



Isolated Hydatid Cyst of Ankle: A Case Report

İzole Ayak Bileği Kist Hidatiği: Olgu Sunumu

İzole Ayak Bileği Kist Hidatiği / Isolated Hydatid Cyst Of Ankle

Tuna Demirdal, Pınar Şen, Salih Atakan Nemli
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Bu olgu sunumu, 5.EKMUD Platformu'nda 1-4 Nisan 2015 tarihinde Çeşme/İzmir'de poster olarak sunulmuştur.

Özet

Hidatik kist çoğunlukla Echinococcus granulosus'un neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. En sık karaciğerde, ikinci sıklıkla akciğerlerde görülmektedir. İzole yumuşak doku yerleşimli kist hidatik olguları oldukça nadir görülmekte olup endemic bölgelerde tüm hidatik kistli olguların %2,3'ünü oluşturmaktadır. Medikal tedavi %30-40 olguda başarıya ulaşmaktadır. Tedavide ilk tercih özellikle atipik yerleşimli hidatik kist olgularında cerrahi yaklaşımdır. Literatürde nadir olarak görülen ayak bileği kist hidatik olgumuzu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler

Hidatik Kist; Ekinokok; Yumuşak Doku; Ayak Bileği

Abstract

Hydatid cyst is a zoonotic infection usually caused by Echinococcus granulosus. Hydatid cysts are most often localized in the liver and lungs. Isolated cases of hydatid cyst in soft tissue is very rare. The incidence of isolated soft tissue hydatid cyst is 2.3% in endemic areas. Medical treatment is successful in 30-40% of cases. The first choice of treatment is surgery, especially in atypical localization of hydatid cyst. We aimed to present our patient with ankle hydatid cyst, a rare case in the literature.

Keywords

Hydatid Cyst; Echinococcus; Soft Tissue; Ankle

DOI: 10.4328/JCAM.3496

Received: 10.04.2015 Accepted: 04.05.2015 Printed: 01.02.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 1): 101-3

Corresponding Author: Pınar Şen, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 35360 İzmir, Türkiye.

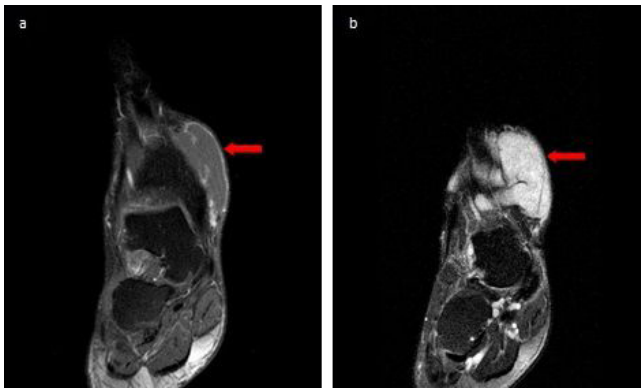
GSM: +905058946042 F.: +90 2322431530 E-Mail: pinarozdemirsen@gmail.com

Giriş

Hidatik kist çoğunlukla *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. Kesin konak köpek, kurt; ara konaklar ise koyun, sığır gibi otçul hayvanlar olmakla birlikte insan tesadüfen ara konak olmaktadır. Bulaş parazit yumurtaları ile enfekte yiyeceklerin oral yolla alınmasıyla oluşmaktadır. Parazit, duodenum mukozasını geçerek portal dolaşıma katılır, ilk olarak karaciğere uğrar. Karaciğeri geçebilen yumurtalar pulmoner arterler yoluyla akciğerlere yerleşir. Bu nedenle kist hidatik en sık karaciğerde (%50-80), ikinci sıklıkla akciğerlerde (%15-47) görülmektedir [1]. Karaciğer ve akciğer tutulumu tüm hidatik kistlerin yaklaşık %90'ını oluşturmakta ancak pulmoner dolaşımı da geçebilen yumurtalar tüm dokularda enfeksiyona neden olabilmektedir [2,3]. Yumuşak dokuyu da içeren kas-iskelet sistemi yerleşimli kist hidatik olguları oldukça nadir görülmekte olup tüm hidatik kistli olguların %1,5-4'ünü oluşturmaktadır; izole yumuşak doku tutulumu ise endemik bölgelerde tüm olguların %2,3'ünü oluşturmaktadır [3,4]. Bu yazımızda oldukça nadir rastlanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Sağ ayak bileğinde üç yıldır ağrısız şişlik şikâyeti olan, hipertansiyon dışında ek hastalığı bulunmayan 64 yaşındaki erkek hasta polikliniğe başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ ayak bileği medialinde 5 cm çapında ağrısız, ısı artışı ve akıntı bulunmayan, sınırları belirsiz, sert kıvamda kitle saptandı. Anamnezinde bir özellik bulunmayan hastanın laboratuvar sonuçlarında patolojik bulguya rastlanmadı. Sağ ayak yüzeysel doku ultrasonografisinde 3 cm çapında solid kitle, manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) ise ekstansör hallucis longus tendonunun çevresinde cilt altında içinde septasyon içeren 2,5 cm çapında kistik kitle tespit edildi (Resim 1). Eksize edilen kitlenin patolojik incelemesinde, kist hidatik-kütiküler membranı saptandı. Kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi 1/320 pozitif idi. Akciğer tomografisi ve batin ultrasonografisi yapılan hastanın, akciğer ve karaciğerinde kist hidatik ile uyumlu bulgu saptanmadı. Tedavide post-operatif dönemde albendazol 2x400 mg po/gün iki ay süre ile verildi, poliklinik takiplerinde soruna rastlanmadı.



