

VERTEBRAL KİST HİDATİKLER 1

Dr. Arif ÖNDER (x)
Dr. İsmail Hakkı AYDIN (xx)
Dr. Hüseyin Erdem AK (xxx)
Dr. Erhan TAKÇI (xxxx)

ÖZET :

Kemik lezyonları, kist hidatiklerin % 4-5'ini teşkil etmesine rağmen, bunun %50'sini oluşturan vertebral kist hidatikler (VKH) oldukça ender rastlanan olgulardır.

Kord ve rutlara bası yapması sonucu, klinik bulguları ortaya çıkan VKH olgularında, kesin tanı ancak intraoperatif olarak ve patoloji raporu ile konulabilmektedir.

Parapleji, idrar-gaita retansiyonu ve duyu kusuru ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirurji Anabilim Dalına tetkik ve tedavi amacı ile yatırılan ve ameliyat edilen olgulardan 3'üne vertebral kist hidatik tanısı kondu. Bu olguları enterasan olabileceği düşüncesiyle literatür ışığı altında, takdim etmeyi uygun bulduk.

GİRİŞ :

Sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik yönden geri kalmış yörelerin sorunu olan kist hidatik hastalığı bir paraziter hastalıktır(2,7). İnsan organizmasında en sık % 75 oranı ile karaciğerde yerleşirler (4,5,7).

Hastalığın yayılmasındaki en önemli epidemiyolojik faktör, köpeklerin feçeslerindeki yumurta paketleri ile olan direkt temastır. Hastalık, kontamine olmuş gıdalar veya su yolu ile de yayılabilir (2,4,7).

(x) : Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirurji ABD Öğretim Üyesi (Y.Doç. Dr)

(xx): Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirurji ABD Öğretim Üyesi (Doç. Dr)

(xxx): Amasya Devlet Hastanesi Nöroşirurji Uzmanı

(xxxx): Atatürk Üniv. Tıp Fak. Nöroşirurji ABD Araştırma Görevlisi

1; XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresinde tebliğ edilmiştir. 1987 İstanbul

Serebral kist hidatik (SKH) genellikle tektir. VKH'ler multipl ve küçük veziküller halindedir. VKH'ler farklı bir patolojik antite olarak kabul edilirler. Zira hastalığın fizyopatolojisi, diğerlerinden önemli derecede farklıdır. Vertebral Hidatidozis, çoğu kemik hastalığı formlarındaki gibi, daha çok orta yaşlı yetişkinlerde (% 40) görülür.

Omurganın hidatik kistleri:

- Kord'un primer kisti,
- İntradural kist,
- Ekstradural kist,
- Vertebranın- hidatik hastalığı ve
- Paravertebral hidatik hastalığı olmak üzere 5 gruba ayrılır(3).

Özellikleri de şöyle özetlenebilir:

—Mikroveziküler ve invaziv niteliktedirler,

—İnvaziv süreçle ilerler, başlangıç dönemleri yavaş seyirli olabilir ve gerçekten aylarca hatta yıllarca sürebilir. Hastalar bu dönemde asemptomatiklerdir.

Vertebral kanala invazyon gösterip, kemik lezyonları meydana getirinceye kadar olan dönemde tanı koymak oldukça güçtür.

—Destruktif süreç hemen daima aseptiktir. Kemik nekrozu, fragmantasyonu ve absorpsiyonu neoplazm ve bakteriel osteomyelitteki gibi belirgin bir özelliği yoktur.

—Hastalardaki semptomların nedeni invazyondan çok kompresyondur.

—Vertebranın bütün kısımları etkilenebilir.

—Vertebra lezyonlarının yaklaşık % 50 si torakal, % 20 si lumbal ve % 20 si sakral bölgede yerleşim gösterir (3,7).

VKH'nin başlangıç semptomları radiküler ağrı ve motor defisitlerdir. Seyrek olarak ağrısız paravertebral kabarıklık görülebilir. Yavaş gelişen kord basısı bulguları olabileceği gibi bazı olgularda semptomların başlangıcı ani olabilir (7).

Bütün serolojik testlerin negatif olduğu kist hidatik olguları son derecede nadirdir. Direkt vertebra grafileri ve BOS bulguları tanıda pekyardımcı değildir(7).

Operatif tedavinin amacı, doğrudan doğruya dekompresyondur. Dikkatli ve titiz bir çalışma ile operasyon sahasındaki hidatik kistler tamamen temizlenebilir. Operasyon sonrasında sahanın 5 dakika süreyle % 3 lük hipertonic serum ile irrigasyonu tavsiye edilmiştir. Operatif yaklaşımda tahrip olan kemiğin radyolojik görünümünden daha ileri derecede mikroskopik olarak lezyonun ilerlemiş olduğu tespit edilebilir (7).

Hekim ve hasta iki temel sonucu kabul etmek zorundadır: 1) Dekompresyon semptomatiktir. Mekanik kompressif kuvvetler uzaklaştırılırken kemik asla tamamen rezeke edilemez.

