

Hidatik Kiste Bağlı Horner Sendromu

Servet CİVELEK BULUM (*), Sibel ARINÇ (*), Bülent ARINÇ (**), İsmail BAYAL (*),
Emel YALDIZ (*), Efsun Gonca UĞUR (*)

SUMMARY

Horner Syndrome Related to Hydatid Cyst

Horner syndrome develops by compression on inferior cervical or superior thoracic sympathetic ganglions usually due to malignancy. In our centre a case presenting symptoms of ptosis, myosis and enophthalmus was suspected of Horner syndrome and malignity after which was diagnosed as hydatid cyst by thoracotomy. This study is presented because pulmonary hydatid cyst is a rare cause of the syndrome.

Key words: Horner syndrome, hydatid cyst

Anahtar kelimeler: Horner sendromu, hidatik kist

Horner sendromu; unilateral küçük pupil (miyozis), pitozis, yüzün yarısında anhidrozis ve enoftalmi ile karakterizedir. Lezyon hipotalamustan itibaren beyin sapında, medulla spinalisteki siliospinal merkez, servikal sempatik ganglion veya a. karotis interna üzerindeki sempatik pleksusta olabilir. Pancoast tümöründe, T₁ paravertebral patolojilerde, boyun travmalarında ve karotis interna duvarı lezyonlarında da Horner sendromu meydana gelebilir (1).

OLGU

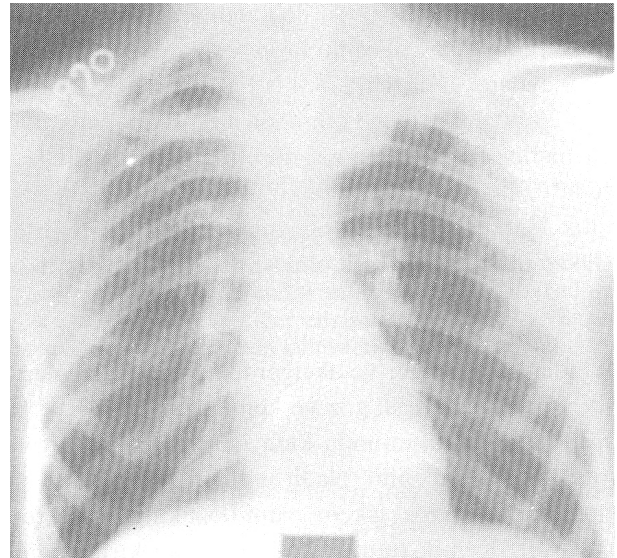
19 yaşında erkek hasta merkezimize yatmadan 20 gün önce başlayan, sol hemitoraks üst kısmında ağrı, son bir haftadan beri de buna ilaveten, sol kolda uyuşukluk meydana gelmesi üzerine doktora başvuruyor. Çekilen akciğer grafisinde de lezyon görülmesi üzerine merkezimize ileri tetkik amacıyla sevk ediliyor. Yapılan fizik muayenede; TA 120/80 mmHg, nabız 78/dk, solunum sayısı 20/dk bulundu. Solunum, dolaşım sistemi ve batın muayenesi normal olup sol yüzde pitozis, miyozis, enoftalmus, boyun sol yanındaki venlerde belirginleşme ve dolgunluk tesbit edildi.

Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, sedimantasyon ve biyokimyasal tetkikleri normal bulundu. Akciğer grafisinde, solda paratrakeal bölgede ve sol apekte lokalize, dış ve alt sınırı muntazam 5.5x7 cm boyutlarında homojen dancite artışı tesbit

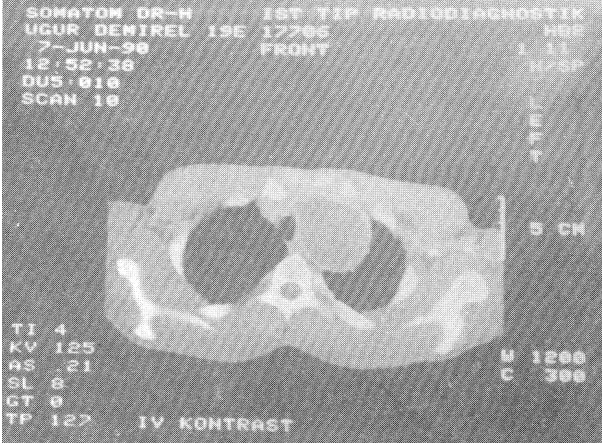
edildi (Resim 1). Toraks BT'de, sol mediastende 5.5x6x7.2 cm boyutlarında düzgün konturlu, kalın cidarlı, iç yapısı homojen, dansitesi 3 HÜ (Hounsfield units) olan kistik lezyon saptandı (Resim 2). Üst batından geçen kesitlerde, kesit alanı içerisine giren kısımlarda, karaciğer ve dalağın parenkim yapısı normal bulundu. Ayrıca, hastada yapılan ekinokok indirek hemaglutinasyon (İHA) pozitif bulundu. Yapılan bronkoskopide endobronşial lezyon görülmedi. Tiroid sintigrafisinde, tiroid sol lobunda, hafif hiperplazi dışında özellik tesbit edilmedi. Hastaya tanı ve tedavi amacı ile sol tanısal torakotomi uygulandı. Kist hidatik saptanan hastaya, kistektomi kapitonaj yapıldı. Operasyondan bir hafta sonra, hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kist hidatik, genelde *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu bir sestod infeksiyonudur. Echinococcusun endemik olarak bulunduğu bölgeler Avusturalya, Kuzey Amerika, Doğu Avrupa ve Akdeniz ülkeleridir (2). Bu sestodların kesin konakçıları köpekler ve diğer köpek-



Resim 1. Olgumuzun akciğer grafisi



Resim 2. Olgumuzun BT görüntüsü

gillerdir. Yumurtalar feçesle dışarı atılır. Bu yumurtalar otoburlar ya da insanlar tarafından alınırsa infekte olurlar. Onkosfer tabakası bağırsağa penetre olduktan sonra vücudun çeşitli bölgelerine ven veya lenfatik yolu ile yayılır (2).

