

Sol Uyluk Proksimalinde İntramuskuler Yerleşimli Dev Kist (Olgu Sunumu) *

Dr. A. Hande YARDIMCI (1), Dr. A. Yüksel BARUT (2), Dr. Emine DAĞISTAN (3)

ÖZET

Muskuloskeletal sistemin primer hidatik kist tutulumu oldukça az olup özellikle tipik radyolojik bulguları içermediğinde tanıda sorun oluşturabilir. Burada primer intramuskuler kist hidatik tanısı alan yaklaşık 1 yıldır sol uyluk proksimalinde ağrısız şişlik öyküsü olan 46 yaşında bayan olgunun radyolojik bulguları sunulmaktadır. Hastalığın endemik olduğu bölgelerde yumuşak doku şişliklerinin ayırıcı tanısına kist hidatik de eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: İntramuskuler hidatik kist, Manyetik rezonans görüntüleme

SUMMARY

A case report: Primary intramuscular hydatid cyst

Hydatid cyst rarely involve the musculoskeletal system and can cause a variety of diagnostic problems, especially in the absence of typical radiologic findings. This is the report of a case of primary intramuscular hydatid cyst in a 46-year-old woman, who presented with a 1-year history of a painless lump in the proksimal left thigh. In regions where hydatidosis is endemic, hydatid cysts should be included in the differential diagnosis of any unusual soft-tissue masses.

Key Words : Intramuscular hydatid cyst, Magnetic resonance imaging

GİRİŞ

Hidatik kist hastalığı Ekinokokkus Granulosus larvaları tarafından oluşturulan bir enfestasyon olup Akdeniz bölgesi, Orta Asya, Doğu Afrika, Avustralya, Yeni Zelanda ve Güney Amerika da sık görülmektedir (1,2,3). Sıklıkla yavaş büyüyen kistik kitle olup olguların yaklaşık %90 ında karaciğer ve akciğer tutulumu görülür (1,4). Böbrekler, beyin, dalak, tiroid, pankreas, kemikler, periton, kas ve yumuşak doku gibi vücudun diğer bölgelerinde tutulum az görülür. Primer yumuşak doku ve kas tutulumu endemik bölgelerde de oldukça azdır, prevalansı yaklaşık %0.5-4.7 arasında değişmektedir (2,3,4,5,6). Kaslar yüksek laktik asit seviyeleri nedeniyle enfestasyon için tercih edilmeyen bölgelerdir. Bu sunumda sol uyluk posteromedialinde ağrısız şişkinlik ve son 1 yıldır buradan akıntı yakınması nedeniyle Kliniğimize gönderilen ve biyopsi ile kist hidatik tanısı alan 46 yaşında bayan olguda ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları kaynak bilgileri eşliğinde sunulmaktadır.

OLGU

US incelemede 5x8x10cm boyutunda, düzgün kenarlı, keskin sınırlı, santralinde hipokoik alan ve içinde çok sayıda ince ekojen septasyonlar içeren anekoik heterojen kistik kitlesel lezyon saptandı (Resim 1). US özelliklerinin spesifik karakter taşımaması nedeniyle ek bulgu amaçlı yapılan kontrastlı MRG incelemede sol proksimal uyluk medialinde grasilis kası lateralinde, adduktor brevis lojundan başlayan ve aşağı doğru intermuskuler fasyal planlar arasında uzanım gösteren, üst sınırında dış doğru genişleyen ek bir oluşum içeren kitlesel lezyon saptandı. Lezyon santralinde T1 ağırlıklı incelemelerde sıvıya benzer hipointens alan (Resim 2), T2 ağırlıklı ve STIR serilerde hipointens olup (Resim 3-4), periferinde kalın bir segmentte hiperintens alan ile çevrelenmekteydi. Kisti çevreleyen ince duvar T1 SE sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı imajlarda 2 tabakadan oluşan bir rim olup iç tabaka hipointens, dış tabaka hiperintens olarak izlendi. Kontrastlı inceleme sonrası periferdeki yumuşak doku ve kistin üst bölümünde belirgin olmak üzere periferden ince rim tarzında kontrast tutulumu saptandı (Resim 5). Serolojik incelemeleri pozitif olan olguya kesin tanı amaçlı yapılan biyopsi sonucu kist hidatik tanısı gelmesi üzerine tedaviye yönelik geniş cerrahi eksizyon ve antihelmintik tedavi uygulandı.

