

Olgu Sunumu

Nadir Görülen Bir Olgu: İzole Perikardiyal Kist Hidatik

İlhan Ocakcıoğlu^{*}, Fuat Sayır^{**}, Levent Alpaya^{***}, Talha Doğruyol^{***}, Mustafa Dinç^{****}, Hanifi Yıldız^{****}, İlhan Yalçınkaya^{****}

Özet

Ülkemizde endemik olarak görülen ekinokokkozun perikardiyal yerleşimine nadiren rastlanmaktadır. Hastalık asemptomatik olarak kalabildiği gibi ani ölümlere de yol açabilmektedir. Kabul gören tedavi yöntemi kistlerin cerrahi olarak çıkartılmasıdır ve nüksü engellemek amacıyla cerrahiye takiben albendazole medikal tedavi önerilmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle perikardiyal kist hidatik olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, Perikard, Parazit

Kist hidatik, *Echinococcus granulosus* larvası tarafından oluşturulan bir doku enfestasyonu olup, genel olarak sanitasyon kurallarına iyi uyulmayan ülkelerde daha sık görülür. Hayvancılığın yoğun olduğu bölgelerde önemli bir sağlık sorunudur (1,2). Kalpte lokalize hidatik kistler çok nadir olup tüm hidatik kistlerin yaklaşık %0.5-2'si kadardır (3). Perikardiyal tutulum kardiak kist hidatik vakalarının %8'ini oluşturmaktadır (4). Medikal tedavi ciddi komplikasyonları engelleyemediğinden kabul gören tedavi yöntemi cerrahi müdahaledir (5,6).

Olgu Sunumu

24 yaşında, erkek hasta yaklaşık altı aydır devam eden öksürük ve nonspesifik göğüs ağrısı şikâyeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Anamnezinden on yıl önce sağ akciğer kist hidatik nedeniyle opere edildiği öğrenilen hastanın fizik muayenesinde kalp hızı 77/dk, kan

basıncı: 120/70 mmHg ve diğer sistem bulguları doğal olarak bulundu. Rutin hemogram ve biyokimyasal incelemeleri normal sınırlarda idi. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ kalp komşuluğunda yaklaşık 5 cm çapında düzgün kontürlü, hiperdens alan tespit edildi (Fig. 1a). Elektrokardiografisi normal bulunan hastanın ekokardiografisinde; perikard komşuluğunda düzgün konturlu, kist hidatikle uyumlu olabilecek 50x45 mm ebadında yer kaplayıcı oluşum izlendi. Bilgisayarlı tomografisinde perikard komşuluğunda yaklaşık 5 cm boyutlarında düzgün sınırlı kistik yapı tespit edildi (Fig. 1b). Ayrıca yapılan batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisi normal bulundu. Laboratuvar testlerinden *Echinococcus granulosus* indirekt hemaglutinasyon testi: 1/160 pozitif bulundu. Hasta izole kardiak kist hidatik olgusu olarak kabul edildi. Cerrahi ve medikal tedavi amacıyla göğüs cerrahisi kliniğimize yatırıldı. Hastaya bu bulgular ışığında, nüks kardiyak kist hidatik tanısıyla operasyon planlandı.

Sağ lateral torakotomi yapılarak toraksa girildi. Yapılan gözlemede perikarda fikse ve geniş tabanda oturan orta loba kısmi yapışıklık gösteren yaklaşık 5 cm çapında kistik lezyon görüldü. Orta lob yapışıklıkları serbestlendi. Perikard açıldığında sağ ventrikül lateral duvarına invaze olduğu görüldü ve ventrikül duvarından serbestlendi. Parsiyel perikardiyektomi yapılarak lezyon enblock çıkarıldı ve perikardiyal defekt prolen mesh ile kapatıldı (Fig. 2a,b,c). Perikardiyumdan alınan biyopsi materyalinin patolojik incelemesi sonucunda kist hidatikle uyumlu olduğu doğrulandı.

*Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van, Türkiye

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van, Türkiye

***Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

****Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye

Sorumlu Yazar: Dr. Fuat Sayır

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van, Türkiye
Tel: 0533 381 40 22

E-mail: sayirfuat@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: 28.05.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 12.11.2014