Kist hidatik % 50-70 oranında karaciğer % 20-30 oranında akciğere yerleşir. Kist hidatik, çoğunlukla asemptomatik olup, hastalık çoğunlukla tarama sırasında ortaya çıkar. Semptomlar, genelde genişlemiş kistin kitle etkisine bağlı olarak ortaya çıkar (3). Karaciğer, böbrek kist hidatigi primer hastalık ortaya çıkarken, akciğer kist hidatigi primer veya sekonder olarak ortaya çıkabilir (4).

Kist hidatigin akciğer tutulumunda semptomlar öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı ile kendini gösterir. Dispne ve hemoptizi, kist içeriğinin bronşa sızması veya rüptürü ile meydana gelir. Hidatik kisti akciğerde % 30 multipl, % 20 bilateral, % 60 oranında alt lob tutulumu olur. Daha nadir olarak Horner sendromuna neden olur (2). Olguda dispne veya hemoptizi şikayetleri olmamasına karşılık Horner sendromu oluşmuştu. Sağ akciğerin alt lobu, kan akımının yüksek olması nedeniyle sık tutulum yeridir (5).

Kist hidatik, karaciğer ve akciğerden sonra nadir olarak beyin, tiroid, pankreas, göz ve kemiği tutabilir. Kist hidatigin beyin tutulumunda kafa içi basıncında artma, kusma, koma görülebilir. Nadir görülen kalp tutulumunda miyokartta nekroz, iskemi, ritm bozukluğu hatta rüptür olabilir. Kemik tutulumunda spontan kırıklar oluşabilir. Böbrek tutulumunda hematüri ve lobar künt ağrı

olabilir. Kalp ve beyin tutulumunda prognoz kötüdür. Kalp yerleşiminde kist rüptüre olursa anafaksi veya sistematik yayılım olabilir. Kemik tutulumunda amputasyon önerilir (4).

Ortiz ve ark., kist hidatige bağlı pulmoner arter trombozu bildirmişlerdir (2). Kumar ve ark., nefrotik sendrom nedeniyle klinikte takip edilirken cerrahi olarak tanı konan Horner sendromlu bir olgu bildirmişlerdir (5). Purohit ve ark. da, mediastene yerleşen vena kava superior sendromuna neden olan cerrahi ile tanısı konan bir olgu bildirmişlerdir (6). Singh ve ark.'nın sunmuş oldukları olguda hem tüberküloz hem kist hidatige bağlı Horner sendromu tesbit etmişler ve her iki hastalığı birden tedavi etmişlerdir (7). Olgumuzda yalnızca kist hidatige bağlı Horner sendromu olup, başka bir hastalığa rastlanmamıştır. Tanı, cerrahi materyalin histopatolojik olarak incelenmesi ile konulmuştur.

Endemik bölgeye, yolculuk hikayesi olanlarda kistik lezyonlar, ultrason ve/veya BT ile desteklenmişse kist hidatik düşünülmelidir (2). Görüntüleme yöntemi ile şüphelenilen hastalarda Elisa veya Western Blod ile doğrulama testi yapılabilir. Seroloji, % 80-100 duyarlı 58-96 özgüldür. Akciğer tutulumunda % 50-56 özgüllük vardır. Görüntüleme testleri serolojik testlerden daha güvenilir durumdadır. (3).

Kist hidatigin tedavisi cerrahi olmasına karşılık antihelmintik tedavi de kısmen uygulanmaktadır. Cerrahi uygulanan hastaların % 2'den daha azında mortalite % 10-25 postoperatif komplikasyonlar, % 2-25 nüks görülür (8).

KAYNAKLAR

1. Oğuz Y: Kranial sinir muayenesi. Nörolojik Dergs Kitabı 46, 1994.
2. Ortiz J: An unusual cause of pulmonary arter thrombosis. Chest 114:309-310, 1998.
3. King C: Cestodes In: Mandel GL, Dolin R, Bennett JE (eds). Principles and Practice of Infectious Disease 5th edition. USA 2550-51.
4. Dökmötaş İ: Kist hidatik hastalığı. Willke A, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon hastalıkları 701-2, 1996.
5. Kumar R: Horner's syndrome due to pulmonary hydatid cyst. J Assoc Physiciaans India 38(8):584, 1990.
6. Purohit M, Srivastava CP, Yadav KS: Primary mediastinal hydatid cyst. Indian J Chest Dis Allied Sci 41(1):57-60, 1999.
7. Singh RP, Saxena S, Narang RK, Katiyar SK: Horner's syndrome due to hydatid cyst. Indian J Chest Dis Allied Sci 26:119-121, 1984.
8. Salih OK, et al: Surgical treatment of hydatid cyst of the lung: Analysis of 405 patients. Can J Surg 41:131, 1998.