Resim 1. Sağ ayak bileği ekstansör hallucis longus tendonunun çevresinde cilt altında içinde septasyon içeren 2,5 cm çapında kistik kitle; a: T1 ağırlıklı kesit, b: T2 ağırlıklı kesit

Tartışma

Hidatik kist, hayvancılıkla uğraşan ülkelerde endemik olarak görülmektedir. Avusturalya, Orta Doğu, Afrika, Hindistan, Güney Amerika, Türkiye ve Avrupa'nın güneyinde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir [2,5]. Subkutan yerleşimli kist

hidatik olguları, karaciğer kist hidatidğine benzer yaş ve cinsiyet dağılımı göstermektedir [3].

Atipik yerleşimli hidatik kist olgularında klinik genellikle sessizdir; ancak büyüme, baskı bulguları yaratması ya da sekonder enfeksiyon, rüptür, alerjik reaksiyon gibi komplikasyonlar gelişmesi durumunda semptomatik hale gelebilir [3,5]. Bu olguda kist komplike hale gelmediğinden gittikçe büyüyen ağrısız kitle dışında yakınması yoktu.

Yumuşak doku kitlesinin tümöral oluşum ya da hidatik kist olup olmadığının ayırımı fizik muayene ile mümkün değildir. Yumuşak doku kitlesi saptandığında ayırıcı tanıda abse, lipom, tüberküloz absesi, anevrizma, sarkom, kronik hematoma, sinoviyal kist düşünülebilir [3]. Bu kitlelerin tanısında biyopsi önerilmektedir ancak mevcut kitle kist hidatik ise yapılacak biyopsi ile canlı skoleksler dolaşıma katılabilir, lokal yayılım gelişebilir ya da anafaktik reaksiyona neden olabilir [2,6]. Bu nedenle kist hidatikte biyopsi yapılması kontrendikedir. Bizim olgumuzda biyopsi uygulanmamış olup, kitle total olarak eksize edilmiştir. Olgunun takiplerinde lokal yayılım ya da anafaktik reaksiyon gibi komplikasyonlarla karşılaşılması.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde tek başına eozinofili saptanabilir [2,5]. Tanıda serolojik testler ve görüntüleme yöntemleri birlikte değerlendirilmelidir. Casoni-Weinberg testi tanıda tek başına güvenilir değildir [7]. İndirekt hemaglutinasyon testi (İHA), lateks aglutinasyon testi (LA) sensitivitesi yüksek; çift difüzyon test (DD), immünoelektroforez (İEP), enzim işaretli immünosorbent assay (ELİSA) ve radyoallerjisorbant test (RAST) spesifitesi yüksek testlerdir [1,5,8]. Ayrıca Western blot (WB) ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) da tanı koymada, özellikle doğrulama amaçlı kullanılan laboratuvar testlerindedir [1,8]. ELİSA testinin sensitivite ve spesifitesi daha yüksek olmasına rağmen ucuz ve kolay kullanımından dolayı İHA daha çok tercih edilmektedir [1].

Aydın ve ark. [8] yaptıkları çalışmada, kist hidatik şüpheli 465 hastanın serumlarını serolojik testlerle incelenmiş, anti-*Echinococcus* IgG pozitifliği %12 olarak bulmuşlardır. Bu olguların 80'inde tanı cerrahi olarak doğrulanmış; tanısı kesin olan bu olguların %70'i seropozitifken %30'u seronegatif olarak bulunmuştur. Elde edilmiş bu verilerle serolojik test sonuçları ile hastanın kliniğinin her zaman korelasyon göstermediği sonucu çıkarılabilir. Bizim olgumuzda cerrahi ile tanı patolojik olarak konulmuş olup, seropozitiflik mevcuttu.

