

KEMİK KİST HİDATİK HASTALIĞI

23. BÖLÜM

Selçuk YILMAZ¹

Giriş

İnsan kist hidatik hastalığının sadece %0,5 ila %2,5'ini oluşturan kemiğin kist hidatiği, bu enfeksiyonun en şiddetli formlarından birini temsil eder ^(1,2). İskelet tutulumu genellikle karaciğer ve akciğer kaynaklı primer kist hidatik hastalığının yayılması ile olur. Literatürde vertebra, femur, tibia ve pelvis tutulumu olan vakalar bildirilmiştir. Kemik kist hidatiklerinin yaklaşık %60'ı omurga ve pelvisi, %28 uzun kemikleri, %8'i kaburga ve skapula'yı etkiler ⁽³⁾. İskelet tutulumu olan hastalarda genelde görülen semptomlar siyatalji, kalça ve kasık ağrısıdır.

Kemiğin kist hidatik hastalığı genellikle uzun süre asemptomatiktir, bu nedenle radyolojik lezyonların belirginleştiği, genellikle ileri bir aşamada tespit edilir. Bu kemik lezyonları özellikle en sık görülen spinal ve pelvik lokalizasyonlarında şiddetlidir.

Kemik kist hidatiklerinin davranışı lokal malign lezyonlara benzer. Bu durum, ekinokok enfeksiyonu için şüphe duyulmadığı durumlarda, kemikteki kist hidatik hastalık bulgularının diğer iskelet patolojilerinininkilere benzemesinin yanlış yorumlamaya, yanlış tanılamaya ve dolayısıyla yanlış tedaviye yol açabileceğini göstermektedir.

Tedavi onkolojik cerrahi prosedürlere benzer şekilde geniş eksizeyona dayanmaktadır. Özellikle cerrahi olarak ulaşılması zor anatomik bölgelerde rekürrens vakalar sık görülmektedir ⁽⁴⁾.

Kemik kist hidatik hastalığının en sık görülen formu olan vertebra lokalizasyonu, anatomik yapılarının, klinik ve tedavi özelliklerinin farklı olması sebebiyle kitabımızda ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır.

Patoloji

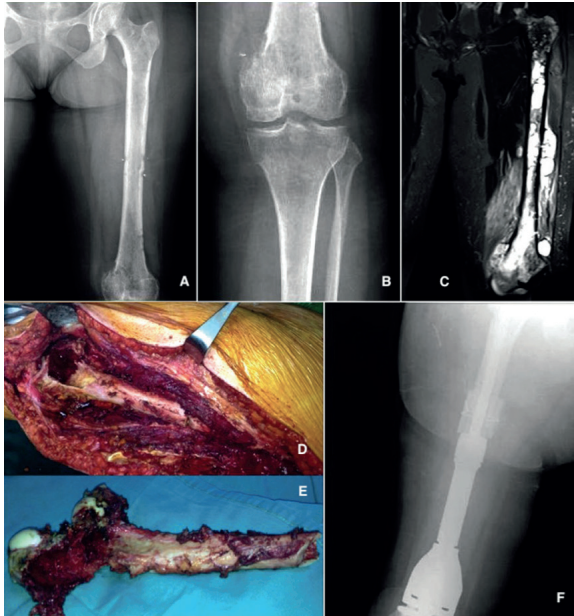
Primer kist hidatik hastalığı, kan yoluyla ulaşan bir skoleks, kemiğe yerleştiğinde ortaya çıkar. Kemik tutulumunda perikist formasyonu meydana gelmez, böylece özellikle kemik kanalları boyunca düzensiz bir dallanma biçiminde agresif proliferasyon oluşur. Parazit, çoklu veziküllerin yavaş büyümesi nedeniyle trabeküller arasındaki kemik dokusunu değiştirir. Zamanla parazit, hastalığın çevre dokulara yayılmasıyla kortekse ulaşır ve tahrip eder. Bası semptomları ile klinik bulgular verir. Ekstraosseöz kistler kalsifiye olabilirken, intraosseöz kistler nadiren kalsifikasyon gösterir ⁽⁵⁾.

