

ORBİTAL KİST HİDATİK

Dr. Arif ÖNDER (x)
Dr. Hakan Hadi KADIOĞLU (xx)
Dr. İsmail Hakkı AYDIN (xxx)
Dr. Çetin R. KAYAOĞLU (xx)

ÖZET :

Orbital kist hidatik sık rastlanılmayan bir olgudur. Kist hidatik daha çok hepatic ve pulmoner yerleşim gösterir. Orbita yerleşimi olduğu zaman proptosis veya egzoftalmus yaparak ve optik sinire direkt bası yaparak bulgu vermektedir. Tedavisi cerrahidir. Bir olgu nedeniyle literatür ışığında kliniği ve tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Echinococcosis, Hydatid cyst, Orbital cyst, Proptosis.

GİRİŞ :

Ekinokokkozis, köpek barsak kurdu *Taenia Echinococcus* tarafından meydana getirilen bir hastalıktır. En sık görülen etkeni *Echinococcus granulosus*dur. Larval formları hidatik kist denilen hidatik hastalığı meydana getirirler(14,16).

Ekinokokların ergin formları köpek, kurt ve tilkilerde bulunur. Sığır, koyun ve domuzlar da ara konak olabilirler. İnsanlarda yalnızca larval evrelerini geçirirler (4,5,14,16).

Hastalığın hepatic ve pulmoner formları sık görülür. Merkezi sinir sistemi tutuşu ise tüm hidatik hastalıkların % 2-3'ünü oluşturur(4,5,9,11,23). Orbital yerleşim daha seyrektr (% 1) (7,11,16,17,20,22). Tüm orbital kitle lezyonlarının ise % 19.8 ini hidatik kistler oluşturur (11,16,17,20,25). Tüm orbital cerrahi olguların %5'ini oluşturmaktadır (22).

(x) : Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Öğr. Görevlisi.

(xx) : Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Araş. Görev.

(xxx) : Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Başkanı.

Ekinokokkosis dünyanın her yerinde görülür ilâ. Fakat koyun ve sığır yetiştirilen Güney Amerika ülkeleri, Güney Afrika, Avusturalya, Alaska ve Ortadoğu ülkelerinde sık görülür (14,18,19,21). Bu ülkelerde tek taraflı egzotalmus olgularında ayırıcı tanıda hidatik kistler göz önünde tutulmalıdır(7,11,13,16,20).

OLGU SUNUMU :

28 yaşındaki kadın hasta; sağ gözünde öne doğru büyüme ve sonucunda sağda görme kaybı, başağrısı yakınmaları nedeni ile nöroşirurji kliniğine yatırıldı (2.2.1987 tarihinde 777 protokol ile). Başvuru tarihinden bir yıl önce baş ağrısı ve sağ gözünde öne doğru büyümesi olan olgunun sağda görmesi giderek azalmış. Kusma, nöbet tarif etmeyen olgu hayvancılıkla uğraşmış. Fizik muayenesinde; sağda ileri derecede egzotalmus, keratit vardı. Göz küresi öne, aşağı ve içe dönmüştü. Sağ göz küresinin dışa, yukarı ve yukarı-dışa hareketlerinde paralizi vardı. Sağ pupil midriatik ve direkt ışık refleksi (DIR) negatif, indirekt ışık refleksi (INDİR) müspetti. Sağda papilla ödemi vardı. Sağda görme parmak sayar seviyede, solda 10;10 otarında idi. Orbita palpasyonunda sağda bariz egzotfalminin olduğu, nisbeten göz hareketlerini engelleyen sağ medio-lateral lokalizasyonlu retrobuller bölgede yumuşak kıvamda kitlevi bir lezyon palpe edildi.

Direkt kraniografilerinde sağ orbita lateral alt kısmında yumuşak doku dancitesinde artma ile karakterize kitle görünümü tespit edildi. CT incelemesinde, sağda 0.5 cm'lik bir egzotfalminin olduğu ve globun deformasyon gösterdiği ret-roorbital bölgede medio-lateral yerleşimli, rektus lateralis adalesinin görüntüsünü tamamen silen kenarları muntazam ortası homojen hipodens olan, oval şekilde ön-arka çapı takriben 12 mm uzunluğunda olan kistik biriezyon tespit edildi (Resim-1).



