



Radyolojik Tanınız Nedir?

What is Your Radiologic Diagnosis?

Aynur Kaya Karaca¹(ID), Enes Furkan Dede¹(ID), Sinan Saylık¹(ID), Mustafa Gençeli²(ID), Özge Metin Akcan²(ID), Demet Aydoğdu³(ID)

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

² Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya, Türkiye

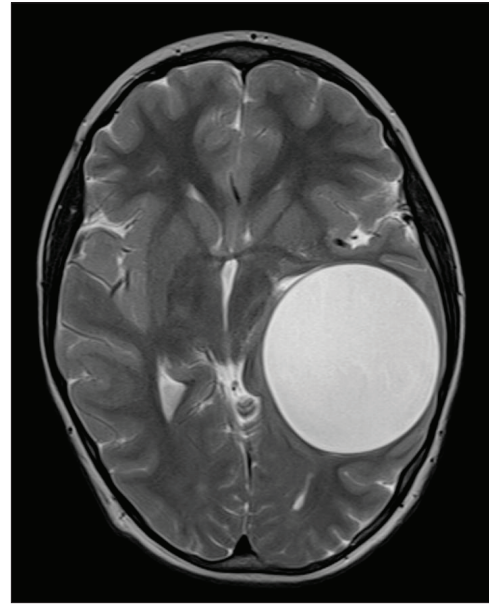
³ Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Makale atfı: Kaya Karaca A, Dede EF, Saylık S, Gençeli M, Metin Akcan Ö, Aydoğdu D. Radyolojik tanınız nedir? J Pediatr Inf 2025;19(1):55-57.

Olgu

Bilinen hastalığı olmayan 10 yaş erkek hasta, bir gün önce ani başlangıçlı bilinç kaybı ve yere yığılma şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Travma öyküsü olmayan hastanın kraniyal bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sol temporoparietal bölgede 7 cm boyutunda kistik lezyon saptanması üzerine tarafımıza sevk edildi. Kırsal bölgede yaşayan ve köpek temasının olduğu öğrenilen hastanın vital bulguları, nörolojik ve sistem muayeneleri normal sınırlar içindeydi. Tam kan sayımı, biyokimyasal tetkikler ve akut faz reaktanları normal sınırlardaydı. *Echinococcus* indirekt hemaglutinasyon testi negatifti. Kist hidatik yönünden aile taraması yapıldı ve başka kist hidatik hastalığı ile uyumlu olgu saptanmadı. Posteroanterior akciğer grafisinde ve batin ultrasonografide kistik lezyona rastlanmadı. Preoperatif beyin manyetik rezonans görüntüleme sol temporoparietal alanda intraparakimal yerleşimli, yaklaşık 7 x 7 cm boyutunda düzgün konturlu, T2A sekanslarda belirgin hiperintens, kistik natürde lezyon izlendi. Lezyon çevresinde vazojenik ödem yoktu. Çevre dokulara baskı oluşturdu (Şekil 1). Kontrastlı incelemede kist duvarında ince, düzgün yüzeyli kontrastlanma görüldü. Solid komponent görülmedi (Şekil 2).

Hastanın öyküsü ve görüntüleme bulgularına göre tanınız nedir?



Şekil 1. Sol temporoparietal alanda düzgün konturlu, T2A sekanslarda belirgin hiperintens, kistik natürde kitle.

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Aynur Kaya Karaca

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Konya, Türkiye

E-mail: aynurkaya.mtf@gmail.com

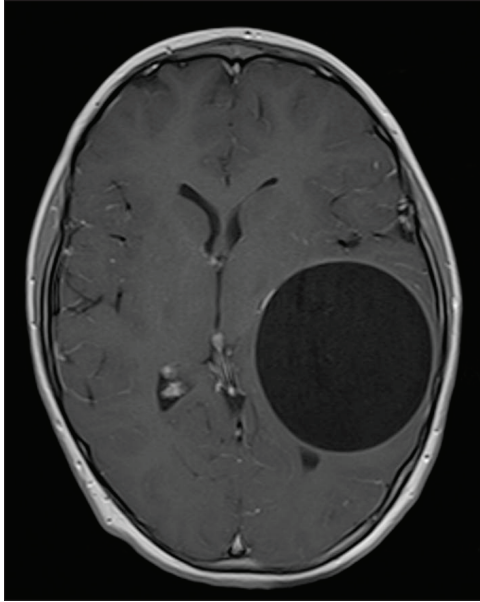
Geliş Tarihi: 11.07.2024 Kabul Tarihi: 14.10.2024

Çevrim İçi Yayın Tarihi: 12.03.2025

Bu eser CC BY-NC Atıf-GayriTicari Türev Eser Yaratma 4.0 Uluslararası Lisansı kapsamında lisanslanmıştır.

