

Subaortik darlık semptomlarına yol açan, interventriküler septum yerleşimli kardiyak kist hidatik: Olgu sunumu

Cardiac hydatid cyst in the interventricular septum leading to symptoms of subaortic stenosis: a case report

Dr. Aziz Karadede, Dr. Ömer Alyan, Dr. Zülküf Karahan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Kırk dört yaşında erkek hasta egzersiz sırasında nefes darlığı yakınmasıyla başvurdu. Transtorasik ikiboyutlu ekokardiyografide interventriküler septumun bazal bölgesinde 4.5x8 cm boyutunda kist hidatikle uyumlu kitle izlendi. Renkli Doppler ekokardiyografide bu bölgede türbülans akım ve hafif aort ve hafif mitral yetersizliği görüldü. İndirekt hemaglutinasyon inhibisyon testi pozitif. Hasta cerrahi tedavi önerisini kabul etmedi. Bir ay sonra, hastanın başka bir merkezde kist hidatikle ilgili ameliyat sırasında öldüğü öğrenildi.

Anahtar sözcükler: Ekinokok/komplikasyon; ekokardiyografi; kalp hastalığı/parasitoloji; kalp septumu; kalp ventrikülü.

A 44-year-old man presented with a complaint of dyspnea on exertion. Transthoracic two-dimensional echocardiography showed a cystic lesion in the basal region of the interventricular septum, 4.5x8 cm in size, suggesting a hydatid cyst. Color Doppler echocardiography demonstrated turbulent flow and mild aortic and mitral insufficiency. An indirect hemagglutination test yielded a positive result. The patient refused surgical treatment. A month later, it was found that he had died during surgery for the hydatid cyst at another center.

Key words: Echinococcosis/complications; echocardiography; heart diseases/parasitology; heart septum; heart ventricles.

Kist hidatik az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir klinik sorundur.^[1] Kistler genellikle karaciğer ve akciğeri etkiler; ancak, kalp gibi diğer organlar da tutulabilir.^[2,3] İnsanlarda kardiyak kist hidatik sıklığı %0.5-2 arasında değişmektedir.^[4] En sık tutulum yeri sol ventrikül duvarıdır,^[2] nadir olarak sağ ventrikül,^[4] perikard^[3] ve interventriküler septum^[5] da tutulabilir. Kardiyak kistler genellikle uzun süre asemptomatik kalabilir; ancak, kistin yerleşimine ve boyutuna bağlı olarak atriyoventriküler blok, perikardit, kalp kapak orifislerinde daralma ve ani ölüm gibi ciddi komplikasyonlar da görülebilir. Bu nedenle, erken tanı ve tedavi önemlidir. Bu yazıda, ilk başvuru yakınması nefes darlığı olan bir hastada saptanan ve sol ventrikül çıkışında darlık yapan interventriküler septum yerleşimli kist hidatik sunuldu.

OLGU SUNUMU

Kırk dört yaşında erkek hasta yaklaşık beş aydır var olan, egzersiz sırasında nefes darlığı yakınmasıyla

başvurdu. Egzersiz sırasında birkaç kez bayılma hissi olduğunu bildirdi. Fizik muayenede, kan basıncı 115/75 mmHg, kalp hızı 80/dakika idi. Kardiyak muayenede, birinci kalp sesi normal sertlikte, ikinci kalp sesi ise çift ve hafif zayıflamış olarak duyuluyordu. Apikal bölgede koltuk altına yayılım gösteren 1-2/6 şiddetinde sistolik üfürüm, aort odağında ise sternumun sol alt ucuna doğru yayılım gösteren 2/6 şiddetinde sistolik ejeksiyon üfürümü duyuldu. Elektrokardiyografisinde, iletim sisteminde herhangi bir defekt yoktu. Posteroanterior akciğer grafisi normaldi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve kardiyak enzimler normal sınırlardaydı. Transtorasik ikiboyutlu ekokardiyografi (TTE) parasternal uzun eksen görüntülerinde, interventriküler septumun bazal bölgesinde, 4.5x8 cm boyutunda, kist hidatikle uyumlu bir kitle izlendi (Şekil 1a) ve mitral kapağın kistik yapıya temas ettiği görüldü. Renkli Doppler ekokardiyografi görüntülerinde, bu bölgede türbülans akımla birlikte hafif aort ve hafif mitral yetersiz-

