

Serebral Hidatik Kist: Kesin tanısı konmuş bir olgunun sunumu

İsmail KÜÇÜKALİ*, Erhan SOFUOĞLU**, Halil TOPLAMAOĞLU**

ÖZET

Serebral hidatik kistli 9 yaşındaki kız çocuğunda yapılan kraniyal tomografide, iyi tanımlanmış ince duvarlı, kistik kitle gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Serebral hidatik kist, bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT)

Düşünen Adam; 1996, 9 (3): 58-61

SUMMARY

In a 9 year-old girl with cerebral hydatid cyst, computed tomography displayed well-defined, thin-walled cystic mass.

Key words: Hydatid disease, computed tomography

GİRİŞ

9 yaşındaki serebral hidatik kistli kız çocuğuna ait olgu bildirim raporu edilmiştir. Pre ve postoperatif dönemdeki kraniyal tomografi, nörolojik muayene bulguları ve progresyonun seyri izlenmiştir. Serebral hidatik kist ile ilgili makaleler gözden geçirilmiştir.

Ekinokokkus (hidatik kist), köpek familyasının şerit tipi bir paraziti olan ekinokokkus granulosus larvası yolu ile insanlarda doku enfeksiyonu yapar. Diğer memelilerde hidatik kist formasyonunun ara gelişim fazları vardır. Koyun ve sığırlar genellikle ara konaklardır.

Özellikle insanların enfekte olması köpek gaitasındaki yumurtaların yayılmasıyla olabilir. Bu hastalık, köpeklerin eşlik ettiği sığır ve koyun sürülerinin bulunduğu ülkelerde daha sıklıktadır. Ekinokokkus tür-

lerinin birkaçı ender olarak insan santral nervoz sistemini enfekte eder ⁽¹⁾. Kistler daha sıklıkta karaciğer ve akciğerlerde bulunur. Eğer embriyolar pulmoner bariyeri geçerse, kist formasyonu herhangi bir organda bulunabilir.

Yaklaşık vakaların % 2'sinde beyin etkilenir. Kafatası veya omurgasında kist olan hastalarda nörolojik semptomlar gelişir. Serebral kistler genellikle tekdir. Daha sıklıkla serebral hemisferde bulunur. Fakat ventriküllerde veya serebellumda da gelişebilirler. Yayılma herhangi bir yaşta olabilir. Çoğunlukla kırsal bölgelerdeki çocuklarda görülür ⁽²⁾.

Klinik semptomlar ve nörolojik lateralizasyon beyindeki kistlerin genişlemesi ile oluşur ve tümörlerin oluşturduğu tablo ile benzerlik gösterir. Epileptik nöbetler ve kafa içi basıncının artmasına bağlı nörolojik bulgular gelişebilir. Omurganın etkilenmesi

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Nöroloji Kliniği

** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Beyin Cerrahisi Kliniği

ile spinal korda bası olabilir. BBT ve MRG lezyonların lokalizasyonu için kullanılan görüntüleme teknikleridir. Görüntüleme lezyonlar genelde tekdir. Kontrast madde veriminden sonra genişleme göstermezler ve serebrospinal sıvı dansitesinde görülürler (3,4). Çoğunlukla iğne biyopsisinden kaçınılır. Çünkü kistin rüptürü sonucu anafilaktik cevabı da içeren allerjik tablo oluşabilir. Eosinofili, kist rüptüründen sonraki dönem hariç sık değildir. Karaciğer enzimleri çoğunlukla normaldir. İnfekte olanlarda serolojik testler % 60-90 arasında pozitifdir.

