

Dev Serebral Hidatik Kist Olgusu

A Giant Cerebral Hydatid Cyst

Serap Teber¹, Sultan Ay², Aydan Değerliyurt²

¹ AÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı
² Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim
Araştırma Hastanesi

Kist hidatik, *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu paraziter bir enfestasyondur. Hidatik kist hastaların %75 inde karaciğeri, %15 inde akciğeri tutar. Diğer organ tutulumları %10 oranında görülür. Santral sinir sistemi tutulumu ise %1 oranında görülür ve bu vakaların çoğu çocukluk çağında tespit edilmiştir. Kistler 5-20 yıl gibi bir sürede yavaş büyür ve genelde 5 cm çapa ulaşınca kadar belirti vermezler. Boyut büyüdükçe basınç ve tıkaçıcı etkilere bağlı olarak klinik bulgular gelişir. Biz burada karaciğer kist hidatiği nedeniyle izlenmesine rağmen nörolojik bulguları gözden kaçan ve dev boyutlara ulaşan bir kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: **Hidatik Kist, Serebral**

Hydatid cyst is a parasitic infection caused by *Echinococcus granulosus*. Hydatid cyst involves liver, in 75 % of cases and lungs, in 15% of cases. Other organ involvement is seen in 10% of cases. Central nervous system involvement is seen only in 1% of cases and most of these cases are children. The cysts grow slowly in 5-20 years and generally don't give symptom until they become 5 cm in diameter. As the size becomes larger the symptoms associated with increased pressure and obstructive effect develop. Herein we report a patient with hydatid cyst whose neurologic symptoms missed although the huge size of the cyst.

Key Words: **Hydatid Cyst, Cerebral**

Kist hidatik, *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu paraziter bir enfestasyondur. Hastalık insana fekal oral olarak rastlantısal olarak bulaşmakta ve kan yoluyla değişik organlara ulaşarak yerleşip değişik klinik tablolara neden olmaktadır(1).

Hidatik kist hastaların %75 inde karaciğeri, %15 inde akciğeri tutar. Diğer organ tutulumları %10 oranında görülür (2,3). Santral sinir sistemi tutulumu ise %1 oranında görülür ve bu vakaların çoğu çocukluk çağında tespit edilmiştir. Santral sinir sisteminde herhangi bir alanda görülebilir, sıklıkla her iki serebral hemisferde orta serebral arterin beslediği parietal ve bunu takiben frontal lobta görülür (3,4).

Semptomlar; hidatik kistin, santral sinir sistemindeki lokalizasyonuna ve kitle etkisine bağlı olarak gelişen kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) ve buna ikincil olarak kranial sinir paralizileri şeklindedir (5,6). Kistler 5-20 yıl gibi bir sürede yavaş büyür ve

genelde 5 cm çapa ulaşınca kadar belirti vermezler. Boyut büyüdükçe basınç ve tıkaçıcı etkilere bağlı olarak klinik bulgular gelişir (7,8).

Biz burada karaciğer kist hidatiği nedeniyle izlenmesine rağmen nörolojik bulguları gözden kaçan ve dev boyutlara ulaşan bir kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

10 yaşında kız hasta, 4-5 aydır başlayan ve giderek artan sol kol ve bacağı az kullanma sol ayağında içe doğru dönme ve 1-2 aydır şiddeti giderek artan baş ağrısı şikayeti ile geldi. Hastanın öyküsünden 1 ay önce karaciğer kist hidatiği nedeni ile girişimsel radyoloji teknikleriyle opere olduğu ve eş zamanlı albendazol tedavisi başlandığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinden nörolojik gelişiminin yaşına uygun ilerlediği, ders başarısının iyi olduğu geçirilmiş önemli bir hastalığı olmadığı öğrenildi, soy geçmişinde anne-baba

