

Nadir Primer Serebral Yerleşimli Hidatik Kist Olgusu

A Rare Case of Primary Cerebral Hydatid Cyst

Ömer Kılıç¹, Yıldız Camcıoğlu¹, Necla Akçakaya¹, Haluk Çokuğraş¹, Fevzi Ataseven¹,
Reza Dashti², Bashar Abuzayed²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Enfeksiyon Hastalıkları,
Klinik İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Hidatik kist sıklıkla karaciğer ve akciğer, nadiren de beyin, kalp ve kemik yerleşimli ekinokokal enfestasyondur. Serebral hidatik kist genellikle diğer organ tutulumu ile birlikte görülmektedir. Nörolojik ve radyolojik serebral tutulumu olup serolojik incelemesi negatif olan beş yaşındaki olgu, beyin dışında hiçbir organda hidatik kist yerleşimi olmaması nedeniyle, nadir primer serebral yerleşimli hidatik kist olarak sunulmuştur. (*Çocuk Enf Derg* 2010; 4: 117-9)

Anahtar kelimeler: Serebral, hidatik kist, çocuk

Abstract

Hydatid disease is an ecchinococcal infestation which involves the liver and lungs frequently and brain, heart and bone, rarely. Cerebral hydatid cyst generally co-exist with other visceral involvement. A 5-years old serologically negative patient with neurological and radiological signs of cerebral involvement is presented as rare primary cerebral hydatid cyst due to absence of hydatid cyst in any other organ. (*Çocuk Enf Derg* 2010; 4: 117-9)

Key words: Cerebral, hydatid cyst, child

Olgu Sunumu

5 yaşında kız hasta, on gündür olan halsizlik, uyuklama ve üç gündür olan çift görme, sol gözde içe kayma, dengesiz yürüme şikayeti ile getirildi. Fizik muayenesinde bilinci açık, bilateral alt ekstremitelerde tendon refleksleri artmış, kas gücü 3/5 idi. Sol gözde içe kayma, çift görme ve bilateral papil ödemi vardı. Rutin laboratuvar testleri normaldi. Kranyal bilgisayarlı tomografide (BT) sol frontotemporal bölgede 10x10x9 cm çapında kistik lezyon tesbit edildi (Resim 1). Akciğer tomografisi, batın ultrasonografisi ve ekokardiyografisi normaldi. Kist hidatik hemaglütinasyon testi negatif bulundu. Primer intrakranyal hidatik kist düşünülen hasta ameliyat edildi. İçi sıvı dolu, içerisinde küçük beyaz taneciklerin olduğu şeffaf duvarlı kist eksize edildi. Albendazol (15 mg/kg/gün, 2 dozda) tedavisi başlandı. Alınan materyalin

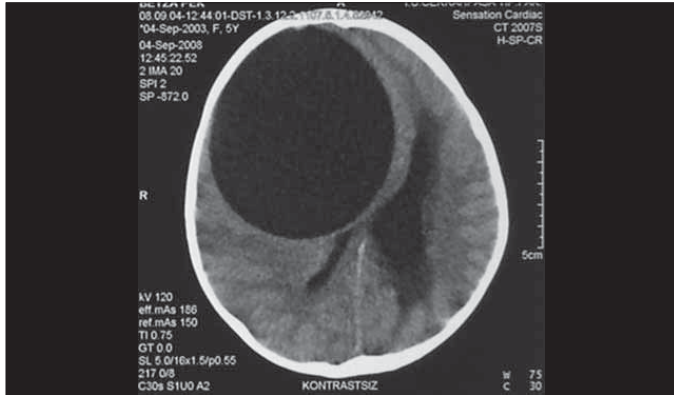
histopatolojik incelemesi hidatik kist ile uyumlu bulundu. Ameliyattan iki gün sonra sol gözdeki içe kayma, on gün sonra da kas gücü ve yürümesi normale döndü. Ameliyat sonrası 7. ayda generalize tonik klonik konvülsiyon gelişti. Elektroensefalografide sağ frontotemporal biyoelektrik düzensizlik nedeniyle karbamazepin tedavisi başlandı. 18 aylık izleminde konvülsiyon dışında herhangi bir sekel gözlenmedi.