Veri Paylaşım Beyanı: Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler, makul talepler doğrultusunda sorumlu yazardan temin edilebilir.

©Telif Hakkı 2025 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği. Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.



Şekil 2. Kontrastlı T1A incelemede kist duvarında ince, düzgün kontrastlanma.

TANI: Kist hidatik

Tartışma

Hastamızın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde lezyon çevresinde ödemin olmaması ve duvarında ince düzgün kontrastlanmanın olması kist hidatiği düşündürdü. Olguya beyin cerrahisi tarafından kist eksizyonu yapıldı. İntraoperatif bulgular kist hidatikle uyumluydu. Ayrıca kist sıvısının patolojik incelemesi de kist hidatik hastalığı ile uyumluydu. Hastaya üç ay süreyle albendazol (15 mg/gün/gün, iki dozda) oral verildi. Sonrasında herhangi bir nörolojik defisiti bulunmayan hastanın takibine çocuk enfeksiyon polikliniğinde devam edilmekte. Takibinde *Echinococcus* indirekt hemagglütinasyon testi tekrar bakıldı ve negatif sonuçlandı.

Kist hidatik, etkeni sıklıkla *Echinococcus granulosus* ve *Echinococcus multilocularis* olan, zoonotik, paraziter bir hastalıktır (1). İnsanlar tesadüfi konaklardır, bulaşma döngüsünde rol oynamazlar. Kontamine gıdaların tüketilmesi yoluyla enfekte olurlar. Etken gastrointestinal mukozadan girerek hematogen yolla yayılır (2). En çok karaciğer ve akciğeri tutmakla birlikte nadiren beyin, kalp, kemik, böbrek gibi organları tutabilir. Serebral tutulum, vakaların %1-2'sini oluşturur ve en sık adölesanlarda ve çocuklarda görülür (3,4).

Primer serebral kist hidatik genellikle tektir (5,6). İnsanda kist büyüklüğü genellikle 1-15 cm arasındadır. Ancak 20 cm'yi geçen kistler de görülebilir (7). Sıklıkla orta serebral arterin beslediği bölgede bulunurlar (8). Serebral kist hidatik olgularının %10'unda öncelikle akciğer ve karaciğer olmak üzere diğer organ tutulumları görülür. Bu nedenle serebral kist hidatik saptanan hastalarda sistematik araştırma gerekmektedir (4).

Klinik bulgular hastanın yaşına, kistin lokalizasyonuna ve büyüklüğüne göre değişkenlik gösterebilir (9). Kafa içi basınç artışına bağlı, baş ağrısı, bulantı, kusma, papilödem, kraniyal sinir felci görülebilir. Nadir görülen klinik bulgular ise vertigo, ataksi, fokal nörolojik bulgular ve nöbetlerdir (2,3).

Esas tanı yöntemi görüntülemedir (4). Serebral kist hidatik bizim hastamızda da olduğu gibi genellikle büyük, uniloküler, ince çeperli, kalsifiye olmamış ve çevresinde ödem olmayan kistler olarak görüntülenir (2). Bilgisayarlı tomografi, lezyondaki kalsifikasyonu manyetik rezonans görüntülemeden daha iyi tespit ederken, manyetik rezonans görüntüleme lezyonun tam yerini ve anatomik ilişkilerini değerlendirmek için daha iyidir. Bununla birlikte, gelişmiş görüntüleme tekniklerinin kullanılmasına rağmen, tanıda hala zorluklar yaşanmaktadır (10). Kist, karakteristik olarak sınırları belirgin, beyin omurilik sıvısı ile izodens olan, çoğunlukla tek, homojen, dairesel bir lezyon olarak görülür. Araknoid kistler, kistik tümörler, apse ve porenselalik kistler gibi diğer kistik lezyonlar her zaman ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır (11). İndirekt hemagglütinasyon testi ve diğer serolojik testler tanıya yardımcıdır (12). Serolojik testler genellikle primer serebral hidatik kistlerde negatiftir. Ancak ilişkili visseral lezyonlar durumunda pozitif hale gelirler. İndirekt hemagglütinasyon testi ve enzim bağlantılı immüno-sorbent testi %80 duyarlılığa sahip olduğundan, negatif sonuç kist hidatik tanısını dışlamaz (13). Kistlerin büyüklüğü ve sayısı ile serolojik testler arasında bir korelasyon saptanmamıştır (12). Beyin, kemik, gözdeki kistler ve kalsifiye olmuş kistler genellikle antikor yanıtına neden olmazlar (7).