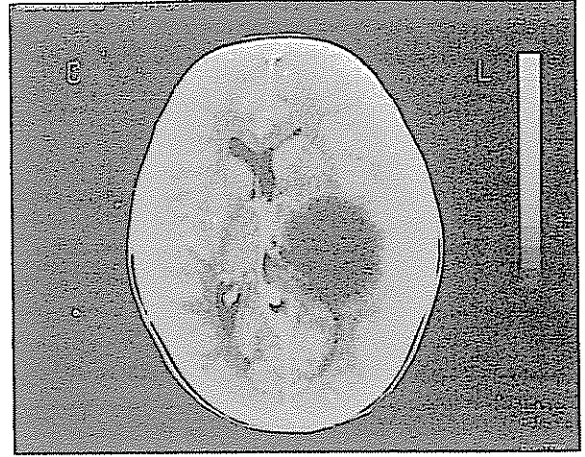
Tedavi kist ponksiyonu olmaksızın cerrahi olarak tümenden çıkarılmasıdır. Albendazol (albendazole) veya mebendazol (mebendazole) ile yapılan ilaç tedavisinde kistlerin çapı azalabilir. Bu ilaç tedavisi cerrahide allerjik reaksiyonun ve sekonder hidatidozun (hidatidosis: vücutta çok sayıda hidatid kist oluşumuyla belirgin durum) önlenmesinde katkıda bulunur.

OLGU

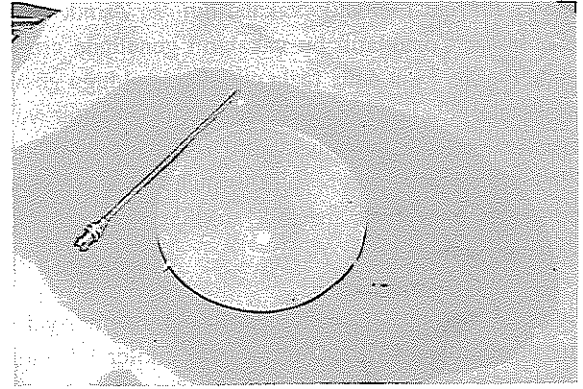
9 yaşında kız çocuğu, sağ tarafında güçsüzlük, görmede bulanıklık, baş ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile bize başvurdu. Hastadan alınan klinik anamnezde, bir hafta önce başlayan yaygın zonklayıcı şiddetli baş ağrıları, fışkırır biçimde kusmaları ve sağ ayakta belirgin, kolu da tutan güçsüzlük yakınmalarının olduğu öğrenildi. Son 2-3 gündür mevcut olan yakınmalarına, çift görme ve görmede bulanıklık şikayetleri eklenmiş.

Yapılan fizik muayenede sistem patolojisi saptanmadı. Olgunun nörolojik muayenesinde, bilinç açık, yüksek kortikal fonksiyonlar normal olarak bulundu. Fundoskopide bilateral hafif papilödem, motor muayenede sağ üst ekstremitede früst, alt ekstremitede 3/5 şiddetinde kas gücü saptandı. Derin tendon refleksleri sağda canlı, taban cildi refleksi sağda ekstensor yanıtı olarak alındı. Duyu kusuru bulunmadı. Kranial tomografide sol parietal yerleşimli, ödemi olmayan, minimal çevresel kontrast tutan, lateral ventriküle belirgin bası yapan ve shift etkisi görülen kistik yer kaplayıcı kitle saptandı (Resim 1).

Göğüs PA radyografisi normal olarak değerlendirildi. Yapılan üst batın USG'de, karaciğerde

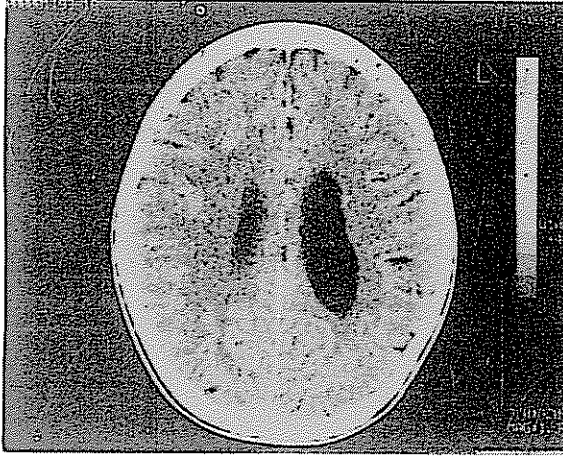


Resim 1. Preoperatif dönemde çekilen kranial tomografide, sol parietal yerleşimli, ödemi olmayan, minimal çevresel kontrast tutan ve shift etkisi görülen kistik yer kaplayıcı kitle izlenmektedir.

