

PETROKLİVAL YERLEŞİMLİ PRİMER MULTİPL HİDATİK KİST (Olgu Bildirisi)

A PRIMARY MULTIPLE HYDATID CYST LOCALIZING IN PETRO-CLIVAL AREA (Case Report)

Hakan Hadi KADIOĞLU, Yusuf TÜZÜN, İsmail Hakkı AYDIN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirurji A.B.D., 25240, Erzurum

Özet

Hidatik kistin posterior fossa yerleşimi göstermesi oldukça nadirdir. Bu bildiri ile, 22 yaşındaki bir bayan hastada belirlediğimiz petroklival yerleşimli, multipl hidatik kist olgusunu alışılmamış lokalizasyonlu oluşu; önerilen tedavileri uygulamamıza rağmen nüks etmesi ve yayılım göstermesinden dolayı bildirmeği gerekli gördük.

Anahtar kelimeler: Hidatik kist, Posterior fossa, Serebellar kist

Summary

Hydatid cyst of the posterior fossa is very rare. In this report, we presented a 22-year-old female who had a primary multiple hydatid cyst localizing in petro-clival area and pointed it out for its unusual location, and recurrence and existence of cranial and spinal dissemination of cysts in spite of the treatments previously recommended.

Key words: Hydatid cyst, Cerebellar cyst, Posterior fossa

AÜTD 1995, 27:137-140

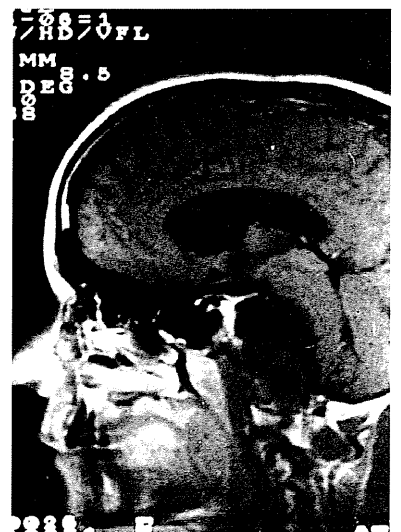
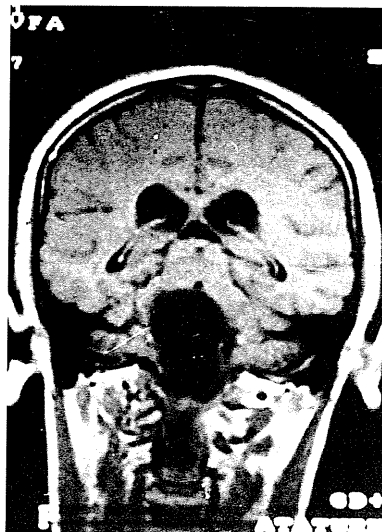
MJAU 1995, 27:137-140

Giriş

Primer hidatik kist beyinde %2-3 oranında yerleşim gösterir (1,2). Erginlerde daha seyrek görülen bu kistler echinococcus olguların % 0.7' sini oluşturmaktadır (2). Hidatik kistin intrakraniyal olarak posterior fossa (2-6), aqueductus sylvia (7), orbita (3,8) ve sella tursica (9) gibi nadir yerleşimleri de bildirilmiştir. 1983 yılındaki yazılarında, Villarejo ve ark., literatürde posterior fossa yerleşimli 27 olgu bulduklarını bildirmekte idiler (10). Daha sonra, birer

olguda Rahimizadeh ve Hadadian (5), Schijman (6), Canbolat ve ark (4) ile Gökalp ve Erdoğan (11) tarafından bildirilmiştir. Sunduğumuz olgu, bildiğimize göre, ikinci petroklival yerleşimli ve multipl hidatik kist olgusudur. İlk olgu Canbolat ve ark. tarafından 1994 yılında bildirilen ve ekstrasüral yerleşimli üç olgu arasında bulunmaktadır (4).