Görüntüleme yöntemlerinden abdominal ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR) tetkiklerinin sensitivitesi ve spesifitesi oldukça yüksektir ve kistin yerleşim yeri, boyutu, sayısı, çevre yapılarla ilişkisi ve diğer lezyonlardan ayırımında oldukça faydalıdır [5,7]. Yumuşak doku kist hidatidinde ilk tercih görüntüleme yöntemi olarak MR önerilmektedir [2,3]. Ancak olgumuzda ayak MR tetkikinde hidatik kiste spesifik bulguya rastlanmadı. Operasyon öncesinde ön tanıda kist hidatik düşünülmediği için yardımcı tetkiklerden İHA testi istenmedi. Patolojik tanısı kist hidatik olarak gelen hastadan post-operatif dönemde yapılan İHA testi pozitif olarak saptandı. Geçirilmiş kist hidatik öyküsü olmayan olguya olası karaciğer ya da akciğer tutulumu açısından üst batin USG ve akciğer tomografisi ile tarama yapıldı, başka organ tutulumu görülmemesi üzerine izole yumuşak doku kist hidatidği tanısı netleşmiş oldu.

Medikal tedavi %30-40 olguda başarıya ulaşmaktadır [5]. Tedavide ilk tercih özellikle atipik yerleşimli hidatik kist olgularında cerrahi yaklaşım olmaktadır. Çünkü özellikle yumuşak doku kist hidatiği kolay rüptüre uğradığından lokal yayılıma neden olabilmektedir [1,3,6]. Ameliyat öncesi tanı konulması; olası rüptüre karşı cerrahi sırasında daha dikkatli olmaya, preoperatif dönemde antihelmintik tedavi uygulanmasıyla kistin enfektivitesini azaltarak operasyon sırasında olası rüptür durumunda lokal yayılımı, sekonder enfeksiyonu ve anafilaksi riskini azalttığı için önerilmektedir [2,3,6]. Operasyon sonrası dönemde medikal tedavi rekürrens riskinde azalma sağlamaktadır [5,6]. Bazı yayınlarda, kist rüptüre edilmeden total kistektomi yapılması durumunda postoperatif dönemde medikal tedavi verilmeyebileceği; ancak farklı bölgede başka kistlerin bulunması ya da operasyon sırasında kistin rüptüre olması durumunda postoperatif dönemde 2-3 ay boyunca medikal tedavi verilmesi önerilmektedir [1,2]. Bizim olgumuzda operasyon öncesi dönemde ön tanıda hidatik kist düşünülmeyişi için medikal tedavi başlanmadı ancak operasyon sonrasında patolojik olarak hidatik kist tanısı alındıktan sonra albendazol 10 mg/kg/gün tedavisi iki ay boyunca verildi [1]. Operasyon sırasında kist perfore edilmeden tam olarak kürete edildi ve herhangi bir alerjik reaksiyonla karşılaşmadı. Olgumuzun izleminde nüks görülmedi.

Sonuç olarak; özellikle endemik bölgelerde yumuşak doku kistlerinin ayırıcı tanısında hidatik kist mutlaka düşünülmelidir. Kitleye cerrahi planlanıyorsa; serolojik testler ve görüntüleme yöntemleriyle tanı desteklenmeli, pozitiflik saptanması durumunda pre-operatif dönemde medikal tedavi uygulanmalıdır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Yagmur Y, Akbulut S. Unusual location of hydatid cysts: a case report and literature review. *Int Surg* 2012;97(1):23-6.
2. Sipahioğlu S, Koçarslan S, Zehir S. Primary hydatid cyst in the medial thigh: case report. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi* 2014;25(3):168-72.
3. Kayaalp C, Dirican A, Aydın C. Primary subcutaneous hydatid cysts: a review of 22 cases. *Int J Surg* 2011;9(2):117-21.
4. Bothale KA, Kolhe H, Mahore SD, Wilkinson AR. Diagnosis of primary hydatid cyst of thigh by fine needle aspiration cytology. *Indian J Med Microbiol* 2015;33(1):151-3.
5. Mushtaque M, Mir MF, Malik AA, Arif SH, Khanday SA, Dar RA. Atypical localizations of hydatid disease: experience from a single institute. *Niger J Surg* 2012;18(1):2-7.
6. Dirican A, Sümer F, Ünal B, Barut B, Işık B, Yılmaz S. Aynı ailede iki primer kas içi kist hidatik olgusu. *Dicle Tıp Derg* 2011;38(4):486-8.
7. Karakasli A, Yılmaz M, Mucuoglu AO, Yurt A. A large primary dumbbell hydatid cyst causing neural foraminal widening of the thoracic spine: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2015;8(C):55-58.
8. Aydın M, Adıyaman G, Doğruman-Al F, Kuştürüm S, Ozkan S. Determination of Anti-Echinococcus IgG Antibodies by ELISA in Patients with Suspected Hydatid Cyst. *Türkiye Parazitol Derg* 2012;36(2):61-4.

How to cite this article:

Demirdal T, Şen P, Nemli SA. Isolated Hydatid Cyst of Ankle: A Case Report. *J Clin Anal Med* 2015;6(suppl 1): 101-3.