Tartışma

Ekinokokkozis evcil ve vahşi hayvanlardan parazit yumurtası ile bulaşır (1). Koyun ve diğer otçul hayvanlar ara konak, köpek ve tilki gibi vahşi hayvanlar ise son konaktır. *Echinococcus granulosus*'un köpek ve koyunlar arasındaki yaşam siklusunda insanlar rastlantısal ara konaktır. Ülkemizde sık görülen bir sestod enfestasyonudur. *E. granulosus*'un neden

Geliş Tarihi: 04.03.2010
Kabul Tarihi: 20.04.2010

Yazışma Adresi:
Correspondence Address:
Dr. Ömer Kılıç
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Enfeksiyon Hastalıkları,
Klinik İmmünoloji ve
Allerji Bilim Dalı,
İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 212 414 30 00 -
21424
E-posta:
omerkilic7@yahoo.com
doi:10.5152/ced.2010.18



Resim 1. Sağ frontotemporalde düzgün sınırlı kistik lezyon

olduğu hidatik kist sıklıkla karaciğer (%50-70) ve akciğere (%20-30) yerleşir. Ancak beyin, kalp ve kemik gibi diğer organlara da (%10) yerleşebilir (2,3). Serebral hidatik kist nadir olup tüm olguların %0.9-4'ünde görülür (4-6). Olguların %50-75'i pediyatrik yaş grubunda görülür. Kistler genellikle tek, supratentoryal ve intraparakimaldır (7). Olgumuzdaki kistin yerleşimi de supratentoryaldi ve kalp, toraks, batin görüntülemelerinde başka kiste rastlanmadı. Serebral hidatik kist sıklıkla diğer organların tutulumuyla birlikte (8). Primer serebral hidatik kist ise larvaların karaciğer ve akciğerdeki bariyerleri aşarak duktus torasikus yoluyla sistemik dolaşıma katılmasıyla oluşur. Bu da olgumuzdaki primer serebral yerleşimli hidatik kist oluşumunu açıklamaktadır.

Serebral hidatik kiste başağrısı, bulantı-kusma, ekstremitelerde güçsüzlük, konvülsiyon, görme bozukluğu ve kranyal sinir disfonksiyonu en sık bildirilen semptomlardır (8,9). Şikayet ve bulgular lezyonun yeri ve büyüklüğü ile ilgilidir. Olgumuzun başvurusundan on gün önce başlayan halsizlik, uyuklama ve son üç günde ortaya çıkan çift görme, sol gözde içe kayma ve dengesiz yürüme, kafa içi yer kaplayan kitle varlığını düşündürmektir.

Çocuklarda serebral hidatik kistle ilgili iki çalışmada semptomların süresi; H. Per ve ark. (10) 10-60 gün, Y. Tüzün ve ark. (11) ise 1-24 hafta (ortalama 7.5 hafta) olarak bildirmişlerdir. Olgumuzda ise semptomların ortaya çıkma süresi 10 gün olup, literatürle kıyaslandığında oldukça kısa idi.

Hastalığın tanısı için yapılan indirekt hemaglütinasyon ve lateks aglütinasyon gibi serolojik testler tanıda yardımcıdır fakat olguların %50'sinde negatif bulunabilir (1). Bir çalışmada serebral hidatik kisti olan 13 çocukta serolojik olarak 3 olgu (%23.1) pozitif saptanmıştır (11).

Akciğer yerleşimli hidatik kiste akciğer grafisi, karaciğer yerleşimli olana ise ultrasonografi ile tanı konulabilir. Manyetik rezonans görüntüleme kist kapsülünü, kist sayısını, lezyonun çevre dokularla ilişkisini, BT'nin gösteremediği detayları belirlemeye yardımcı olur, cerrahi girişimin planlanması için gerekli bilgileri sağlar (12,13).

BT ise intraserebral kistik lezyonların ayırıcı tanısı ve lezyonun kalsifikasyonu hakkında bilgi verir (13). Olgumuzda tanı klinik bulguların yanında kranyal BT'de sol frontotemporal bölgede saptanan 10 cm çapındaki kistik lezyonun saptanmasıyla konulmuştur.

Intrakranyal hidatik kist ayırıcı tanısında, poreensefalik kist, araknoid kist, kistik tümör ve piyojenik apse gibi kistik lezyonlar düşünülmelidir.

