

Çocuklarda nadir yerleşimli hidatik kistler: İki olgu sunumu

Haluk ÖZTÜRK, Haluk CEYLAN, Turgay SAKARYA, İlhami SÜRER, Salih ÇETİNKURŞUN
GATA ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Hidatik kist özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal alanlarda endemik bir hastalıktır. Karaciğer ve akciğer en sık tutulan organlar iken, daha nadir olan yerleşim yerleri; beyin, böbrek, kemik, göz, dalak ve tükürük bezleridir. Bu makalede, biri kas içerisi diğeri ise skrotum yerleşimi olmak üzere iki nadir yerleşimli hidatik kist olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ekinokokkosis, kas, skrotum

Summary

**Unusual presentation of cyst hydatidosis in children:
Report of two cases**

Hydatid disease is endemic especially in many rural areas and developing countries. Liver and lung are the most commonly afflicted organs, other rare localized sites are brain, kidney, bone, eye, spleen and salivary gland. In this article two rare cases are presented with primary intramuscular and scrotal localization.

Key words: Echinococcosis, muscle, scrotum

Giriş

Hidatik kist (HK) vücuttaki hemen her organda ortaya çıkabilir⁽¹⁾. Karaciğer (KC), HK'nin en sık rastlandığı organdır (% 60), bunu akciğer (AC) (% 30) ve diğer organlar izlemektedir. Hastalık beyin, göz, tükürük bezi, dalak, böbrek, prostat, kemik gibi başka organlarda da ortaya çıkabilmektedir^(1-3,8). HK'nin nadir yerleşim yerlerinden biri de iskelet kasıdır ve bütün HK olgularının % 2-5'inde gözlemlendiği bildirilmektedir^(1,7). HK'nin ilginç ve çok ender bir başka yerleşim yeri de skrotumdur^(4,5). Kliniğimizde tedavisi ve izlemi yapılan kas ve skrotum yerleşimli iki HK olgusu bu makalede sunulmuştur.

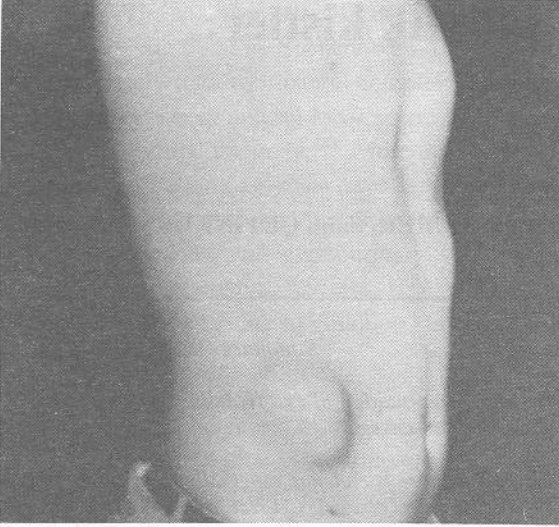
Olgu Sunumu

Olgu 1: H.İ.K. 13 yaşında erkek çocuk. Yaklaşık 10 ay önce sağ bel bölgesinde ortaya çıkan ve giderek büyüyen kitle nedeniyle başvuran olgu kliniğimize yatırıldı. Fizik bakıda; sağ kostolomber bölgede, derinin hemen altında kas içinde bulunan, yaklaşık 6x10x15 cm boyutlarında, orta sertlikte, ağrısız, çevre dokulara yapışıklık gösteren, kısmen hareketli kitle saptandı (Resim 1). Diğer sistem bulguları normaldi. AC grafisi ve rutin kan biyokimyası inceleme-

lerinde patolojik bulgu saptanmadı. Ultrasonografik incelemede, sağ lomber bölgede deri altında, karın ön duvarında kas içi yerleşimli, karın içi ile ilişkisi olmayan, kalın duvarlı, düzgün sınırlı, anekoik, 3x7x10 cm boyutlarında kistik kitle saptandı. Solid organlar normal olarak değerlendirildi. Cerrahi girişim sırasında abdominus oblikus eksternus fascia ve kasına invaze, kalın laminer membranı olan HK saptandı. Kist içi % 15 NaCl ile irrije edilip çevre dokuların içerik ile bulaşmamasına özen gösterildi. Kasdan künt ve keskin diseksiyonla kistin tamamı çıkartıldı. Profilaksi amacıyla üç ay mebendazol (50 mg/kg/gün) tedavisi verildi. Üç yıl süre ile izlemi yapılan olgunun özellikle AC ve KC tutulumu açısından yapılan radyolojik ve serolojik kontrollerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

Olgu 2: E.İ. 2 yaşında erkek çocuk. Bir yıldır sağ hidrosel ön tanısıyla izlenmekte olan olguda, giderek büyüyen yaklaşık 3 cm çapında, gergin, transillüminasyon veren skrotal kitle saptandı. Rutin kan biyokimya incelemeleri ve AC grafisi normal bulunan olgu hidrosel ön tanısıyla operasyona alındı. Eksplorasyonda mevcut kitenin HK olduğu düşünüldü ve patlatılmadan bütünüyle çıkartıldı. Patolojik incelemede kaya suyu ve germinatif membran içeren HK olduğu kesinleşti. Cerrahi girişim sonrasında diğer organlar olası HK varlığı yönünden araştırıldı ve herhangi bir kist saptanmadı. Profilaksi amacıyla üç ay süre ile mebendazol (50 mg/

Adres: Dr. Haluk Öztürk, GATA ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 06018 Etlik-Ankara



Resim 1. Ameliyat öncesi dönemde sağ lomber bölgedeki kitlenin görünümü (Olgu 1).

kg/gün) tedavisi verildi. Olgunun üç yıl süren radyolojik ve serolojik takibinde herhangi bir özellik yoktur.

