

# PRİMER KEMİK KİST HİDATIĞI

Dr. Filiz CÖMERT (\*), Dr. Turhan ULKAT (\*\*), Dr. Anday TATAR (\*\*\*)

**ÖZET:** Bu çalışmada, 17 yaşında erkek hastada nadir görülen pelvis lokalizasyonlu Kist Hidatik olgusu sunularak bu konudaki literatür gözden geçirilmiştir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Kist hidatik, kemik.

**SUMMARY:** In this study, a rare case of Hydatid Cyst in the pelvis of a 17 years old man patient is presented and the literature concerning this subject is reviewed.

**KEY WORDS:** Hydatid Cyst, bone.

## GİRİŞ

Kist hidatik, Türkiye'de endemik olarak ve oldukça sık bulunan paraziter bir hastalıktır. Sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu özellikle koyun ve sığır yetiştiren Suriye, İran, Irak gibi Ortadoğu ülkeleri, Mısır ve diğer Afrika ülkeleri ile Güney Amerika'da görülmektedir. İzlanda, Yeni Zelanda, Avustralya'da sık rastlanılmakta iken bugün oranı azalmıştır (2,4,6). Kist hidatik olguları % 60-70 oranında karaciğer ve akciğerlerde görülür, kemik tutulumu nadir olduğundan bu çalışmada primer kemik kist hidatik olgusu, literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

## OLGU SUNUMU

M.İ. 19 yaşında erkek, 1992 Temmuz ayında sol dizinin dört senedir devam eden ağrı yakınımı ile hastanemiz ortopedi polikliniğine başvuran hasta tetkik için yatırıldı. Hastanın öz ve soy geçmişinde, sistemlerin gözden geçirilmesinde bir özellik görülmedi. Fizik muayenede solda Poupert bacağının üstünde, iliak kemiğin iç tarafında ancak derin palpasyonla hissedilen, sınırları tam olarak tesbit edilemeyen bir kitle saptandı. Laboratuvar bulguları, kan analizleri ve rutin idrar incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Sol pelvis ve kalça eklemine BT tetkikinde, sakroiliak eklemlerin üst kesimi düzeyinden, aşağıda sol kalça eklemi üst kesimi düzeyine kadar uzanan, iliak kanatta belirgin medüller ekspansiyona ve kemik deksrüksiyonuna neden olan yaklaşık 11x7x4 cm boyutlarında içinde kalsifikasyonlar bulunan osteolitik bir lezyon izlenerek öncelikle medüller kondrosarkom düşünülmüştür.

Yapılan ameliyatta, iliak kemiğin iç tarafında lokalize, kemiği tamamen deksrüksiyona uğratmış küçük kistik yapılardan oluşmuş kitle mümkün olduğu kadar temizlenerek direne edildi. Laboratuvarımızda incelenen materyel, makroskopik olarak toplam 5 cc bir kısmı sağlam bir kısmı parçalanmış cidarı parçalar halinde küçük, beyaz renkli kistik yapılar ve düzensiz kemik parçalarından oluşmuştu.

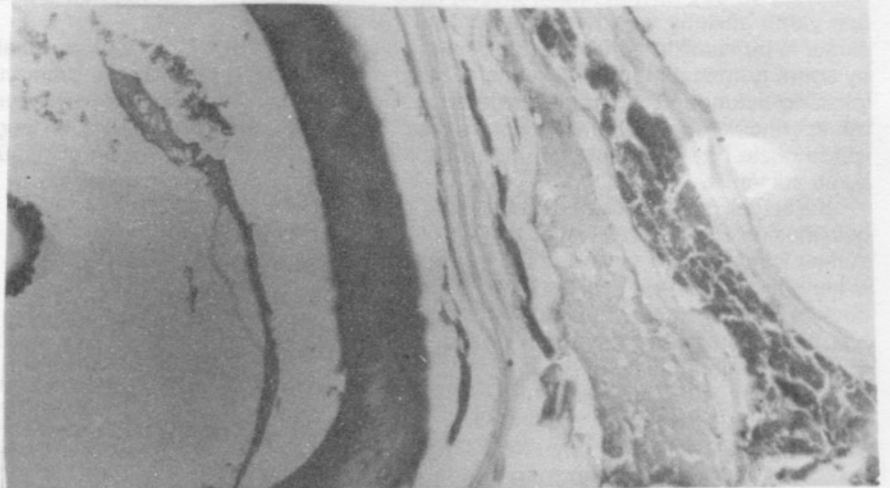
Mikroskopik incelemede olgu Kist Hidatik tanısı aldı (Resim 1). Hasta üç ay sonra nüks nedeniyle tekrar başvurdu,

ameliyatta sol iliak kemik rezeke edildi (Resim 2). Olgu klinikte takip edilmektedir.