2) Rekurrens mümkündür. Fakat bazan hastalar yıllarca asemptomatik kalabilirler (7).

OLGU BİLDİRİMİ :

Olgu 1: K.A. 14 yaşında kız. (18.11.1986-12249/12249 prt.) Müracaatından 1.5 ay önce ayaklarında ağrı ve kuvvetsizlik olduğunu farkeden hasta, şikayetlerinin artması üzerine hastanemiz Nöroloji kliniğine yatırılmıştı. Yapılan myelografi sonucunda torakal 4 seviyesinde blok görülmesi üzerine kliniğimize nakledildi. Yapılan muayenesinde: Alt ekstremitelerde ağır paraparezi, torakal 5 seviyesinden aşağı hipoestezi ve Lumbal 2 den itibaren anestezi tespit edildi. Batın cildi refleksleri dört kadranda da alınamadı. Patella ve aşil refleksleri hipoaktif olup, bilateral patella ve aşil klonusu alınıyordu. Direkt vertebra grafilerinde torakal 4 ve 5 vertebra korpuslarında destrüksiyon görüldü. BOS tetkikinde protein artmış, sedimantasyon 32-48 mm idi. Diğer laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. Özellikle Cassoni ve Weinberg testleri de negatif idi. Hasta medulla basısı öntanısı ile ameliyata alındı.

Torakal 4-5 laminektomi yapıldı. Epidural mesafede korda bası yapan disk fragmanları görüldü. Bölge iyice tetkik edildiğinde, vertebra korpusu ve paravertebral adaleler içine yerleşik multipl, küçük kist hidatik vezikülleri tespit edildi. Saha hipertonic solüsyonla yıkandı. Post operatif dönemde antihelmintik drug kullanıldı. Paraparezi düzeldi. Patolojik inceleme kist hidatik olarak rapor edildi. Diğer sistemlerin taranmasında başka bir yerde kist hidatik tespit edilmedi.

Olgu II: Y.A. 28 yaşında, kadın. (17.3.1987-2967/2967 prt.) Müracaatından 10 gün kadar önce bacaklarında uyuşma, güç kaybı ve bel ağrısı başlayan hasta, yakınmalarının artması üzerine tetkik ve tedavisi için kliniğimize yatırıldı. Yapılan muayenesinde: Solda hakim orta derecede paraparezi dışında patoloji tespit edilmedi. Direkt vertebra grafilerinde aşikar patoloji yoktu. Myelografilerinde L2 seviyesinde tam blok saptandı. Hastaya laminektomi yapıldığında epidural mesafede torakal 11'e kadar uzanan multi kistler iyice temizlendi. Tanı, patoloji raporu ile doğrulandı. Post operatif dönemde hastanın şikayetleri ve defisitleri ileri derecede düzeldi.

Olgu III. S.Ö. 46 yaşında, erkek. (6.4.1987-2714/2714 prt.) Başka bir kilinikte diskal herni ön tanısı ile ameliyat edilen olguda postoperatif ödönemdeyara enfeksiyonu çıkması üzerine sevkle kliniğimize yatırıldı. Reopere edilen olgunun epidural mesafe ve vertebra korpusu içinde yerleşik kist hidatik vezikülleri temizlendi. Tanı, patoloji raporu ile doğrulandı.

TARTIŞMA :

Hidatik kist, köpek barsak kurdu *Taenia Echinococcus*'un hidatik veya larva safhası tarafından meydana getirilir(7,10). Sosyo kültürel ve sosyo-ekonomik yön-de geri kalmış yörelerde görülmesi daha sıktır (2,4,6,7,10).

İnsan vücudunun başta karaciğer (% 75) olmak üzere bir çok bölgesinde yerleşim gösterirler. Vertebral ekinokokkoz ilk olarak 1807 yılında Chaussier tarafından tanımlanmıştır(3,7,10).

Hastalığın hepatik ve pulmoner formları sıktır ve hemen hemen % 85 ini oluştururlar. Kemik yerleşimi bütün kist hidatiklerin yalnızca % 4-5 inde görülür ve bunun da % 50 sini vertebral lokalizasyonlar oluştururlar (7).

VKH'ler patolojik kırık veya spinal kord kompresyonu gösterene kadar uzun süre asemptomatik kalırlar(1,7). Kemik rezorbsiyonu yetersiz beslenme sonucu oluşan lokal nekroza bağlıdır(1).

Bizim de olgularımızın birinde kemik harabiyeti ileri derecede olup, patolojik kırık ve kord kompresyonu yapıncaya kadar geçen sürenin ne kadar olduğunu bilmemekteyiz. Ancak patolojik olay ileri derecede gelişmiş ve diğer iki olgumuzda da akut kord kompresyonu yaptıktan sonra semptomlar ortaya çıkmıştır.

Vertebral kist hidatikte, hastalık genellikle kord kompresyonu ile birlikte dir. Hastalık, vertebral cismi tutar ve pedikül, lamina, paravertebral dokularda, hatta komşu bir kostaya da yayılabilir (1). Bizim olgularımızda da vertebra korpusu, lamina ve paravertebral dokularda da kist hidatik yerleşmiştir.