*S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği Asistanı (3) (*26-30 Ekim 2005 26. Ulusal Radyoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.*

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği Uzmanı (1), Şefi (2)

TARTIŞMA

Hidatik kistin kas tutulumu miyokard dışında genel olarak primer hepatik veya pulmoner odağın ikincil yayılımı sonucunda ortaya çıkar. Kaslar yüksek laktik asit seviyeleri ve kasılma yetenekleri nedeniyle enfestasyonun sıklıkla yerleşmediği bölgelerdir. Bu nedenle muskuloskeletal sistemin primer hidatik kist tutulumu oldukça seyrek ve insidansı bölgesel dağılımlara göre % 0.5 ile % 4.7 arasında değişim göstermektedir. Alt ekstremitelerde proksimal kaslarının en sık yerleşim yeri olması, kasların yüksek volümü ve zengin damarsal beslenmesi ile açıklanmaktadır (3). Kist hidatik sıklıkla sırasıyla karaciğer > akciğer > periton > böbrek > kemik > pankreas ve dalak tutulumu yapmaktadır (1,2). Sık izlenen ve karakteristik radyolojik bulguları içeren olgularda tanı kolay olmakla birlikte sık rastlanmayan yerleşimler gösteren yumuşak doku-kas içi kist hidatik olgularında tanı güçlüğüle konulmaktadır ve özellikle enfeksiyon, kanama veya rüptür gibi komplike olgularda solid veya komplike yumuşak doku lezyonu gibi izlenmekte olup tanı oldukça zor konmaktadır ve hastalığın endemik olduğu ülkelerde yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

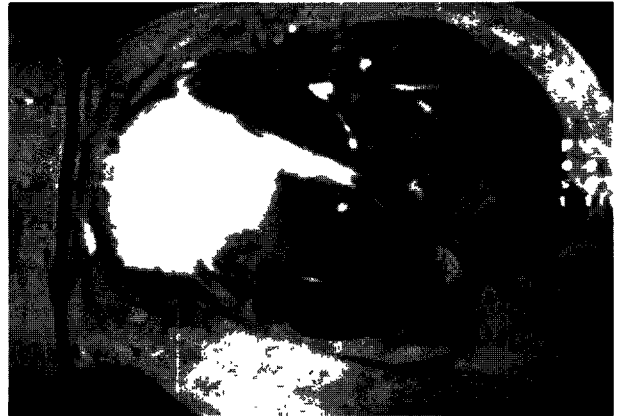
Ana kist içerisinde izlenen multiple kız kistler, iki tabakalı germinatif membran ve iç tabakadaki germinatif membranın kollapsı sonucu oluşan nilüfer çiçeği bulgusu karakteristik radyolojik bulgulardır. İki tabakalı germinatif membranın MRG bulguları tipik olarak iç kısımdaki endo ve ekzokist ile dıştaki üçüncü tabaka olan perikistten oluşur. İç kısımdaki endo ve ekzokist MRG de birbirinden ayrılamaz ve tek bir tabaka olarak görülür. Dıştaki perikist ise MRG de ayrı bir tabaka olarak izlenmekte olup böylece MRG de üç tabakalı kistin karakteristik olan iki tabaklı görüntüsünü oluşturur. Germinatif membran olan iç kısımdaki endo ve ekzokist T2 ağırlıklı MRG de hipointens olup dıştaki üçüncü tabaka olan perikist konağın cevabı olan vasküler tabakadır ve radyolojik olarak T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens olarak görülür. Kontrastsız incelemelerde rim hipointens olarak görülür. Lezyon periferinde izlenen T1 ağırlıklı incelemelerde hipointens, T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens nonhomojen retiküler intensite artışları kontrast tutulumu gösterir ki bu da yumuşak dokudaki allerjik tepkiler veya basıya bağlı ödem sonucu oluşur. MRG de ana kist içerisinde multipl kız kistlere bağlı multikistik karakterde (araba tekerleği, bal peteği veya rozet formasyonu şeklinde) veya iç germinatif membranın kollapsı sonucu karakteristik nilüfer çiçeği şeklinde görülebilir. İnternal kız kistler ana kist ile karşılaştırıldığında hem T1 hem T2 ağırlıklı görüntülerde hipointens olarak izlenmektedir (5). Bizim olgumuzda da kız kist santralde tek bir kist olup periferde



Resim 1: US incelemede olguda 5x8x10 cm boyutunda, düzgün konturlu, keskin kenarlı, içinde çok sayıda ince ekojen septasyonlar içeren multilokule heterojen kistik kitlesel lezyon görülmektedir.