Şekil 1. Hastanın İlk Başvurusunda Elde Olunan Preoperative CT ve MRI Görüntüleri



Şekil 2. İlk Operasyondan Sonraki CT Kesiti



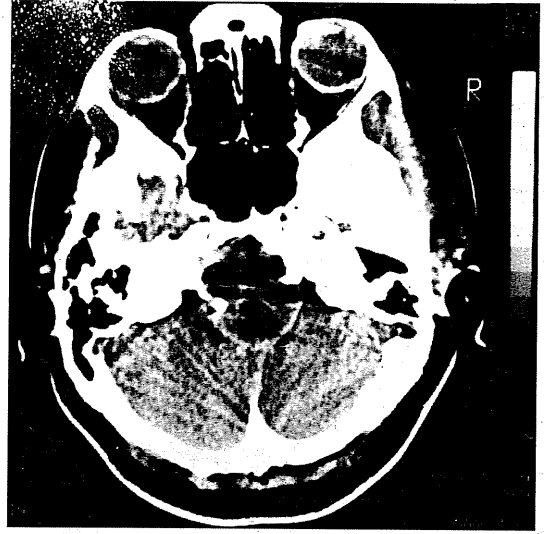
Olgu Sunumu

3-4 ay önce başlayan baş ve göz ağrısı, yürürken dengesini kaybetme ve bulantı ve kusma yakınmaları ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirurji Departmanı'na başvuran 22 yaşındaki kadın hasta, 12.11.1993 tarihinde yatırıldı. İlk muayenesinde GCSs 15, bilateral papilla stazı, sol VI. sinir paralizi, sola nistagmusu ve serebellar ataksisi vardı. Komputize tomografik (CT) incelemede, posterior fossada petroklival yerleşimli, serebellumuma doğru genişleyen, düzgün kenarlı hipodens, 5X5 cm ölçülerinde kitlesel lezyon olduğu belirlendi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de beyinsapı önünde bulunan ve klivusa kadar uzanan hipointens, kapsüllü kitle olarak izlendi (Şekil-1).

Preoperatif olarak epidermoid olarak tanı konulan lezyon, subtemporal girişimle opere edildi. Operasyon infratentorial, petroklival yerleşimli multipl hidatik kist ile karşılaştı. Kistlerin bazıları patladı. Kistlerin tamamı ve germinatif membranları çıkarılarak, operasyon alanı hidrojen peroksit ile irrigate edildi.

Histopatolojik olarak hidatik kist tanısı konulan hastada, postoperatif olarak, deri ve serolojik testler uygulandı ve negatif sonuç alındı

Diğer sistem taramalarında hidatik kist lezyonu bulunmadı. Buna rağmen hastaya albendazol tedavisi (15 gün süre ile, 10 mg/kg. gün dozunda) verildi. VI. sinir paralizi devam ederken eksterne edildi (Şekil-2).