Resim 1

Intrakranial patoloji tespit edilmedi. Akciğer grafisinde, batin ultrasonoğrafisinde ve istenen konsültasyonlarda başka patoloji saptanmadı. Laboratuvar testlerinde Weinberg ve Casoni negatif tespit edildi. Hastaya sağ unilateral frontal kraniotomiyle, ektradural girilerek orbital roof kaldırıldı. Kist patlatılmadan çıkarıldı. Makroskopik olarak hidatik kist düşünüldü. Histopatolojik incelemede kistik oluşum ve scolexler var olduğu rapor edildi. Postoperatif dönemde proptozis süratle geriledi. Görme süratle düzeldi. Hastaya oral Mebendazol tablet verildi. 24 ay ay sonra yapılan kontrol muayene de proptozis tamamen düzelmiş ve görme sağda 10/10 oranında idi.

TARTIŞMA :

Klasik hidatik kist hastalığının sebebi *E. granulosus* enfestasyonudur (18). İyi tanınan diğer tipleri *E. multilocularis*, *E. oligarthus* ve *E. vogeli*'dir (4,5,14, 18, 25).

Hidatik hastalık hezegan embrioların yada yumurtaların insan tarafından bulaşmış yiyecekler veya su ile alınması sonucu oluşur. Yetişkin formları için olağan ara konak köpek, kurt ve tilkidir (18,19). Sığır, koyun ve domuzlarda ara konak olabilirler (14,16). Skoleksler ara konak tarafından alınırsa, ince barsakta açılır ve buraya bağlanarak erişkin tipi şekillenir. Son konaklarda azami 10 mm'lik boy a ulaşır (14,18,25). İnsanlarda yalnızca larval evresi gelişir. Yumurtaların insan tarafından yutulmasından sonra jejunumda serbestleşen hezegan onkoferler barsak mukozasını delerek portal dolaşıma geçerler. Kan akımı ile genellikle karaciğere, akciğerlere az sıklıkla da merkezi sinir sistemine ve diğer organlara yerleşirler (18). Bu dokulara geldikten sonra veziküler yapısı içinde embriyo şekli değiştirir (9,11,18,19,21,23).

E. granulosus unilokuler kist oluştururken, *E. multilocularis* ve *E. vogeli* multipl veziküler lezyonlar oluştururlar. *E. granulosus* patolojik olarak endokist de denen germinal iç granuler tabaka ve nonknukleer kutikuler laminalı ektokist denen dış tabakadan oluşur. Germinal tabaka yavru kapsüllerden doğar. Bunlar kist duvarından ayrılabilir ve kistik kavitedeki hidatik sıvı içinde serbestçe bulunabilirler. Kavite içinde kız kistler, yavru kapsüller ve skoleksler bulunur (10,12, 14,23).

İnsanlarda kistlerin çoğunluğu karaciğer (% 60-70) ve akciğerde (% 20) yerleşir. Diğer organlarda yerleşim ise sık değildir (4,5,18). Ekinokokun tipi ve konağın tepkisine göre kistin yerleşim yeri değişir. Fakat kesin bir kaide yoktur. Seyrekte olsa orbital, intrakuler, subretinal hatta vitreus içinde yerleşmiş hidatik kistler bildirilmiştir, (1,2,7,8,11,13,16,17,20,22,25). Hidatik kistlerin % 1 kadari orbital yerleşim gösterir (13,17). Orbital kitle lezyonlarının ise % 5-19.8 'inin hidatik kistler tarafından oluşturulduğu bildirilmektedir (7,9,11,13,16,20,22).

Çocukların ve genç erişkinlerin hidatik hastalığa eğimli oldukları düşünülmektedir. Fakat erginlerde de görülebilir. Hastalığın cinsiyet seçimi yoktur(2).