¹ Uzman Doktor, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, dryilmazselcuk@gmail.com

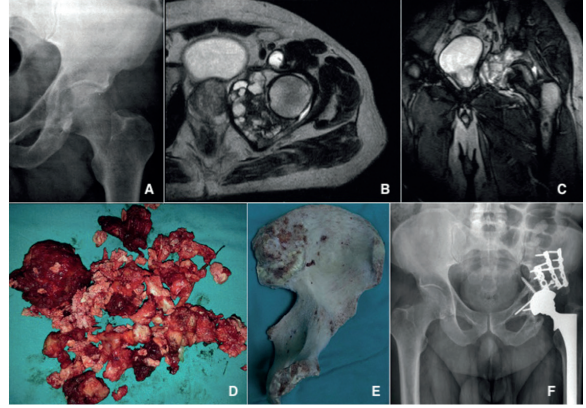
hastalığında kemik yıkım alanının tanımlanmasında daha değerlidir. Manyetik rezonans görüntüleme ise, yumuşak dokular ve kemikler içindeki kist hidatik hastalığının ekstraosseöz yayılımının tanınmasında kullanılır.

Kemik kist hidatik hastalığının tedavi sonuçları sadece tam ve geniş eksizyonun mümkün olduğu yerlerde tatmin edicidir. Radikal cerrahinin neredeyse imkansız olduğu pelvis ve kalçada, sonuçlar hayal kırıklığı yaratabilir.

Endemik bölgelerde yaşayan popülasyonlarda iskelet sisteminde karşılaşılan herhangi bir kistik lezyonda kemik kist hidatik hastalığının ayırıcı tanısının göz önünde bulundurulması gerektiği açıktır. Hastalık teşhisi zor, eradikasyonu zor, nüks vakaların fazla olması, morbidite ve mortalitenin yüksek ve prognozun kötü olması sebebiyle en iyi tedavi endemik bölgelerde hastalığın aktif bir şekilde önlenmesine yönelik çalışmalardır.



Resim 1. 8 aydır sol uyluk ağrısı şikayeti ile başvuran 45 yaşında bir kadın olgu örneği. (A, B) Kronik femurun kortikal erozyonlar gösteren röntgen filmleri. (C) T2-ağırlıklı MRG (kontrastlı çoklu (periferik ve septal) intra ve ekstra medüller kistik lezyonları gösteren, vastus intermedius kasına uzanan ve kortikal yıkıma neden olan koronal görünüm. (D, E) Debridman yapıldı ve (F) distal femur rezeksiyon protezi takıldı. "Tograll ve ark. izniyle"(28)



Resim 2. Sol kalça ağrısı ile başvuran 45 yaşında erkek hasta için olgu örneği (A) sol iliak kemiğin radyoaktifliğini gösteren pelvisin röntgen filmi. (B) T2 ağırlıklı aksiyel ve (C) koronal MRG, T2 ağırlıklı aksiyel ve koronal görünümünde sol iliak kanatta çoklu kistik lezyonlar göstermektedir. (D, E) Hemipelvektomi ve kist eksizyonu yapıldı. (F) Sol kalça ekleminin total artroplastisini gösteren postoperatif radyografi. "Tograll ve ark. izniyle"(28)

Kaynaklar

1. Chevalier X, Rhamouni A, Bretagne S, Martigny J, Larget- Piet B. Hydatid cyst of the subcutaneous tissue without other involvement: MR imaging features. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 163:645.
2. Abbassioun K, Amirjamshidi A. Diagnosis and management of hydatid cyst of the central nervous system: Part 2: Hydatid cysts of the skull, orbit, and spine. *Neuro Quart* 2001; 11:106.
3. Yıldız Y, Bayrakci K, Altay M, Sağlık Y. The use of polymethylmethacrylate in the management of hydatid disease of bone. *J Bone Joint Surg Br* 2001 Sep; 83(7):1005–8
4. Papanikolaou A. Osseous hydatid disease. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 2008. Mar; 102(3): 233-238
5. Lewall DB. Hydatid disease: biology, pathology, imaging and classification. *Clin Radiol* 1998;53:863–74.
6. Lombard P.: Les échinococcoses osseuses. In *Traité de Chirurgie Orthopédique*, Ombredanne, L., Mathieu, P., editors, Paris, Masson, 1937, pp. 262–273
7. Booz, M.K.: The management of hydatid disease of bone and joint. *J. Bone Joint Surg. Br.* 54:698, 1972
8. Hooper J, McLean I. Hydatid disease of the femur: report of a case. *J Bone Joint Surg Am* 1977 Oct; 59(7):974–6.
9. Ozkan H, Dogramaci Y, Kose O, Esen E, Erdem H, Komurcu M. Primary hydatid disease of the humerus. *Ann Acad Med Singapore.* 2008 May; 37(5):440-1.

