

# Acil Servise Baş Ağrısı Şikayeti ile Başvuran Sağ Temporal Lob Yerleşimli Dev Araknoid Kist: Olgu Sunumu

## *Giant Arachnoid Cyst Located on Right Temporal Lobe Applied to the Emergency Department With Complaint of Headache: A Case Report*

Mehmet Tahir GÖKDEMİR<sup>1</sup>, Özgür SÖĞÜT<sup>2</sup>, Halil KAYA<sup>2</sup>, Mustafa Burak SAYHAN<sup>3</sup>,  
Hamza KARABAĞ<sup>4</sup>

1 Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Şanlıurfa  
2 Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa  
3 Selimiye Devlet Hastanesi, Acil Servisi, Edirne  
4 Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi, Şanlıurfa

### ABSTRACT

Arachnoid cysts constitute approximately 1% of intracranial masses and they are cystic lesions usually located on extraaxial region between dura and the brain. They usually show symptoms in the early years. Incidence of showing symptoms decrease with increasing age, some giant arachnoid cysts even become completely asymptomatic and they are detected incidentally during autopsies. Herein we reported a case who applied to the emergency department with complaint of headache and diagnosed as arachnoid cyst located on right temporal lobe and operated on thereafter. A 17-year-old male patient suffered from headache occasionally was applied to our emergency department as his headache aggravated. A cystic lesion occupying almost half of the right hemisphere and impressing on lateral ventricle was detected on computed cranial tomography of the patient whose neurological examination was found normal. The lesion was found to be consistent with arachnoid cyst on diffusion magnetic resonance imaging carried out for differential diagnosis. Arachnoid cysts can lead to non-specific symptoms as well as they can be asymptomatic. Indications and methods of surgical treatment for these cysts are currently controversial.

**Keywords:** Arachnoid cyst, headache, emergency department

**Received:** 14.10.2010

**Accepted :** 04.12.2010

### ÖZET

Araknoid kistler; intrakraniyal kitlelerin yaklaşık %1'ini oluşturur ve sıklıkla ekstra-aksiyel bölgede dura ile beyin arasında yerleşimli kistik lezyonlardır. Genellikle erken yaşlarda semptom verirler. Artan yaşla birlikte semptom verme insidansı azalır hatta bazı dev araknoid kistler tamamen asemptomatik olup, otopsi esnasında insidental olarak tespit edilirler. Acil servise baş ağrısı şikayeti ile başvuran ve sağ temporal yerleşimli araknoid kist teşhis edilen, sonrasında da opere edilen bir olgu sunduk. On yedi yaşında erkek hasta, üç-dört yıldan beri ara sıra olan baş ağrısı şikayetinin şiddetlenmesi üzerine acil servisimize başvurdu. Nörolojik muayenesi normal olarak saptanan hastanın çekilen beyin tomografisinde sağ beyin hemisferinin yaklaşık yarısını kaplayan, lateral ventriküle bası yapan kistik lezyon saptandı. Ayırıcı tanı için yapılan difüzyon manyetik rezonans görüntülemeye lezyonun araknoid kist ile uyumlu olduğu saptandı. Araknoid kistleri asemptomatik olabildikleri gibi non-spesifik semptomlara da yol açabilirler. Bu kistlerin cerrahi tedavi endikasyonları ve yöntemleri halen tartışmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Araknoid kist, baş ağrısı, acil servis

**Başvuru Tarihi:** 25.05.2010

**Kabul Tarihi :**22.07.2010

**Yazışma Adresi/Corresponding to:**  
Özgür Söğüt  
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Ana Bilim Dalı Şanlıurfa-Türkiye  
GSM: 0 506 248 66 68  
e-mail: drosogut@harran.edu.tr

## GİRİŞ

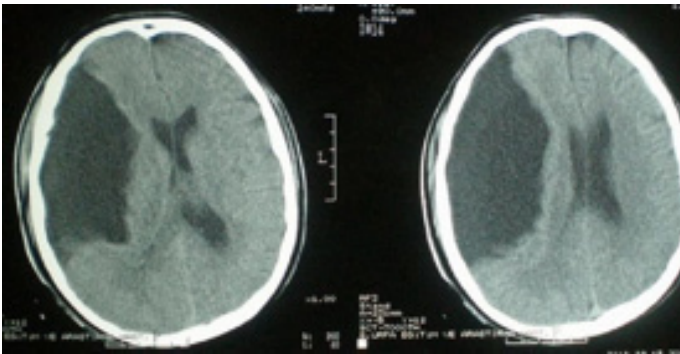
Araknoid kistler (AK) konjenital orijinli olmasına rağmen inflamatuvar veya travmatik nedenlere bağlı olarak ta gelişebilirler. AK'ler araknoid membranla çevrili ve serebrospinal aks boyunca değişik lokalizasyonlarda (kraniyal ve spinal) yerleşen benign kistlerdir. Bu kistler genellikle renksiz, berrak, normal Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) ile uyumlu sıvı içerirler. Nadir olarak komplike oldukları zaman, proteinöz veya hemorajik içerik özelliği gösterebilirler.<sup>1,2</sup> Genellikle erken yaşlarda semptom verirler. Artan yaşla birlikte semptom verme insidansı azalır hatta bazı dev AK'ler tamamen asemptomatik olup otopsi esnasında insidental olarak tespit edilirler.