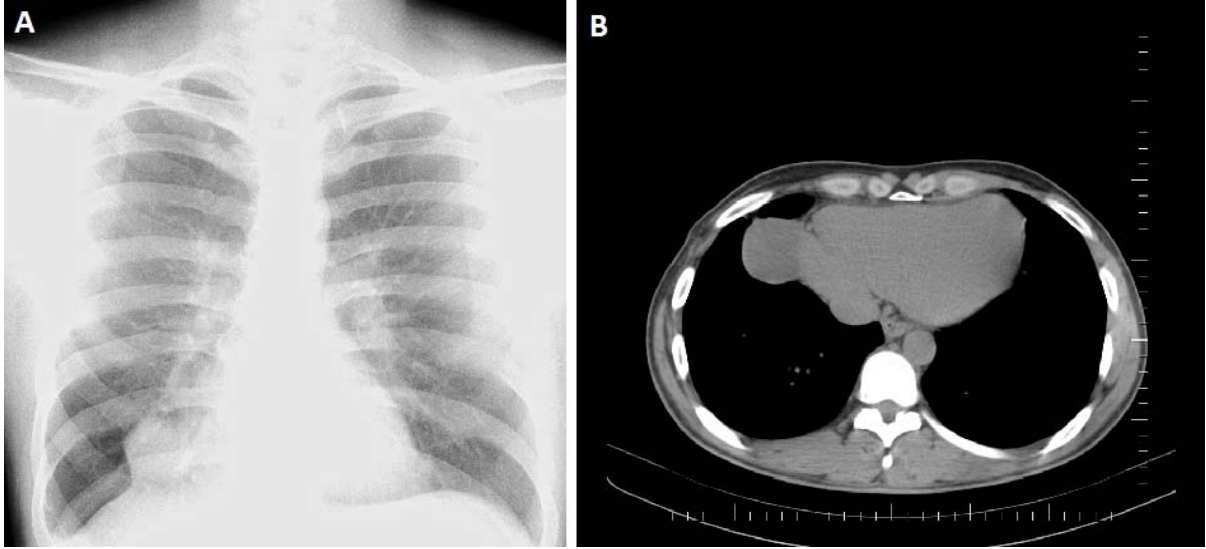


Fig. 1a. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ kalp komşuluğunda yaklaşık 5 cm çapında düzgün kontürlü, hiperdens alan, b. Perikard komşuluğunda yaklaşık 5 cm boyutlarında düzgün sınırlı kistik yapı.

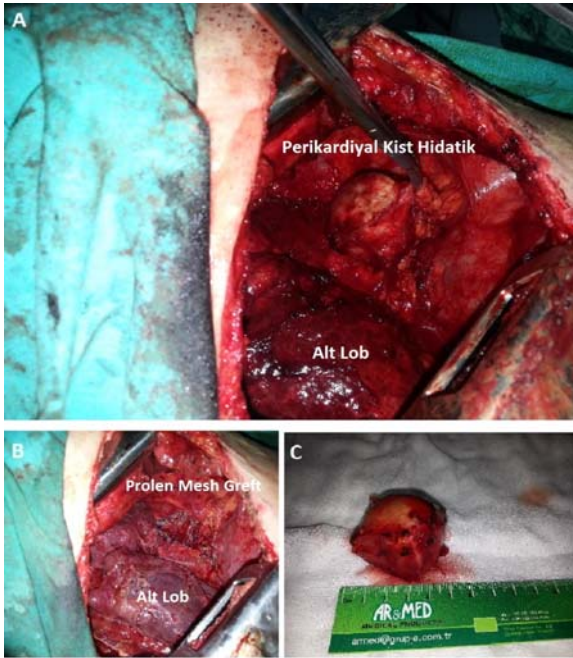


Fig. 2a. Perikarda fiske ve orta loba kısmi yapışıklık gösteren kistik lezyon, b. Prolen mesh greft ile perikardiyal defektin kapatılması, c. Piyes.

Postoperatif takibinde komplikasyon gelişmeyen hastaya, 20 mg/kg/gün albendazol altı ay süreyle başlandı. Hasta problemsiz olarak beşinci gününde taburcu edildi. 10 aylık takip süresince nüks saptanmamış olup, takibi devam etmektedir.

Tartışma

Ülkemiz kist hidatik hastalığı açısından endemik bir bölge olarak değerlendirilmektedir.

Türk toplumunda kist hidatik görülme sıklığı 1/2000 olarak bildirilmiştir (7) Kardiyak kist hidatik oldukça nadir görülür ve tüm kist hidatik olgularının %0.5-2'sini teşkil eder (3). Kalpte en sık yerleşim yeri sol ventrikül duvarıdır. Perikardial kist hidatik ise son derece nadirdir ve rüptüre olana kadar asemptomatik olarak kalır. Kardiyak kist hidatiğin klinik tablosunu belirleyen etmenler, kistin yaşı, büyüklüğü, kist kalsifikasyonunun derecesi ve lokalizasyonudur (8). Genellikle uzun bir asemptomatik evre vardır. Semptomlar genişleyen kistin miyokarda yaptığı basya veya kistin rüptürüne bağlıdır. Perikardiyuma rüptür akut perikardit, tamponat veya kronik konstriktif perikardite neden olabilir. En sık rastlanılan klinik bulguları perikardiyal inflamasyona bağlı prekordiyal göğüs ağrısı ve öksürük olup hastamızda da benzer bulgular mevcuttu. Önceki çalışmalar kardiyak ekinokokozun spesifik semptomlarının olmaması ve çok değişik klinik görünümünün olması nedeni ile hastaların %22'sinin rastlantısal olarak tanı aldığını göstermiştir (9).

