

FİZİKSEL TIP

KALÇA EKLEMİ TUTULUMU İLE BİRLİKTE KEMİĞİN KİST HİDATİĞİ: OLGU SUNUMU

HYDATİD DISEASE OF BONE WITH INVOLVEMENT OF HIP JOINT: CASE REPORT

Halil UÇAN MD*, Lale YILMAZ MD*, O. Hakan GÜNDÜZ MD*, Hatice BODUR MD*, Çiğdem IRKKAN MD**

* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

** Ankara Onkoloji Hastanesi, Patoloji Kliniği

ÖZET

İnsanda Ekinokoksik enfestasyonların % 1-2'sinde kemik tutulumu görülür. Kemik tutulumunun yarısı ise vertebral tutulum oluşturur. Femur tutulumu ve kalça destrüksiyonu ise nadirdir. Burada kalça ağrısı nedeni ile araştırılan, femur başı ve boynunda ve kalça eklemine Ekinokok enfestasyonu tespit edilen bir hasta sunuldu ve konu ile ilgili literatür gözden geçirildi.

Anahtar sözcükler : Kist hidatik, Ekinokokkus granulosus, Kalça, Kemik

SUMMARY

Bone lesions are reported in only 1-2 % of all Echinococcal infestations. Vertebra is affected in about half of the cases, but involvement of femur and destruction of hip are rare. We are presenting a patient who admitted with hip pain and later diagnosed as hydatid disease of left femur and hip joint, and we reviewed the literature.

Key words : Cyst Hydatid, Echinococcus granulosus, Hip, Bone

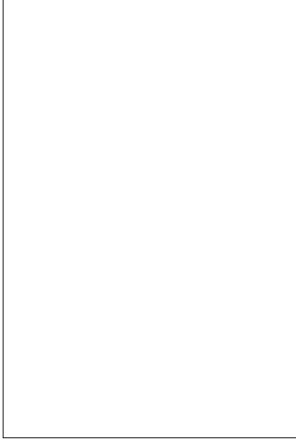
GİRİŞ

Ekinokokkozis (kist hidatik), Ekinokokların larval formları ile insanlarda hastalık oluşmasıdır (1). İnsanlarda en sık enfestasyona E. granulosus ve daha az olarak da E. multilocularis neden olur. Parazit en sık koyun ve sığır yetiştiren ülkelerde; Kanada, Avustralya, Güney Avrupa, Kuzey ve Güney Afrika ve Güney Amerika'da bulunur (2).

Hipokrat, Aretaeus ve Galen kist hidatiği bilmelerine rağmen ilk olarak 1680'lerde hayvanlardaki hastalıktan şüphelenilmiştir. İnsanlarda ilk olarak 1766'da Pallas benzer hidatik kistleri bildirmiştir (1). İnsanlarda en sık olarak karaciğer ve daha sonra akciğer tutulumu görülür. Kemik doku tutulumu enfestasyonların % 1-2'sini oluşturmaktadır. Kemik dokusu tutulumunun %50'sini ise vertebral tutulum oluşturur. Burada sol kolum femoris ve trokanter major yerleşimli kist hidatik olgusu sunuldu ve konu ile ilgili literatür gözden geçirildi.

OLGU:

63 yaşında çiftçilik yapan erkek hasta, 4-5 yıldır sol kalça, bacak ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın bize başvurmadan 1 ay öncesine kadar bastonla yürüyebildiği, 1 aydır da çok şiddetli ağrısı olduğu ve yürüyemediği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde genel sistem muayeneleri normaldi. Kas iskelet sistemi muayenesinde, boyun ve üst ekstremiteler normaldi. Bel hareketleri her yönde kısıtlı ve ağrılı idi. Sol kalça ve kalça çevresi palpasyonla ağrılı idi, hareketler tüm yönlerde kısıtlı ve ağrılı bulundu. Sağ kalça hareketleri açık ve ağrısız olarak tespit edildi. Hastanın diz hareketleri açık, ağrısızdı, her iki dizde krepitasyon mevcuttu. Hastanın yapılan laboratuvar incelemelerinde sedimantasyon 45 mm/saat, lökosit 10600/mm³, hemoglobin 16.4g/dl, C-reaktif protein ve romatoid faktör, Brucella agglütinasyon testleri negatif olarak tespit edildi. Hastanın çekilen kalça grafisinde sol femur boynunda ve trokanter majorda kistik alanlar ve kollum femoris kırığına ait hat izlendi (Resim 1). Hastanın çekilen sol kalça bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol internal obturator kas ve sol pek-



