

# Nadir bir olgu; Primer kraniyal kist hidatik

*A rare case; Primary cranial hydatid cyst*

**Tuba SELÇUK CAN, Behice Kaniye YILMAZ, Sevim ÖZDEMİR, Yıldırım SAVAŞ**

## Öz

Kist hidatik *Echinococcus granulosus* larvalarının neden olduğu paraziter bir enfeksiyondur. Karaciğer ve akciğer tutulumu daha yaygın olmasına rağmen kraniyal tutulum oldukça nadirdir. Kist hidatiklerin rüptüre olmadan cerrahi olarak çıkarılması temel tedavi yöntemidir. Bu nedenle preoperatif tanı oldukça önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Hidatik kist, kranium, *echinococcus granulosus*

## Abstract

Hydatid cyst is a parasitic infection caused by *Echinococcus granulosus* larvae. Although liver and lung involvement is common, cranial involvement is very rare. Surgical removal of hydatid cysts without rupture is the main treatment. Therefore, preoperative diagnosis is very important.

**Key words;** Hydatid cyst, cranial, *echinococcus granulosus*

Sunum Bilgisi: 37. Ulusal Radyoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

### İletişim Adresi:

Behice Kaniye YILMAZ

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Tel:** 0212.5294400 • **e-mail:** behiceyilmaz@gmail.com

SBU Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Makalenin Geliş Tarihi:** 23.10.2018 **Kabul Tarihi:** 17.01.2019

## Giriş

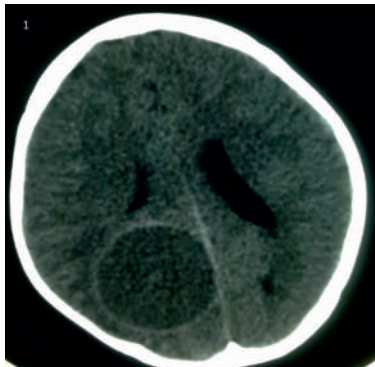
Hidatik kist(HK), Echinococcus granulosus'un larvalarının sebep olduğu nadir bir paraziter enfeksiyondur<sup>1,2</sup>. HK hastaların %75 inde karaciğeri, %15 inde akciğeri tutarken diğer organ tutulumları %10 oranında görülür<sup>3,4</sup>. HK olgularında merkezi sinir sistemi tutulumu oldukça nadirdir ve tüm olguların yaklaşık %1,6-%5,2'sini oluşturur<sup>1-5</sup>. İntrakranial HK'ların % 75'i çocuklarda olup, yetişkinlerde nadir görülür<sup>6-8</sup>. Serebral HK genellikle tekir ve uniloküler ya da multiloküler olarak izlenebilir<sup>9</sup>.

## Olgu Sunumu

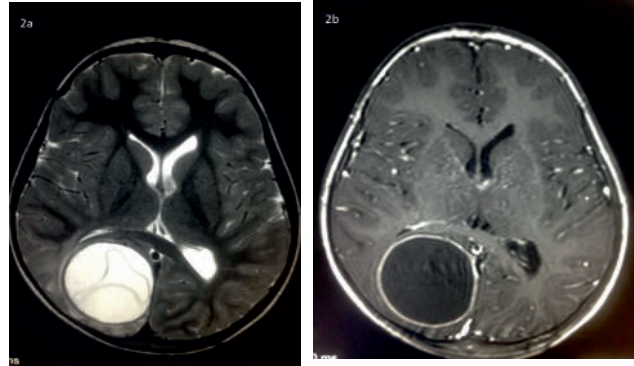
Onaltı yaşındaki erkek hasta baş ağrısı nedeni ile hastanemize başvurdu. Hasta öncelikle bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki ile ve lezyon BT'de görülmesi üzerinde ardından manyetik rezonans (MR) tetkiki ile değerlendirildi. Kontrastsız Beyin BT tekikinde sağ serebral hemisferde, oksipital lobda geniş yerleşim gösteren ince cidarlı, düzgün konturlu, homojen hipodens kistik lezyon izlendi (resim 1). Bunun üzerine Manyetik Rezonans (MR) tetkiki ile değerlendirildi. Kontrastlı MR tetkikinde, kistin ince cidarsal kontrastlanma gösteren, içerisinde T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde sekanslarda hipointens lineer membran ile uyumlu görünüm kaydedildi (resim 2). Kist içerisindeki çökmüş membranlar "nilüfer çiçeği" bulgusu ile uyumlu olup lezyon Gharbi sınıflamasına göre tip 2 ile uyumlu kist hidatik olarak değerlendirildi.

### Resim 1:

Kontrastsız aksial BT kesitinde sağ oksipital lobda yerleşim gösteren ince cidarlı, düzgün konturlu büyük kistik lezyon görülmektedir.



Resim 2a ve 2b: T2 ve postkontrast T1 AG'lerde; T2 AG'de hiperintens, T1 AG'de hipointens, IV Gad. sonrası ince periferik kontrastlanma gösteren ve içerisinde ince membranların kaydedildiği (nilüfer çiçeği bulgusu) Tip 2 kist hidatik ile uyumlu yer kaplayan lezyon izlenmektedir.



## Tartışma

Türkiye HK'nın çok sık olarak görüldüğü ülkelerden biridir. Etken Echinococcus granulosus ve daha az sıklıkla Echinococcus multilocularis'tir. HK çoğunlukla karaciğer ve akciğerde görülmekte olup, birincil olarak kraniyal tutulum %1.6-%5.2 oranla oldukça nadirdir. İntrakraniyal HK'ların % 75'i çocukluk yaş grubunda görülür<sup>6-8</sup>. Çocuklarda patent duktus arteriosusun kapanmaması intraserebral HK riskinde artışın nedeni olarak görülmektedir<sup>10</sup>.

