

Bir Kardiyak Kist Hidatik Olgusu ve Cerrahi Tedavisi*

*Yrd. Doç. Dr. H. Tahsin Keçelgil, Yrd. Doç, Dr. Feriştal Kolbakır, Dr. Rüştü Kalaç,
Prof. Dr. M. Kâmuran Erk*

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi ABD, Samsun

37 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı ve elektrokardiografik (EKG) apikoanterior iskemik değişiklikler nedeniyle yatırıldı. Röntgenografide akciğerler normal, kalp apexinde bir çıkıntı görünümü vardı. Bilgisayarlı tomografide (BT) sol ventrikül duvarına oturmuş 3.4x3.8 cm boyutlarında, düşük dansiteli (8-10 HU) lezyon saptandı. Ekokardiyografide, her kontraksiyonda sol ventrikül kavitesine doğru hareket eden kistik kitle görüldü. Koroner anjiyografi, sol koroner arter ön inen dalının (LAD) hafifçe öne itildiğini, ancak obstrüksiyon olmadığını gösterdi. Hasta, kardiyopulmoner bypass altında ameliyat edildi. Kist tümüyle çıkarıldıktan sonra üzerindeki incelmış myokard kesilip alındı ve sol ventrikül uzun keçe şeritlerden geçen dikişlerle kapatıldı. Ameliyat sonrası dönem sorunsuz geçti ve hasta postoperatif onuncu gün taburcu edildi.

GKD Cer. Derg. 1995; 3:48-50

A Case of Echinococcol Cyst of The Heart and Its Surgical Treatment

A 37-year-old man was admitted with precordial pain and electrocardiographic apicoanterior ischemic changes. Chest roentgenogram revealed normal lungs with bulge on the apex of the heart. Computed tomography revealed 3.4x3.8 cm in size hypodense (8-10 HU) lesion in the left ventricular wall. On echocardiography a mass that moved with each contraction was found in the left ventricular cavity. Coronary angiography showed slightly anterior displacement of the left anterior descending branch of the left coronary artery with no obstruction present. The patient was operated under cardiopulmonary bypass. After enucleation of cyst the thin myocardium over the cyst was removed and left ventricle was sutured over long felt strips. After an uncomplicated postoperative period, the patient was discharged on the tenth postoperative day.

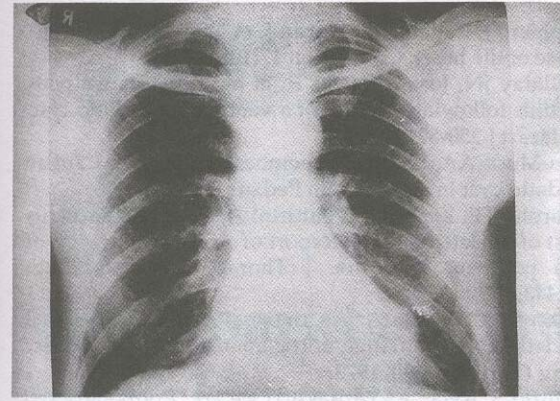
Kalpde ilk hidatik kist olgusu 1936'da Williams tarafından bildirilmiş ve on sene sonra Griesinger literatürden topladığı 15 olguyu yayınlamıştır⁽¹⁾. Heyat ve arkadaşları, 1971'de tüm dünyada 118 cerrahi tedavi görmüş kardiyak hidatik kist olgusu toplamışlardır⁽²⁾. Aynı ekip o tarihten sonra literatürdeki 60 olguyla 1977'de toplam sayının 178 olduğunu bildirdiler⁽³⁾.