10. Jellali MA, Zrig M, Zrig A, Mnif H, Hmida B, Abid A, Golli M. Pathological humeral fracture revealing bone hydatid cyst. *Med Mal Infect.* 2011 Mar; 41(3):164-6.]
11. Ouadnoui Y, Bouchikh M, Achir A, Smahi M, Msougar Y, Lakranbi M, Alaziz AS, Benosman A. Hydatid disease of the ribs. *Rev Mal Respir.* 2011 Mar; 28(3):306-11. doi: 10.1016/j.rmr.2011.02.003
12. Agarwal, S., Shah, A., Mohammed Kadhi, S.K., Rooney, R.J.: Hydatid bone disease of the pelvis: a report of two cases and review of the literature. *Clin. Orthop.* 280:251, 1992
13. Siwach R, Singh R, Kadian VK, Singh Z, Jain M, Madan H, Singh S. Extensive hydatidosis of the femur and pelvis with pathological fracture: a case report. *Int J Infect Dis.* 2009 Nov; 13(6):e480-2.
14. Ait Benkaddour Y, Mansouri MZ, Rabbani K, Jallal H, Aboufalh A, Abbassi H. Primary pelvic hydatid cyst an unusual cause of cystic adnexal image (mass). *Afr J Reprod Health.* 2011 Jun; 15(2):165-8. Erratum in: *Afr J Reprod Health.* 2013 Mar; 17(1):174. *Afr J Reprod Health.* 2013 Mar; 17(1):174.
15. de Lavaissiere M, Voronca C, Ranz I, Pirame M, Hounieu H, Carreiro M. Pelvic hydatid cyst: differential diagnosis with a bacterial abscess with cutaneous fistula. *Bull Soc Pathol Exot.* 2012 Oct; 105(4):256-8. doi: 10.1007/s13149-011-0196-7.
16. Limaïem F, Bellil S, Bellil K, Chelly I, Mekni A, Kallel J, Haouet S, Zitouna M, Kchir N. Hydatid cyst of the cranial vault. *J Infect Dev Ctries.* 2009 Dec 15; 3(10):807-10
17. Papanikolaou A, Antoniou N, Pavlakis D, Garas G. Hydatid disease of the tarsal bones. A case report. *J Foot Ankle Surg.* 2005 Sep-Oct; 44(5):396-400
18. Bulut M, Tosun HB, Simsek BC, Karakurt L.J Primary hydatid cyst of the scaphoid: case report. *Hand Surg Am.* 2012 May; 37(5):1051-3. doi: 10.1016/j.jhsa.2012.02.024.
19. Lone YA, Mumtaz I, Mushtaq E, Sarmast AH, Kachroo MY. Recurrent primary hydatid disease of the tibia. *West Indian Med J.* 2013 Dec; 62(9):866-8. doi: 10.7727/wimj.2012.185
20. Banerjee S, Sabui KK, Mondal J, Nath C, Pal DK. Composite treatment for primary long-bone hydatidosis. *Orthopedics.* 2012 Dec; 35(12):e1826-31. doi: 10.3928/01477447-20121120-34.
21. 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 Oct; 22(7):511-4
22. Aybatlı A, Kaplan PB, Yüce MA, et al. Huge solitary primary pelvic hydatid cyst presenting as an ovary in malignancy: Case report *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2009;10:181-3
23. Turgut AT, Turgut M. Intradural extramedullary primary hydatid cyst of the spine in a child: A very rare presentation. *Eur Spine J.* 2009; 18:1234-5.
24. Doganay S, Kantarci M. Role of conventional and diffusion weighted magnetic resonance imaging of spinal treatment protocol for hydatid disease. *J Spinal Cord Med.* 2009; 32:574-7.
25. Sümer A, Çağlayan K, Çelik A, et al. Primer intraperitoneyal pelvik kist hidatik rüptürü: Olgu sunumu *Bakırköy Tıp Dergisi* 2012 ;7:35-8
26. Karray, S., Zlitni, M., Fowles, J.V., Zouari, O., Slimane, N., Kassab, M.T., Rosset, P.: Vertebral hydatosis and paraplegia. *J. Bone Joint Surg. Br.* 72:84, 1990
27. Mestiri, M., Karouia, B., Khelifi, S., Kooli, M., Zlitni, M.: Echinococcosis osseuse: diagnostic. *Tunis. Chir. Special issue:*33, 1997
28. Togral G, Arkan S, Ekiz T, Kecek A, Eksioğlu M 2016. Musculoskeletal hydatid cysts resembling tumors: a report of five cases. *Orthop Surg* 8: 246-252
29. Khazim RM. Spinal hydatid disease. *South Med J.* 2006; 99:114
30. Sharma NK, Chitkara N, Bakshi N, Gupta P. Primary spinal extradural hydatid cyst. *Neurol India.* 2003; 51:89-90
31. Chaudhary K, Bapat M, Badve S. Paraplegia due to recurrent multiple hydatid cyst of the spine: A case report. *Indian J Orthop.* 2008; 42:222-4