Geliş tarihi: 10.08.2006 *Kabul tarihi:* 16.11.2006

Yazışma adresi: Dr. Ömer Alyan, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, 21280 Diyarbakır.
Tel: 0412 - 248 80 01 / 4952 Faks: 0412 - 248 84 40 e-posta: droalyan@yahoo.com

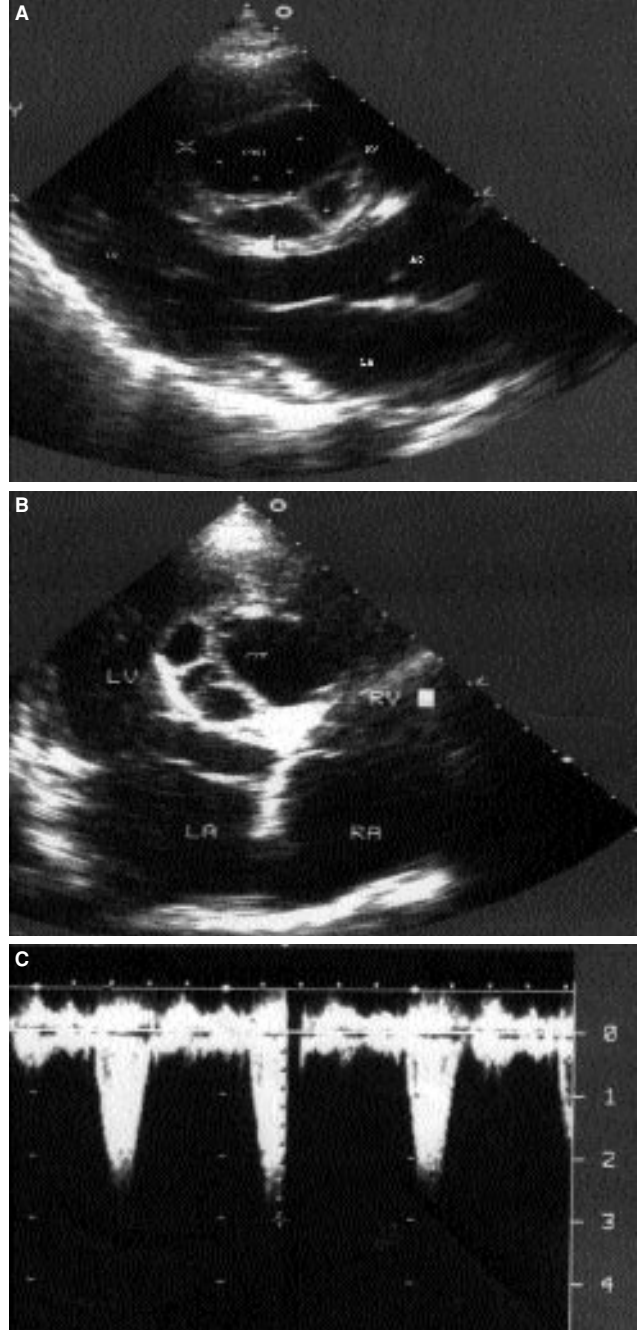
liği izlendi. Apikal dört boşluk görüntülerinde, interventriküler septumun bazal bölgesindeki loküler kistik kitlenin hem sol hem de sağ ventrikül kavitesine doğru uzandığı görüldü (Şekil 1b). Apikal beş boşluk görüntülerinden, sürekli dalga Doppler ekokardiyografi ile sol ventrikül çıkışında en yükseği 37 mmHg olan gradiyent ölçüldü (Şekil 1c). Sol ventrikül çap ve sistolik fonksiyonları normal bulundu. Ayrıca, kist hidatik için patognomonik olan, indirekt hemaglutinasyon inhibisyon testi pozitif bulundu. Tam kan incelemesinde hemoglobin 13.4 g/dl, hematokrit %40.9, beyaz küre 7700/mm³ ve eozinofil %4.1 (normal değeri < %0.9-2.9) idi. Serolojik ve kist hidatik için tipik olan ekokardiyografi bulguları ışığında kist hidatik tanısı kondu. Histopatolojik tanı ve tedavi için hastaya cerrahi girişim önerildi. Ancak, hasta cerrahi işlemi kabul etmedi. Yatışının altıncı gününde albendazol (400 mg) tedavisi ile taburcu edildi. Bundan bir ay sonra, hastanın başka bir merkezde ameliyat sırasında kaybedildiği yakınlarından öğrenildi. Histopatolojik tanıyı öğrenmek için hastayı ameliyat eden merkezle görüşülmüşse de, hasta ameliyat sırasında kaybedildiği için histopatolojik tanıya başvurulmadığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Kist hidatik parazitik bir enfeksiyon hastalığıdır. İnsanlara genelde evcil hayvan dışkı ile kontamine olan iyi yıkanmamış yiyecek ve içeceklerle bulaşır. Daha sonra yumurtalar bağırsak duvarını geçerek kan dolaşımına karışır ve her doku ya da organ tutulabilir. Kistler genellikle koroner dolaşım ile kalbe ulaşır ve koroner dolaşımın en fazla olduğu sol ventrikül en sık tutulan bölgedir.^[2] Kistler kalbe nadir olarak intestinal lenfatik damarlar, torakal duktus ve inferior ve süperior vena kava yoluyla da ulaşabilir. Kistler tipik olarak çeşitli sekonder kistleri de içeren bir kapsül ve sıvıdan oluşur.^[6]

