

# YUMUŞAK DOKUDA KİST HİDATİK

## 26. BÖLÜM

Figen ASLAN<sup>1</sup>

### Giriş

Kist hidatik, en sık karaciğer ve akciğerde yerleşmekle birlikte ender de olsa bazen sistemik dolaşıma girerek vücudun her bölgesinde görülebilmektedir <sup>(1,2,3)</sup>. Yumuşak doku da parazitin oldukça ender görüldüğü yerlerden biridir (%0.5-4.7) <sup>(3)</sup>. Boyun ve proksimal ekstremite kasları başlıca görüldüğü yumuşak dokulardır <sup>(4)</sup>. Proksimal kaslarda daha fazla görülmesinin nedeni kanlanmanın önemi ile açıklanabilir <sup>(5)</sup>.

### Patogenez

Yumuşak dokuda görülen kist hidatik genellikle karaciğer veya akciğer gibi diğer visseral organların tutulumu ile birliktelik gösterir. Diğer visseral organlarla ilişkili olmayan yumuşak doku kist hidatiği son derece nadirdir ve literatürde sadece olgu sunumları şeklinde gösterilmiştir <sup>(6,7,8,3)</sup>. Yüzde malar bölgede, ayakta, uylukta, avuç içinde ve baldır bölgesi gibi lokalizasyonlarda son derece ender görülen primer subkutan kist hidatik olguları bildirilmiştir <sup>(8,3,9,10)</sup>. Hastalığın cerrahi tedavisi esnasında kist içeriğinin iyatrojenik yayılması insizyon bölgesinde sekonder subkutan kist hidatiklere neden olabilir. Ya da bir visseral kist hidatiğin subkutan dokuya spontan rüptürü sekonder subkutan kist hidatiklerle sonuçlanabilir. Primer subkutan kist hidatiğin patogenezini net

olmamakla beraber iki potansiyel mekanizma sorumlu tutulmaktadır: (1) Hasarlı deriden doğrudan subkutanöz kontaminasyon veya (2) Ağız yoluyla alınan yumurtaların karaciğer ve akciğerden sonra doğrudan subkutan kolonizasyonu. Kayaalp ve ark.'ın 22 olgu ile yaptıkları derlemede; hastalığın el yerleşimi (%4.5), uyluk ve gluteal bölgeden (%36) daha az görülmüştür. Bu durum, yutulduktan sonra parazitin dolaşımdaki deri altı kolonizasyonunun doğrudan temas teorisinden daha güvenilir bir mekanizma olduğunu düşündürmektedir <sup>(11)</sup>.

Primer yumuşak doku kist hidatiğinin oldukça ender olarak rastlanmasının nedeni hepatik ve pulmoner bariyerlerin filtrasyon etkisine bağlanabilir. Bununla birlikte kas tutulumundaki bu enderliğin nedeni kastaki yüksek laktik asit seviyesinin ve kas kontraksiyonunun yüksek oksijen konsantrasyonuna ihtiyaç duyan larvaların gelişmesine olanak vermemesi ile açıklanabilir <sup>(1,12,13,14)</sup>. İntramusküler kist hidatik, nispeten kasılmanın azlığı ve daha fazla vaskülarizasyon nedeniyle gövde, boyun ve bacaklarda daha fazla gelişmeye eğilimlidir <sup>(13)</sup>.

### Klinik Özellikler

Hastalık, tüm anatomik lokalizasyonlarda olduğu gibi yumuşak dokuda da kadınlarda erkeklere

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, fgenaslan@gmail.com

İnce iğne aspirasyon biyopsi, yüzeysel yerleşimli kitlesel lezyonların tanısında önemli ve yaygın olarak kullanılan biyopsi yöntemlerinden biridir. Ancak kist hidatiğin aspirasyonu sırasında kist içeriğinin sızması ile ciddi allerjik reaksiyon ve anaflaktik şok gibi önemli komplikasyonlar nedeniyle preoperatif tanı yöntemi olarak tercih edilmemektedir. Bununla birlikte, ince kalibreli bir iğne kullanılarak yapılan aspirasyon sonrasında komplikasyon olmadığını savunan bazı çalışmalar da bulunmaktadır <sup>(6)</sup>. Diğer taraftan kist hidatik için yapılan cerrahi operasyonda da dökülmeye bağlı anaflaksi veya nüks riski bulunduğundan ameliyat öncesi doğru tanının konulmuş olması operasyon sırasında daha bilinçli ve dikkatli yaklaşımı mümkün kılmaktadır. Kayaalp ve ark.'ın yaptıkları derlemede; subkutan kist hidatik için preoperatif kesin tanının hastaların sadece % 45'inde olmasına rağmen, hastaların hiçbirinde anafilaksi veya nüks gibi erken veya geç komplikasyon görülmemiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak ameliyat öncesi kesin tanının her zaman gerekli olmadığı savunulmuştur <sup>(11)</sup>.

