

Vertebra yerleşimli kist hidatik olgusu

İşıl Çelebiler⁽¹⁾, Ayhan N. Kara⁽²⁾, Nezih Özkan⁽³⁾, Bülent Aksoy⁽⁴⁾

İstanbul Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniğine 22. 9. 1992 tarihinde başvuran ve yapılan değerlendirilmesinde kist hidatik olduğu düşünülerek tedavi edilen bir olguyu takdim etmekteyiz. Hastanın klinik muayenesinde her iki alt ekstremitede tüm kaslarda 2/5 kuvvet kaybı, solda arefleksi, sağda hiporefleksi saptandı. Radyolojik tetkikinde, lezyonun L1-L2-L3 vertebraları tuttuğunu, spinal korda bası yaptığı belirlenmiştir. Önce anterior, sonra posterior olmak üzere 2 aşamalı cerrahi operasyonla tedavi edilen bu hasta nedeni ile vertebra tutulumlu kist hidatik hastalığı literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, vertebral kist hidatik

A case of spinal hydatid cyst

We present a case which was thought to be and treated as vertebral hydatid cyst and also admitted to Orthopaedic and Traumatology Clinic of Vakıf Gureba Hospital in Istanbul. In clinic examination we noticed areflexia at the left lower extremity, hiporeflexia at the right lower extremity, loss of motor power at both lower extremities. In radiological examination the lesion was localized to L1, 2, 3. The patient was treated by two step surgical procedure. Anterior partial removal and total evacuation of the cyst were followed by Harrington spinal instrumentation and mebenzole therapy. The patient showed recovery without complication till now.

Key word: Vertebral hydatidosis

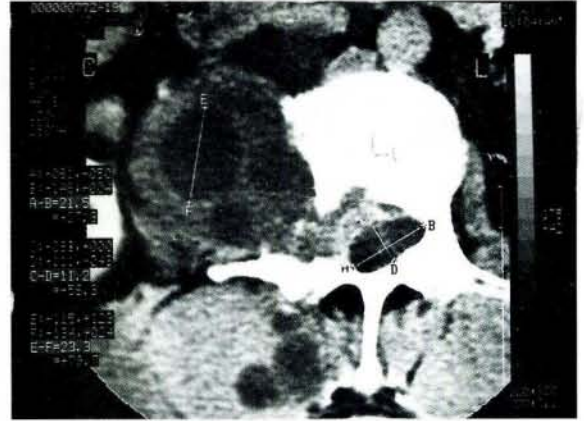
Şikayetleri 5 yıl önce başlayan, 36 yaşında erkek hastanın yakınması; sol bacakta uyuşma, kuvvet kaybı ve özellikle sol paravertebral bölgede yaygın ağrı ve merdiven inip çıkmada zorlanma idi. Hastaya bir süre kortikosteroid tedavisi uygulanmış, ancak son 2 yılda şikayetlerinin artması üzerine kliniğimize başvurmuştur. Hastanın yapılan klinik muayenesinde; L4/5 seviyesine uyan flaks paraparezi ve sol alt ekstremitede 2 cm uyluk atrofisi bulundu.

BT değerlendirilmesinde L1-2-3-4-5 vertebra seviyelerinde intramuskuler, intraspinal ve kemik yerleşimli kist hidatik tespit edildi (Resim 1, 2).

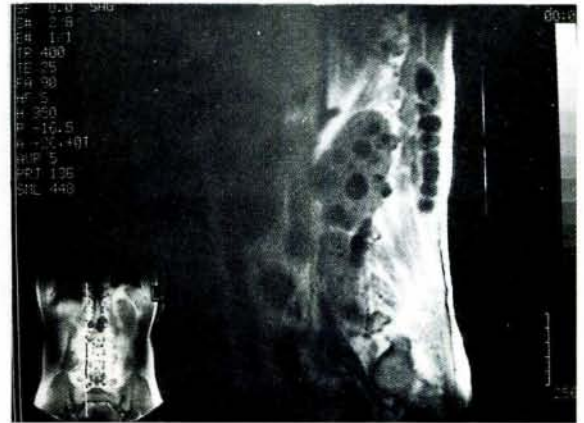
MRI değerlendirmesi sonucu; T12-L1 ile L2-4 seviyeleri arasında sağ psoas kası içinde yayılıp, spinal kanal içine uzanım gösteren, sağ vena cava'yı ve sağ böbreği iten, posterior kas grupları içinde yer alan multikistik yapı görüldü. US tetkiki, retroperitoneal yerleşimli L1-2 seviyesine uyan, 9x7x5 cm boyutlarında kapsüllü kistik oluşum olarak yorumlandı.

Hastanın sedimentasyon hızı bir saatte 30 mm olarak bulundu. Periferik yaymada %5 eozinofili, biokimyasal tetkikinde hipoproteinemi tespit edildi. Diğer değerler normal sınırlarda bulunmuştur. Kist hidatik indirect hemaglutinasyon testi ve ELİZA kist hidatik IgG antikorları bakıldı, ancak negatif bulundu.

