

Primer Dev İntrakranial Hidatik Kist: Bir Olgu Sunumu

Primary Giant Intracranial Hydatid Cyst: A Case Report
Radyoloji

Başvuru: 14.01.2013
Kabul: 27.02.2013
Yayın: 07.03.2013

Neşat Çullu¹, Süleyman Geter², Ekrem Karakaş³, Ömer Karakaş³, Bahattin Çelik⁴, Mustafa Çalık⁵

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

² Harran Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve hastalıkları Anabilim dalı

³ Harran Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı

⁴ Harran Üniversitesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı

⁵ Harran Üniversitesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

Özet

Hidatik kist, bir sestod türü olan Ekinokokosis granuloza tarafından oluşturulan zoonotik enfeksiyondür. Serebral hidatik kist nadir olup, bütün hidatik kist olgularının % 0,5-3'ünü oluşturur. Santral sinir sistemi tutulumu olan çocuklarda, beyin yaklaşık % 50-75 oranında tutulur. Sonuç olarak, intrakranial dev hidatik kist olgularında artmış kafa içi basıncı ve herniasyona ait klinik bulgular var ise yüksek mortalite ile seyredebilir ve acil olarak opere edilmelidir. Biz bu yazıda, subfalsiyan, transtentorial herniasyon ve hidrosefaliye neden olan dev intrakranial kist hidatikli bir olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: *Beyin, Hidatik kist MRG*

Abstract

Hydatid disease is a severe zoonotic infection caused by Echinococcus granulosus. Cerebral hydatid cysts are uncommon and constitute only 0.5–3% of all cases with hydatid cysts. Cerebral hydatid cyst is common in childhood, and 50–75% of cases involving the central nervous system occur in the pediatric population. Patients with intracranial giant hydatid cyst require early diagnosis and urgent operative intervention. Magnetic resonance imaging and computed tomography play a key role in early diagnosis and detection of complications such as hydrocephalus and brain herniation. In this paper, we present images of a case involving a five-year-old female with a giant intracranial hydatid cyst causing hydrocephalus and subfalcine herniation.

Keywords: *Brain, Hydatid cyst MRI*

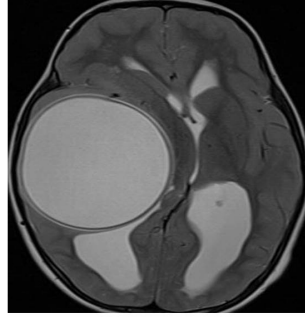
Giriş

Hidatik kist, bir sestod türü olan *Ekinokokosis granuloza* tarafından oluşturulan zoonotik enfeksiyondür ¹. Serebral hidatik kist nadir olup, bütün hidatik kist olgularının % 0,5-3'ünü oluşturur. Santral sinir sistemi tutulumu olan çocuklarda, beyin yaklaşık % 50-75 oranında tutulur ^{1, 2}. Serebral hidatik kistler genellikle tektir ve uniloküler ya da multiloküler olarak izlenebilirler ³. Bunlar genellikle supratentorial yerleşimli olup sırasıyla parietal, frontal ve temporal loblarda yerleşirler ¹. Biz bu yazıda, subfalsiyan, transtentorial herniasyon ve hidrosefaliye neden olan dev intrakranial kist hidatikli bir olguyu sunduk.

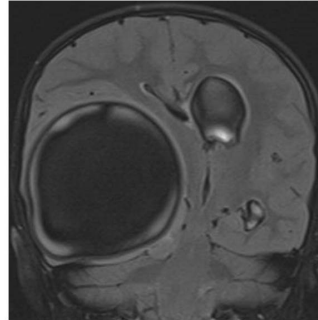
Olgu Sunumu

Aniden gelişen şuur bulanıklığı nedeniyle acile getirilen 5 yaşındaki kız hastanın yapılan santral sinir sistemi muayenesinde genel durumu kötü, şuuru kapalı, pupiller anizokorik, ışık refleksi -/+, babinski -/+, meningeal bulgular -, kas tonusu sol hemiplejik olarak saptandı. Öyküde 2 aydır baş ağrısı, sol ayak ve kolda titreme ve ani sıçrama gibi istemsiz hareketleri, bulantı ve kusma şikâyetleri olduğu öğrenildi. Hastanın ailesi geçimini

hayvancılık ve çiftçilik ile sağlamakta olup, evlerinde kedi ve köpek besleme öyküsü mevcuttu. Metabolik hastalık ve intrakranial kitle ön tanıları düşünülerek hastaya acil olarak beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Beyin MR görüntülerinde sağ temporoparietal lobda 72x80 mm boyutunda periferinde fibröz kapsüle bağlı hipointens rimi olan T1'de hipointens, T2'de hiperintens, düzgün kalın bir kapsülle çevrili pürkistik kitlesel lezyon izlendi. Kitlesel lezyon 3. ve sağ lateral ventriküle, sağ talamusa ve mezensefalona belirgin bası oluşturmaktaydı. Ayrıca transtentorial herniasyon, subfalsian herniasyon ve hidrosefali izlendi (Şekil 1 ve 2).



Şekil 1 : Sağ temporo-parietal lobda, aksiyel T2A'da hiperintens, düzgün sınırlı, hipointens kapsüle sahip, belirgin subfalsian şifte neden olan kistik kitle.



Şekil 2 : Sağ temporo-parietal lobda, koronal FLAIR görüntülerde 3. ve lateral ventriküle belirgin bası oluşturan, subfalsian ve transtentorial herniasyona neden olan kistik kitle.

