

PRİMER SEREBRAL KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

PRIMARY CEREBRAL CYST HYDATID: A CASE REPORT AND REVIEW

H.Selim KARABEKİR¹, Ahmet YILDIZHAN²

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD, AFYON

² Vakıf Gureba Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, İSTANBUL.

ÖZET: Genellikle erişkinlerde görülen hidatik kist hastalığı olguların çoğunda (%90) karaciğer veya akciğere lokalizedir ve bu organlar tutulduktan sonra perifere yayılır. Vakamız 10 yaşında bir kız çocuğu olup lezyon primer olarak beyinde lokalizedir. Bu nadir olgu tomografileri ve cerrahisi ile birlikte literatürde gözden geçirilerek sunulmuştur.

[Anahtar kelimeler: Kist hidatik, Echinococcus granulosus, indirekt hemaglutinasyon testi, hidatik kist Ig G antikor testi, hidrodiseksiyon]

ABSTRACT: The majority of the hydatid diseases are seen in adults and cysts are localized in the liver and lung (90%) of the cases and the larvae pass through the microcirculation from liver and lung to other parts of the body where they form cysts. Our case was a 10 year old girl and the cyst had grown primarily in the brain. This rare case has been presented with its CT findings and surgical treatment and literature is reviewed.

[Keywords: Hydatid cyst, Echinococcus granulosis, indirect hemagglutination, hydatid cyst Ig G antibody test, hydrodissection]

GİRİŞ

Hipokrat zamanından beri bilinmesine karşın paraziter bir hastalık olan kist hidatik bütün yönleri ile ancak 19. yüzyılda ortaya konulabilmiştir. Hastalığa yol açan parazitin 12 değişik türü bilinmesine karşın yalnızca E.Granülosis ve E. Multilocularis insanlarda bulunur.

Hastalık halen dünyanın birçok yöresinde, özellikle az gelişmiş ülkelerde tarım ve hayvancılıkla uğraşılan bölgelerde, Güney Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda, İzlanda ve Afrika'da endemik olarak görülmektedir (15). Ülkemizde de oldukça sık rastlanılmaktadır.

Bu hastalığın insanlarda ki kesin insidansı bilinmemektedir. Orta Galler'de asemptomatik genç çiftçiler üzerinde yapılan bir araştırmada pozitif hidatik serolojik test oranı %30'un

üzerinde bulunmuştur ki bu hastalığın kırsal kesimde tahmin edilenden daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir (15). Ancak serolojik testin %15-20 oranında da yalancı pozitif yada negatif sonuç verebileceği yada diğer parazitlerle çapraz reaksiyon oluşabildiği unutulmamalıdır. Günümüzde artık daha spesifik aglutinasyon testleri ile insidans taraması ve tanıda oldukça güvenilir sonuçlar alınmaktadır (15).

Primer serebral yerleşen hidatik kistlerin tüm hidatik kistler arasında görülen insidansı %1-2 olarak bildirilmiştir (2,5,7). Serebral hidatik kistlerin %50-75'i çocuklarda izlenmektedir. Klinikte başağrısı, kranial sinir tutulumu, yaygın yada fokal konvulziyon, hemiparezi, mental bozukluk ve nadiren hemikorea görülür (6). Tek veya çok sayıda, tomografilerde büyük, sferik şekilde, bir kenarı

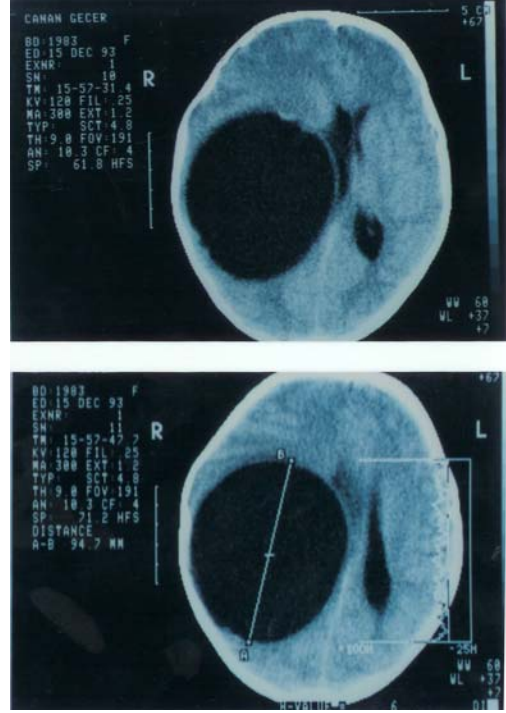
kalvaryuma yakın, kalsifiye ve septal görünüm taşıyabileceği, perifokal ödemin ve kontrast tutulumunun genellikle olmadığı, birden fazla sayıda olanlarda ise ovoid veya poligonol şekillerde üzüm salkımı formasyonunda olabileceği, perifokal ödem ve kontrast tutulum görülebileceği belirtilmektedir (3,10). Kranial manyetik rezonans tetkiklerinde ise yuvarlak veya oval, T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde iyi tanımlanan izointens kistik görünüm, T2W'de hipointens duvarlı, perifokal ödem ve kontrast tutulumu olmayan lezyonlar olarak görüntülenir (4,8). Lokalizasyon olarak serebral hemisferlerde, peri-intraventricüler, serebellar, orbital ve maksiller antrumda görüldüğü bildirilmiştir (1,6,10-12). Tedavi yöntemleri arasında cerrahi, cerrahi ve medikal veya salt medikal tedavi (mebendazole, praquantel, albendazol) sayılmaktadır (13).