Kist hidatik hastalığında klinik bulgular, kistin yerleşim yerine, boyutuna ve yoğunluğuna bağlı olarak değişmektedir. Hastalar yıllarca asemptomatik kalabileceği gibi, kist sıvısının antijenik özelliğinden dolayı anafilaktik reaksiyon ile kollaps bile gelişebilir.^[7] Kistler genellikle büyük bir boyuta ulaştıktan sonra angina pectoris, çarpıntı, kapak disfonksiyonu, aritmiler, perikardiyal reaksiyon, pulmoner ve sistemik emboli ve pulmoner hipertansiyon gibi klinik bulgular vermeye başlar.^[8] İnterventriküler septum yerleşimli kardiyak kist hidatiklerinde, iletim yollarında basıya bağlı atriyoventriküler blok ve senkop atakları^[9] ve olgumuzda olduğu gibi, sol ya da sağ ventrikül çıkış yolunda darlığa bağlı olarak nefes darlığı görülebilir. Elektrokardi-

yografi kistin yerleşimi hakkında fikir verebilir. Sol ventrikül yerleşimli kistler T dalga değişikliği ve QRS voltaj düşüklüğü yapabilir. Hastamızda elektrokardiyografide herhangi bir iletim bozukluğu yoktu.



Şekil 1. (A) İnterventriküler septum yerleşimli kist hidatik ile uyumlu kitlenin parasternal uzun eksen pencereden ikiboyutlu ekokardiyografik görüntüsü. (B) Her iki ventriküle uzanım gösteren kist hidatiğin apikal dört boşluk pencereden ikiboyutlu ekokardiyografik görünümü. (C) Apikal beş boşluk görüntüsünden, sürekli dalga Doppler ekokardiyografi ile sol ventrikül çıkışında kistin basısına bağlı gradiyent artışı (en yüksek 37 mmHg). (LV: Sol ventrikül; RV: Sağ ventrikül; LA: Sol atriyum; RA: Sağ atriyum; AO: Aort)

Kardiyak kist hidatik tanısı, karaciğer ve akciğer gibi diğer organlarda tutulum varsa kolaylaşır; ancak, izole kardiyak kist hidatik tanısı zordur. Toraks tomografisi ve manyetik rezonans görüntüleme kist ve yeri konusunda ayrıntılı bilgiler vermesine karşın, ikiboyutlu TTE tanı için seçilecek en iyi noninvaziv yöntemdir. Serolojik testlerden hemaglutinasyon ve komplement fiksasyon testleri tanı için yararlıdır; ancak doğrulukları sınırlıdır.^[7] Eozinofili de tanıya yardımcı olabilir. Hastamızda tanıyı serolojik testler ve ikiboyutlu TTE ile koyduk.