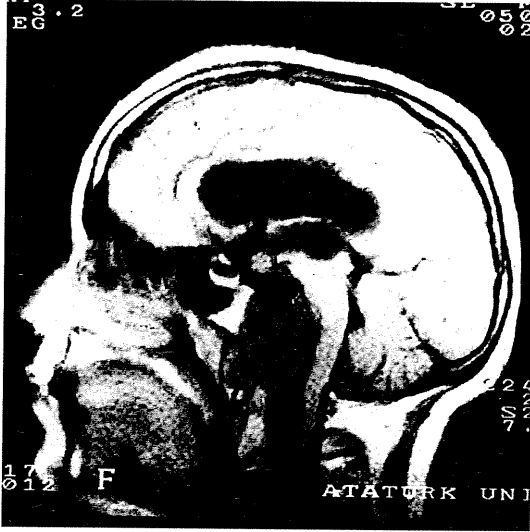


Şekil 3. Hastanın İkinci Başvurusundaki Pre- ve postoperative CT Kesitleri

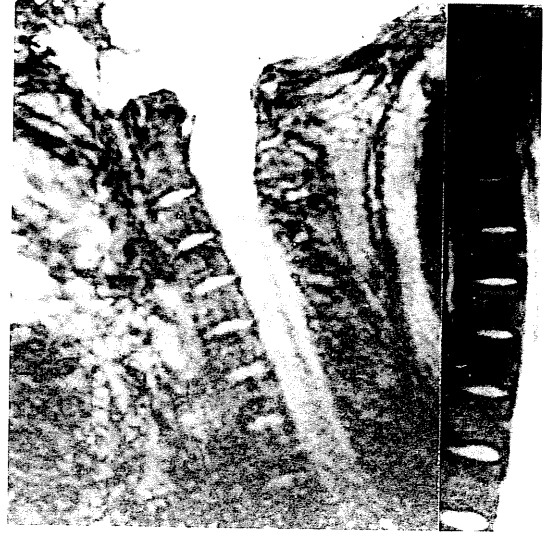


ilk operasyondan 3 ay sonra, 22.02.1994 tarihinde, hastanın yapılan kontrol CT incelemelerinde multipl kist hidatik lezyonunun aynı yerleşimde nüks ettiği belirlendi. İkinci kez operasyona alınarak yeni oluşan kistler ve germinatif membranları çıkarıldı. Hipertonik (%1) NaCl ve H₂O₂ ile irrigasyon yapıldı. Germinatif membranın eksizyonu sırasında, membranın IV ve V. kranial sinirlere yapıştığı, foramen magna kadar indiği gözlemlendi. Hastaya tekrar albendazol kürü ve 8

Şekil 4a. İkinci Operasyondan 13 ay Sonraki Kranial MRI Kesiti



Şekil 4b,c. İkinci Operasyondan 13 ay Sonraki Spinal MRI Kesitleri



seans, 1000 rad dozda radyoterapi uygulandı. Çıkmadan evvel yapılan CT kontrolünde eksizyonun başarılı düzeyde olduğu görüldü (Şekil-3a,b). Peryodik kontrolleri yapılan hastada ikinci operasyondan 5 ay sonra (10.07.1994) nüks saptandı. Subtemporal genişlemenin de eklendiği görüldü. Bunun üzerine hastaya üçüncü defa albendazol ve ikinci defa radyoterapi uygulandı. Bu tedavilerden sonra hasta uzun süre kontrole gelmedi. Bunun üzerine yapılan çağrı sonucunda 02.03.1995 tarihinde gelen hastada bel ve bacak ağrılarının ortaya çıktığı, yürümekte güçlük çektiği öğrenildi. Muayenesinde Sol VI. sinir paralizisinin devam ettiği, ek olarak 2/5 paraparezi, alt ekstremitelerde kemik veter reflekslerinde hiperaktivite ve bilateral Babinski pozitifliğinin olduğu belirlendi. Yapılan MRG de hidatik kistlerin sağ temporal ve pariyetal loba, III. ventriküle kadar yayıldıkları, Th2 den L2 bölgesine kadar spinal kanal boyunca multipl kistik lezyonların ortaya çıktığı belirlendi (Şekil-4a,b,c). Bunun üzerine hastaya medikal tedavi ve ilaveten radyoterapi önerildi. Hasta tedaviyi kabul etmeyerek hastahanedен ayrıldı. Hastanın akibeti hakkında bilgi alınmadı.

Tartışma;

Hidatik kist çocuk ve gençlerde erginlere kıyasla 7 misli daha fazla görülmektedir (10,12). Villarejo ve ark., hidatik kistin posterior fossada, serebellar hemisfer ve vermis, IV. ventrikül ve subaraknoid sisternalarda olmak üzere üç ayrı yerleşim ve buna göre üç ayrı klinik şekil oluşturabildiğini bildirmektelerdir (10). Schijman ise hidatik kistlerin intraventriküler lezyonlar olarak davranmadıklarını, ancak beyaz

