

Piriformis Sendromunu Taklit Eden Gluteal Kist Hidatik: Olgu Sunumu

Gluteal Hydatid Cyst Mimicking Piriformis Syndrome: Case Report

Emine Eda Kurt¹, Fatmanur Aybala Koçak¹, Figen Tuncay¹, Hatice Rana Erdem¹, Turgut Tursem Tokmak²

¹Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

²Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

ÖZET

Ekinokokkus granulosus adı verilen bir parazitoza bağlı oluşan kist hidatik hastalığı ülkemizde endemik olarak görülmektedir. Hastalık her ne kadar en fazla karaciğer ve akciğeri etkilese de, literatürde vücudun birçok yerinde tutulum bildirilmiştir. Piriformis sendromu, piriformis kasının siyatik sinire yaptığı kompresyonun/irritasyonun neden olduğu semptomlarla karakterize bir nöropatidir. Bu yazıda sağ kalçasından bacağına yayılan ağrı şikayeti ile başvuran 58 yaşında kadın hasta sunulacaktır. Hastaya muayene ve görüntüleme yöntemleri sonrasında siyatik sinirde basıya sebep olan ve piriformis sendromunu taklit eden gluteal bölge yerleşimli kist hidatik tanısı konmuştur. Operasyonla kistlerin çıkarılmasından sonra hastanın şikayetleri düzelmiştir.

Anahtar sözcükler: Piriformis sendromu, kist hidatik, gluteal bölge

ABSTRACT

Hydatid cyst, a parasite induced disease which is named Ekinokokkus granulosus has been endemic in our country. Although it affects mostly liver and lung, involvement of many parts of the body has been reported in the literature. Piriformis syndrome is a neuropathy which is characterized by symptoms of compression/irritation of sciatic nerve by the piriformis muscle. In this article, 58-year-old female patient who admitted with pain spreading to the right leg from the hip will be presented with pain spreading to the right leg from the hip 58-year-old female patient presented. The case had been diagnosed with hydatid cyst in the gluteal region that was causing compression of the sciatic nerve and mimicking piriformis syndrome after examination, and imaging. After the cysts were removed with the operation, the patient's complaints were improved

Keywords: Piriformis syndrome, hydatid cyst, gluteal region

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Emine Eda Kurt
Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,
Kırşehir, Türkiye

E-posta: eedakurt@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 11.08.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 29.09.2015

Giriş

Kist hidatik özellikle Asya, Akdeniz, Güney Amerika ve Afrika ülkelerinde endemik olarak görülen parazitik bir hastalıktır (1-3). Türkiye de bu endemik bölgelerden biridir ve görülme sıklığı 1/2000 olarak bildirilmiştir (2,4). İnsanlarda en sık Ekinokokkus granulosus ve daha az sıklıkla Ekinokokkus multilokularis olmak üzere iki ana formu hastalık oluşturur (5). Asıl konak köpek, kurt ve tilki olup bu hayvanların feçesleri ile kontamine olan yiyeceklerle beslenen koyun, fare, geyik gibi ara konaklarda gelişir ve ara konaklar aracılığıyla insana

ulaşır. Parazit insanda ağız yolu ile alındıktan sonra duodenum mukozasından penetre olarak portal venöz ve lenfatik dolaşım aracılığı ile ilk olarak karaciğere ulaşır. Bu sebeple hastalığın insan vücudunda en fazla görüldüğü organ karaciğerdir (%60) (6). Karaciğer bu parazit için bir filtre görevi görse de bazıları akciğere ulaşır ve insandaki ikinci en sık tutulumu oluşturur (%25) (7). Akciğer de bu parazit için bir filtre görevi görür ama nadiren de olsa bu parazitler sistemik dolaşıma geçerek diğer organlarda da tutulum yapabilmektedirler (4). Parazit, yumurtasının tutulduğu son organda larval döneme değişim gösterir ve tipik bir kist hidatik gelişir (1). Tüm yumuşak doku da

hidatik kist oluşum oranları %2,5-5,3 arasında olsa da kas içine yerleşimi <%1 olarak belirtilmiştir (8,9). Karaciğer ya da akciğer tutulumu olmadan kas tutulumu çok nadir görülür (2). Bununla birlikte primer odak operasyonundan yıllar sonra bile başka bir doku içinde tekrarlayabileceği akılda tutulmalıdır. İnkübasyon periyodu 20 yıla kadar uzayabilmektedir (10).