Hasta klinik muayene ve tetkikler neticesinde kist hidatik muhtemel tanısı ile opere edildi. Öncelikle, anterior girişimle psoas kası içindeki kist, kapsülü bırakılarak boşaltıldı. Kistin hidatik kist olduğu, vezikülleri ve skolexleri olduğu görüldü (Resim 3). Kapsül içinde formol zerk edildi. L2 ve L3 seviyesinde cismin 1/5'inin tutulduğu ve kistin çıkarılması ile kord basısının ortadan kalktığı görüldü. Kist kapitone edilerek operasyon bitirildi.



Resim 1: L1 vertebra seviyesinde kistin BT kesiti



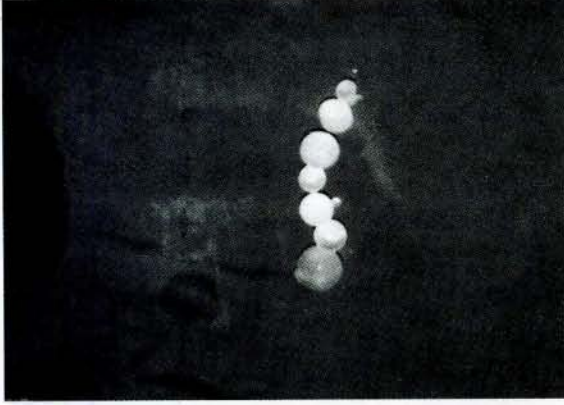
Resim 2: Kistin lezyon serisinde MR görüntüsü

(1) İstanbul Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Araştırma Görevlisi

(2) İstanbul Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Doç. Dr.

(3) İstanbul Vakıf Gureba Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Şefi, Doç. Dr.

(4) İstanbul Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.



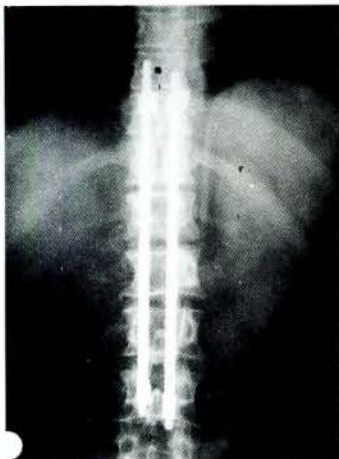
Resim 3

Postoperatif MRI incelemesinde, anteriordeki kistin tamamen temizlendiği, ancak T12-L1 seviyesinde spinal kanalı sola doğru genişleten, sağda posterior paravertebral kas içindeki kistik yapının hala mevcut olduğu görüldü (Resim 4).



Resim 4: Postop MRI incelemesi

Posterior girişimle, paravertebral kas içi kist temizlendi. Kistin pedikülü yolu ile extradural intraspinal yerleşimi ortadan kaldırmak için, laminektomi yapılarak medüller kanal içindeki kistik yapı boşaltıldı. Çift Harrington rod sleeve instrumentasyonu ve posterior grefonaj ile füzyon yapıldı (Resim 5, 6).



Resim 5: Hastanın postoperatif görüntüsü



Resim 6: Hastanın postop görüntüsü

Tartışma

Kist hidatik etkeni, *Tenia echinococcus* olup, parazitin erişkin formu köpekgillerin ince bağırsağında yaşar (14). Yumurtası insan sindirim sistemine giren embriyo, sistemik dolaşıma geçerek, %75 karaciğer, %20 akciğer, %3-11 beyin ve diğer organlar tutulur (1, 2, 4, 5, 8, 13). Kemiği tutan tüm kist hidatik olguları %5 ile %2 arasında bildirilmiştir (9, 10, 11, 12). İlk kemik kist hidatik olgusunu, 1806 yılında Cullerier tanımlamıştır (6, 7, 8). Vertebra tutulumlu ilk olgu ise, 1819 yılında Regdellet tarafından bildirilmiştir (6, 8). Kemik tutulumu arasında, vertebra %44-50 sıklıkla tutulurken, en sık torakal vertebralar tutulur (9, 11). Olguların %25-84 gibi değişen oranlarında sinir basısı mevcuttur (11). Vertebra cisminde yerleşen kist hidetik, reaktif yeni kemik dokusu olmaksızın destrüksiyon yapar. Komşu vertebraya longitudinal ligament yolu ile yayılıp, hasar yaratır (6). Spinal korda direkt bası ya da iskemik değişiklikler neticesi, vertebral yerleşiminin en sık komplikasyonu olan, parapleji veya parastezi oluşur (4, 6, 9, 11). Ortaya çıkan tablo reversibl özelliktedir (4, 11).

Hastalığın çok yavaş seyretmesi (1, 4, 8, 9, 11), %30-40 nüks göstermesi (11), %3-98 oranlarında mortalite bildirilmesi nedeni ile, vertebranın malin neoplazması olarak kabul edilmesinde neden olmaktadır (4, 5, 11).