Orbitayı tutan hidatik kistler genellikle retrobulber yerleşim gösterirler. Çoğunlukla adale konisinin içinde yada dışında lokalize olurlar (11).

Olguların, başvurularından aylar hatta yıllar öncesinden başlayan yakınmaları vardır. Hemen hepsi yavaş ilerleyen egzoftalmusla başvururlar. Orbita çevresinde, fronto orbital, frontoparietal yerleşimli inatçı baş ağrısı olabilir. Bunların yanında kemozis, keratit, göz kapağında ödem ve göz adalelerine ait paralizilerde olabilir (13,16,17,20,22).

Hidatik hastalığın endemik olarak görüldüğü ülkelerde ameliyattan önce CT ve ultrasonografik inceleme yapılması tavsiye edilmektedir (3,6,12). CT incelemelerinde hiperdens bir halka ile çevrelenen düzgün kenarlı, homojen hipodens oval bir kitle görülür. Hipodens alanında dansitesi vitreus ile aynı düzeydedir. Büyük kistler komşu yapılarda destrüksiyon yaparlar, (6,12).

Hidatik kistlerde, olgunun tepkisi ile bağıntılı olarak lezyon sınırlı kalır (18). Kistin bütünlüğü serolojik testleri etkiler. Bu yüzden bazen negatif sonuçlar alınır (24). Bu konuda radyal çift diffüzyon yada latex aglutinasyon testleri, immuno- elektroforez, immunfleurosan incelemeleri yapılabilir(15). Bunlar tek tek yapılnca negatif çıkabilir. Onun için birbirleriyle desteklenmelidir. Tip ayrımlarında çapraz reaksiyonlarla karşılaşılabilir. Son olarak arc 5-double diffusion testinin benzer klinik belirti ve semptomları olan olgularda faydalı olduğu bildirilmektedir (15,18, 24). Cassoni intradermal deri testi ve Weinberg kompleman fiksasyon testi % 50' nin altındaki oranda pozitif netice vermektedir (16).

Orbital hidatik kistler cerrahi olarak çıkarılmalıdır (2,7,16,20,22). Cerrahide orbital yaklaşımların kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır(7,16). Hidatik kistler patlatılmadan çıkarılmalıdır. Kazara patladığında allerjik reaksiyonlara ve yeni lokulasyonların oluşmasına engel olacak önlemler alınmalıdır. Kortikosteroid yapılmalıdır. Saha hiepertonic sodyum solusyonlarıyla veya dilue formol solusyonları ile irrige edilmelidir (16,20). Ayrıca cerrahi girişim ile Mebendazol tedavisinin kombine olarak kullanılmasında iyi neticeler verdiği bildirilmektedir(4,5).

Biz de olgumuzda egzoftalmus, baş ağrısı, görmede ileri derecede azalma, göz kaslarına ait paralizi, keratit tespit ettik. Direkt kraniografi ve CT de spesifik patojik bulgular tespit ettik. Cassoni ve Weinberg testlerini negatif bulduk. Cerrahi girişim olarak tavsiye edilen direkt orbital yaklaşım yerine transfrontal ekstradural yolla orbital yaklaşım uygulandı. Postoperatif tedaviye oral Mebendazol ilave ettik. Olgunun kliniği hızla düzeldi. Egzoftalmus kayboldu. Görmesi tamamen normale döndü.

SUMMARY :

ORBITAL CYST HYDATİC

Orbital localisation of hydatid cyst is seen rarely. It is generally localized in and pulmonary systems. Proptosis and egzophthalmos are significant clinical signs, these are secondary to direct compression of intraorbital structures.

In this paper, we present a case of orbital localized hydatid cyst and the literature concerning this condition is reviewed.