İntervertebral diskler, genellikle hastalığa iştirak etmezler ancak, kollabe olmuş vertebra içine herniasyon sonucu disk mesafesinde daralmaya sebep olabilirler. Myelografide ekstradural kitle veya blok görülebilir. Komputerize tomografi-de spinal kanal ve paraspinel bölgeye hidatik kistlerin yayılımı görülebilir (1).

Bizim olgularımızda da disk materyali degenere olmuş ve bir kısmı parçalanmış halde epidural mesafeye yayılmıştı. Başlangıçta medulla basısını bu disk fragmanlarının yaptığını sanmıştık. Fakat mesafe dikkatlice kontrol edildiğinden, vertebra korpusu ve paravertebral bölgeye yayılım gösteren kist hidatikler tespit edildi. Alt torakal bölgede yerleşim gösteren olgumuzda ise epidural mesafede kistler görülmüştür.

Direkt radyolojik tetkikte bariz tanı koydurabilecek bir görünüm genellikle olmaz (1,3,7). Zira kemik nekrozu, fragmentasyon ve absorsiyon, neoplazm ve osteomyelitteki gibi belirgin bir özellikte değildir(3). Olgularımızdan birinde üst torakal bölgede kemik nekrozu, fragmentasyon vertebra kompresyonu görünümleri vardı.

Literatürde, vertebral kist hidatik olgularının ileri ve orta yaşlarda görüldüğü bildirilmesine rağmen Panahi'nin olguları 21,25 ve 27 yaşlarında olup hepside

erkekti (6). Bizim olgularımızı ise 14 ve 28 yaşlarındaki kadınlar ile 56 yaşındaki erkek hasta oluşturuyordu.

Vertebral kist hidatikler daha çok üst torakal bölgede görülmelerine karşın bizim olgularımızda üst torakal, torako-lumbal ve lumbal bölgelerde yerleşim gösteriyordu(7).

Kord basısı olduğunda mutlaka dekompresif laminektomi yapılmalıdır. Yayılımı engellemek için intraoperatif saha hipertonic solüsyonlarla yıkanmalı ve metastatik hidatidozisi önlemek için hastalara antihelmintik ilaçlar verilmelidir (5,7,8).

Biz de olgularımızda myelografik olarak blok seviyesinde dekompresif amaçla laminektomi yaptıktan sonra mesafedeki kist hidatik veziküllerini uzaklaştırıp, hipertonic solüsyonla sahayı irriğe ettik. Postoperatif dönemde antihelmintik ilaç tedavisi uyguladık az da olsa bu geçen süre içinde nüks saptamadık.

SUMMARY :

VERTEBRAL HYDATID CYSTS

Although bone lesions are 4-5 % of all hydatid cases, % 50 of them are formed by hydatid cysts in vertebral bones, which are seen rarely.

Vertebral cyst hydatids give clinical findings by compressing on the spinal cord and roots and the exact diagnosis can only be done intraoperatively or pathological examinations. 3 of the patients admitted to Atatürk University, School of Medicine, Neurosurgical Department, with the symptoms of paraplegia, retention of urine and gaita and loss of sensation were diagnosed as vertebral cyst hydatids. We want to make a paper about this subject is the literature data.

LİTERATÜR :

- 1- Beggs 1: The Radiology of Hydatid Disease AJR 145: 639-648, 1985.
- 2- Bumin O: Sindirim sistemi cerrahisi 4. Baskı Güven Matbaası 1974-Ankara, P, 381-393
- 3- Braithwaite PA, Lees RF: Vetrtebral Hydatid Disease: Radiological Assessment. Radiology 140: 763-766, 1981.
- 4- Devranoglu M, Aydın İ, Kutlay B: Hidatik Kiste az Görülen Yerleşimler. Uludağ Tıp Fak. Dergisi 2: 99-105, 1982.
- 5- Lewall DB, Mc Corkell SJ : Rupture of echinococcal Cyst: Diagnosis, Classification and Clinicalimplications. AJR 146: 391-394, 1986.

- 6- Panahi S: Echinococcus cysticus in spinal canal mit compression des Rückenmarks. DMW 108: 76, 1983.
- 7- Rowe FA, Youmans JR, Cabiesses F: Parasitic and Fungal Disease of the Central Nervous System in Youmans (Ed.) Neurological Surgery, Second edition Volume 6 WB Saunders Company, Phila, London, Tokyo. 1982 pp. 3366-3440.
- 8- Saimont AG, Maulemans A, Cremieux et al: Albendazole as A Potential Treatment for Human Hydatidosis. Lancet 17: 652-656, 1983.
- 9- Schiijman B: Hydatid Cysts. Neurosurgery 16: 878, 1984,
- 10- Yaşarol Ş: Medikal Parazitoloji, Ege Üniversitesi Tıp Fak. Yayınları İzmir-1978 Sayfa 192-200.