Kist hidatik için tanı koydurucu olduğu bildirilen Casoni ve Weinberg gibi testlerin özellikle vertebra tutulumlu olgularda, değerinin olmadığı bildirilmiştir (1, 15). ELİSA kist hidatik IgG antikor titresi ve kist hidatik hemaglutinasyon testi gibi serolojik testlerde, kemik tutulumunda negatif çıkabilmektedir (11). Bu testler bizim olgumuzda da negatif olarak bulunmuştur. Kesin tanı, ancak preoperatif alınan sıvı tetkiki ve patolojik inceleme ile konabilmektedir (1, 11). İğne biopsisi ise, yayılma ve anafaktik şoka neden olabilir nedeni ile yapılmamalıdır (1, 4, 13). Esas olarak tanıya yardımcı tetkikler BT ve MRI'dır (10, 11).

Ayırıcı tanıda, Pott hastalığı, Paget, Giant cell tm., metastatik tümörler düşünülmelidir (3, 4, 8, 11). Hastalığın tedavisinde prensip, lezyonun radikal eksizyonu, küretaj, grefonaj ile anterior ve/veya posterior de-

kompresyon ile birlikte spinal stabilizasyona yönelik instrumentasyon uygulamaktır (1, 4, 6, 8, 9, 11). Nüks nedeni ile pek çok cerrahi operasyon gerekebilir (9, 12). Nüksü önlemek için, kist içine formol veya SF uygulanmaktadır (8, 11). Bu hastalara, uzun süre ve yüksek dozda mebendazolu uygulamak gerektiği konusunda görüş birliği mevcuttur (1, 3, 4, 6, 8, 11, 12). Nörolojik defisit ile başvuran ve spinal kord basısı belirlenen hastaların tanısında, çok ender olarak rastlansada, kist hidatik düşünülmesi ve kist hidatik muhtemel tanısı ile uygulanan cerrahi tedavilerde, hastalığın özelliği sebebi ile ayrı bir özen gösterilmelidir.

Kaynaklar

1. Charles, RW., Covender, S., Naidoo, KS.: Echinococcal infection of the spine with neural involvement. Spine 13 (1): 47-49, 1988.
2. Fradis, M., Podoshin, L. Goldstein.: Cervical echinococcal cyst. The Journal of Laryngology and otology. Vol. 103, pp. 435-437, April 1989.
3. Fyfe, B., Amazon, K., Poppiti, RJ., Razzetti, A.: Intraosseous echinococcosis; A rare of echinococcal disease. Southern medical Journal. Vol. 83 No. 1, 66-68, January 1990.
4. Karray, S., Zlitni, M., Fowles, JV., Zouari, O., Slimane, N., Kasab, M., Rosset, P.: Bonje joint surg. (Br), 72-B: 84-8, 1990.
5. Kaoutzanis, M., Anagnostopoulos, D., Apostolcu, A.: Hydatid disease affecting the vertebra: Acta Neurochir: 98: 60-65, Wien 1989.
6. Levack, B., Kernohan, J., Edgar, MA., Ransford, AO.: Observations on the Current and future surgical management of hydatid disease affecting the vertebra. Spine II (6): 583-590, 1986.
7. Medjek, L., Zenini, S., Hammoun, S., Hartani, M.: Hydatidose intradurale rechidienne dorsale: An Radiol, 34. No. 4, 251-255, 1991.
8. Ocete, G., Guerrero, A., Diaz-Peletier, R., Burgos, J., Bouza, E., De Miguel, C.: Experience in the treatment of osseous hydatidosis. International orthopaedics (SICOT) 10: 141-146, 1986.
9. Pamir, MN., Akalin, N., Özgen, T., Erben, A.: Spinal hydatid cysts. Surg. 21, 53-67, Neural 1984.
10. Pau, A., Simonetti, G., Tortori-Donati, P., Turtaş, S., Viale, L.: Computed tomography and magnetic resonance imaging in spinal hydatidosis. Surg. 27: 365-369, Neural 1987.
11. Rao, S., Parikh, S., Kerr, R.: Echinococcal infestation of the spine in North America. Clinic Orthop. Number 271: 164-169, 1991.
12. Ranganadham, P., Dinakar, I., Sundaram, C., Ratnakar, KS., Vivekananda, T.: Posterior mediastinal paravertebral hydatid cyst presenting as spinal compression. Clin. Vol. 92-2: 149-151, Neural Neurosurg 1990.
13. Tavoulari, KG., Cyrysophaki, A.: Primary diagnosis of intraspinal echinococcosis by cytologic examination of cyst fluid: Acta Cytologica, Vol. 33, Number 1: 13-140, Jan-Feb. 1989.
14. Unat, E.: Tıbbi parazitoloji. İst. Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayınları. Rek. No. 2597, Dekan No. 62, 1979.
15. Wani, MA., Taheri, SA., Babu, ML., Ahangar, GA., Wani, H.: Primery spinal extradural hydatid cyst: Neurosurgery. Vol 24 (2): 631-632, April 1989.

Yazışma adresi

Dr. Işıl Çelebiler

İstanbul Vakıf Gureba Hastanesi

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Çapa, İstanbul, Türkiye