

Çocukluk çağı yumuşak doku kitlelerinin ender bir nedeni: Kist hidatik

Arzu ŞENCAN (*), Ayla YÜCETÜRK (**), Selim SERTER (***)

Turgutlu Devlet Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği*, Manisa Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği**, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı***, Manisa

Özet

Kist hidatik genellikle karaciğer ve akciğere yerleşen paraziter bir hastalıktır. Ancak, kistin yumuşak dokuda lokalize olması son derece enderdir. Bu çalışmada göğüs sol yan duvarında yerleşimli yumuşak doku kitlesi nedeni ile polikliniğe başvuran ve postoperatif kist hidatik tanısı alan 7 yaşındaki kız olgu sunulmuştur. Yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında, çok ender görülse de kist hidatiği akla tutmak ve cerrahi öncesi kist hidatiğin tanısını koymak önemlidir. Çünkü gerekli önlemler alınmadan yapılan ameliyat sırasında kistin rüptüre olması yineleyen enfeksiyonlara veya anafilaktik şoka neden olabilir. Bu nedenle, özellikle endemik bölgede yaşayan hastalarda yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında kist hidatik de akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, yumuşak doku kitleleri, Echinococcus granulosus

Summary

A rare cause of soft tissue masses in childhood: Hydatid cyst

Hydatid disease is a zoonotic infection usually affecting the liver and the lungs. Soft tissue involvement is relatively rare. In this study, we present a 7 year-old girl who was operated for a soft tissue mass on the left hemithorax lateral wall and who had the diagnosis of hydatid cyst postoperatively. It is important to confirm the diagnosis before surgery, because rupture of the cyst during surgery may increase the risk of recurrent infestations and may cause anaphylactic shock. Therefore, hydatid disease should be considered in the differential diagnosis of soft tissue masses, especially when they occur in endemic areas.

Key words: Hydatid cyst, soft tissue masses, Echinococcus granulosus

Giriş

Kist hidatik sıklıkla *Echinococcus granulosus*'in neden olduğu paraziter bir hastalıktır. Çocukluk çağında yumuşak dokuya yerleşim son derece enderdir. Parazit için asıl konakçı köpeklerdir. İnsanlar ara konakçı durumundadır⁽⁵⁾. Hastalığın görüldüğü endemik bölgeler arasında Türkiye'de yer almaktadır.

Ağız yolu ile alınan kist yumurtaları yutulduktan sonra, embriyolar duodenal mukozaya geçerek portal dolaşıma katılır ve genellikle karaciğere yerleşir⁽⁵⁾. Bu nedenle hastalık en sık karaciğerde (% 75), ikinci sıklıkta da akciğerde (% 15) görülür. Ancak, embriyolar bazen karaciğer sinüzoidlerine tutunmadan veya intestinal sistem damarları ile kaval sistem arasındaki direkt anastomozlar aracılığı ile (Retzius sistemi) sistemik dolaşıma geçebilir⁽⁷⁾. Bazen de lenfatikler ve

duktus torasikus boyunca ilerleyerek sistemik dolaşıma karışıp vücudun başka bölümlerine ulaşabilir^(1,5,7). Bu nedenle ender de olsa diğer organ ve dokuların da tutulması olasıdır. Ender görülen yerleşim yerlerinden biri yumuşak dokudur. Olgu, yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında kist hidatiğin akla getirilmesi ve cerrahi işlem sırasında gerekli önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

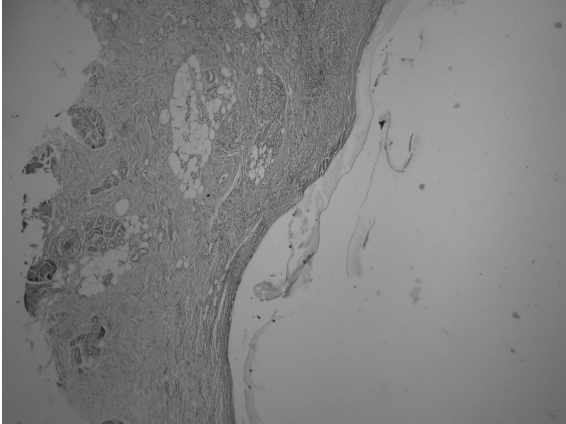
Olgu Sunumu

Yedi yaşında kız hasta göğüs sol yan duvarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Kitlenin 5-6 yıldır mevcut olduğu ve çok yavaş bir şekilde büyüdüğü öğrenildi.