Geliş tarihi : 28.03.2014 • Kabul tarihi: 28.04.2014

İletişim

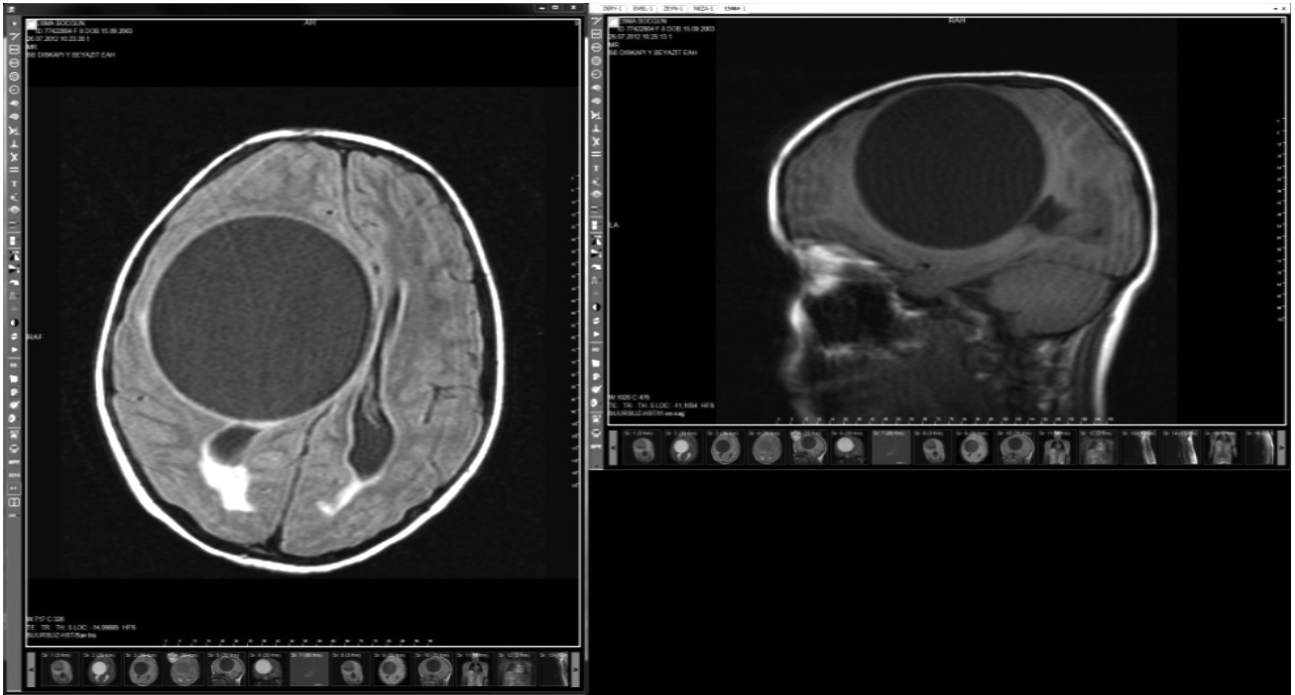
Doç. Dr. SerapTEBER
Tel: 0 312 595 64 04
Faks: 0 312 319 14 40
E-posta: serapteber@gmail.com
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
AD. Çocuk Nörolojisi BD. 06510 Cebeci/ ANKARA TURKEY

akrabalığı olmadığı diğer kardeşlerinin sağ ve sağlıklı olduğu babasının kuzeninde spino serebellar ataksi olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, sistemik muayenesi doğaldı. Hastanın geliş nörolojik muayenesinde; bilinç açık, koopere oryante, göz dibinde sağda daha belirgin olan bilateral papil stazı vardı, göz hareketleri serbestti. Işık refleksi direkt ve indirekt bilateral alınıyordu. Solda santral tipte fasiyel güçsüzlük vardı. Tonus sol kolda ve sol ayak bileğinde artmıştı. Derin tendon refleksleri

bilateral canlı idi ve patolojik refleks yoktu. Serebellar testler becerikli, yürüyüş hafif sol hemiparetikti. Hastada primer karaciğer kist hidatik hastalığı öyküsü olması nedeni ile serebral hidatik kist, olabileceği düşünülerek kranial MRı çekildi. Hastanın çekilen MR'ı sağda parietal bölgede 10x11 cm boyutlarında sola doğru şifte neden olan dev serebral kist hidatikle uyumlu bulundu (Şekil 1).

Hasta opere edildi. Kistin tamamı doğrutularak çıkartıldı. Patoloji raporu kist hidatik ile uyumlu kist eksizyonu şeklinde geldi. Ertesi gün

çekilen kontrol kranial BT' de kistin çıkarıldığı sağ parietal alanda porenselalik kavite izlendi. Operasyon sonrası albendazol tedavisine devam edildi. Hastanın kontrol muayenelerinde baş ağrısının gerilediği yürüme bozukluğunun ve spastisitenin gerilediği, hemiparezinin azalmakla birlikte devam ettiği görüldü. Hasta en son 1 yıl önce polikliniğe kontrole geldi; muayenesinde sol silik hemiparezi dışında bulgusu yoktu.



Şekil 1: Flair t2 aksiyel ve t1 sagittal kesitlerde sağda parietal alanda 10x11 cm boyutlarında sola doğru şifte ve bilateral periventriküler oksipital horn çevresinde interstisyel ödeme neden olan dev hidatik kist.

TARTIŞMA

Kist hidatik kırsal yaşam ve hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde giderek artan paraziter bir hastalıktır. Bütün organlarda hastalık oluşturur fakat en sık karaciğer ve akciğerde yerleşim gösterir (9). Serebral hidatik kist nadir görülmekte olup kist hidatik olgularının %2-3'ünü oluşturur ve erişkinlere göre pediatrik yaş grubunda daha sık olarak (%50-75) görülür. Klinik bulguları kistin sağlam olup olmaması, yerleşimi, büyüklüğü ve organlara olan etkisi ile ilişkili olarak değişiklik göstermektedir. Büyümesi

yavaş olduğundan semptomların gelişimi geç olmaktadır. Nörolojik bulgular genellikle intrakraniyal basınç artışına bağlı olarak gelişmektedir. Baş ağrısı ve kusma en sık görülen başlangıç semptomlarıdır. Bu şikâyetleri takiben, bizim hastamızda da olduğu gibi papil ödemi, hemiparezi, epileptik nöbetler, konuşma güçlüğü, kranial sinir felçleri ve ataksi görülebilmektedir (10,11).