tineusta sırasıyla 7x9 cm ve 7x5 cm boyutlarında non-homojen kitleler, sol eksternal obturatuar ve iliopsoas kaslarında ekspansiyon ve nonhomojen görünüm izlendi. Kemik yapıda sol kollum femoriste kırık hattı, bunun komşuluğunda kemik fragmanı, trokanter majorde yaygın destrüksiyon ve korteks harabiyeti, asetabulum medial kesiminde destrüksiyon, sol pubis gövdesinde litik alan tespit edildi (Resim 2). Hastada tümöre bağlı patolojik kırık düşünüldü. Operatör edilen hastada operasyon sırasında çok sayıda gri-beyaz renkli kistler görüldü ve hastaya kalça protezi uygulandı (Resim 3). Lezyonun büyük olması nedeni ile tamamen çıkarılması mümkün olmadı. Histopatolojik incelemede kemik spikülleri arasında avasküler lameller yapıda kitinöz materyal, ki-

tinöz materyal iç yüzünde germinal tabaka izlendi. Jelatinöz materyallerden hazırlanan kesitlerde lamellar kitinöz materyal ve bu materyale karşı gelişmiş yabancı cisim iltihabi reaksiyonu ve fibrozis izlendi (Resim 4). Bu bulgularla kist hidatik olarak değerlendirildi. Hastaya mebendazol tedavisi uygulandı. Rehabilitasyon programına alınan hasta bastonla ambule edildi.

tinöz materyal iç yüzünde germinal tabaka izlendi. Jelatinöz materyallerden hazırlanan kesitlerde lamellar kitinöz materyal ve bu materyale karşı gelişmiş yabancı cisim iltihabi reaksiyonu ve fibrozis izlendi (Resim 4). Bu bulgularla kist hidatik olarak değerlendirildi. Hastaya mebendazol tedavisi uygulandı. Rehabilitasyon programına alınan hasta bastonla ambule edildi.

TARTIŞMA

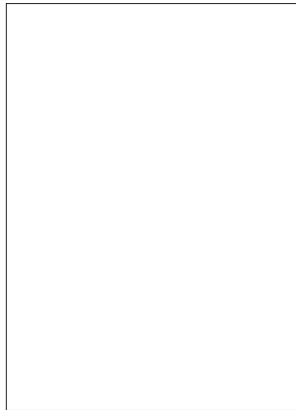
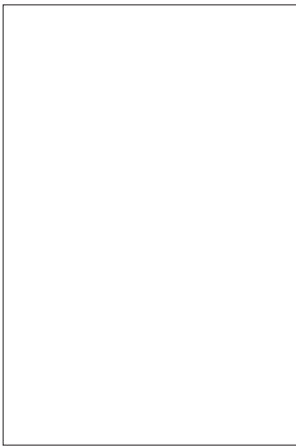
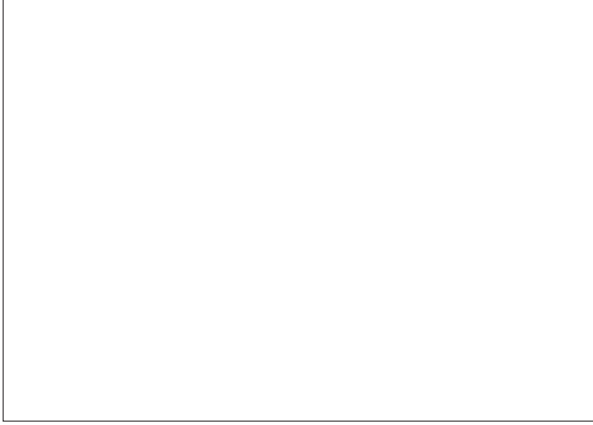
Yetişkin E. granulosus köpeklerin ince barsak mukozasına yapışık yaşar. Köpeklerden atılan yumurtalar koyun, keçi, deve, domuz, öküz veya insan gibi uygun ara konaklar tarafından alınca duodenumda açılır, embriyolar çıkar ve barsak duvarına geçip mezenterik venüllere girerler ve çeşitli organ ve dokulara dağılırlar. Uğradıkları ilk ve en önemli organ karaciğerdir ve insanlardaki enfestasyonların yaklaşık %70'ini oluşturur. Larvalar eğer karaciğer ve akciğerde filtre edilmezlerse, genel sirkülasyona karışır ve beyin böbrekler, kemikler ve diğer dokularda tutulurlar.