Olgu Bildirimi

37 yaşındaki erkek hasta iki aydır zaman zaman göğüsüne gelen, sol koluna, sırtına ve bazen karnına

vuran ağrılardan yakındığı için incelemeye alındı. EKG değişimleri apikoanterior iske mi düşündürdü. Göğüs röntgenogramında akciğerler normal, fakat sol ventrikülde apikal bir çıkıntı görülüyordu (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT), sol ventrikül duvarında apekse yakın 3.4x3.8 cm boyutlarında düşük yoğunlukta (8-10 HU) kistik lezyon saptandı (Resim 2). Hasta myokardial kist hidatik tanısı ile ameliyat edilmek üzere hastanemize yatırıldı. Yapılan Ekokardiyografide BTT ile uyumlu, sol ventrikül duvarında, her kontraksiyonda dışa, diastolde ventrikül kavitesi yönüne hareketli kistik kitle görüldü (Resim 3). Koroner anjiyo-

* Göğüs Kalp Damar Cerrahisi III. Ulusal Kongresi'nde "sözlü bildiri" olarak sunulmuştur.



Resim 1. Göğüs filminde kablin kistin neden olduğu apikal çıkıntı görülmektedir.



Resim 2. BTT görüntüsünde sol ventrikül apikolateral duvarında 3.4x3.8 cm boyutunda düşük yoğunluklu (8-10 HU) kitle görülmektedir.



Resim 3. İki boyutlu Ekokardiyografide parasternal uzun aks konumunda apekse yakın bölgede sol ventrikül miyokardından orijin almış kistik görünüm belirlendi.

grafide sol ön-inen koroner arterin hafifçe ön-yana itildiği görüldü. Koroner arterlerde herhangi bir daralma yoktu. Casoni cilt testi pozitif. Lökosit formülünde %11 eosinofilisi vardı.

Ameliyat, kardiyopulmoner bypass yardımı ile, hipotermik kristaloid kardiyopleji ve topikal soğutma uygulanarak yapıldı. Sol ventrikül apeksinde kitle üzerine vertikal bir kesi yapıldı. Kaya suyu torakarla aspire edildikten sonra kist açıldı. Kist tekti. Germinatif membran çıkarıldı. Kist boşluğu hipertonic tuzlu serumla yıkandı. Kitle üzerindeki incelmış miyokard rezeke edildi. Teflon keçe şeritler üzerinden, miyokard ve kavite iç duvarından geçirilip astırılan tek tek "U" dikişlerle boşluk kapatıldı. Kesi üzeri bir sıra devamlı polypropylene sütür ile dikildi. Hasta cerrahi girişimi iyi tolere etti. Komplikasyonsuz bir ameliyat sonu dönemini izleyen onuncu gün hastaneden çıkarıldı. Altı ay ve bir yıl

sonra yapılan ekokardiyografik kontrollerde herhangi bir nöks veya sorun görülmedi.

Tartışma

Ekinokokosis, Asya, Afrika, Güney Amerika ve Akdeniz Ülkeleri'nin endemik bir hastalığıdır. En sık karaciğer olmak üzere çeşitli organlarda görülebilirse de kardiyak tutulum oldukça seyrek, insan kisthidatiklerinin ancak %0.02 ile %2'si kalpte oturur^(2,4,6). Yoğunlukla yetişkinlerde, ikinci ile beşinci on yıl arasında ve daha sık olarak erkeklerde görülür⁽⁷⁾. Çocuk yaşında görülmesi ise, enderdir⁽⁶⁾. Bingazi'de (Libya) yapılan bir epidemiyolojik çalışmada kardiyak kistlerin on yaş altında görülme sıklığının %11.7 kadar olduğu saptanmıştır⁽⁶⁾. Ülkemiz, yaygın görüldüğü bir bölgededir ve yayımlanmış kardiyak kist hidatik olguları oldukça fazladır⁽⁸⁻¹¹⁾.