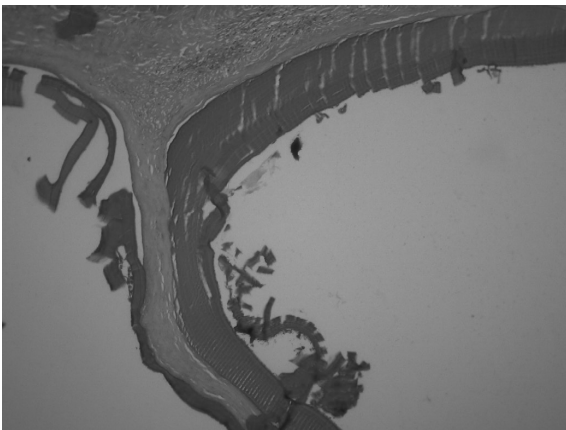
Fizik bakıda; göğüs sol yan duvarında, 5. kostanın orta aksiller hat ile kesiştiği bölgede, ciltaltında yerleşim gösteren, yaklaşık 2 cm boyutlarında, düzensiz konturlu, orta sertlikte ve hareketli kitle mevcuttu. Diğer sistem bakıları normaldi. Ultrasonografide kitle; cilt altında yerleşimli, çevre dokulardan keskin sınırlarla ayrılmış, kistik ve solid komponentler içeren

Adres: Uzm. Dr. Arzu Şencan, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Alsancak, İzmir
Aldığı tarih: 30.01.2013
Kabul tarihi: 03.07.2013

bir görüntü veriyordu. Kitle, genel anestezi altında total olarak çıkarıldı. Histopatolojik incelemede patolojinin kist hidatik olduğu belirlendi (Resim 1 ve 2). Geriye yönelik sorgulamada hastanın kırsal kesimde yaşadığı, evde köpek ya da kedi besleme öyküsünün olmadığı, ancak sebze ve meyveleri yıkamadan yeme alışkanlığı olduğu öğrenildi. Postoperatif dönemde diğer organ tutulumlarının olup olmadığını ortaya koymak için akciğer grafisi, karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi çekildi. Ultrasonografide ve tomografide karaciğer sağ lobda 1 cm'lik kalsifikasyon dışında diğer karın içi organlarda tutulum saptanmadı. Karaciğerde saptanan kalsifikasyon, geçirilmiş kist hidatik olarak değerlendirildi. Ayrıca atnalı böbrek saptandı. Her iki akciğer normaldi. Postoperatif dönemde kist hidatik için yapılan serolojik testler de (Hemagglutinasyon testleri) negatifti. Olgunun yaklaşık 4 yıllık izleminde lokal nüks saptanmadı.



Resim 1. Solda deri eklerine ait yapılar izlenirken, sağda kist hidatik için ayırt edici özellikteki asellüler çok sayıda ince laminadan oluşan kutiküler membran izlenmektedir (HEx4).



Resim 2. PAS boyası ile kist hidatiğe ait kutiküler membranın boyanması (PASx10).

Tartışma

Endemik bölgede rapor edilen kist hidatik olgularının yaklaşık % 2.3'ü, yumuşak dokuda yerleşim gösteren kist hidatik olgularıdır ve genellikle diğer solid organların, özellikle de karaciğerin tutulumu ile birlikte (6-8). Ancak, çok ender de olsa primer kutanöz lezyon şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (2,17). Subkutanöz hastalık ya kist hidatiğin cerrahi tedavisi sırasında iatrojenik olarak kist içeriğinin insizyon alanına yayılması ya da visseral kist hidatiğin subkutanöz doku içerisine spontan rüptürü sonucu gelişir (4,13,18). Bazen de dissemine hastalığın bir parçası şeklinde karşımıza çıkar (3,10). Primer subkutanöz kist hidatikler için direkt deriye kontaminasyondan da söz edilmektedir. Ancak, subkutanöz kist hidatiklerin irdelendiği 22 olguluk bir derlemede yazarlar, kist hidatiğin en sık, el yerine gluteus bölgesine yerleştiğini gözlemlemişler ve bu nedenle hastalığın bulaşmasında direkt kontaminasyonun daha az bir olasılık olduğunu belirtmişlerdir (11).