Klinik tablo genellikle bir özelliği olmayan ve hastanın yaşam kalitesini bozmayacak şekilde yıllar içerisinde giderek büyüyen yumuşak doku kitlesi şeklinde olmaktadır (11). Laboratuvar bulgularında eozinofili önemli bir bulgudur ancak her zaman görülmeyebilir. Serolojik testlerden Casoni deri testi, anti-ekinokok antikorlarının tespiti için indirekt hemaglutinasyon (IHA), indirekt immünofluoresans (IFAT), lateks aglutinasyon, solid faz radyoimmünoassay, immünoelektroforez, counter immünoelektroforez ve ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) gibi teknikler kullanılabilirken ekinokok antijenlerinin tespiti için koaglutinasyon, counter-current immünoelektroforez ve ELISA kullanılmaktadır. Antikorlar cerrahi rezeksiyondan sonra bile uzun yıllar sebat edebileceğinden aktif veya yeni enfeksiyonu araştırmak açısından ekinokok antijenlerine bakılması daha doğrudur. Ancak kist hidatikli hastaların ancak % 33-85'inde serumda solübl ekinokok antijenleri gösterilebilmiştir. (5,12)

Kist hidatik hastalığının tanısında ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi görüntüleme yöntemleri önemli bir rol oynamaktadırlar. USG ile yumuşak dokuda solid lezyon ile kistik lezyon ayrımı yapılabilir, ayrıca USG kız veziküller ve hidatik kum oluştuysa tanıda kullanılabilir, diğer durumlarda yumuşak doku apseleri ile karışabileceği bildirilmiştir. USG'de tipik olarak az veya çok heterojen sıvı içerisinde yerleşmiş kız veziküller görülür. Ancak kitle içerisinde eko vermeyen, tamamen solid veya karma tipte atipik kist hidatik oluşumlarının olabileceği de bildirilmiştir. BT kemik yapıdaki destrüksiyon ve kist duvarındaki kalsifikasyonları saptayarak; MRG ise kist duvarındaki rölaf kalınlaşmayı, kız kistleri ve germinal membranda ayrılma gibi bulguları saptayarak kist hidatik tanısında yardımcı olmaktadır (4) MRG bulgularının iskelet kaslarındaki kist hidatiklerde tanıda değerli olduğu vurgulanmaktadır (4,13). Kist bölgesini, boyutunu ve yapısını tanımlamakta BT kullanılabilirliği gibi MRG kullanılması da ayrıca tanıda büyük kolaylık sağlar. Kitle içeriğinde sıvı yoksa veya çok azsa ve kız veziküller veya membran yapısı henüz oluşmadıysa tanı koyma sırasında BT de USG benzer şekilde sorun yaratabilmektedir. Yumuşak doku kist hidatikte seçilecek ilk tanı yönteminin MRG olması gerektiği savunulmaktadır görüntüleme maksimum kalınlığı 4-5 mm olan devamlı düşük intensiteli duvar, multikistik görünüm, kist sıvısının

homojen sinyal intensiteli oluşu ve kız veziküllerin varlığı en karakteristik MRG bulgularıdır. Manyetik rezonans görüntüleme kontrast çözünürlüğü ile özellikle lezyonun bölgesel yayılımı ve önemli damar sinir yapıları ile olan ilişkisini net olarak göstermektedir (12,13).