Tam klinik ve laboratuvar bulguların birlikte değerlendirilmesi ile konulur. BBT ve MRG tek veya birlikte kist

hidatik tanısını koymada oldukça başarılı ve preoperatif dönemde tedavi takibi açısından iyi bir yol göstericidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi lezyonlar genellikle tektir. Çoğul lezyon oldukça nadirdir. Kistlerin en sık görüldüğü yer yine olgumuzda görüldüğü şekliyle supratentoryal, orta serebral arterin sulama alanı olan parietal bölgedir. BBT ve MRG'da iyi sınırlı, ince duvarlı, sferik, homojen ve kistik lezyon şeklinde görülürler (10,12,13).

Hidatik kist tedavisinde en etkili yöntem cerrahi olarak kistin çıkarılmasıdır.

Medikal tedavi cerrahi sonrası nükslerin önlenmesi amacıyla cerrahi öncesi ve sonrası verilmektedir (1). Duishanbai S. ve arkadaşlarının Çin'de 1985-2007 yılları arasında takip ettiği 30 vakalık serebral kist hidatik olgularının 29'unda cerrahi ile kist tamamen çıkarılmış, 1 vaka ise ameliyat esnasında kist rüptürüne bağlı ölümle sonuçlanmıştır (14). Bizim olgumuzda da cerrahi

operasyonla kist başarılı bir şekilde çıkarıldı ve 6 ay boyunca albendazol tedavisi verildi. Takiplerinde nüks görülmedi.

Bizim olgumuzda olduğu gibi karaciğer veya akciğer kist hidatigi olan çocuk hastalarda serebral tutulumun atlanmaması için, bu hastalar sık bir şekilde nörolojik muayene ile değerlendirilmeli ve şüphelenildiğinde

beyin MRG çekilmelidir. Hastalığın MRG bulguları tipik olduğundan ve bizim olgumuzda olduğu gibi cerrahi girişimde etkili bir şekilde uygulanabildiğinden hastalığın semptomları iyi takip edilmeli ve ölümcül olabilen bu hastalık için kür şansından yararlanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Blanton R. Echinococcosis (E. Granulosus and E. multilocularis). Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders; 2007;1516-1519.
2. Pawlowski ZS, Eckert J, Vuitton DA, Amman RW, Kern P, Craig PS, et al. Echinococcosis in humans: clinical aspects, diagnosis and treatment. WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: a Public Health Problem of Global Concern 2001;20-68.
3. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographics 2000; 20: 795-817.
4. Turgut M. Intracranial hydatidosis in Turkey: its clinical presentation, diagnostic studies, surgical management, and outcome. A review of 276 cases. Neurosurg Rev 2001; 24: 200-208.
5. King CH. Echinococcosis. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Disease. New York: Churchill Livingstone; 2000. p. 2962-2963.
6. Çakır D, Çelebi S, Gürpınar A, Ağın M, Bozdemir ŞE. Evaluation of cases with hydatid diseases. J Pediatr Inf 2009; 3: 104-108.
7. Altıntaş N, Tınar R, Çoker A, Echinococcosis (1. baskı) (Ed: Altıntaş N, Tınar R, Çoker A) Hidatoloji Derneği YayınNo:1, 2004;129-283.
8. Cermak BV, Akhan O, Hiemetzberger R, Zelger B, Vogel W et al, Echinococcosis of the liver. Abdominal Imaging, 2008;33: 133-143
9. Versaci A, Scuderi G, Rosato A, Angio LG, Oliva G et al. Rare localisation of echinococcosis: personal experience. ANZ J Surg, 2005;75: 986-991
10. Reddy R. Managing cerebral and cranial hydatid disease. Neurology India 2009; 57: 116-118.
11. Fenichel GM. Increased intracranial pressure. Fenichel GM, editor. Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2009; 93-117.
12. Bükte Y, Kemaloğlu S, Nazaroğlu H, Özkan U, Ceviz A, Şimşek M. Cerebral hydatid disease: CT and MR imaging findings. Swiss Med Wkly 2004; 134: 459-467.
13. Sözüer EM, Akyüz M. Surgical therapy in hydatid disease. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2010; 3: 25-31.
14. Duishanbai S, Jiafu D, Guo H, Liu C, Liu B, Aishalong M, Mijiti M, Wen H. Intracranial hydatid cyst in children: report of 30 cases. Childs Nerv Syst. 2010; 26:821-827.