### Tedavi Yöntemleri

Yumuşak dokuda kist hidatik saptandığı takdirde öncelikle diğer organlarda tutulum olup olmadığı araştırılmalıdır <sup>(22)</sup>. Yumuşak doku kist hidatiğinin başlıca tedavisi kistin total eksizyonudur. Ancak kist rüptürü ve içeriğinin dökülerek yayılması gibi komplikasyonlar konusunda bilinçli ve çok dikkatli olunması gereklidir. Tedavi yöntemleri kistin büyüklüğüne, anatomik bölgesine, önemli anatomik yapılarla ilişkisine, cerrahın deneyimine bağlı olarak değişebilir <sup>(14)</sup>. Cerrahi tedavinin mümkün olamayacağı durumlarda tıbbi tedavi veya perkütan aspirasyon-enjeksiyon reaspirasyon (PAIR) alternatif tedavi seçenekleridir. Literatürde yumuşak dokudaki büyük kistlerin perkütan tedavisi ile ilgili bazı çalışmalar bulunmaktadır. Men ve ark.'ın karın bölgesinde büyük kistleri olan 15 olguyu perkütan yolla tedavi ettikleri bir çalışmada, 36-72 ay gibi uzun süreli takipte herhangi bir nüksün olmadığı görüldü <sup>(23)</sup>. PAIR ile perkütan olarak kist içeriği aspire edilir ve hipertonic sa-

lin, klorheksidin çözeltisi, povidon iyot çözeltisi, düşük konsantrasyonda etanol veya formaldehit çözeltisi gibi skolisidal ajanlar enjekte edildikten sonra tekrar aspire edilir. Ameliyat edilemeyen hastaların tedavisinde Albendazol veya mebendazol ile yapılan antihelmintik tedavide yaklaşık %30-40 başarı şansı bulunmaktadır. Genellikle kisti sterilize etmek, dökülme ile birlikte yayılma ve allerjik reaksiyon olasılığını azaltmak için veya bir kistin rüptürsüz tamamen çıkarılması öngörülemezse ameliyattan önce antihelmintiklerin kullanılması önerilmektedir <sup>(13)</sup>. Ayrıca antihelmintik ilaçların, nüks oranlarını azaltmak amacıyla da ameliyattan sonra kullanılması tavsiye edilmektedir. Ameliyattan sonra kullanılacak antihelmintik ilaçların tedavi süresi genellikle 2-3 ay arasında değişmektedir <sup>(13,14)</sup>. Ameliyattan sonra da nüks ve diğer organ tutulumları için uzun süreli takip yapılmalıdır <sup>(14)</sup>.

### Sonuç

Yumuşak dokuda kist hidatik öncelikle karaciğer ve akciğer olmak üzere internal organ tutulumlarına eşlik ederek veya daha az primer olmak üzere oldukça ender görülen bir hastalıktır. Tanı, operasyon esnasında veya görüntüleme yöntemleri, serolojik testler ve patolojik inceleme ile konur. Tedavi öncelikle kistin total eksizyonu ile yapılmakla birlikte cerrahi tedavinin mümkün olamayacağı durumlarda medikal tedavi veya PAIR alternatif tedavi seçeneği olarak uygulanabilir. Operasyon sırasında kistin rüptürü ve kist sıvısının çevreye yayılması yanında allerjik reaksiyon ve hatta anafilaktik şok gibi ciddi komplikasyonlar gelişebileceğinden ülkemiz gibi endemik bölgelerde yumuşak dokudaki kistik kitlelere yaklaşımda kist hidatik de akılda tutulmalıdır.