Kalpte en sık, vasküler yatağı daha zengin olduğundan, sol ventrikül duvarında oturduğu görülse de, sağ ventrikül ve kalbin başka yerlerinde de görülebilir. Sağ ventrikül çıkıntına oturup obstrüksiyona neden olabilir^(1,9,12). Seyrek de olsa septuma yerleşenler görülmüştür^(13,15). Oturduğu yerin özelliğine, ileti sistemiyle ilgisine göre bloklara neden olabilirler^(16,17). Yüzeyel kardiyak ve perikardial kistlerde spontan rüptürler olabilir. Yüzeyel kistlerin irritasyonuna bağlı efüzyonlu perikardit gelişebilir. Perikardial kistin yırtılması ve sekonder infeksiyonu sonucu görülen perikardit oluşabilir⁽¹⁸⁾. Ventrikül duvarındaki kist rüptürü konstriktif perikardite neden olabilir⁽⁵⁾. Kist, kalp boşluklarına da açılabilir. Gula ve arkadaşları, sol ventrikül kavitesine açılan, sistemik embolizasyon yapan ve aortik

bifurkasyondan çıkarılan bir kist hidatik olgusunu bildirmişlerdir⁽³⁾. Dutka ve Morris, atriumla bağlantılı, ekokardiografide sol atrial miksomayı taklit eden bir olgu yayınladılar⁽⁹⁾. Sağ boşluklara açılıp pulmoner emboliye neden oluş pek seyrek değildir ve çoğunlukla da fatal seyredir^(17,20-22).

Ekinokokus embriyosunun sol kalbe ulaşması, koroner dolaşım ile olmaktadır⁽¹⁾. Sağ tarafa ise, venöz dönüş yolundan olmaktadır. Embriyonun koroner dolaşıma ulaşması için ise, iki olasılık vardır. Geçiş, patent foramen ovale veya pulmoner dolaşım yoluyla. Diğer yol ise, skolekslerin hepatik sistemden sağ atriuma ya da akciğer kistinin yırtılması ile pulmoner venlere geçişi ile gerçekleşir⁽²³⁻²⁴⁾.

Kardiyak kist hidatik sık görülür bir hastalık olmadığından, tanı aşamasında, hemen akla gelmeyebilir. Dinlenmekle, kitlesiyle obstrüksiyon oluşturanlarda, yırtılmış kistlerde, zor izah edilebilen üfürüm veya ek sesler işitilebilir. Kardiyak kist hidatiğe özgü elektrokardiografik değişiklik yoktur. Nonspesifik ST ve T dalgası değişimleri görülebilir. Myokardial iskemi ve özellikle septumda yerleşenlerde ileti değişiklikleri görülebilmektedir. Koroner arterlere bası yapan kistler, myokard infarktüsüne neden olabilirler^(1,25). Göğüs filminde, kalp gölgesinde kist kitlesinin neden olduğu çıkıntı görülür. Ekokardiografik incelemeyle kistin varlığı, yeri, boyutları, koroner anjiyografi ile vasküler bası olup olmadığı, ventrikülografi ile de kistin ventrikül boşluğunda yer işgal edip etmediği hakkında bilgi sağlanır. Doğal olarak serolojik incelemeler kitlenen kist hidatik oluşunu onaylayan tetkiklerdir. Nükleer magnetik rezonans'ın (NMR) ekokardiografiden daha fazla bilgi veren bir yöntem olmadığı görülmüştür⁽²⁶⁾.

Tedavi cerrahidir. Epikardial kistler doğrudan çıkarılabilir. Myokarda yerleşenlerde, günümüzde, ameliyat kardiyopulmoner bypass altında yapılmaktadır. Genellikle rekürrens görülmez. Ancak, Papo ve arkadaşları, ameliyattan dört yıl sonra tekrarlayan kardiyak ve perikardial kist nedeniyle bir hastayı yeniden ameliyat etmişlerdir⁽¹⁴⁾.

