

Çoklu intrakraniyal kist hidatikle birlikte interventriküler septal ekinokoks

Interventricular septal echinococcosis associated with multiple intracranial hydatid cyst

İbrahim Özsöyler, Hakan Özgen, Hasan Uncu, Gür Deniz Yıldız, Funda Tor Ocak

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Adana, Türkiye

ÖZ

Otuz altı yaşında erkek hasta nörolojik yakınmalarla kliniğimize başvurdu. Yapılan incelemeler sonucunda hastaya eşzamanlı kardiyak ve serebral kist hidatik tanısı konuldu. Ard arda iki farklı cerrahi girişim uygulanarak kalpteki ve beyindeki kistler başarıyla çıkarıldı. Hasta komplikasyonsuz taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Beyin; kalp; kist hidatik.

ABSTRACT

A 36-year-old male patient applied to our clinic with neurological complaints. As a result of analyses, the patient was diagnosed with concomitant cardiac and cerebral hydatid cyst. Two different subsequent surgical interventions were performed, and cardiac and brain cysts were extracted successfully. The patient was discharged without complications.

Keywords: Brain; cardiac; cyst hydatid.

İnsanlarda *Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis*, *Echinococcus oligarthrus* ve *Echinococcus vogeli* enfeksiyonları en sık karaciğerde (%75), ikinci sıklıkta akciğerlerde (%5-15) ve daha az sıklıkta (%10-20) diğer organlarda (dalak, beyin, kalp ve böbrekler) görülür.^[1] Kardiyak kist hidatik nadir görülür, tüm bildirilen kist hidatik olgularının sadece %0.5-2'sini oluşturur.^[2] Bu yazıda kardiyak ve multipl serebral kist hidatiği olan ve öncelikli olarak kalp cerrahisini uyguladığımız olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında erkek hasta Ekim 2013 tarihinde nörolojik bulgularla hastanemiz nöroloji kliniğine kabul edildi. Fizik muayenesinde sağ fasiyal paralizi, sağ üst ve alt ekstremitelerde motor kuvvet kaybı vardı. Herhangi bir kardiyak sorunu yoktu. Telekardiyografide kardiyotorasik oran normal idi. Serebral manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de parietotemporal bölgede 60x55x46 mm boyutlarında kitle görüntüsü tespit edildi (Şekil 1). Torakoabdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'de kardiyak kist görülüyordu (Şekil 2). Transtorasik ekokardiyografide interventriküler septumun apikal bölgesinde 28x27 mm boyutlarında kistik

lezyon görüldü. Abdominal bölgede patolojik bulguya rastlanmadı. Nöroloji kliniği ile konsülte edildi. Orta derecede hipotiroidisi olan hastaya medikal tedavi başlandı. Ötiroidi sağlandıktan sonra ameliyata karar verildi. Hastaya öncelikle kardiyak kist hidatiğe yönelik ameliyat planlandı.

Median sternotomi yapıldı. Aort ve bikaval kanülasyonu takiben kardiyopulmoner baypasa girildi. Aorta kros klemp kondu. İzotermik, potasyum ilaveli kan kardiyoplejisi kullanıldı. Sol atriyum sağ üst pulmoner venden vent edildi. Parazitin lokal invazyonunu engellemek için perikardiyal kavite salin solüsyondan zengin izotonik batikon emdirilmiş gazlı bezlerle örtüldü (Şekil 3). İnsizyon, sol ön inen koroner arterin lateralden paralel olarak yapıldı ve sol ventriküle girildi. Interventriküler septuma kesi yapılmadı. Açılan kistten larvalar boşaltıldı (Şekil 4). Kavite salin solüsyonundan zengin batikon ile yıkandı. İnsizyon teflon felt ile kapatıldı (Şekil 5). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi. Ameliyat sonrası altıncı günde beyin cerrahisi kliniğine sevk edildi. Histopatolojik inceleme sonucu kist hidatikle uyumlu bildirildi. Serebral kist hidatiğe yönelik yapılan ameliyat sonrası kontrollerinde herhangi bir sorun saptanmayan hasta taburcu edildi. Ameliyat

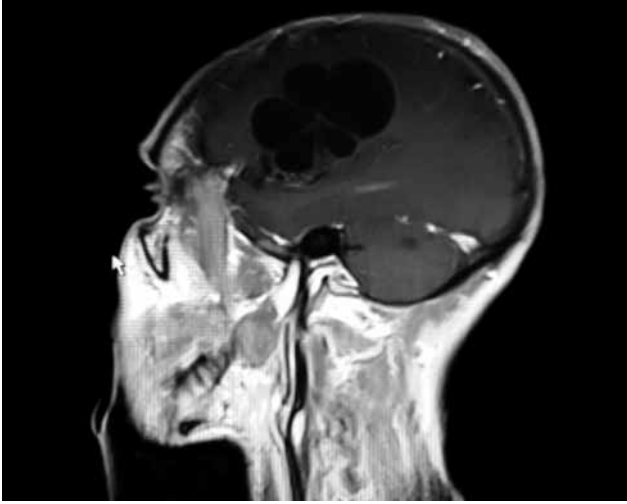


Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2015.10411
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 27 Mayıs 2014 Kabul tarihi: 01 Temmuz 2014

Yazışma adresi: Dr. Funda Tor Ocak, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 01260 Yüreğir, Adana, Türkiye.