Serebral kist hidatik hastalığı için en iyi tedavi seçeneği kistin cerrahi eksizyonudur. Cerrahinin tedavinin amacı, anafilaksi, beyin omurilik sıvısı yayılımı ve kist tekrarına yol açabilen canlı skolekslerin dökülmesine neden olabilecek rüptür olmadan tüm sağlam kistin tamamen çıkarılmasıdır. İntrakraniyal bir hidatik kistin sağlam olarak çıkarılma oranı yaklaşık %60-70'tir (14). Olgumuzda radyolojik görüntüleme yöntemleriyle kist hidatik düşünüldü ve tedavi amacıyla kist eksizyonu yapıldı. Antihelmintik albendazol veya praziquantel tedavisi ile sekonder ekinokozis ve rekürrens riski azalmaktadır (15). Kist hidatik hastalığı tedavisinde kullanılan bu ajanların optimal süresi ile ilgili kesin bir veri bulunmamaktadır (16). Olgumuzda cerrahi tedaviye ek olarak üç ay süreyle albendazol kullandık.

Sonuç olarak, klinik şüphe varlığında, öykü destekliyse serebral kist hidatik hastalığı mutlaka ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Tihan DN, Duman U, Bayam E, Erol FM, Dilektaşlı E, Pekel Ö, et al. Kist hidatiğe bağlı gelişen akut mekanik intestinal obstrüksiyon. *Selcuk Med J* 2020;36(4):296-9.
2. Padayachy LC, Dattatraya M. Hydatid disease (*Echinococcus*) of the central nervous system. *Childs Nerv Syst* 2018;34(10):1967-71. <https://doi.org/10.1007/s00381-018-3883-x>

3. Işık AD, Sönmez Ö, Erdemli PC, Kepenekli E, Ergenç Z, Yılmaz S, et al. A 4-year-old child with a giant cerebral hydatid cyst: A case report. *Iran J Parasitol* 2024;19(1):113-6. <https://doi.org/10.18502/ijpa.v19i1.15218>
4. Bougharriou I, Elleuch E, Ben Hmida S, Meddeb A, Boudaouara Z, Kam-moun B, et al. Cystic lesions of the brain: Think of the hydatid cyst. *Tunis Med* 2022;100(1):56-9.
5. Kılıç Ö, Camcioğlu Y, Akçakaya N, Çokuğraş H, Ataseven F, Dashti R, et al. Nadir primer serebral yerleşimli hidatik kist olgusu. *Çocuk Enf Derg* 2010;4:117-9. <https://doi.org/10.5152/ced.2010.18>
6. Çakır D, Çelebi S, Gürpınar A, Ağın M, Bozdemir EŞ. Kist hidatikli olguların değerlendirilmesi. *Çocuk Enf Derg* 2009;3(1):104-8.
7. Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. *Clin Microbiol Rev* 2004;17(1):107-35. <https://doi.org/10.1128/CMR.17.1.107-135.2004>
8. Lozano Cejudo C, Gómez San Román MT. Quiste hidatídico cerebral [Cerebral hydatid cyst]. *Radiologia* 2014;56(4):377-9. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2012.06.008>
9. Assamadi M, Benantar L, Hamadi H, Ksiks O, El Hadwe S, Aniba K. Cerebral hydatid cyst in children: A case series of 21 patients and review of literature. *Neurochirurgie* 2022;68(6):618-26. <https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2022.07.005>
10. Ghasemi AA, Mohammadzade H, Mohammadi R. Giant hydatid cyst of the brain: Intact cyst removal in 8-year-old child. *Int J Surg Case Rep* 2023;106:108172. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108172>
11. Imperato A, Consales A, Ravegnani M, Castagnola E, Bandettini R, Rossi A. Primary hydatid cyst of the brain in a child: A case report. *Pol J Radiol* 2016;81:578-82. <https://doi.org/10.12659/PJR.898619>
12. Moro P, Schantz PM. Echinococcosis: A review. *Int J Infect Dis* 2009;13(2):125-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2008.03.037>
13. Gök H, Başkurt O. Giant primary intracranial hydatid cyst in child with hemiparesis. *World Neurosurg* 2019;129:404-6. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.06.129>
14. Maamri K, Cherif I, Trifa A, Nessib N, Elkahla G, Darmoul M. Hydatid cyst in the third ventricle of the brain: Case report of an exceptionally rare condition. *Childs Nerv Syst* 2022;38(8):1637-41. <https://doi.org/10.1007/s00381-022-05460-4>
15. Bharati S, Pal M. Primary hydatid cyst in gastrocnemius muscle. *Niger J Surg* 2012;18(1):19-21. <https://doi.org/10.4103/1117-6806.95479>
16. Kara TT. A rare mass in the brain in a child: Hydatid Cyst. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2019;43(2):99-101. <https://doi.org/10.4274/tpd.galenos.2019.6262>