Kardiyak kist hidatik tanısı zordur. Tanıda ekokardiyografi, BT, ultrasonografi ve MR gibi görüntüleme yöntemleri ve serolojik testler kullanılmaktadır. Kardiyak kist hidatik olgularının elektrokardiyografisinde miyokard infarktüsü, aritmi, ileti sisteminde çeşitli dal blokları ve herhangi bir hastalığa özgü olmayan ST segment ve T dalga değişiklikleri gibi çeşitli elektrokardiyografik anormalliklerde görülebilmektedir (8). Bizim olgumuzda anormal değişiklikler saptanmadı. Ekokardiyografi kardiyak kist hidatik tanısında en yaygın olarak kullanılan tanı yöntemidir. Noninvaziv olması,

yaygınlığı, kolay uygulanabilirliği ve intrakardiyak kist tanısındaki yüksek duyarlılığı nedeniyle ön plandadır. Ekokardiyografide ince bir membranla çevrili ve içinde birçok septaları olan bazen de içinde yavru kistlerin olduğu bir yapı olarak görülür. Bu haliyle diğer kardiyak kitlelerden rahatlıkla ayırt edilebilir. Bazı olgularda lezyonlar solid kitle görünümüne ve multilokule karaktere sahip olabilir (10). Ayrıca, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tanı için kullanılabilir (11).

Kist hidatiğin en iyi tedavi şekli, cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Perikardiyal veya kardiyak kist hidatik nadir rastlanan olgular olduğundan, girişim yolu da kistin yerleştiği bölgeye ve cerrahın tercihinine bağlı olarak değişiklik gösterir. Bizim olgumuzda kistin yerleşim yeri sağ kalbin lateral yüzünde olduğundan sağ torakotomi yoluyla yaklaşımı daha uygun olarak bulduk. Kardiyak kist hidatiğin tedavisinde en çok tercih edilmesi gereken yol cerrahi eksizyonu takiben albendazol, mebendazol veya albendazol+praziquantel kombinasyonu ile en az altı aylık tıbbi tedavi yapılmasıdır. Bu uzun süreli tedaviye rağmen unutulmamalıdır ki, medikal tedavi cerrahi sırasında çıkartılmayan fertil elemanların gelişme olasılığını ortadan kaldırmayacaktır. Bu sebeple hastalar birkaç yıl boyunca takip edilmelidir.

Ülkemizde endemik olması nedeni ile *Echinococcus granulosus*'un her organı tutabileceği unutulmamalı ve bu yönden dikkatli olunmalıdır. Karaciğer ve akciğerde rastlanmış ise diğer tüm sistemlerde tetkik edilmelidir. Tanıda bilgisayarlı tomografinin yanında ekokardiyografinin de kullanılabileceği düşünülmelidir. Tedavide, cerrahi sonrası tam bir iyileşme sağlanabilmesi için medikal tedavinin de ek olarak verilmesi gerektiği hatırlanmalıdır.

A Rare Case Report: Isolated Pericardial Hydatid Cyst

Abstract

Pericardial localization of echinococcosis, which is an endemic disease in our country, is rarely seen. The disease may be asymptomatic or may lead to sudden death. Surgical removal of the cysts is the treatment of choice. Treatment requires surgery

combined medical management with albendazole. We aim to present our case with pericardial hydatid cyst as it is rarely encountered in the literature.

Key words: Hydatid cyst, Pericard, Parasite

Kaynaklar

1. Unat EK, Yücel A, Altaş K, Samastı M. Unat'ın Tıp Parazitolojisi. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1991:440-459.
2. Di Gesù G, Picone A, La Bianca A, Massaro M, Vetri G. [Muscular and subcutaneous hydatidosis]. [Article in Italian] Minerva Med 1987; 78(12):835-840.
3. Abid A, Khayati A, Zargouni N. Hydatid cyst of the heart and pericardium. Int J Cardiol 1991;32(1):108-109.
4. Kaplan M, Demirtas M, Cimen S, Ozler A. Cardiac hydatid cysts with intracavitary expansion. Ann Thorac Surg 2001;71(5):1587-1590.
5. Marci M, Ponari A, Finazzo F, Battaglia A. Echocardiographically diagnosed cardiac echinococcus complicated by embolic intraventricular thrombus. J Am Soc Echocardiogr 1998; 11(12):1158-1160.
6. Abid A, Khayati A, Zargouni N. Hydatid cyst of the heart and pericardium. Int J Cardiol 1991; 32(1):108-109.
7. Aytac A, Yurdakul Y, İkizler C, Olga R, Saylam A. Pulmonary hydatid disease: report of 100 patients. Ann Thorac Surg 1977; 23(2):145-151.
8. Ozer N, Aytemir K, Kuru G, Atalar E, Ozer Y, Ovünç K, et al. Hydatid cyst of the heart as a rare cause of embolization: report of 5 cases and review of published reports. J Am Soc Echocardiogr 2001; 14(4):299-302.
9. Maffei GR, Petrucci O, Carandina R, Leme CA Jr, Truffa M, Vieira R, et al. Cardiac echinococcosis. Circulation 2000; 101(11):1352-1354.
10. Bayezid O, Ocal A, Işık O, Okay T, Yakut C. A case of cardiac hydatid cyst localized on the interventricular septum and causing pulmonary emboli. J Cardiovasc Surg (Torino) 1991; 32(3):324-326.
11. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographics 2000; 20(3):795-817.