LİTERATÜR :

- 1- Aberastain TG, Gastaldi TS, Golombek M, Prytyka A: Hidatidosis endocular. Arch Oftalmol Buenos Aires 38: 142-6, 1963
- 2- Aouchiche M, Hartani D: Aspects cliniques et traitement du kyste hydatique de l'orbite. J Fr Ophthalmol 3: 456-61, 1980
- 3 Aouchiche M, Benrabah R, Abanou A, et al: Aspects tomodensitometriques du kyste hydatique intra-orbitaire. A propos de 10 observations. J Fr Ophthalmol. 6: 901-16, 1983
- 4- Aydın İH, Tümer B, Yolaş C, Palancı A: serebral lokalizasyonlu alveolar kist hidatikler. Ata Üni Tıp Bülteni 14: 176-73, 1982
- 5- Aydın Y, Barlas O, Yolaş C, Aydın İH, et al: Alveolar hydatid disease of the Brain. Report of four cases. J Neurosurg 65: 115-19, 1986
- 6- Baassiri A, Jabi A: Computerized tomography in orbital echinococcosis. Br J Radiol 57 270-72, 1984
- 7- Baghdassarian SA, Zakharia H: Report of three cases of hydatid cyst of the orbit. Am J Ophthalmol 71: 1081-84, 1971
- 8- Bernsmeler H: Subretinaller Echinokokkus. Klin Monatsbl Augenheild 177: 85-7, 1980
- 9- Chowdhury G: Hydatid cyst; an unusual presentation. J Indian Med 85 241-2, 1987
- 10- Hayat MA: Basic techniques for transmission electron microscopy. Orlanro: Academic Press 1043-4, 1986
- 11- Kehila M: Statistical study of hydatid locations. A propos of 644 cases (1980-1988). Tunis Med 66 : 8-9, 1988
- 12- Khalil AH: CT Values in orbital hydatid cyst. Comput Radiol 193-97, 1987

- 13- Larmande A: Le kyste hydatique de l'orbite, *Concillium Ophthalmologicum* 19th, 1962, Congress ophthalmol, New Delhi 1: 155-85, 1962
- 14- Lopero RD, Melendez RD, Fernandez I, Sirit J and Parera MP: Orbital hydatid cyst of *Echinococcus oligarthrus* in a human in Venezuela. *J Parasitol* 75 476-70 1989
- 15- Monzon CM, Coltorti FA, Varela Diaz VM: Application of antigens from *Taenia hydatigena* cyst fluid for the immunodiagnosis of human hydatidosis. *Z Parasitenkd* 71: 533-7, 1985
- 16- Morales AG, croxatto JO, crovetto L, Ebner R: Hydatid cysts of the orbit (A review of 35 cases) *Ophthalmology* 95: 1027-32, 1988
- 17- Morard G: Le kyste hydatique de l'orbite. *Rev Chir* 73: 358-91, 1935
- 18- Schantz PM: Echinococcosis. In: Steele JH, (ed), *Parasitic Zoonoses*. Vol. 1 Boca Raton, Florida, CRC Press, 1983. 231-77,
- 19- Scherz W, Meyer-Schwickerath G, Piekarski G, Waubke TN: Echinococcus in der Vorderkammer. *Klin Monatsbl Augenheilkd*. 163: 66-70, 1973
- 20 - Shah A: Hydatid cyst of the orbit (a case report) *J Postgrad Med* 34: 43-44 A, 1988
- 21- Sparks AK, Connor DH, Neafie RT: Echinococcosis. In: Binford CH, Connor DH-eds. *Pathology of Tropical and Extraordinary Diseases* Vol. 2. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1976, pp 530-33
- 22- Talip H: Orbital Hydatid disease in Iraq. *Br J Surg* 59: 391-94, 1972
- 23 Tümer B, Yelaş T, Könte H, Aydın İH, Aydın Y: İntrakranial hidatik kistler. *Ata Ü Tıp Bülteni* 15: 73-83, 1983
- 24- Varela Diaz VM, Guarnera EA, Coltorti FA Ventoja Y imitaciones de los metodos inmunologicos de deteccion por imagenes para el diagnostico dela hidatidosis. *Bol of Sanit Panam* 100: 369-86, 1986.
- 25- Williams DF, Williams GA, Caya JG, et al: Intraocular *Echinococcus multilocularis*. *Arch Ophthalmol* 105: 1106-9, 1987