Priformis sendromu (PS), siyatik sinirin yapısal veya edinsel nedenlerle piriformis kası altında basıya uğramasıyla oluşan ağırlı bir tuzak nöropatidir . Siyatik sinirin en sık nedeni lomber diskopati olsa da piriformis sendromu da nedenler arasındadır (14). En sık görülen belirti ağrıdır ve çoğunlukla piriformis kası üzerinde görülür. Ağrı genelde gluteal bölgede, daha sıklıkla da kasın sakruma ve medial trokanter majore yapıştığı yerdedir. Gluteal bölge ağrısı; uyluk arkasına, nadiren de bacak ve ayağa yayılabilir ve dizestezi görülebilir (15). Belirtiler aniden başlayabileceği gibi, hafif şiddette başlayıp zamanla artabilir. Yürümekle ve kalça iç rotasyonu ile gluteal bölge ve uyluk arka yüzünde ağrı artar. Oturmak, özellikle sert zeminde oturmak ağrıyı artırır. Bu nedenle hastalar, yürürken veya ipsilateral bacağın internal rotasyonunun yapıldığı bacak bacak üstüne atma hareketinde ağrıların arttığını ifade eder. PS sıklıkla dördüncü ve beşinci dekadlarda görülür ve kadınlarda erkeklerle göre daha siktir (16). PS, genellikle pelvis veya kalçaya travma, pelvik cerrahi, kitle lezyonları, gluteal bölgeye kanama, intramusküler enjeksiyon sonrası, fibröz bantlardan oluşan tetik noktalar ve piriformis kası anomalileri nedeniyle oluşur (17). 1947 yılında Robinson PS'nu altı madde altında tanımlamıştır;

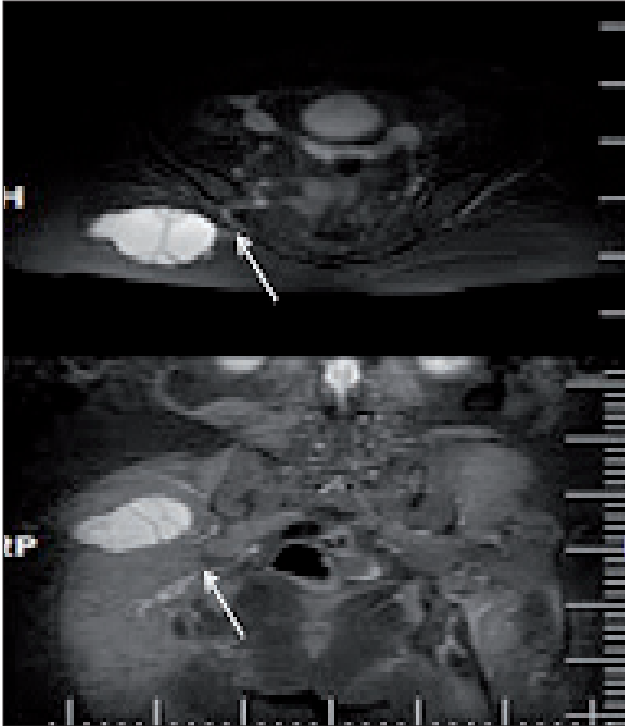
- 1) Lokal travma öyküsü,
- 2) Kalça ve siyatik sinir uzanımında ağrı, yürümede zorluk,
- 3) Alt ekstremitayı kaldırma ve eğilme sırasında ağrı ve kalça kaslarını germe sonucu rahatlama,
- 4) Piriformis kasında derin palpasyonda hassasiyet ve kasın sosis şeklinde palpasyonu,
- 5) Laseque testinde pozitiflik,
- 6) Bazı ilerlemiş durumlarda gluteal atrofi (15).

Bu yazıda siyatik sinirde basıya sebep olan ve PS'yi taklit eden gluteal bölge yerleşimli kist hidatik vakası anlatılacaktır.

Olgu

58 yaşında kadın hasta (N.T.) 6 aydır devam eden sağ kalçasından bacağına yayılan ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hikayesinden 2 yıl önce lomber disk lezyonu tanısı aldığı öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Yol yürümekle, uzun oturma, bacak bacak üstüne atma ile sağ kalçadan bacağına doğru yayılan ağrı ve uyuşma tarifliyordu. Muayenesinde bel eklem hareket