### Kaynaklar

1. Jarbou S, Hlel A, Daghfous A, et al. Unusual location of primary hydatid cyst: soft tissue mass in the supraclavicular region of the neck. *Case Rep Med.* 2012.
2. Salamone G, Licari L, Randisi B, et al. Uncommon localizations of hydatid cyst. Review of the literature. *G Chir.* 2016;37(4):180.

3. Ewnt B. Hydatid cyst of the foot: a case report. *J Med Case Rep.* 2020;14:6.
4. Derqaoui S, Irahim M, EL Ouazzani H, et al. Primary Hydatid Cyst of Soft Tissues: Description of 6 Cases. *J Cytol Histol.* 2019;10:4.
5. Lazrek O, Sabri EM, Bassir RA. Hydatid Cyst of Limb Soft Tissues (11 Cases). *J Infect Dis Ther.* 2019;7:1.
6. Gupta R, Mathur SR, Agarwala S, et al. Primary soft tissue hydatidosis: aspiration cytological diagnosis in two cases. *Diagn Cytopathol.* 2008;36(12):884-886.
7. Guraya SY, Alzobydi AH, Guraya SS. Primary extrahepatic hydatid cyst of the soft tissue: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2012;6(1); 404.
8. Öztürk S, Devec M, Yıldırım S. Hydatid cyst in the soft tissue of the face without any primary. *Ann. Plast. Surg.* 2001;46(2):170-173.
9. Toker S, Kılınçoğlu V, Güven M, et al. Uyluk addüktör bölgesinde MRG ile lipom olarak tanımlanan birincil kist hidatik olgusu ve tedavisi. *Göztepe Tıp Dergisi.* 2008;23(3):103-105.
10. Dirican A, Unal B, Kayaalp C, et al. Subcutaneous hydatid cysts occurring in the palm and the thigh: two case reports. *J Med Case Rep.* 2008;2(1):273.
11. Kayaalp C, Dirican A, Aydın C. Primary subcutaneous hydatid cysts: a review of 22 cases. *Int J Surg.* 2011;9(2):117-121.
12. Yucesoy C, Ozturk E, Hekimoglu B. Radiologic findings and percutaneous treatment of a rare giant soft tissue hydatid cyst. *JBR-BTR.* 2013;96(5): 286-289.
13. Tekin R, Avci A, Tekin R, et al. Hydatid cysts in muscles: clinical manifestations, diagnosis, and management of this atypical presentation. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2015;48(5):594-598.
14. Mohammed AA, Arif SH. (2019). Hydatid cyst of the calf presenting as painless mass: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;60: 273-275.
15. Sener E, Kurt A. Hydatid cyst disease in children. *Ann Med Res* 2020;27(4):1103-1108.
16. Celik A, Turanli M, Kutun S, et al. Unusual location of hydatid cyst: soft tissue mass in the neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006;263(12):1147-1150.
17. Ates M, Karakaplan M. Hydatid cyst in the biceps and gluteus muscles: case report. *Surg Infect.* 2007;8(4):475-478.
18. Aslan MH, Kurt A, Vural MK. Kistik Ekinokokkozis Ön Tanılı Hastaların İndirekt Hemaglütinasyon (İHA) Test Sonuçlarının Araştırılması. *Van Tıp Derg.* 2019;26(2): 158-161.
19. Achraf B, Redouane EG, Hatim A. Hydatid cyst of soft parts. *Int Phys Med Rehab J.* 2019;4(6):293-296.
20. Shanker SU, Sreenivas US, Swathanthra N. A rare location of primary extrahepatic hydatid cyst in the soft tissue. *Int Surg J.* 2020;7(6): 2012-2015.
21. Goldenitsch E, Machacek F, Ritschl P. An Uncommon Cause of Soft Tissue Mass of the Extremities, Report of 2 Cases and Review of Literature of Cystic Echinococcosis. *Prim Health Care.* 2016;6(225):2167-1079.
22. García-Alvarez F, Torcal J, Salinas JC, et al. Musculoskeletal hydatid disease: a report of 13 cases. *Acta Orthop Scand.* 2002;73(2):227-231.
23. Men S, Yücesoy C, Edgüer TR, et al. Percutaneous treatment of giant abdominal hydatid cysts: long-term results. *Surg Endosc.* 2006;20(10):1600-1606.