Tel: 0532 - 780 84 95 e-posta: funda_tor@yahoo.com



Şekil 1. Beyindeki parietotemporal bölgedeki kist hidatiğin manyetik rezonans görüntüsü.



Şekil 2. Torakoabdominal bilgisayarlı tomografideki kardiyak kist hidatik görüntüsü.

sonrası üçüncü ay kontrollerinde ekokardiyografik bulguları normal idi.

TARTIŞMA

Kardiyak ekinokoklar en sık sol ventrikülde yerleşir. Kardiyak kist hidatik %55-71 oranında sol ventrikülde, %13-18 interventriküler septumda, %2.1-4 sağ atriyumda, %8 oranında sol atriyumda gelişebilir.^[3] Beyin tutulumu nadir olup insidansı %1-2'dir. Kardiyak hidatik kist olguları ameliyat edilmediğinde yaşamı tehdit edebilen komplikasyonları olduğundan mutlaka cerrahi olarak tedavi edilmelidir. En yaygın komplikasyon %24-60 oranında görülen rüptürdür. Rüptür riski yerleşim yeri ile ilişkili olabilir. Nadir rüptüre olan sol ventrikül kist hidatiği, intrakaviter

basıncın yüksek olmasından dolayı subepikardiyal yerleşimdedir. Diğer yandan sağ kardiyak kist hidatiği subendokardiyaldır, bu nedenle rüptür daha sık görülür.^[4] Yerleşim yerine bağlı olarak atriyoventiküler blok, anafilaktoid reaksiyonlar ve embolizasyona sekonder klinik bulgular görülebilir. Bizim olgumuz fasiyal paralizi ve parestezi gibi nörolojik bulgularla kliniğimize başvurdu.

Kardiyak kist hidatiğin tedavisi medikal ve cerrahi tedavinin birlikte olmasını gerektirir. Cerrahi tedaviyi planlarken kistin sayısı ve yerleşim yeri önemlidir. Literatürde kardiyak ve serebral kist hidatiğin birlikte görüldüğü olgularda cerrahi tedavinin sıralaması ile ilgili önceliğin beyin cerrahisine yönelik olduğu bildirilmiştir.^[5] Bizim olgumuzda öncelik kardiyak kist hidatiğe yönelik oldu. Hastanın nörolojik klinik



Şekil 3. Sol ön inen koroner artere yapılan insizyonla larvaların çıkartılması.



Şekil 4. Larvaların görüntüsü.



Şekil 5. İnsizyonun teflon felt ile kapatılması.

bulgularının hafif olmasından dolayı ve kardiyak kistten re-embolizasyonu önlemek amacıyla bu şekilde bir yaklaşım izlendi. Total enükleasyon yapılabilirse, cerrahi teknik idealdir. Tejada ve ark.^[6] yerleşim yerinden dolayı total eksizyon mümkün değil ise obliterasyon, plikasyon ya da her ikisini birlikte yapmayı önermişlerdir. Bizim olgumuzda kapitonaj tekniği kullanılarak kapatma tercih edildi.

Sonuç olarak, kist hidatik değişik klinik semptom ve bulgularla ortaya çıkabilir. Özellikle endemik bölgelerde multifokal kist hidatik akla gelmelidir. Asemptomatik

hastalarda multifokalizasyonu saptamak için torakoabdominal BT yapılarak tedavi planlanmalıdır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Tappe D, Stich A, Frosch M. Emergence of polycystic neotropical echinococcosis. *Emerg Infect Dis* 2008;14:292-7.
2. Uygun AT, Olsun A, Keser S, Tuygun A, Yurtseven N, Dağsalı S. Pulmoner tutulumla beraber tekrarlayan kist hidatik. *Türk Gogus Kalp Dama* 2005;13:59-61.
3. Karabay Ö, Önene A, Yıldız F, Yılmaz E, Erdal C, Şanlı A ve ark. İnteratrial septum yerleşimli kist hidatik olgusu. *Türk Toraks Dergisi* 2003;4:107-9.
4. Kaplan M, Demirtas M, Cimen S, Ozler A. Cardiac hydatid cysts with intracavitary expansion. *Ann Thorac Surg* 2001;71:1587-90.
5. Göz M, Çakır Ö, Kılınc N, Eren MN. A case of multivesicular cardiac hydatid cyst with cerebral involvement. *Türk Gogus Kalp Dama* 2008;16:186-8.
6. Tejada JG, Saavedra J, Molina L, Forteza A, Gomez C. Hydatid disease of the interventricular septum causing pericardial effusion. *Ann Thorac Surg* 2001;71:2034-5.