Hastada gelişen klinik semptomlar, santral sinir sistemindeki lezyonun yerleşim yerine, boyutuna ve lezyonun komşu yapılara olan etkisine bağlı olarak değişmektedir. Baş ağrısı ve kusma en sık görülen semptomlar arasındadır<sup>11</sup>. Bu bulgulara ek olarak papil ödemi, hemiparezi, epileptik nöbetler, konuşma güçlüğü, kraniyal sinir felçleri görülen diğer bulgulardandır<sup>12</sup>. Lezyonlar genellikle bizim olgumuzda olduğu gibi tek, yuvarlak ve unilokülerdir<sup>5</sup>. Çoğul lezyonlar daha nadir görülür.

Tanı klinik, serolojik testler, BT veya MR tetkikleri ile konur. Tanıda serolojik testlerin yeri olmakla birlikte kesitsel görüntülemenin yaygınlaşması ile bu önem azalmıştır<sup>13</sup>. Kistler BT ve MR'de iyi sınırlı, ince duvarlı, yu-

varlık ve daha çok homojen lezyonlar şeklinde görülürler. MR'de kist içeriği T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde BOS ile izointenstir. Kist duvarı hem T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde düşük sinyal intensiteli bir cidar şeklinde görülür.

Serebral HK'ların ayırıcı tanısı; araknoid kist, poransefalik kist, kistik tümörler, serebral abse bulunmaktadır<sup>10,11</sup>. Araknoid kistler beyin dokusu tarafından sarılmaz. Poransefalik kistler genellikle ventrikül ile bağlantıları bulunur. Kistik tümörlerin çoğunlukla belirgin kontrast tutulumu gösteren yumuşak doku komponenti mevcuttur. Serebral absede belirgin cidar kontrastlanması boyanması ve çevre ödemi vardır<sup>10,14</sup>. Kranial HK'ların rüptüre olmadan cerrahi olarak çıkarılması temel tedavi yöntemidir. Kistin rüptürü, sızıntısı inflamatuvar reaksiyona veya rekürrense neden olabilmektedir. Cerrahiye ek olarak preoperatif dönemde kistin küçülmesi ve postoperatif dönemde rekürrensi önlemek için ilaç tedavisine gereksinim bulunmakta olup medikal tedavide albendazol veya mebendazol kullanılmaktadır<sup>10-15</sup>.

Kistin cerrahide rüptüre olmadan çıkarılması en etkili tedavi olduğundan preoperatif tanı oldukça önemlidir. Türkiye gibi HK hastalığının endemi gösterdiği bir ülkelerde BT ya da MR'da kistik lezyon saptandığında, HK her zaman akılda bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

- Angın T, Çelebisoy M, Karatepe AN, Gelal MF, Şirin HK. Serebral Kist Hidatik: Olgu Sunumu. Türk Nöroloji Dergisi 2014; 20:87-90.
- Öztekin PS, Yılmaz BK, Gokharman FD, Koşar PN. Primary orbital hydatid cyst: computed tomography and magnetic resonance imaging findings. Singapore Med J 2014;55: 184-6.
- Teber S, Ay S, Değerliyurt A, Dilli A. Dev Serebral Hidatik Kist Olgusu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2014; 67: 29-32.
- Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographics 2000; 20: 795-817.
- Özkan Ü, Kemaloğlu M, Selçuki M. Gigantic intracranial mass of hydatid cyst. Child's Nervous System 2001;17:623-5.
- Hastürk AE, Uçkun Ö, Göker T, Ocakçioğlu, Kaptanoğlu E. Multipl Yerleşimli Primer İntrakranial Kist Hidatik: Olgu Sunumu. Türk Nöroşirürji Dergisi 2010; 20: 139-42.
- Cataltepe O, Colak A, Ozcan OE, Ozgen T, Erbeni A: Intracranial hydatid cysts: Experience with surgical treatment in 120 patients. Neurochirurgia. 1992; 35: 108-11.
- Ersahin Y, Mutluer S, Güzelbag E: Intracranial hydatid cyst in children. Neurosurgery 1992; 33: 219-24.
- Tuzun M, Altınors N, Arda IS et al. Cerebral hydatid CT and MR findings. J Clin Imaging 2002; 26: 353-7.
- Ciurea AV, Fountas KN, Coman TC et al. Long-term surgical outcome in patients with intracranial hydatid cyst. Acta neurochirurgica 2006;48:421-6.
- Bükte Y, Kemaloğlu S, Nazaroğlu H, Özkan Ü, Ceviz A, Şimsek M. Cerebral hydatid disease: CT and MR imaging findings. Swiss Med Wkly 2004;134:459-67.
- Reddy R. Managing cerebral and cranial hydatid disease. Neurology India 2009; 57: 116-8.
- Tuncer C, Ahmet Ö, Aydın Y. Multiple intracranial hydatid cysts in a boy. Turkish neurosurgery 2009;19:203-7.
- M. Turgut. Intracranial hydatidosis in Turkey: its clinical presentation, diagnostic studies surgical management, and outcome. A review of 276 cases. Neurosurg Rev 2001;24:200-8.
- Kalaitzoglou I, Drevelengas A, Petridis A, Palladas P. Albendazole treatment of cerebral hydatid disease: evaluation of results with CT and MRI. Neuroradiology 1998;40:36-9.