## TARTIŞMA

Kemik yerleşimli kist hidatik olguları nadirdir. 1846 yılında Dewe hastalığının patolojisi üzerinde çalışmalar yapmış, 1879'da Cobbold kitabı için literatürdeki izole olguları toplamıştır. Bu konudaki ilk detaylı çalışma 1934 yılında Ivanis-sevich tarafından yapılmıştır, 1956 yılında Mills, 1960 yılında Robinson kemik kist hidatik olgularında özellikle sinir sistemine olan etkilerini incelemişlerdir (1).

Hastalığın etkeni olan Echinococcus Granulosus'un yetişkin şekli daha çok köpek cinsi hayvanların barsaklarında yaşayan 2.5-9 m uzunluğunda ufak bir şeritirdir (1,4). Parazitin son halkasının kopması ve barsak içinde parçalanması ile etrafa yayılan yumurtalar dış etkenlere karşı çok dirençli olup aylarca canlı kalabilirler. Ara konakçılar ve insanlar tarafından besin ve su yolu ile alınan yumurtaların kabukları duodenumun alkali ortamında erir, içindeki onkosfer adı ve-



Resim 1: Dışta lamellöz anükleer kütikül tabakası, içte yer yer izlenebilen nükleuslu germinatif tabaka ile degenere kemik spikülleri görülmektedir. HE x 100.

rilen çengelli embriyon barsak mukozasından mezenter venlere veya lenfatiklere geçerek karaciğere ulaşırlar. Kapsüller bir baraj olan bu organda fagositler tarafından yok edilmedikleri takdirde burada hastalık oluştururlar, karaciğerin filtre sisteminden kaçan larvalar sistemik dolaşıma geçerek diğer organlara yayılırlar (1,5).

Kist hidatik genelde % 60 gibi oranda karaciğerde görülür, geriye kalanlar % 25-30 akciğer, % 2-3 böbrek ve dalak, % 1 beyinde ve daha az olarak kemik, kas, tiroid, meme gibi organlarda lokalize olur (1,3,4). Dokuda tutunabilen embri-

\* SSK Kartal Hastanesi Patoloji Uzmanı

\*\* SSK Kartal Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı

\*\*\* SSK Kartal Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı



Resim 2: Üzerinde multipl uniloküler küçük kistler bulunan iliak kemik.

yonun çengelleri kaybolur, orta kısımda bir boşluk oluşur ve kist şekli ortaya çıkar. Kistler önce mikroskopik düzeydedir ortalama bir ay sonra 1 mm, beş, altı ay sonra 1 cm çapa ulaşır (3,5). Etrafında bir dirençle karşılaşmadığı sürede kist sferiktir. Kist çeperi iki tabakaya ayrılır, dışta 1 mm kalınlığında opak, beyaz renkli lamellerden oluşmuş kütiküler membran içte ise serpilmiş olarak germinatif hücreleri içeren 22-25 mikron kalınlığında ince bir membran bulunur (3,4,5,6). Orta boşluk berrak, renksiz veya çok hafif sarı renkli sıvı ile doludur. Kistin bulunduğu dokuda zamanla eozinofil nüveli lökositler, mononükleer iltihab hücreleri, fibroblastlar ve dev hücrelerinden oluşan konakçının inflamatuvar yanıtı gözlenir ve adventisya denilen reaktif bir tabaka oluşur ki bu kemikte görülmez (3). Başlangıçtan ortalama 6 ay sonra germinatif tomurcuklanmalar şeklinde içinde skolekslerin bulunduğu yavru kistler gelişir, zamanla patlayarak içlerindeki skoleksleri ana kist sıvısına boşaltırlar, sıvı içinde gözle beyaz toz gibi görünen bu skolekslere hidatik kumu adı verilir.