açıklığı (EHA) normal olarak değerlendirildi. Sağ kalça EHA ağırlıydı. Sağ alt ekstremitede siyatik sinir germe testi (düz bacak kaldırma ve Laseque testleri) pozitif, ayrıca siyatik sinir valleks noktaları da hassas idi. Gluteal bölgede ele gelen şişlik yoktu. Hastanın motor ve duyu defisiti yoktu. Alt ekstremitte Derin Tendon Refleksleri normoaktifdi. Laboratuvar testlerinde hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon test sonuçları normal sınırlarda idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 25 mm/saat, CRP değeri ise 0,7 mg/L idi. Lomber bölge manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) L4-5 ve L5-S1 disk mesafesinde santral protrüzyonları mevcuttu. Hastanın muayenesinde; dirence karşı, zorlu abduksiyon ve dış rotasyonda şiddetli siyatik ağrısı (Pace Testi) ayrıca uyluğun ekstansiyonu sırasında pasif internal rotasyonu ile yine siyatik oluşmuştu. (Freiberg Testi) (16). Bu nedenle piriformis sendromu olabileceği düşünülür ve ayrıca tanı açısından gluteal bölgeyi de içine alacak şekilde kalça MRG tetkiki yapıldı. MRG incelemesinde sağ gluteus maksimus kasından piriformise kadar uzanan ve sağ siyatik sinir üstünde basıya yol açan 85x57x53 cm boyutlu; ince kapsüllü, multiloküle ve septalı özellikle kistik lezyon görüntüledi (Şekil 1). Lezyon öncelikle kist hidatik lehine yorumlandı. Hastanın hikayesi derinleştirildiğinde 20 yıl önce de karaciğer kist hidatiği nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Bunun üzerine bakılan



Şekil 1: T2 yağ baskılı aksiyal ve sagittal kesitte sağ gluteus maksimus kasından piriformise kadar uzanan ve sağ siyatik sinir üstünde basıya yol açan hidatik kist ile uyumlu görüntülemesi.

indirek hemaglitinasyon antibody (İHA) tesit 1/60 (negatif) olarak saptandı. Enfeksiyon hastalıklarına konsulte edilen hastaya preoperatif olarak başlanan 15 mg/kg/gün iki eşit dozda 2 hafta süreyle albendazol başlandı. Postop'da 3 ay süre ile devam edildi. Başka bir odakta kist hidatik varlığını araştırmak üzere yapılan yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisi, abdominal MRG ve beyin MRG tetkikinde patoloji saptanmadı. Cerrahi rezeksiyon yapılan hastanın patoloji sonucu da kist hidatik ile uyumlu geldi. Hastanın tedavi sonrası şikayetleri düzeldi ve takiplerinde şikayetleri tekrarlamadı.

Tartışma

PS ilk defa 1928 yılında Yeoman tarafından tanımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bel ve siyatik ağrısı olan vakalarda %6-8 oranında PS olduğu bildirilmiştir. (16).

Primer ya da sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer PS miyofasiyal ağrı, anatomik varyasyonlar, hipertrofi, miyositis ossifikans, pelvis ya da kalça travması gibi piriformisin kendisinden kaynaklanan patolojileri içermektedir. Sekonder PS ise, disk hernisi, faset sendromu, trokanterik bursit, sakroiliyak eklem disfonksiyonu, endometriyozis ve siyatik sinire temas eden diğer durumları içerir (14-17). Bizim vakamızda da gluteal bölgede piriformis kasına uzanım gösteren kistik yapı siyatik sinire bası yaparak semptomlara neden olmaktadır.

Karaciğer ve akciğerin parazit için bir filtre görevi görmesinin yanında kasların kontraksiyonu, laktik asit içeriği gibi nedenler de intramuskuler kist hidatik gelişimini önlemektedir (1). Kas ve iskelet sisteminde vastus lateralis, supraspinatus, adduktor brevis, gluteus maksimus kaslarında kist hidatik oluşumunu bildiren yayınlar mevcuttur. (1,4,10). Genellikle bu vakalarda hastalar dışardan da görülebilen doku şişlikleri ile doktora başvururken bizim vakamızda hasta sağ PS'yi taklit eden semptomlarla polikliniğe başvurmuştur.