AK'ler en sık orta kraniyal fossa (% 43) olmak üzere, daha az sıklıkla serebellopontin köşede, serebral konveksitede, suprasellar bölgede, kuadrigeminal siternde, interhemisferik fissürde, koroidal fissürde ve retroserebellar bölgede de görülebilirler.<sup>2</sup> Beyin tomografisi (BT) ya da manyetik rezonans görüntüleme (MRG) düzgün sınırlı, BOS ile aynı sinyal ve dansite özellikleri gösteren, kalsifikasyon içermeyen ve kontrast madde tutmayan benign lezyonlardır. Difüzyon ağırlıklı MRG'de hipointens sinyal özelliği gösterir ve ayırıcı tanıda hiperintens sinyal özelliği gösteren epidermoid kisten ayrılırlar. BT ve MRG gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri olguların çoğunda tanısal değer taşımaktadır.<sup>3</sup>

Biz burada acil servise baş ağrısı şikayeti ile başvuran ve BT ve MRG ile sağ temporal yerleşimli dev araknoid kist teşhis edilen bir olguyu sunmayı amaçladık.

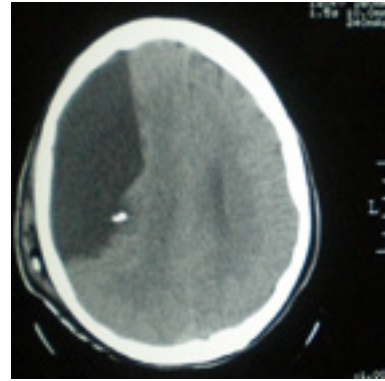
## OLGU

On yedi yaşında erkek hasta, üç-dört yıldan beri arada bir şiddetlenen baş ağrısı, zaman zaman bulantı ve dengezsizlik yakınmaları oluyormuş. Hasta, baş ağrısının şiddetlenmesi üzerine acil servisimize başvurdu. Nörolojik muayenesi normal olarak saptanan hastanın BT'sinde sağ beyin hemisferinin yaklaşık yarısı kadar alanı kaplayan, lateral ventriküle bası yapan ve daraltan ve hafif şift etkisi yapan kistik lezyonun görüldü (Resim 1).



**Resim 1:** BT'de sağ beyin hemisferinin yaklaşık yarısını kaplayan, lateral ventriküle bası yapan ve daraltan ve hafif şift etkisi yapan kistik lezyonun görünümü.

Ayırıcı tanı için yapılan diffüzyon MRG'de lezyonun AK ile uyumlu olduğu saptandı. Bu bulgularla opere edilen hastaya kraniyotomi ve kraniyoperitoneal şant yapıldı. Post operatif birinci günden sonra semptomları düzelen hastanın ikinci günde çekilen kontrol BT'sinde şiften de kaybolduğu görüldü (Resim 2).



**Resim 2:** Ameliyat sonrası BT'de kraniyoperitoneal şanta ait hiperdens görünüm.

Operasyondan sonra dördüncü günde, rutin kontrollere gelmek üzere hasta taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Tüm intrakraniyal lezyonların ancak % 1'i AK'lerdir. İntrakraniyal AK'ler en sık orta fossada (% 49), ikinci sıklıkta posterior fossada (% 11) yerleşirler.<sup>3,5-7</sup> Bazı serilerde posterior fossada AK oranı % 25- 30'a kadar ulaşmaktadır.<sup>7</sup> Posterior fossa AK'leri orta hatta IV. ventriküle ya da sisterna magna ya da serebellar hemisfer üzerinde paramedian yerleşimlidirler. Orta hat yerleşimli AK'ler hidrosefali ve kafa içi basınç artışı (KİBAS) semptomlarına yol açarlar. Bizim olgumuzda AK sağ temporal bölgede lokalize idi ve orta hatta şift etkisi yapmıştı. Semptomatik AK'lerde en sık bulgu baş ağrısıdır. Bazı hastalarda bulantı-kusma gibi nonspesifik semptomlar da eşlik edebilir. İntrakraniyal AK'lerin ayırıcı tanısında Dandy-Walker malformasyonu, vermian-serebellar hipoplazi, mega sisterna magna, epidermoid tümör, kistik astrositom ve kistik hemanjioblastom gibi patolojiler akla gelmelidir.<sup>1,8</sup> Bizim olgumuzun anamnezinde 3-4 yıldır ara ara olan baş ağrısı, bulantı ve dengezsizlik şikayetleri mevcuttu. Olgumuza bu şikayetlerinden dolayı daha önce BT veya MRG hiç çekilmemişti. Olgumuzda intrakraniyal kitle olabileceği düşünülerek BT çekildi. BT'de kistik lezyon saptandı ve MRG'de AK tanısı doğrulandı.