Hidatid kistin insan vücudundaki hasarı ana olarak mekanik yollardır. Ancak vital organlarda kistin gelişmesi organın fonksiyonlarına engel olur ve hatta ölüme sonuçlanan hasarlar oluşabilir. Eğer kist yırtılırsa anafeksiye neden olur (1).

İnsanda osseöz hidatid, ekinokok enfestasyonlarının %1-2'sini oluşturmaktadır (1,2,4). Kemikte enfestasyonun görülmesi embriyoların karaciğer ve akciğerlerde filtre edilmemesi sonucu oluşur (2). Vertebral kolon, pelvis, uzun kemikler ve kafatası en sık tutulan kemiklerdir (4). Kemik tutulumunun %50'si de vertebral kolondadır. Ekstremitelerin tubuler kemiklerinde daha az sıklıkta görülür ancak tipik olarak femur boyununu tutar, ileri safhalarında sklerozla çevrili multipl kistik görünüme neden olur (5). Bizim olgumuzda femur boynu ve trokanter major tutulmuştu. Patolojik kırık oluşmuş, eklem ve çevre dokulara yayılmıştı.

Kemikte bulunan uniloküler kistlere osseöz hidatid denir (1). Kemik hidatid hastalığının tanısı genellikle zordur. Çünkü, bu nispeten az rastlanan bir durumdur ve ayrıca kemik tüberküloz, artrit, fibröz displazi ve basit kemik kisti gibi hastalıkların taklit edebilir (3). Biz de olgumuzda öncelikle kemik tümörü düşündük.

Osseöz hidatidin semptomları deformite, patolojik fraktürler, sekonder enfeksiyon (özellikle stafilocoklar), intrapelvik ya-



yılım ile mesane, kolon, uterus ve vajinaya basıdır (2,4). Ekinokoksik eklem hastalığı genellikle komşu kemikten yayılıma sekonder gelişir (2). Olgumuzda da eklem yayılımı mevcuttu. Vertebral enfestasyonda spinal korda rüptür, paraparezi ve parapleji, osseoz kollapsla ve deformite ile birlikte transartiküler yayılım, dura ve araknoid membranların tutulumu ile kranial lezyonlar ve menenjit görülür (2,4).