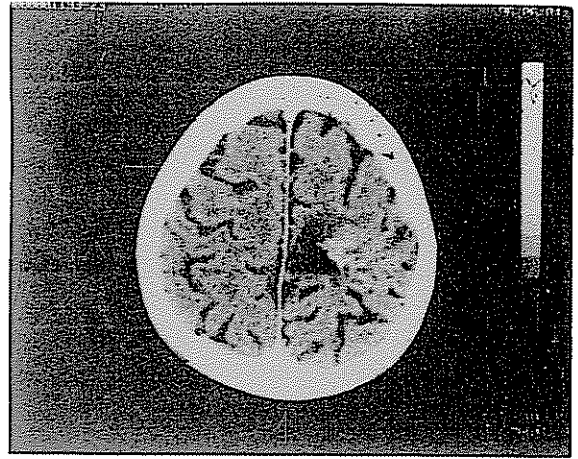


Resim 2. Sol parietal kraniotomi ile total ve intakt olarak çıkarılan kistik yer kaplayıcı kitle.

2-3 cm kalsifiye kitleler rapor edildi. Ekinokokus granulozis için iki kez tekrarlanan indirekt hemaglutinasyon testi negatif olarak bulundu. Sol parietal kraniotomi ile kistik yer kaplayıcı kitle total ve intakt olarak çıkarıldı (Resim 2). Sol beyin yüzeyinin gergin ve sulkusların silik olduğu gözlemlendi. Operasyonu takiben 1 hafta içinde hastanın yakınmaları düzeldi. Taburculuk işlemleri sırasında yapılan nörolojik muayenede, sağ alt ekstremitede früst parézinin dışında bir patoloji saptanmadı. Operasyon sonrası 6. ayda yapılan kontrol kranial tomografide sol lateral ventriküle dilatasyon (Resim 3) ve kitenin çıkarıldığı yerde sekonder olarak kalsifikasyonun geliştiği ensefalomalazi alanı görüldü (Resim 4). 6. ayda yapılan kontrol nörolojik muayenede fokal nörolojik defisit saptanmadı.



Resim 3. Postoperatif dönemde 6. ayda yapılan kranial tomografide sol lateral ventrikülde dilatasyon saptanmıştır.



Resim 4. Postoperatif dönemde çekilen kranial tomografide, kitlenin çıkarıldığı yerde sekonder olarak kalsifikasyonun geliştiği ensefalomalazi alanı görülmektedir.

TARTIŞMA

Beyin tüm kist hidatik vakalarının % 2'sinde etkilenir (5). Çocukların bu vakaların genelinde erişkinlere göre 7 kat daha fazla etkilenmiş olduğu gösterilmiştir (6). İzole serebral etkilenme enderdir ve tam insidansı bilinmemektedir. İzole serebral etkilenme, embriyoların hepatik ve pulmoenr filtre sistemlerinden geçerek sistemik sirkülasyonla beyine varmasıyla oluşur (5).

Serebral kist hastalığı daha sıklıkta supratentorialdir ve middle serebral arter alanını etkiler (7). Parietal lob en sık lokalizasyon yeridir. Kistler çoğunlukla çocukluk döneminde gelişir ve çapı yavaş yavaş, fakat progresif büyür.

Daha çoğunlukta çocuk veya genç erişkinlerde, yavaş ve progresif olarak 1-6 aylık periyod içinde, artmış kafa içi basınca bağlı olarak klinik lokalizasyon ve semptomlar görülür. Kistin çapının büyüklüğüne, hatırı sayılır kitle etkisine ve bilateral papil ödeme rağmen, rölatif olarak daha az nörolojik defisit vardır (5).

