B.B.; Yazıyı yazan - O.G.; Eleştirel inceleme - B.B., A.K.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this study.

Author Contributions

Concept - O.G., B.B.; Design - O.G., A.K.; Supervision - O.G.; Funding - O.G., A.K.; Materials - O.G., B.B.; Data Collection and/or Processing - O.G., B.B.; Analysis and/or Interpretation - O.G., A.K.; Literature Review - O.G., B.B.; Writing - O.G.; Critical Review - B.B., A.K.

Kaynaklar

1. Sayek I, Tirnaksiz MB, Dogan R. Cystic hydatid disease: current trends in diagnosis and management. *Surgery Today* 2004; 34: 987-96. [\[CrossRef\]](#)
2. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletras H. Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998; 22: 17-22. [\[CrossRef\]](#)
3. Garcia-Diez AI, Ros Mendoza LH, Villacampa VM, Cozar M, Fuertes MI. MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. *Eur Radiol* 2000; 10: 462-6. [\[CrossRef\]](#)
4. Bayram M, Sirikci A. Hydatid cyst located intermuscular area of the forearm: MR imaging findings. *Eur J Radiol* 2000; 36: 130-2. [\[CrossRef\]](#)
5. al-Sayed M, al-Mousa M, al-Salem AH. A hydatid cyst at an unusual site. *Trop Geogr Med* 1992; 44: 275-7.
6. Duncan GJ, Tooke SMT. Echinococcus infestation of the biceps brachii. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1990; 261: 247-50.
7. Di Gesù G, Picone A, La Bianca A, Massaro M, Vetri G. Muscular and subcutaneous hydatidosis. *Minerva Med* 1987; 78: 835-40.
8. Barthod F, Molinier N, Farah A, Patel JC. Hydatid cyst of the psoas. *J Chir (Paris)* 1995; 132: 38-42.
9. Alimehmeti R, Seferi A, Rroji A, Alimehmeti M. Saphenous neuropathy due to large hydatid cyst within long adductor muscle: case report and literature review. *J Infect Dev Ctries.* 2012; 6: 531-5. [\[CrossRef\]](#)
10. Martin J, Marco V, Zidan A, Marco C. Hydatid disease of the soft tissues of the lower limb: findings in three cases. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 511-4. [\[CrossRef\]](#)
11. Koc Z, Ağildere AM, Yalcin O, Pourbagher A, Pourbagher M. Primary hydatid cyst in the anterior thigh: Sonographic findings. *J Clin Ultrasound* 2004; 32: 358-60. [\[CrossRef\]](#)
12. Melis M, Marongiu L, Scintu F, Pisano M, Capra F, Zorcolo L, et al. Primary hydatid cysts of psoas muscle. *ANZ J Surg* 2002; 72: 443-5. [\[CrossRef\]](#)
13. Comert RB, Aydingoz U, Ucaner A, Arikan M. Water-lily sign on MR imaging of primary intramuscular hydatidosis of sartorius muscle. *Skeletal Radiol* 2003; 32: 420-3. [\[CrossRef\]](#)