Tartışma

HK; Avustralya, Yeni Zelanda, Akdeniz, Ortadoğu ve Güney Afrika ülkelerinde yaygın paraziter bir hastalıktır. Kırsal bölgelerde yaşayan insanlarda daha sık rastlanan HK'nın Türkiye'de 1:2000 oranında görüldüğü bildirilmiştir (6). HK etkeni sıklıkla *Echinococcus granulosus*, daha ender olarak da *Echinococcus alveolaris*dir. İnsan ara konakçı durumdadır. Ağızdan alınan embriyon, duodenum mukozasını geçerek portal dolaşıma katılıp KC sinüsoidlerine ulaşır ve burada tutularak hastalık meydana getirir. Parazit, çok ender olarak konakçı hayvanın ısırması veya açık yaranın embriyon ile karşılaşmasıyla doğrudan doğruya insana bulaşabilir (7). Parazitin diğer doku ve organlarda yerleşimi ile ilgili olarak değişik teoriler vardır. Embriyonlar, bir süzgeç gibi davranan KC sinüzoidlerinde tutulmadan (1) veya intestinal damarlarla kaval sistem arasındaki direkt anastomozlar aracılığıyla (Retzius sistemi) ya da lenfatikler ve duktus torasikus boyunca ilerleyerek sistemik dolaşıma geçip diğer vücut organlarına ulaşarak hastalık meydana getirebilir (7).

Kist yalnızca KC veya bir başka organda saptanırsa primer, KC ile birlikte diğer organlarda saptanırsa sekonder HK olarak adlandırılır. HK'nın ender or-

taya çıktığı bir doku da iskelet kasıdır. Kas yerleşimli HK'nın bütün olguların % 2-5'ini oluşturduğu bildirilmiştir. Literatürde yer alan kas yerleşimli HK'lar olgu sunumu şeklindedir ve erişkin yaş grubundadırlar. Bu olgular genellikle kitle lezyonu yakınmasıyla hekime başvurmuşlardır. Büyük damar ve sinir basısı sonucu gelişen semptomlarla tanı alan olgular da bildirilmiştir (7,8). Spesifik olmayan semptomlar nedeniyle yumuşak doku neoplazmları, kistik lenfanjioma, lenfadenit gibi kitle lezyonlarıyla karışabilir.

Kas yerleşimli HK'nın, KC veya AC tutulumu olmaksızın ortaya çıkması enderdir (7). İzole olguların tanısı genellikle cerrahi girişim sırasında konulmaktadır (1,8). Bizim olgumuzda da, ameliyat sonrası yapılan incelemelerde KC ve AC veya başka organlarda HK saptanmadığından primer kas HK'sı olarak değerlendirilmiştir. HK'nın çok ender yerleşim yerlerinden biri de skrotumdur. Literatürde biri erişkin, diğeri çocuk yaş grubunda olan iki skrotal HK olgusu bildirilmiştir (4,5). Bizim olgumuzda da hidrosel ön tanısıyla ameliyata alınmış, gözlemde asıl patolojinin HK olduğu anlaşılmış ve kist yırtılmadan total olarak çıkartılmıştır. KC ve AC dışında alınılmamış bölgelerde yerleşen HK'ların tanısı oldukça güçtür ve çoğunlukla cerrahi girişim sırasında konabilmektedir. Bu nedenle Türkiye gibi hastalığın yaygın görüldüğü ülkelerde, organizmada çeşitli bölgelerde saptanan kistik kitlelerin ayırıcı tanısında HK öncelikle akla getirilmeli, direkt grafiler, ultrasonografik ve serolojik incelemelerle araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Abdel-Khaliq RA, Othman Y: Hydatid cyst of pectoralis major muscle. *Acta Chir Scand* 152:469, 1986
2. Chana HS, Klauss V, Shah A: Orbital hydatid disease in Kenya. *Am J Trop Med Hyg* 35:991, 1986
3. Gürses N, Baysal K, Gürses N: Hydatid cyst in the thyroid and submandibular salivary glands in a child. *Z Kinder Chir* 41:362, 1986
4. Halim A, Vaezadeh K: Hydatid disease of the genitourinary tract. *Br J Urol* 52:75, 1980
5. Kızılcın F, Tanyel FC, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A: Hydatid disease presenting an intrascrotal mass in a child. *The Turkish J Pediatrics* 33:245, 1991.
6. Mutaf O, Arıkan A, Yazıcı M, et al: Pulmonary hydatidiosis in children. *Eur J Pediatr Surg* 4:70, 1992
7. Vietri F, Illuminati G, Palumbo P, Guglielmi R: Recurrent primary hydatidosis of sartorius muscle, case report. *Acta Chir Scand* 154:535, 1988
8. Yörükoğlu Y, Mustafa Z, Dolgun A, et al: Primary muscular hydatid cyst causing arterial insufficiency: Case report and literature review. *Angiology* 44:399, 1993