Resim 2: Aksiyel T1 ağırlıklı MRG de santralinde periferde göre rölatif daha hipointens alan içeren kitlesel lezyon görülmektedir



Resim 3: Aksiye T2 ağırlıklı incelemede santrali hipointens olup (kız kist), periferinde kalın bir segmentte hiperintens alan ile çevrelenmekteydi



Resim 4: Koronal STIR ağırlıklı incelemede santral hipointens olup (kız kist), periferinde kalın bir segmentte hiperintens alan ile çevrenmekteydi

göre T1 ve T2 ağırlıklı incelemelerde rölatif olarak hipointens izlenmekteydi. Bununla birlikte klasik multilokule kistik kitle veya nilüfer çiçeği bulgusunun tanı koydurucu olarak izlenmemesi nedeniyle kendi olgumuzda tanı radyolojik olarak konulamamıştır. Geriye dönük değerlendirmede MRG de T2 ağırlıklı incelemelerde periferde izlenen hiperintens kistik alan içerisindeki kiste göre göreceli olarak izlenen tek bir hipointens alanın ana kist içerisinde izlenen kız kist olduğu ve bunun tipik araba tekerleği, bal peteği veya rozet yapısında olduğu gibi çok değil tek olmasından dolayı tanıda zorluk yaşandığı düşünüldü. Ayrıca T1 ve T2 ağırlıklı incelemelerde hipointens izlenen iç germinatif tabaka ve T2 ağırlıklı incelemede hiperintens izlenen dış perikist tabakasının kist hidatik için tipik olduğu saptandı. Kontrastlı incelemelerde lezyon çevresinde kontrast tutulumunda geriye dönük değerlendirmede kist hidatik için anlamlı bulundu ve özgün MRG bulguları ile uyumluuydu.



Resim 5: Koronal kontrastlı T1 inceleme sonrası üst bölümde belirgin olmak üzere periferden (perikist) ince rim tarzında kontrast tutulumu izlenmektedir

Ayırıcı tanıda ayrıca kist hidatik yanında benzer görüntüleme özellikleri nedeniyle yumuşak doku abseleri, koksoidomikozis veya kedi tırmığı hastalığında izlenen epitroklear lenfadenopati bulunur (6).

İlaçla tedavi ile yeterli başarı sağlanamayan olgularda cerrahi tedavi önerilmektedir. Ameliyat öncesi tanısını koymak için yapılan MRG preoperatif tedavi ve cerrahi planlamada iatrojenik prosedürler sonucu kist rüptürüne bağlı anafilaktik şok ve disseminasyon gibi oluşacak komplikasyonların önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bizim olgumuzda cerrahi öncesi kesin tanı amaçlı iğne aspirasyon biyopsisi yapılmış olmakla birlikte şans eseri herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Dolayısıyla hastalığın endemik olduğu bölgelerde ayırıcı tanıda düşünmek olası biyopsi komplikasyonlarını önlemek açısından da önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- **Garcia -Diez AI, Ros Mendoza LH, Villacampa VM, Cozar M, Fuertes MI.** MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. *Eur Radiol* 2000;10:462-66.
- 2- **Guthrie JA, Lawton JO, Chalmers AG.** Case report :The MR appearances of primary intramuscular hydatid disease. *Clin Radiol* 1996;51:377-79.
- 3- **Tatari H, Baran O, Sanlidag T, Gore O, Ak D, Manisalı M, Havitcioğlu H.** Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:93-4.
- 4- **Bayram M, Sırıkçı A.** Hydatid cyst located intermuscular area of the forearm :MR imaging findings. *Eur J Radiol* 2000;36:130-32.
- 5- **Comert R. B, Aydingöz U, Ucaner A, Arıkan M.** Water-lily sign on MR imaging of primary intramuscular hydatidosis of sartorius muscle. *Skeletal Radiol* 2003;32:420-23.
- 6- **Tacal T, Altınok D, Yıldız Y. T, Altınok G.** Coexistence of intramuscular hydatid cyst and tapeworm. *AJR* 2000;174:575-76.