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 3 aydır giderek artan sol tarafında güçsüzlük ve yaygın konvülsiyon yakınmaları ile müracaat eden 10 yaşında kız çocuğunun bir yıl kadar öncesinde ani bilinç kaybı ve kasılmalarının geliştiği ve 1 yıldır febril konvülsiyon tanısı ile tedavi gördüğü öğrenildi. Öz ve soygeçmişinde özellik belirtilmeyen hastanın fizik ve nörolojik muayenesinde sol santral fasiyal paralizisi ve solda 4/5 düzeyinde kas gücü saptandı.

Rutin kan ve biokimyasal tetkikleri normal sınırlar içerisinde değerlendirildi. Direkt akciğer ve kranial grafilinde herhangi bir patoloji görülmedi. Kranial tomografilerinde sağ parietalde 6 x 6 x 9 cm.'lik ebatlarda konturları oldukça düzenli, kontrast tutulumu olmayan, perifokal ödem gözlenmeyen kistik yer kaplayan lezyon izlendi (Resim-1-2). Öncelikle kist hidatik düşünülen hastanın yeniden değerlendirilen anamnezinde evde kedi veya köpek beslenmediği ve bu tür hayvanlarla da direkt ilişkisinin olmadığı öğrenildi.

Hastanın tüm batın ultrasonografisinde ve tomografilerinde özellik saptanmadı. Casoni –



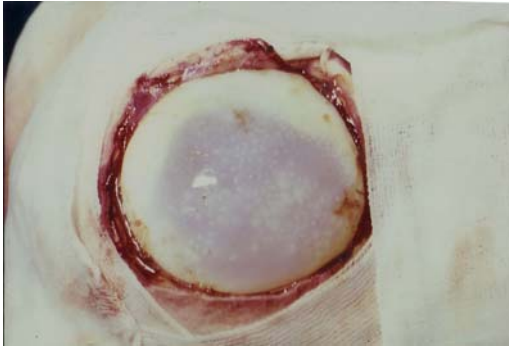
Resim 1 ve 2: Preopeatif BT: Düzgün sınırlı, içerisi BOS dansitesinde 6 x 6 x 9 cm boyutlarında kistik kitle görünümü, periventricüler ödem yokluğu dikkat çekici.

Weinberg testi negatifdi. Kist hidatik indirekt hemagglutinasyon testi sonuçları 1/100 (+), 1/200 (+/-) ve kist hidatik Ig G antikor değerleri 1/100 (+) ve 1/200 (+/-) olarak bulundu .

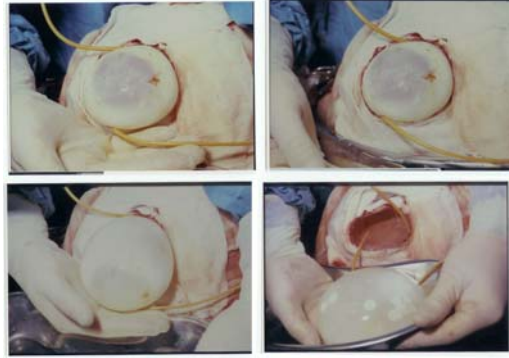
Operasyon kararı verilerek sağ frontotemporoparietal geniş bir insizyonla ve parietotemporal kraniotomi yapılarak kist ortaya konuldu (Resim-3). Yüzeysel yapışıklıklar disektör yardımı ile temizlenerek beyin loju ile kist arasına nelaton sonda ile girilip hidrodiseksiyon ile kist patlatılmadan ve aspire edilmeden total olarak çıkartıldı (Resim-4-5-6-7-8). Patolojik incelemesinde makroskopik görünümü ile uyumlu olarak hidatik kist tanısı doğrulandı.