Laboratuar yaklaşımında indirekt hemaglutinasyon ve lateks testlerinin pozitif olması tanı için destekleyici bulgulardır. Ancak bazı kist taşıyıcılarda bir immün cevap gelişmeyebilir. Hepatik kist bulunan olgularda indirekt hemaglutinasyon testi % 90, pulmoner hidatik kistli olgularda ise % 50-60 oranında pozitif bulunur (10).

Serebral hidatik kist, tomografi morfolojisine dayanarak tek boşluk ve çok boşluk olmak üzere (unilocular-multilocular) iki tipe ayrılmıştır (8). Tek boşluk gösteren serebral hidatik kist hastalığı çoğunlukla iyi tanımlanan, geniş, düz duvarlı, çevresinde ödem ve kontrast sonrası çevre genişlemesi göstermeyen görüntü verirler. Böyle durumlarda ayırıcı tanıda araknoid kist, porenselalik kist ve pür kistik tümörler dikkate alınmalıdır. Kist duvarındaki kalsifikasyon hidatik kistin tanısında önemlidir. Fakat kranial tomografide vakaların % 20-40'ında görülür (7).

Serebral hidatik kist spontan veya cerrahi veya travmayı takiben rüptüre olabilir. Endokist ektokist içinde rüptüre olursa, çok boşluk gösteren kist hidatik görünümünü verir. Endokist ve ektokistin her ikisinin rüptüründe, beyin yüzeyinde yayılım ile değişik çapta multifokal kistler meydana gelir. Kistin rüptürü veya sızıntısı genellikle inflamatuvar reaksiyon ile birlikte (9).

Bu durum intravenöz kontrast madde veriminden sonra görülen kenar genişlemesi ve lezyon çevresi ödeminden sorumludur. Çok boşluk gösteren serebral hidatik kist formunda, kenar genişlemesi ve lezyon çevresinde ödem görülür (8). Fakat bu görünüm spesifik değildir ve herhangi bir infeksiyöz olayda görülebilir.

Primer ana kistin içindeki düşük dansiteli daha küçük dişi kistlerin varlığı, hidatik kistlerin tanısında önemli bir patogonomik bulgudur (10).

KAYNAKLAR

1. Anderson M, Mickerstaff ER, Hamilton JC: Cerebral hydatid cysts in Britain. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 38:1104-1108, 1975.
2. Copley JB, Fripp PJ, Erasmus AM, Otto DDV: Unusual presentations of cerebral hydatid disease in children. *Br J Neurosurg* 6:203-10, 1992.
3. Hamza R, Touibi S, Jamoussi M, et al: Intracranial and orbital hydatid cysts. *Neuroradiology* 22:211-14, 1982.
4. Pamir MN, Alkolan N, Ozgen T, Erbeni A: Spinal hydatid cysts. *Surg Neurol* 21:53-7, 1984.
5. Rudwan MA, Khaffajis S: CT of cerebral hydatid disease: *Neuroradiology*, 57:496-99, 1988.
6. Sharma A, Abraham J: Multiple giant hydatid cysts of the brain. *J Neurosurg* 57:413-15, 1982.
7. Gomori JM, Cohen D, Eyd A, Pomeranz S: Water lily sign in CT of cerebral hydatid disease. *Neuroradiology* 33:22-24, 1988.
8. Demir K, Karsali F, Kaya T, Devrimci E, Alkan K: Cerebral hydatid cysts-CT findings. *Neuroradiology* 33:22-24, 1991.
9. Abbassioun K, Rahmat H, Ameli NO, Tafazoli M: Computerized tomography in hydatid cyst of the brain. *J Neurosurg* 49:408-11, 1978.
10. Pandolfo I, Blandino G, Scribano E, Longo M, Certo A, Ghirico G: CT findings in hepatic involvement by Echino coccus granulosus. *J Comput Tomogr* 8:839-45, 1984.