Karaciğer gibi yumuşak dokular kistin bu sırayı takiben gelişmesine izin vererek kistler beş yıl veya daha fazla bir zaman içinde 10 cm veya daha fazla çaplara ulaşırlar. Kemikte büyüme çok yavaştır ve kemik dokusunun direnci nedeniyle hiçbir zaman büyük kistler oluşmaz ayrıca kemik kist hidatikleri yavaş büyüdüklerinden çocuklarda görülmez, yetişkinlerin hastalığıdır (1,3).

Kemik trabekülaları arasına giren kist cidarları korteksin yavaş yavaş aşındırarak multipl mikrokistik divertikülalar oluşturur, medullar kanal boyunca ve çevre dokuya yayılarak kemikte destrukatif lezyona sebep olurlar. Korteksin zayıflaması ile patolojik kırıklar gözlenir, komşu eklemeye yayılma sıklığı ve kaviteyi geçerek karşı kemiğe ulaşabilirler (1,3). Bir kısım yazarlar kemik kist hidatik olgularında ger-

çek kist yapısında olmayan alveolar boşlukların görülmesi nedeniyle karaciğerde nadir görülen "alveolar" formu olarak kabul etmişler, sonraki çalışmalarda kemik gövdelerinde açıkça kist olduğu gözlenen ancak çok küçük kistlerin mevcudiyeti bu teoriyi desteklememiştir (5).

Klinik semptomlar lokalizasyona göre değişiklik gösterir, uzun kemik lokalizasyonunda ağrı, şişme ve patolojik fraktür gözlenir. Omurga lokalizasyonunda ilk semptom ağrıdır, sadece şişmenin belirtisi olabileceği gibi paraplejinin de belirtisi olabilir.

Bazı olgularda oldukça ani olarak gelişen parapleji ilk yakınım olarak görülmüştür. Pelvis ve kalça eklemi lokalizasyonunda abse oluşumu, artrit belirtileri gözlenmiştir ki olguların çoğu histopatolojik tanı konuluncaya kadar tüberküloz olarak tedavi görülmüştür (1).

Thomas 28 olguluk çalışmasında, 15 uzun kemik, 5 pelvis, 4 omurga, 1 skapula, 1 kafatası lokalizasyonu saptamış, Ivanissevich 47 olguluk serisinde 17 uzun kemik, 13 pelvis veya kalça, 14 omurga, 2 kaburga veya skapula lokalizasyonu görmüş, Allred ve Nisbet ise 53 olguluk çalışmalarında 26 omurga, 10 pelvis ve kalça, 9 uzun kemik, 8 skapula ve kaburga lokalizasyonu saptamışlardır (1).

Radyografide normal kemik yapısını tamamen kapatmış, kemikte genişleme ve skleroz oluşturmeyen multiloküler kistler gözlenir (1). Casoni deri testi, Weinberg kompleman fiksasyon testi, eozinofili görülmesi tanıya yardımcı olsa da genellikle preoperatif tanı mümkün değildir.

Uzun kemik lokalizasyonu gösteren kist hidatik hastalığı diğer lokalizasyonlara göre daha kolay tedavi edilmelerine rağmen eradikasyon güçlüğü nedeniyle ile nüks oranı sıklıdır.

Omurga lokalizasyonunda, nörolojik etkileri nedeniyle mortalite oranı yüksektir, diğer lokalizasyonlara göre daha ciddidir ve yaşayan olgularda nüks oranı yüksektir.

Pelvis ve kalça eklemi lokalizasyonu gösterenlerde rezeksiyon güçlüğü nedeniyle ile pek başarılı sonuçlar elde edilememiştir (1).

## KAYNAKLAR

1. Allred A J, Nisbet N W. Hydatid disease of bone in Australasia. J Bone Joint Surg 46: 260-267 (1964).
2. Cameron W M T. Incidence and diagnosis of Hydatid Cyst in Canada. Parasitology 2: 381 (1960).
3. Cotran R S, Kumar V, Robbins S L. Pathologic Basis of Disease. 4 ed. W B Saunders Co. Philadelphia London Toronto p: 421-422 (1989).
4. Kissane J M. Anderson's Pathology. 8 ed. volumn I C V Mosby Co. St Louis Toronto Princeton p: 427 (1985).
5. Ökten I, Paç M, Özkara C. Akciğer hidatik kistleri. Türkiye Klinikleri 3: 245-248 (1984).
6. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. 7 ed. volumn I. C V Mosby Co. St Louis Toronto Washington p: 704 (1989).