Kaynaklar

1. Ameli M, Mobarhan HE, Nouraii SS: Surgical treatment of hydatid cysts of the heart: Report of six cases. J Thorac Cardiovasc Surg 98:892,1989
2. Hoyat J, Mokhtari H, Hajaliloo J, et al: Surgical treatment of echinococcol cyst of the heart. J Thorac Cardiovasc Surg 610-755,1971.
3. Shakibi JG, Safavian MH, Azar H, et al: Surgical treatment of echinococcal cyst of the heart. Report of two cases and review of the world literature. J Thorac Cardiovasc Surg 74:941,1977.
4. Diphiero J, Canabal EJ, Hazan J, et al: Echinococcus disease of the heart. Circulation 17:128,1958.
5. Halliday JN, Jose R, Nicks R, et al: Constructive pericarditis following rupture of a ventricular hydatid cyst. Br Heart J 250-821,1963.
6. Ben-Musa AA, Singh H, Shembesh AH, et al: Cardiac hydatid cyst in a child. Clin Pediatr 29:409,1990.
7. Murphy TE, Kean BH, Venturini A, et al: Echinococcus cyst of the left ventricle: Report of a case with review of the pertinent literature. J Thorac Cardiovasc Surg 61:443,1970.
8. Bozer AY, Saylam A: An unusual case of pericardial hydatid cyst simulating aortic aneurysm. J Cardiovasc Surg (Torino) 14:90,1973.
9. Uğurlu Ş, Aytaç A, Yurdakul Y ve ark: Pulmonary stenosis due to cardiac echinococcosis. Hacettepe Bull Med/Surg 10:23,1977.
10. Gürler Ç, Öztürk OY, Koçak H: Sol ventrikül boşluğuna rüptüre olmuş bir kist hidatik olgusu, GATA Bülteni 29:381,1987.
11. Aytaç A, Türkoğlu H, Paker T ve ark: Kardiyak hidatik kist hastalığı ve cerrahi tedavisi: 6 şahsi vak'aya dayanan derleme. Türk Kard Derg Arş 19:340,1991.
12. Rossouw GJ, Knot-Craig CJ, Erasmus PE: Cardiac echinococcosis: Cyst removal in a beating heart. Ann Thorac Surg 53:328,1992.
13. Gula G, Luisi VS, Machado F, et al: Hydatid cyst of the heart. Thorac Cardiovasc Surgeon 27:393,1979.
14. Papo I, Ginsberg E, Albrecht M, et al: Surgical treatment of cardiac echinococcosis: Report of nine cases. Texas Heart Inst S 9:3,1982.
15. Papagna D, Aloe MA, Spagnolo S: Cardiopulmonary echinococcosis: A report of a clinical case. H Cardiol 21:1129,1991.
16. De Los Arcos E, Madurga MP, Leon SP, et al: Hydatid cyst of interventricular septum causing left anterior hemiblock. Br Heart J 33:623,1971.
17. Gavrilescu S, Gavrelescu M, Streian C, et al: Complete atrioventricular block due to cardiac echinococcosis. Cardiology 64:215,1979.
18. Shojae S, Hutchins CM: Echinococcosis complicated by purulent pericarditis. Chest 73:512,1978.
19. Dutka DP, Morris GK: Intracardiac thrombus formation in association with hydatid disease. Eur Heart J 11:1120,1990.
20. Purriel R, Tomalino D, Muras O, et al: Embolismo pulmoner hidatico. Thorax 19: 164,1970.
21. Perez-Comez F, Duran H, Tamames S, et al: Cardiac echinococcosis, Clinical picture and complications. Br Heart J 35:1326,1973.
22. De Castro S, Santilli M, Brandimarte C, et al: Role of noninvasive diagnosis in cardiac echinococcosis Pulmonary embolisation from right atrial localisation. Cardiologia 36:817,1991.
23. Gibson DS, Cardiac hydatid cysts. Thorax 19:151,1964.
24. Dodek A, Domets HJr, Autonoviç JA, et al: Echinococcus of the heart. An unusual tumor of the heart and liver. Am J Cardiol 30:293,1972.
25. Canabal EJ, Aguirre CV, Dighiero J, et al: Echinococcus disease of the left ventricle; a clinical, radiologic and electrocardiographic study. Circulation 15:520,1955.
26. Rey M, Alfonso F, Torreciall ETG, et al: Diagnostic value of two-dimensional echocardiography in cardiac hydatid disease. Eur Heart J 12:1300,1991.