cevherin intraparakimatoz lezyonu olduklarını ve büyüdüklerinde ventriküler sistemi komprese ve deplase ettiklerine inanmaktadır (6). Sunduğumuz olguda ise lezyon quadrigeminal, prepontin ve pontoserebellar sisternaları doldurmaktaydı. Bu görünüm Villarejo ve ark.'nın (10) görüşünü desteklemektedir. Canbolat ve ark.'nın olgusunda klinik bulgular 10 aylık bir dönemde gelişmiş ve oldukça zengin bir tablo göstermektedir (4). Bizim olgumuzda semptomların süresi daha, yerleşim yerine göre beklenen kranial sinir arazi ve piramidal arazlardan çok serebellar bulgular ön plandadır. Hidatik kist ekseriya tek lezyon oluşturmaktadır (4). Multipl primer intrakraniyal kist olguları seyrek olarak bildirilmiştir (14,15). Sierra ve ark., intrakraniyal multiple hidatik kistlerin çoğusunun primer (ana) kistin, cerrahi, travmatik yada spontan rüptürüne bağlı olarak geliştiklerini söylemektedir (16). Bilge ve ark., buna ek olarak, multipl larva alınması ve beyin parankiminde arteriyel dolanım yoluyla larvaların yayılımından dolayı multipl intrakraniyal primer kistlerin oluştuğuna inanmaktadır (14). Villarejo ve ark., hidatik kistin posterior fossa sisternalarında yerleşmesi halinde multipl subaraknoid hidatidozis ile karakterize olduğunu bildirmektedir (10). Kranial hidatik kist olgularının tanısında CT en iyi tanı koydurucu aygıt olduğu ifade edilmektedir (1,2,5,10,11,14,17). CT'de, hidatik kist tek yada multipl lobullü, çevresinde ödem olmayan, düzgün kenarlı, kontrast tutulumu göstermeyen ve beyin omurilik sıvısı ile aynı yoğunluğa sahip (hipodens), kistik lezyon olarak görülür (1,2,5,10,11). Olgumuzda yapılan ilk CT ve MRG'de belirlenen düzenli kenarlı ve belli belirsiz lobüllü lezyon, alışılmamış lokalizasyonundan dolayı, hidatik

kist olarak düşünülmemiş, epidermoid olabileceği kanısına varılmıştır. Bizim gibi preoperatif tanıda yapılan Canbolat ve ark.nın (4) olgusu ile sunduğumuz olgu yerleşim yeri ve klinik bulgular açısından benzemektedir. Fakat onların olgusunda lezyon bilobule ve birkaç santimetre çapa ulaşan büyüklükte,ekstradural iken bizim olgumuzda lezyon çok sayıda (20den fazla) ve en büyüğü 1.5 cm. çaplı kistlerden oluşmaktaydı. Posterior fossada yerleşen bu lezyonların ayırıcı tanısı, Rahimizadeh ve Hadadian (5) ile Schijman'ın (6) da belirttiği gibi, kistik astrositom, araknoideal kist, Dandy-Walker kisti, trapped IV. ventrikül, sistiserkoz kisti, enterogen kist, dermoid ve epidermoid kist ile yapılmalıdır. Hidatik kistin tedavisi cerrahidir ve esas olan radikal olarak kistin patlatılmadan doğurtularak çıkarılmasıdır (1,3-6,8,9,11-14,17). Kist içeriğinin cerrahi sırasında dökülmesi multipl kist olarak rekürrense ve çok şiddetli allerjik reaksiyona neden olabilir. Ancak, kist patlatılmadan çıkarılmayacak büyüklükte veya doğurtma yönteminin uygulanmasının nöral dokuya zarar verebileceği lokalizasyonda ise kist içeriği formalin, hidrojen peroksit veya %3 lük hipertonic salin solüsyonunun kiste enjekte edilmesiyle sterilize edildikten sonra aspire edilip, kist membranının total olarak çıkarılması önerilmektedir (11). Cerrahi sırasında kistin rüptüre olması halinde de, güvenli olmamakla beraber, aynı solusyonlar ile irrigasyonu yapılmalıdır. Deneysel ve klinik olarak albendazol ve mebendazol'un hidatik kistlerin tedavisinde etkili oldukları gösterilmiştir (7,15). Hidatik kistin tedavisinde, düşük dozda spinal ve kraniyal radyoterapinin de yararlı olabileceği ifade edilmektedir (11). Biz, bu tedavileri iki defa uygulamamıza rağmen olumlu sonuç alamadık. Lezyonun, tüm kraniyal ve spinal aks boyunca multipl yayılım ile rekürrensini belirledik.Bu olumsuz sonuçta, preoperatif konulan tanıya bağlı olarak yapılan cerrahi yaklaşım seçiminin hatalı oluşu; ikinci operasyonda da aynı yaklaşımın uygulanması önemli rol oynamıştır. Bu nedenle, posterior fossa yerleşimi gösteren bu tip (düzgün kenarlı, çevresinde ödem olmayan, kontrast tutmayan, hipodens) lezyonların ayırıcı tanısında hidatik kist akla getirilmeli ve kistin veya kistlerin patlatılmadan çıkarılabilecekleri cerrahi yaklaşım belirlenmelidir. Zira bizim karşılaştığımız memnuniyet vermeyen sonuç, kistin rüptürü ile içeriğinin çevreye bulaşmasının, skotik ajanlarla irrigasyon, albendazol tedavisi ve radyoterapi ile de önlenemeyen vahim sonuçlara neden olabildiğini ve kist içeriğinin dökülmesinden sakınmanın elzem olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar;