Serebral hidatik kiste tedavi cerrahidir. Ayrıca ameliyat öncesi ve sonrası albendazol verilmesi kist içeriğinin sterilizasyonu, anafilaksi riskinin azaltılması ve rekürens riskinin azaltılması açısından önerilmektedir (14). Operasyonda amaç kisti rüptüre etmeden bir bütün olarak çıkarmaktır. Operasyon sonrası konvülsiyon, subdural efüzyon, poreensefalik kist, kanama, pnömosefali, hidrosefali ve geçici nörolojik sekel gibi komplikasyonlar olabilir (6,8,15). Olgumuzda kist materyali bir bütün olarak çıkarılmış ve ameliyat sonrası albendazol tedavisi verilmiştir. Ancak tedavinin yedinci ayında konvülsiyon geliştiği için antiepileptik tedavi de eklenmiştir.

Kist hidatik ülkemizde hala önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Mezbaha atıklarının çevreye yayılmasının önlenmemesi, başıboş sokak köpeklerinin varlığı hastalığın çeşitli formlarda görülmesine neden olmaktadır. Parazitik hastalıklar açısından endemik bölgelerde yaşayan çocuklarda spesifik olmayan nörolojik bulgular varlığında, intrakranyal hidatik kisti de içeren ayırıcı tanı yapılmalıdır. Rekürens ve komplikasyonların önlenmesi için hastalar tam olarak tedavi edilip uzun süreli izlenmelidir. Çevre sağlığı ve koruyucu önlemlere (el yıkama, endemik bölgelerde köpeklere elle temas etmeme, mezbaha atıklarının kontrolü, kampsal yaşam bölgelerinde suların kaynatılması) gerekli önem verilmelidir.

Kaynaklar

- Blanton R. Echinococcosis (Echinococcus granulosus and Echinococcus multilocularis). In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF (eds), Nelson Textbook of Pediatrics. 18th edition. Philadelphia: WB Saunders; 2007, p.1516-7.
- Akçakaya N, Söylemez Y, Cokugras H, Aytac A, Akalin F. A case of hydatid cyst with intramural cardiac localization. Scand J Infec Dis 1994; 26: 765-6.
- Yaka U, Akçakaya O, Diren F et al. Primer serebral kist hidatik; olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Demeği 23. Bilimsel Kongresi, 17-21 Nisan 2009, Girne-Kıbrıs, Bildiri Özet Kitabı, s. 219, 2009.
- Boles DM. Cerebral echinococcosis. Surg Neurol 1981; 16: 280-2.
- Demir K, Karsli AF, Kaya T, Devrimci E, Alkan K. Cerebral hydatid cysts: CT findings. Neuroradiology 1991; 33: 22-4.
- Paşaoğlu A, Orhon C, Akdemir H. Multiple primary hydatid cyst of the brain. Turk J Pediatr 1989; 31: 57-61.
- Altınors N, Senveli E, Donmez T, Bavbek M, Kars Z, Sanli M. Management of problematic intracranial hydatid cysts. Infection 1995; 23: 283-7.

8. Kocaman S, Ersahin Y, Mutluer S. Cerebral hydatid cysts in children. *J Neurosci Nurs* 1999; 31: 270-7.
9. Gezen F, Baysefer A, Koksel T, Gonul E, Akay KM, Erdogan E. Hydatid cysts of the brain. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 938-42.
10. Per H, Kumandaş S, Gümüş H, Kurtsoy A. Primary soliter and multiple intracranial cyst hydatid disease: Report of five cases. *Brain Dev* 2009; 31: 228-33.
11. Tuzun Y, Kadioglu HH, Izci Y, Suma S, Keles M, Aydın IH. The clinical, radiological and surgical aspects of cerebral hydatid cysts in children. *Pediatr Neurosurg* 2004; 40: 155-60.
12. Altınors N, Bavbek M, Caner HH, Erdogan B. Central nervous system hydatidosis in Turkey: a cooperative study and literature survey. Analysis of 458 cases. *J Neurosurg* 2000; 93: 1-8.
13. Bukte Y, Kemaloglu S, Nazaroglu H, Ozkan U, Ceviz A, Simsek M. Cerebral hydatid disease: CT and MR imaging findings. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 459-67.
14. Horton RJ. Albendazole in treatment of human cystic echinococcosis: 12 years of experience. *Acta Tropica* 1997; 64: 79-93.
15. Ozek MM. Complications of central nervous system hydatid disease. *Pediatr Neurosurg* 1994; 20: 84-91.