Postoperatif 7. günde sol santral fasiyal paralizisi früst hale gelen ve solda kas gücü 5-/ 5 düzeyine ulaşan hasta taburcu edildi.

Postoperatif 3. hafta tomografilerinde kist kavitesinin küçüldüğü gözlenirken nörolojik muayenesinin tamamen normale döndüğü saptandı (Resim-9). Postoperatif 2. ayında kist kavitesinin iyice küçüldüğü hastanın nörolojik muayenesinin bütünüyle normal sınırlar içerisinde olduğu belirlendi (Resim-10). 5 yıllık takibinde hastanın herhangi bir yakınmasının olmadığı kranial tomografilerdeki görünümün neredeyse normal sınırlar içerisinde olduğu tespit edildi (Resim-11-12).



RESİM 3: Peroperatuar kraniotomi sonrası kistin görünümü



RESİM 4-5-6-7: Peroperatuar hidrodiseksiyon ile kistin “doğurtulması”

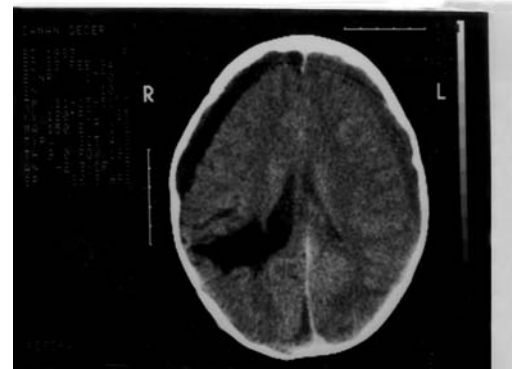
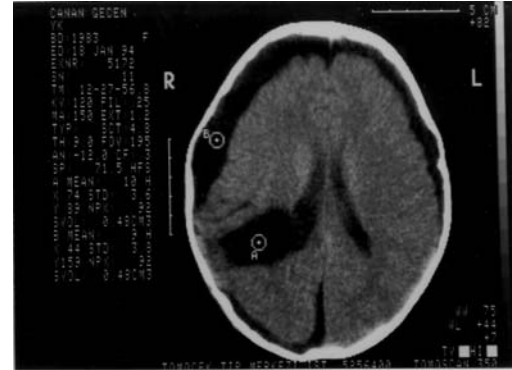
TARTIŞMA

Primer serebral hidatik kistler genellikle tektir ve uzun progresyon süreleri içerisinde oldukça büyük boyutlara ulaşabilirler (14). Bu gelişim süreci esnasında ise klinik seyir genellikle boyutlardan bağımsız olarak daha

sessiz olmaktadır. Buradaki kitle büyüklüğü ile semptom uyumsuzluğu beyin dokusunun elastikiyetinin ve bulunduğu ortamdaki kitlesel basınç artışının oldukça ağır bir hızla artmasına karşı adaptasyon sağlayabilmesinden kaynaklanmaktadır.



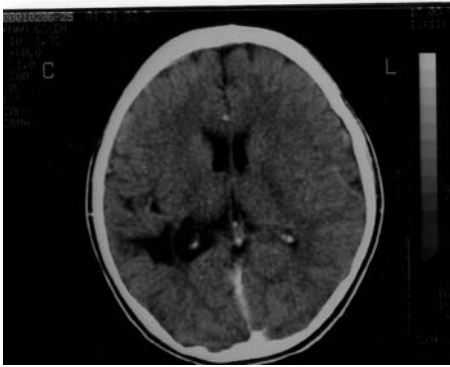
RESİM 8: Kistin total aspire edilmeden, patlatılmadan çıkartılmış görünümü



RESİM 9-10: Postoperatuar 3. hafta kontrol tomografisi, Postoperatuar 2. ay kontrol tomografisi

Yukarıda sunulan hastanın sol hemisendrom kliniği ve BT bulguları ile tanısı konulurken kliniğin yavaş bir seyirle ortaya çıktığı ve çok büyük boyutlara ulaşana kadar hastada belirgin bulguların ortaya çıkmadığı, kitlenin ancak tomografideki 6 x 6 x 9 cm.'lik boyutlara ulaştığında yer kaplayan lezyon bulguları vererek klinik tabloyu oluşturduğu gözlemlendi. Bu olguda beyinin çok yavaş progresyon gösteren kitlelere karşı oldukça kompensatuar bir reaksiyon gösterdiği görülmektedir.