Yumuşak doku kist hidatiği çoğu hastada yavaş büyüyen, ağrısız, ciltaltında yerleşimli, yumuşak, hareketli kitle şeklindedir. Ultrasonografide kalın kist duvarı ve germinatif membran görüntülenebilir. Kalsifikasyonun ve yavru kistlerin görülmesi kist hidatik için spesifiktir (12). Ancak, olgumuzda da olduğu gibi kompleks veya solid görünüm, tümörleri taklit edebilir ve ultrasonografi ile tanı konamayabilir (16). Tüm tetkiklere rağmen, hastalar % 55 oranında preoperatif tanı alamamaktadır (11). Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide kalsifikasyon, daha çok hepatik manifestasyonlar için tipiktir. Sunulan olguda da karaciğerde saptanan kalsifikasyon büyük oranda geçirilmiş kist hidatik ile ilişkilidir. Bu nedenle biz, olgumuzda saptanan yumuşak dokudaki kist hidatiğin sekonder olduğunu düşünüyoruz. American College of Radiology, kemik dokusu ile ilişkisi olmayan yumuşak doku kitlerinin ayırıcı tanısında manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) daha yararlı olduğunu bildirmektedir (15,9). Ancak sunulan olguda kitlenin ciltaltında mobil olması, 5-6 yıllık bir sürece rağmen, boyutlarının 2 cm düzeyinde kalması, ultrasonografide kitle sınırlarının ciltaltında görülmesi nedeniyle benign natürlü olduğu düşünülmüş ve kitleye yönelik daha ayrıntılı radyolojik inceleme yapılmamıştır.

Genel olarak kist hidatik için serolojik testler tanıda

yararlıdır, ancak subkutanöz kist hidatiklerde serolojik testlerin yalnızca % 21 oranında pozitif olduğu bildirilmektedir ⁽¹¹⁾. Bu nedenle subkutanöz kist hidatiğin tanısındaki değeri tartışmalıdır. Sunulan olgunun da serolojisi negatif çıkmıştır.

Yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında abse, sebaceöz kist, lipom, fibrom, hematoma ve sarkomların yanı sıra özellikle endemik bölgelerde kist hidatik de düşünülmalıdır.

Yumuşak doku kist hidatiğinin tedavisi cerrahidir. Cerrahi işlem sırasında kitlenin bütünlüğünün bozulmadan çıkarılmasına özen gösterilmelidir. Birçok olguda cilt altına lokalize kitlelerin total çıkarılması olasıdır. Eğer kitlenin total çıkarılması olası değilse önce kist içi hipertonic saline solüsyonu ile irriga edilerek drenaj yapılmalı ve sonra eksize edilmelidir. Özellikle kitlenin çıkarılması sırasında parçalanması veya ayırıcı tanı amacı ile biyopsi alınması ya da ponksiyon yapılması, hastalığın etraf dokulara yayılmasına ve anafaktik reaksiyona neden olabilir ^(5,14). Eğer kiste ponksiyon yapılmışsa veya cerrahi sırasında etraf dokulara kontaminasyon olmuşsa, ek olarak albendazol tedavisine de başlanmalıdır. Subkutanöz ya da yumuşak doku kist hidatik olgularında kistler genellikle multiloküle olduğu için perkutan tedavi önerilmez ⁽¹¹⁾. Sunulan olguda kitlenin eksizyonu öncesi kist hidatik olasılığı akla gelmemiştir. Operasyonda kitle total olarak çıkarılmış ve operasyon sırasında herhangi bir yayılım söz konusu olmamıştır.

Sonuç olarak, özellikle Echinococcus granulosus'in endemik olduğu bölgelerde yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında kist hidatik de akla gelmelidir. Ultrasonografi ve serolojik testler ile her zaman tanı konulamayabilir. Cerrahi sırasında kitlenin rüptüre olmadan total olarak çıkarılmasına özen gösterilmelidir.