Kist hidatik tanısında hikaye, fizik muayene, radyolojik görüntüleme yöntemleri, aspirasyon ve serolojik testler kullanılmaktadır (10). Kist hidatiğin klinik bulguları çok değişken olup semptomlar tutulan organlara, kistin büyüklüğü ve organdaki yerleşimine, genişleyen kist ile kiste komşu organ yapıları arasındaki ilişkiye, kistin rüptürü sonucu gelişen komplikasyonlara bağlıdır (2). Yumuşak doku tutulumu olan kist hidatik vakalarında hastalar sıklıkla ağrı ve şişlik yakınmaları ile başvurabilirler (4). Bu sebeple yumuşak doku benign ve malign tümörleri ile ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır. Daha önce literatürde yer alan kas içi yerleşimli birkaç adet kist hidatik vakası mevcuttur (1-5,8). Ancak bu vakalardaki başlıca klinik

bulgu yumuşak doku şişliğidir. Bizim hastamızda ise yüzeysel olarak belirgin bir doku şişliği yoktu. Sağ bacağa doğru yayılan kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın daha önceden tanı konan lomber diskopatisinin de olması, ancak bel EHA açık, ağrısız ve santral protrüzyonu olan hastanın şikayetlerinin sağa lateralize ve kalça - bacak ağrısının ön planda olması, ayrıca siyatik sinir germe testinin pozitifliği ve Pace ile Freiberg testlerinin de pozitif olması sebebiyle siyatik sinirin daha distalde tuzaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Bu sebeple hastanın gluteal bölgesinin görüntüleme olarak da daha ayrıntılı değerlendirilmesi planlanmıştır. Literatürde kist hidatiğe bağlı sinir kompresyonu sonucu duyuşal nöropati, siyatikalji, ve düşük ayak bulgularını bildiren birkaç adet çalışma bulunmaktadır (4,5,18,19)

Ekinokokkus tanısını desteklemek için kullanılan serolojik testler sadece tanı amacıyla değil cerrahi tedavi sonrası takip amacıyla da kullanılabilirler (4). Cerrahi sonrası kür olsa bile ilk 3 ayda artan titreler 1. yılda azalarak 6 yıla kadar pozitif kalabilir (20). İHA %85 sensitiviteye sahiptir. İHA, eradikasyondan sonra Türkiye gibi hastalığın endemik olabildiği bölgelerde yıllarca + olarak saptanabilir (4). Bununla birlikte kistin lokalizasyonuna göre antikor yanıtı değişebilir veya negatif olarak saptanabilir (4,12). Bizim hastamızda da negatif bulunmuştur.

Enfeksiyonun yayılma ihtimali ve anaflaktik şok olabileceği için ayırıcı tanıda iğne biopsi önerilmektedir (4,5). Tedavideki ana amaç kistin total olarak çıkarılmasıdır. Cerrahi işlem esnasında kist içeriğinin dağılımına bağlı olarak % 10 oranında nüks bildirilmiştir (4). Dolayısı ile preoperatif dönemdeki medikal tedavinin hastalığın hem rekürrensini hem de operasyon esnasında kist içeriğinin dağılımına bağlı komplikasyonları azaltabileceği bildirilmiştir (8). Kız kistleri küçültmek ve cerrahi rezeksiyon sonrası rekürrensi önlemek için medikal tedavi olarak, mebendazolden 100 kat daha fazla serum düzeylerine ulaşılabilen benzimidazol grubundan albendazol verilir. Albendazol için önerilen doz 10-15 mg/kg/gündür ve toplam doz 2 eşit orana bölünerek kullanılır. Tedavi süresi içinde karaciğer fonksiyon testleri yapılmalı ve ilacın lökopeniye yol açabileceği unutulmamalıdır (4). Bizim de hastamıza preoperatif dönemde albendazol tedavisi başlanmış olup, postoperatif 3 ay boyunca devam edilmiştir. Ayda bir karaciğer fonksiyon testleri kontrol edilmiştir. Operasyon sonrası hastanın şikayetleri tamamen gerilediğinden, piriformis sendromu için ek bir tedavi uygulanmamıştır.