1. Özgen T, Erbeni A, Bertan V, Sağlam S, Gürçay Ö, Pınar T. The use of computerized tomography in the diagnosis of cerebral hydatid cysts. 1979; J Neurosurg 50: 339-342
2. Sharma SC, Ray RC. Primary hydatid cyst of the brain in an adult: report of a case. Neurosurgery 1988; 23: 374-376
3. Arasil E, Erdoğan A. Hydatid cyst of the posterior fossa. Surg Neurol 1978; 9: 9-10
4. Canbolat A, Çağatay Ö, Kaya U, Çoban TE. Intracranial extradural hydatid cysts: report of three cases. Surg Neurol 1994; 41: 230-234
5. Rahimizadeh A, Hadadian K. Hydatid cyst of the fourth ventricle. Neurosurgery 1984 ;14: 787-788 (letter)
6. Schijman E: Hydatid cysts of the posterior fossa. Neurosurgery 1985; 17: 1014-1015 (letter)
7. Sayek I, Çakmakçı M. The effect of prophylactic mebendazole in experimental peritoneal hydatidosis. Surg Gynecol Obstet 1986; 163: 351
8. Önder A, Kadioğlu HH, Aydın İH, Kayaoğlu ÇR. Orbital kist hidatik. Ata Üni Tıp Bül 1990; 22: 969-973
9. Özgen T, Bertan V, Kansu T, Akalın S. Intracellular hydatid cyst. Case report. J Neurosurg 1984; 60: 647-648
10. Villarejo F, Blazquez MG, Arcas J, Pascual-Castroviejo I, Esteban F: Hydatid cyst of the posterior fossa: case report. Neurosurgery 1983;12: 228-229
11. Gökalp HZ, Erdoğan A. Hydatid cyst of the aqueduct of Sylvius. Case report. Clin Neurol Neurosurg 1988; 90: 83-85
12. Dharker SR, Dharker MS, Vaishya ND, Sharma ML, Chaurasia BD. Cerebral hydatid cysts in the central India. Surg Neurol 1977; 8: 31-34,
13. Schijman E: hydatid cysts. Neurosurgery 1985; 16: 878 (letter)
14. Bilge T, Barut Ş, Bilge S, Aydın Y, Aksoy B, Şenol S: Primary multiple hydatid cysts of the brain: case report. Surg Neurol 1993; 39: 377-379
15. Todorow T, Vutova D, Petkov D, Balkanski G: Albendazole treatment of multiple cerebral hydatid cysts. Case report. Trans R Soc Med Hyg 1988; 82: 150-152
16. Sierra J, Ovideo J, Berthier M, Leiguarda R: Growth rate of secondary hydatid cysts of the brain. Case report. J Neurosurg 1985; 62: 781-782
17. Abbassioun K, Rahmat H, Ameli NO, Tafazoli M: Computerized tomography in hydatid cyst of the brain J Neurosurg 1978 ; 49: 408-411