Radyolojik özellikler kemikteki patolojik değişikliklere dayanır. Hidatid hastalıkta ilk önce spongios kemik tutulur. Kemik ekspansiyonu ile lüsent lezyonlar görülür ve korteks inceler. Bu bulguların olduğu hastalarda yumuşak doku kalsifikasyonu hidatid hastalığı düşündürmelidir (3). Kistin kalın laminalı dış tabakası ve ince germinal iç tabakası süngerimsi görünümünden balpeteği veya üzüm salkımına kadar değişen multipl kistik yapılara neden olur. Bu değişiklikler tipik olarak pelvik kemiklerin tutulumunda görülür. Eğer lezyon yumuşak dokuya yayılırsa görünüm karaciğer ve akciğerdeki gibidir. Bazen kalsifikasyon oluşabilir. Vertebral kolonun basit tutulumu dışındaki tüm lezyonlar kemikte multipl destrüktif değişikliklere yol açar. Erken safhalarda skleroz veya periostal reaksiyon yoktur. Erozyon ilerledikçe özellikle ileri safhalarda osteoskleroz görülebilir ancak periostal reaksiyon patolojik fraktür oluşmadıkça izlenmez (5). Olgumuzda da izlediğimiz gibi kalça eklemi destrüksiyonu nadirdir, pelvik ve femoral kemikler tutulursa görülebilir (2). BT lezyonu daha açık olarak gösterir, ayrıca lezyonun uzanımı da varsa izlenebilir. BT ile küçük lezyonların görülme şansı daha fazladır (5). BT ve Magnetik Resonans Görüntüleme gibi modern araştırma teknikleri kalsifiye olmayan kistleri göstererek kemik lezyonundan ayrılmasına yardımcı eder. BT operasyon sonrası takipte ve hastalığın tekrarının tespitinde faydalı bir yöntemdir (3). Olgumuzda BT'de lezyonun kistik ve yumuşak dokuya ve eklem yayılan yapısı izlendi. Ancak operasyon öncesi kist hidatik tanısı akla gelmedi.

Tanı genellikle karakteristik radyolojik görünüm ile konulur. Diğer bölgelerde kistlerin araştırılmasına gerek yoktur, çünkü genellikle bir kemik veya bir iskelet bölgesinde tutulum olur (2). Eozinofili yalnızca %25 vakada görülür bu da nonspesifiktir ve sürekli devam etmez (3). Cilt testi (Casoni testi) nonspesifiktir ve karaciğer ya da akciğer hastalığı yoksa sıklıkla negatiftir (2).

Spesifik tanı kemikten kürete edilen materyalde tipik laminalı membranın, skolekslerin ve/veya hookletlerin görülmesi konulur (6).

Tedavinin ana temeli cerrahidir ve bunu takiben hasta onkolojik prensiplerle takip edilmelidir. Çünkü osseoz hidatid kist malign tümörler gibi büyür. Kemik ve yumuşak dokunun lezyonsuz doku dahil olarak çıkarılması zorunludur. Lokalize formlarda kistin larvisidal ajanlarla irrigasyonu ve sonra çıkarılması en iyi yöntemdir. Çoğu vakada lezyonun tam olarak çıkarılması mümkün değildir, bunlara yaygın küretaj uygulanmalı ve çok iyi takip edilmelidir (7). Yüksek doz mebendazol (40 mg/kg/gün) veya albendazol (10 mg/kg/gün) ile başarılı tedavi nadiren bildirilmiştir. Medikal tedavi, cerrahi tedavide yayılım riskini azaltmak veya yaygın tutulumda cerrahi tedavi mümkün değilse eklenmelidir.

Bu olgu nedeniyle kemiğin tümör ve enfeksiyonlarının ayırıcı tanısında kist hidatidin de düşünülmesi gerektiğini vurguluyoruz.

KAYNAKLAR

1. Beaver P, Jung RC, Cupp EW. Clinical Parasitology. Philadelphia: Lea & Febiger 1984.
2. Belzunegui J, Maiz O, Plazaola I, et al. Hydatid disease of bone with adjacent joint involvement. A radiological follow-up of 12 Years. Br J Rheumatol 1997; 36: 133-35.
3. Booz MY. The value of plain film findings in hydatid disease of bone. Clin Radiol 1993; 47: 265-68.
4. Resnick D, Niwayama G. Osteomyelitis, Septic Arthritis and Soft Tissue Infection: Organisms. In: Resnick D. Diagnosis of Bone and Joint Disorders, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995: 2445-558.
5. Rong SH, Nie ZQ. Hydatid disease of bone. Clin Radiol 1985; 36: 301-5.
6. Fyfe B, Amazon K, Poppiti RJ, et al. Intraosseous Echinococcosis: A rare manifestation of Echinococcal disease. South Med Journal 1990; 83:66-8.
7. Akhaddar A, Gourinda H, El Alami Z, et al. Hydatid cyst of the sacrum. Rev Rheum 1999; 66: 289-91.