Radyolojik olarak transtentorial herniasyon, subfalsian herniasyon ve hidrosefalinin eşlik ettiği hidatik kist tanısı konuldu. Klinik olarak artmış kafa içi basıncı bulguları, transtentorial herniasyon ve solunum sıkıntısı mevcudiyeti nedeni ile anestezi eşliğinde entübe edilerek acil opere edildi. Hidatik kist rüptüre edilmeden çıkarıldı. Postoperatif solunumu olmayan hasta entübe olarak yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımda entübe olarak izlenen hastamızda postoperatif 4. saatte kardiyak arrest gelişti. Yapılan kardiyopulmoner resusitasyona yanıt alınamaması sonrasında ölüm gerçekleşti.

Tartışma ve Sonuç

Hidatik kist beyinde en sık supratentoryal alanda parietal, frontal ve temporal loblara yerleşir ¹. Hidatik kist, bu bölgelere orta serebral arterin terminal dalları ile ulaşır ⁴. Olgumuz 5 yaşında kız çocuk olup serebral hidatik kist supratentoryal bölgede sağ temporo-parietal lobda yerleşmişti.

Hidatik kist semptomları, yerleştiği beyin bölgesine göre değişmekle beraber en sık baş ağrısı, papil ödem, bulantı, kusma, ekstremitelerde güç kaybı, fasial sinir defisiti ve nöbet görülür². Vakamızda ani gelişen şuur bulanıklığı, sol ayak ve kolda güç kaybı ve anizokori mevcuttu.

İntrakranial hidatik kist tanısında bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG genellikle yeterli olmaktadır⁵. Hidatik kist, kranial BT' de periferik ödemi ya da kontrast tutulumu olmayan, yuvarlak ya da ovoid şekilli, düşük dansiteli kistik kitleler şeklinde görülürler^{5,3}. MRG' de ise düzgün sınırlı, periferinde fibröz kapsüle bağlı hipointens rimi olan, T1'de hipointens ve T2'de hiperintens kistik kitle olarak izlenir^{2,3}. Olgumuzda kranial MR görüntülemeye sağ temporoparietal bölgede düzgün sınırlı, T2'de hipointens kapsülü olan, T1'de hipointens ve T2'de hiperintens, homojen kistik kitle izlendi. Hidatik kistin sık olarak tuttuğu organlar olan karaciğer ve akciğerde hidatik kist varlığını değerlendirmek için akciğer grafisi ve abdominal USG yapıldı ve başka odak saptanmadı. Böylece primer intrakranial hidatik kist tanısı kondu.

Serebral hidatik kist ayırıcı tanısında abse, kistik tümörler, araknoid kist ve porenselalik kistler düşünülebilir^{4,3}. Kist hidatikler, periferik kontrastlanma olmaması ayrıca perilezyonel ödem ve mural nodüllerin bulunmaması ile abse ve kistik tümörlerden ayırtedilebilir. Araknoid ve porenselalik kistler ise küresel şekilli olmamaları ve çevresinde beyin dokusu bulundurmamaları ile tanınabilirler⁴.

İntrakranial hidatik kist hastalığı tedavi edilmediğinde ölümcül olabilen ciddi bir hastalıktır. Rüptüre olmamış intrakranial hidatik kistlerde cerrahi gereklidir. Dev hidatik kistlerde operasyon sırasında rüptür ve sonrasında nüks gelişebilir^{6,7,8}. Bizim olgumuzda hidatik kist dev boyutta olup cerrahi olarak rüptüre edilmeden çıkarılabildi. Ancak postoperatif solunumu olmayan hasta entübe olarak alındığı yoğun bakımda 4. saatte kardiyak arrest sonucunda öldü.

Sonuç olarak, intrakranial dev hidatik kist olgularında artmış kafa içi basıncı ve herniasyona ait klinik bulgular var ise yüksek mortalite ile seyredebilir ve acil olarak opere edilmelidir. MRG ve BT tanının erken konmasında, beyin herniasyonu ve hidrosefali gibi komplikasyonların tespitinde önemli role sahiptir.

Kaynaklar

1. Eckert J and Deplazes P. Biological, Epidemiological, and Clinical Aspects of Echinococcosis, a Zoonosis of Increasing Concern. *Clinical Microbiology Reviews* 2004; 107–135.
2. Turgut M. Intracranial hydatidosis in Turkey: its clinical presentation, diagnostic studies surgical management, and outcome. A review of 276 cases. *Neurosurg Rev* 2001; 24 :200–8
3. Tuzun M, Altınors N, Arda IS et al. Cerebral hydatid CT and MR findings. *J Clin Imaging* 2002; 26: 353–7
4. Ersahin Y, Mutluer S, Guzelbag E. Intracranial hydatid cysts in children. *Neurosurgery* 1993; 33: 219–25
5. Karak PK, Mittal M, Bhatia S et al: Isolated cerebral hydatid cyst with pathognomic CT sign. *Neuroradiology* 1992; 34: 9–10
6. Benbir G, Tursun I, Akkoyunlu Y. Recurrent Intracranial Hydatid Cyst in an Adolescent *J Neurol Sci Turk* 2011; 28: 637-640
7. Per H, Kumandaş S, Hakan Gümüüş et al. Primary soliter and multiple intracranial cyst hydatid disease: Report of five cases. *Brain & Development* 2009; 31: 228–233
8. Duishanbai S, Jiafu D, Guo H et al. Intracranial hydatid cyst in children: report of 30 cases. *Childs Nerv Syst* 2010; 26: 821–827

Sunum Bilgisi

33. Ulusal Radyoloji Kongresinde sunulmuştur.