Son yıllara kadar kist hidatik tedavisi sadece cerrahi ile sınırlıydı.^[10] Ancak, yapılan çalışmalarda benzimidazol türevlerinin hastalığın medikal tedavisinde yararlı olduğu gösterilmiştir.^[11] Bu ilaçlar, parazite spesifik fumarat redüktaz inhibisyonu, B-tübülünü bağlayan mikrotübül polimeraz inhibisyonu, oksitatif fosforilasyon ve glukoz transportunu azaltan mekanizmalarla kist üzerinde etki gösterirler. İlaçların bu yararlarına rağmen, kistin yırtılma olasılığı nedeniyle genellikle cerrahi tedavi önerilir.^[7] Ancak, olgumuzda olduğu gibi cerrahi girişimi kabul etmeyenler ya da kistin kritik yerleşim yerinden dolayı cerrahi girişimin riskli olduğu durumlarda medikal tedavi uygun bir seçenek olabilir.

Sonuç olarak, kist hidatik interventriküler septuma yerleşerek kalp kapak hastalıklarının semptom ve bulgularına neden olabilir. Özellikle ülkemiz gibi kist hidatik hastalığın endemik olduğu bölgelerde kardiyak kistlerin ayırıcı tanısında kist hidatik de düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gutierrez Y, Smith JH. Metazoan diseases. In: Damjanov I, Linder J, Anderson WA, editors. Anderson's pathology. 10th ed. St. Louis: Mosby; 1996. p. 1012-41.
2. Murphy TE, Kean BH, Venturini A, Lillehei CW. Echinococcus cyst of the left ventricle. Report of a case with review of the pertinent literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971;61:443-50.
3. Sakarya ME, Irmak H, Etlik O, Evirgen O, Temizoz O, Sakarya N. MR findings in pericardial hydatid cyst. *Tohoku J Exp Med* 2003;199:181-5.
4. Perez-Gomez F, Duran H, Tamames S, Perrote JL, Blanes A. Cardiac echinococcosis: clinical picture and complications. *Br Heart J* 1973;35:1326-31.
5. Russo G, Tamburino C, Cuscuna S, Arcidiacono G, Foti R, Grimaldi DR, et al. Cardiac hydatid cyst with clinical features resembling subaortic stenosis. *Am Heart J* 1989;117:1385-7.
6. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, editors. Robbins pathologic basis of disease. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1989.
7. Salih OK, Celik SK, Topcuoglu MS, Kisacikoglu B, Tokcan A. Surgical treatment of hydatid cysts of the heart: a report of 3 cases and a review of the literature. *Can J Surg* 1998;41:321-7.
8. Maroto LC, Carrascal Y, Lopez MJ, Forteza A, Perez A, Zavanella C. Hydatid cyst of the interventricular septum in a 3.5-year-old child. *Ann Thorac Surg* 1998;66:2110-1.
9. Eren EE, Aykut S, Kayihan A, Aydogan H, Dagsali S. Echinococcal cyst of the interventricular septum with right ventricular protrusion. *Tex Heart Inst J* 1989;16:292-5.
10. Miralles A, Bracamonte L, Pavie A, Bors V, Rabago G, Gandjbakhch I, et al. Cardiac echinococcosis. Surgical treatment and results. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994;107:184-90.
11. Franchi C, Di Vico B, Teggi A. Long-term evaluation of patients with hydatidosis treated with benzimidazole carbamates. *Clin Infect Dis* 1999;29:304-9.