Sonuç

Kist hidatik her ne kadar sıklıkla karaciğer ve akciğerde tutulum gösterse de, hastalığın ülkemiz gibi

endemik olduğu bölgelerde, primer olarak kas dokuyu tutabileceği ayrıca inkübasyon periyodunun uzun olması sebebiyle cerrahi rezeksiyondan yıllar sonra bile sekonder olarak tutulum olabileceği de akla gelmelidir. Görüntüleme yöntemleri ile tanı desteklenmeli ve uygun tedavi planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Serbest S. Primer adductor brevis ve longus kas lokalizasyonlu kist hidatik. J Clin Anal Med. 2015;6: 395-7.
2. Tatari H, Baran O, Şanlıdağ T, Göre O, Ak D, Manısalı M. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. Arch Orthop Trauma Surg. 2001;121:93-4.
3. Kocakuşak A, Koyuncu A, Arıkan S, Şentürk O. Primary hydatid cyst of vastus lateralis muscle. Acta Chir Belg 2004;104:471-2.
4. Gürbüz B, Baysal H, Baysal B, Yalman H, Yiğitbaşı MR. Gluteal bölgede izole kist hidatik. Türkiye Parazitoloj Derg. 2014;38:51-4.
5. Tuna S, Duymus TM, Yanık HS, Durakbasa MO, Mutlu S, Erdem S. Hydatid cyst of biceps brachii associated with peripheral neuropathy. International journal of surgery case reports 2015;8:150-3.
6. White C, Weller Cestodes P.F. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. Seventeenth ed. Anthony Fauci S., editor. McGraw-Hill; New York: 2008. p. 1339.
7. Kesici U, Kesici S, Turkmen A, et al. Primary Cyst Hydatid in the Neck; Report of One Case. Türkiye Parazitoloj Derg 2011;35(4):217-9.
8. Eryılmaz MA, Eroğlu C, Karabağlı P, Çobankara OE. Gluteal hydatid cyst: case report. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2010;30:1380-3.
9. Merkle E.M., Schulte M., Vogel J., Tomczak R., Rieber A., Kern P. Musculoskeletal involvement in cystic echinococcosis: report of eight cases and review of the literature. AJR Am J Roentgenol. 1997;168:1531-1534
10. Sreeramulu PN, Krishnaprasad, Girishgowda SL. Gluteal region musculoskeletal hydatid cyst: Case report and review of literature. Indian J Surg. 2010;72:302-5.
11. Sipahioğlu S, Koçarslan S, Zehir S. Primary hydatid cyst in the medial thigh: case report. Eklem Hastalık Cerrahisi. 2014;25:168-72.
12. Gougoulas NE, Varitimidis SE, Bargiotas KA, Dovas TN, Karydakis G, Dailiana ZH. Skeletal muscle hydatid cysts presenting as soft tissue masses. Hippokratia 2010;14:126-30.
13. Memis A, Arkun R, Bilgen I, Ustun EE. Primary soft tissue hydatid disease: report of two cases with MRI characteristics. Eur Radiol 1999;9:1101-3

14. Benli İT, Çapar B. Piriformis sendromu. The Journal of Turkish Spinal Surgery. 2011;22:215-22.
15. Broadhurst NA, Simmons DN, Bond MJ: Piriformis syndrome: Correlation of muscle morphology with symptoms and sign. Arch Phys Med Rehabil 2004;85:2036-2039.
16. Çelik EC, Cansever T, Kabataş S, Ilgaz Ö, Yılmaz C, Caner H. Piriformis sendromuna genel bakış. Türk Nöroşirürji Dergisi. 2010;20:30-35.
17. Usta B, Gözdemir M, Muslu B, Sert H, Demircioğlu Rİ, Kaya A. Piriformis sendromu tedavisinde tetik nokta enjeksiyonu. Anestezi Dergisi. 2011;19:66-8.
18. Acar A, Rodop O, Yenilmez E, Baylan O, Oncul O. Case report: primary localization of a hydatid cyst in the adductor brevis muscle. Turkiye Parazitolo Derg. 2009; 33: 174-6.
19. Bagatur AE, Uğur F, Zorer G. Primary giant hydatid cyst in the thigh. Acta Orthop Traumatol Turc. 2002; 36: 72-5.
20. Force L, Torres JM, Carrillo A, Busca J. Evaluation of eight serological tests in the diagnosis of human echinococcosis and follow-up. Clin Infect Dis 1992;15:473-80.