AK'lerin tedavisi hâlâ tartışmalıdır. Tedavide pek çok yöntem önerilmektedir.<sup>7-10</sup> AK'ler eğer asemptomatik, ventrikülo-megaliye yol açmamış ve progresif olarak büyümüyorlar ise klinik ve radyolojik olarak izlenebilirler. Çok nadir olarak spontan regresyon da bildirilmiştir.<sup>5</sup> Bası bulguları gösteren az bir kısım olguda cerrahi tedavi gerekli olabilmektedir. Cerrahi gerektiğinde fenestrasyon (açık ya da endoskopik), kisto-peritoneal şant, kist marsupializasyonu, parsiyel ya da total kist duvarı eksizyonu yöntemleri söz konusudur.<sup>1,4,8-10</sup> Olgumuzda son zamanlarda baş ağrısı yakınması sıklığında artış olması, kist boyutunun büyük olması ve kistin şift yapması nedeni ile literatürde de önerilen yöntem olan cerrahi olarak kisto-peritoneal şant girişimi yapıldı.

Sonuç olarak, baş ağrısı şikayeti acil servislere sık başvuru nedenlerinden biridir. Baş ağrısı kendi başına bir hastalık olabileceği gibi (migren), başka hastalıkların öncü belirtisi de olabilir (kanama veya kafa içi yer kaplayan kitleler gibi). Bu nedenle, acil hekiminin baş ağrılarında doğru ve etkili ayırıcı tanı yapması çok önemlidir. Ağrının ani başlaması ve dakikalar içinde en şiddetli hale gelmesi bir beyin kanamasını düşündürüleceği

gibi, uzun bir zamandan beri var olan ancak giderek şiddetlenen ve dayanılmaz hale gelen baş ağrılarında da olgumuzda olduğu gibi kafa içi yer kaplayan oluşumlar gibi kafa içi basıncını arttıran hastalıkların akla getirilmesi gerekir. AK'ler yaşam boyu asemptomatik olabildikleri gibi non-spesifik semptomlara da yol açabilirler. AK tanısı için BT veya MRG ve gerektiğinde difüzyon ağırlıklı MRG tetkiki tanıya yardımcı olmaktadır. Cerrahi olarak bir kısım hastaların tedavisinde ya kist çıkarılmakta ya da şant desteği sağlanmaktadır. Bu kistlerin cerrahi tedavi endikasyonları ve yöntemleri de halen tartışmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Rengachary SS, Kennedy JD. In: Intracranial Arachnoid and Ependymal Cysts. Wilkins RH, Rengachary SS eds. Neurosurgery, volume 3, second edition. New York: McGraw Hill, 1996: 3709-28.
2. Pradilla G, Jallo G. Arachnoid cysts: case series and review of the literature. Neurosurg Focus 2007;22:E7.
3. Alkilic-Genauzeau I, Boukobza M, Lot G, George B, Merland JJ. CT and MRI features of arachnoid cyst of the petrous apex: report of 3 cases J Radiol 2007;88:1179-83.
4. Boutarbouch M, El Ouahabi A, Rifi L, Arkha Y, Derraz S, El Khamlichi A. Management of intracranial arachnoid cysts: Institutional experience with initial 32 cases and review of the literature. Clin Neurol Neurosurg 2007;21:207-13.
5. Weber R, Voit T, Lumenta C, Lenard HG. Spontaneous regression of a temporal arachnoid cyst. Child's Nerv Syst 1991;7:414-5.
6. Kjos BO, Brant-Zawadzki M, Kucharczyk W. Cystic intracranial lesions: magnetic resonance imaging. Radiology 1985;155:363-9.
7. Schroeder HWS, Gaab MR, Niendorf WR. Neuroendoscopic approach to arachnoid cysts. J Neurosurg 1996;85:293-8.
8. Erdinçler P, Kaynar MY, Bozkus H, Ciplak N. Posterior fossa arachnoid cysts. British Journal of Neurosurgery 1999;13:10-7.
9. Galassi E, Tognetti F, Frank F, Fagioli L, Nasi MT, Gaist G. Infratentorial arachnoid cysts. J Neurosurg 1985;63:210-7.
10. Samii M, Carvalho GA, Schuhmann MU, Matthies C. Arachnoid cysts of the posterior fossa. Surg Neurol 1999;51:376-82.