Primer serebral hidatik kist ile ilgili literatürde de belirtildiği üzere cerrahi yaklaşımın mümkün olduğu vakalarda kistin total olarak ve de özellikle hidrodiseksiyonla çıkartılmasının gerek medikal tedavi gerek diğer cerrahi yöntemler (aspirasyon, krioterapi) veya her ikisinin birlikte uygulanmasına göre daha güvenli ve uzun dönemde daha iyi sonuçlar verdiği göz önünde bulundurulmalıdır.



RESİM 11 ve 12: Postoperatuar 5. yıl kontrol tomografi görüntüleri

KAYNAKLAR

1. Aydın Y, Aydın F, Türe U. Intradiploeic and Cerebral Hydatosis: A Case Report and Review of Literature. *Clin Neurol Neurosurgery*, 94: 229 – 233, 1992.
2. Çataltepe O, Tahta K, Çolak A et al. Primary Multiple Cerebral Hydatid Cysts: *Neurosurg. Rev*, 14: 231 – 234, 1991.
3. Demir K, Karşlı AF, Kaya T, et al. Cerebral Hydatid Cysts: CT findings. *Neuroradiology* 33: 22 – 24, 1991.
4. El-Shamam O, Amer T, El-Atta MA. Magnetic Resonance Imaging of Simple and Infected Hydatid of the Brain. *Magn Reson Imaging*, 19: 965 – 974, 2001.
5. Erşahin Y, Mutluer S, Güzelbağ E. Intracranial Hydatid Cyst in Children. *Neurosurgery*, 33: 219 – 225, 1993.
6. İplikçioğlu AC, Özek NM, Özer AF et al. Periventricular Hydatid Cyst Presenting with Hemichorea. *Childs Nerv Syst*, 8: 292 – 293, 1992.
7. Lunardi P, Missori P, Lorenzo DN, et al. Cerebral Hydatosis in Childhood: A Retrospective Survey with Emphasis on Long-term Follow-up. *Neurosurgery*, 29: 515 – 518, 1991.
8. Nurchi G, Floris F, Montaldo C, et al. Multiple Cerebral Hydatid Disease: Case Report with Magnetic Resonance Imaging Study. *Neurosurgery*, 30: 436 – 438, 1992.
9. Pasaoglu A, Orhon C, Akdemir H. Multiple Primary Hydatid Cysts of the Brain. *Turk J Pediatr*, 31: 57 – 61, 1989.
10. Peter JC, Domingo Z, Sinclair-Smith C, et al. Hydatid Infestation of the Brain: Difficulties with Computed Tomography Diagnosis and Surgical Treatment. *Pediatr Neurosurg*, 20: 78 – 83, 1994.
11. Schijman E. Hydatid Cyst of the Posterior Fossa: *Neurosurgery*, 17: 1014 – 1015, 1985.
12. Sharma SC, Ray RC: Primary Hydatid Cyst of the Brain in an Adult: Report of a Case. *Neurosurgery*, 23: 374 – 376, 1988.

13. Singounas EG, Leventis AS, Sakas DE, et al. Successful Treatment of Intracerebral Hydatid Cysts with Albendazole: Case report and Review of the Literature. Neurosurgery, 31: 571 – 574, 1992.
14. Vatansever M, Biliciler B, Aladag MA, et al. A Huge Cerebral Hydatid Cyst Associated with Small Liver Cyst Comparison of the Growth Rates and Sizes. Neurosurg Rev, 19: 123 – 126, 1996.
15. Yıldızhan A, Özkul MH, Uluer Ş, et al. Primary Hydatid Disease of Cervical Region: A Case Report. B.A.V. S. Vakıf Gureba Hastanesi Dergisi, 16: 61 – 65, 1989.
16. Yüceer N, Güven MB, Yılmaz H. Multiple Hydatid Cysts of the Brain: A Case Report and Review of the Literature. Neurosurg Rev, 21: 181 – 184, 1998.

Yazışma adresi:

Dr.H.Selim Karabekir
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji AD, ANS Uygulama ve Araştırma
Hastanesi
İnönü Bulvarı 03100, AFYON
E-mail: hskarabekir@aku.edu.tr