Kaynaklar

1. Abdel-Khaliq RA, Othman Y: Hydatid cyst of pectoralis major muscle. *Acta Chir Scand* 152: 469, 1986 PMID:3766034
2. Baldi A, Rossiello L, Rossiello R, et al: Echinococcal cysts with pulmonary cutaneous localization. *Br J Dermatol* 147: 807, 2002 <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04805.x> PMID:12366437
3. Bhattacharya S, Roy CK, Das S, et al: A case of disseminated hydatidosis. *J Indian Med Assoc* 101:672, 2003 PMID:15198419
4. Bozkurt AK, Yavuz N, Yüceyar L. Subcutaneous hydatidosis due to iatrogenic spreading of cystic fluid during surgery. *J Cardiovasc Surg* 42:849, 2001
5. Büyükünall SNC: Hydatid disease. in Howard ER, Stringer MD, Colombani PM (eds): *Surgery of the liver, bile ducts and pancreas in children*. 2nd edition Arnold, London, 2002, p:355
6. Chevalier X, Rhamouni A, Bretagne S et al. Hydatid cyst of the subcutaneous tissue without other involvement: MR imaging features. *AJR* 163: 645, 1994 <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.163.3.8079861> PMID:8079861
7. Dilege Ş, Aksoy M, Okan İ, et al: Hydatid cystic disease of the soft tissues with pulmonary and hepatic involvement: Report of a case. *Surg Today* 33: 69, 2003 <http://dx.doi.org/10.1007/s005950300014> PMID:12560913
8. Dudkiewicz I, Salai M, Apter S. Hydatid cyst presenting as a soft-tissue thigh mass in a child. *Arch Orthop Trauma Surg* 119: 474, 1999 <http://dx.doi.org/10.1007/s004020050025> PMID:10613244
9. Garcia_Diez AI, Ros Mendoze LH, Villacampa VM, et al: MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. *Eur Radiol* 10: 462, 2000.
10. Gonzalez-Ripoll M, Espino R, Gomez J, et al: Subcutaneous hydatid cyst in multivisceral hydatidosis. *Esp Pediatr* 27: 215, 1987
11. Kayaalp C, Dirican A, Aydın C: Primary subcutaneous hydatid cysts: A review of 22 cases. *Int J Surg* 9: 117, 2011 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.10.009> PMID:21029797
12. Kayaalp C: Hydatid cyst of the liver. in Blumgart LH, Belghiti RJ, DeMatteo RP, et al (eds): *Surgery of liver biliary tract and pancreas*. 4th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier 2007, p: 952 <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4160-3256-4.50073-9>
13. Kismet K, Ozcan AH, Sabuncuoglu MZ, et al: A rare case: spontaneous cutaneous fistula of infected splenic hydatid cyst. *World J Gastroenterol* 12: 2633, 2006 PMID:16688817
14. Lupentin AR, Dash N: Intrahepatic rupture of hydatid cyst: MR findings. *AJR* 151: 491, 1988 <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.151.3.491> PMID:3261507
15. Memiş A, Arkun R, Bilgen İ, et al: Primary soft tissue hydatid disease: report of two cases of two cases with MRI characteristics. *Eur Radiol* 9: 1101, 1999 <http://dx.doi.org/10.1007/s003300050798> PMID:10415242
16. Niron EA, Özer H. Ultrasound appearances of liver hydatid disease. *Br J Radiol* 54: 335, 1981 <http://dx.doi.org/10.1259/0007-1285-54-640-335> PMID:7225721
17. Orhan Z, Kara H, Tüzüner T, et al: Primary subcutaneous cyst hydatid disease in proximal thigh: an unusual localisation: a case report. *BMC Musculoskeletal Disorders* 4: 25, 2003 <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-4-25> PMID:14604436 PMID:PMC281003
18. Parmar H, Nagarajan G, Supe A. Subcutaneous rupture of hepatic hydatid cyst. *Scand J Infect Dis* 33: 870, 2001 <http://dx.doi.org/10.1080/00365540110027286> PMID:11760176

Çocuk Ürolojisi