

Atipik Yerleşimli Üçüncü Ventrikül Kolloid Kisti ve Nadir Bir Komplikasyonu

Colloid Cyst Placed Atypically on the Third Ventricule and its Rare Complication

Murat Eroğlu¹, Düzgün Yıldırım²

¹Mareşal Cakmak Asker Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Erzurum, Türkiye

²Kasımpaşa Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, İstanbul, Türkiye

Özet

Otuzbeş yaşında erkek hasta baş ağrısı ve denge sızlık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Sağ foramen Monro komşuluğunda 3. ventrikül rostrumu yakınında hiperdens bir lezyon saptandı. Hasta acil MR görüntüleme ile değerlendirildi. MR görüntüleme bulguları kolloid kist ile uyumlu idi. Buna ilaveten sağ anterior serebral arter (ACA) sulama alanında ödem ve giral kalınlaşma ile birlikte akut iskemik mevcuttu. Daha sonra hasta yoğun bakım ünitesine takip ve ileri değerlendirme amaçlı yatırıldı. Semptomatik tedavi ile hastanın şikayetlerinde hızlı bir düzelmeye gözlemlendi. Takip eden bu bulgular ile konvansiyonel anjiyografi ve ameliyat gibi daha ileri invaziv girişimlere ihtiyaç kalmadı. Bir gün sonra çekilen kontrol BT'de kist gerçekten gerilemişti ve dansitesinde azalma gözlemlendi. Takip periyodunda hemoraji, intrakranial herniasyon veya hidrosefalinin hiçbir belirtisi gözlemlenmedi. İlk başta distandü olan kist spontan rüptür ile tamamen rezolüsyona uğradı ve görüntülenemez duruma geldi. Bir yıl sonraki kontrol MR görüntülemesinde ACA sulama alanını ilgilendiren akut iskemik bölgesinde kronik ansefalomalazik değişikliklerin geliştiği ve artık herhangi bir kistin oluşmadığı gözlemlendi. Kranial MR anjiyografide ise sağ ACA oklude olduğu gözlemlendi. Bilgimize göre bu vaka; vasküler kompresyon ile akut infarkta neden olan ve spontan rezolüsyon ile kaybolan ilk kolloid kist vakasıdır. (*JAEM 2011; 10: 92-4*)

Anahtar kelimeler: Kolloid kist, spontan rezolüsyon, infarktüz

Alındığı Tarih: 23.05.2009

Kabul Tarihi: 01.07.2009

Giriş

Nöroepitelyal kist olarak da adlandırılan kolloid kist, yavaş büyüyen benign bir tümördür. Genelde üçüncü ventrikülün rostral kısmında oluşur. Kist tipik olarak foramen Monroyu komprese ederek izole lateral ventrikül dilatasyonuna neden olabilir (1). Bir kolloid kistin en yaygın belirtisi ve semptomu baş ağrısı olup daha az yaygınlıktaki semptomları; bulantı, kusma, mental durum değişikliği, görme bozuklukları, hafıza kaybı ve yürüme bozukluğudur (2). Cerrahi rezeksiyon semptomatik olgular için önerilen tedavidir. Dikkatli bir zeminde yapılan ardışık nörolojik değerlendirmeler kist boyut ve karakterini tespit etmede şarttır. Çoğu semptom, meydana gelen hidrosefali ile ilişkili olup, kolloid kistlerin nadir olarak da intrakranial herniasyon ve ölüme neden olabildikleri de bilinmektedir (3). Tanı konulmadığı süre; içinde rüptürün de sayılabileceği bazı komplikasyonlar fetal seyredebilir (4). Kolloid kistler genelde koyu jelatinöz veya yoğun bir içeriğe sahiptir. Kolloid kist içeriğinin ayırımı MRG ile özel (difüzyon ağırlıklı, gradient eko vs) veya konvansiyonel sekanslar ile değerlendirilebilir.

Abstract

A 35-year-old man presented with new onset headache and dizziness in our emergency service. An hyperdense lesion was determined near the third ventricle rostrum in the vicinity to the right of the Foramen of Monroe. The patient was immediately evaluated with MRI. MRI findings were consistent with a colloid cyst. In addition, there was acute ischemia throughout the right anterior cerebral watershed area which was represented by edema and gyral thickening. The patient was taken to the intensive care unit for follow up and for planning advanced evaluation. With symptomatic treatment, rapid improvement of the complaints was seen. Due to these follow up findings, invasive procedures such as conventional angiography or operation was not applied. The cyst regressed and showed decreased density on the control CT scans taken the following day. Throughout the follow up periods, no signs of hydrocephalus, intracranial herniation or hemorrhage were determined. The first distended cyst disappeared with complete resolution by spontaneous rupture. In the first year control MRI, encephalomalacia had developed throughout the previous watershed area. A cystic lesion was no longer visible. Also, cranial MR angiography examination demonstrated occlusion of the right ACA. To the best of our knowledge, this is the first case of a spontaneously ruptured colloid cyst that caused vascular compression which resulted in acute infarction of the ACA territory. (*JAEM 2011; 10: 92-4*)

Key words: Colloid cyst, spontaneous resolution, infarction

Received: 23.05.2009

Accepted: 01.07.2009

Bu nedenle; bilgisayarlı tomografide lateral ventriküllerin obstrüktif hidrosefalinin etyolojisi konusunda bir şüphe varsa, lezyonların lokalizasyonları ile sinyal özellikleri ve neden oldukları komplikasyonları MRG ile tespit ve takip etmek daha gerçekçi olacaktır (5).

Olgu

Otuzbeş yaşında erkek hasta baş ağrısı, şuur bulanıklığı ve denge sızlık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Yapılan muayenesinden sonra hastaya acil kranial BT inceleme gereği duyuldu. Kontrastsız yapılan bu incelemede, 3. ventrikül rostrumu ile sağ foramen Monro anterosüperioru bileşkesinde, septum pellucidum sağ paramedian komşuluğuna indentasyon eğilimi gösteren, 15mm boyutlu hiperdens ve düzgün sınırlı bir lezyon saptandı (Resim 1). Bu bulgudan sonra acil koşullarda yapılan MRG incelemede; T1A görüntülerde BOS'a göre hiperintens, T2A görüntülerde ise hipointens iç sinyal natüründe kistik lezyonun periferinde, T2A ve FLAIR sekanslarda daha belirgin izlenen kalın bir hiperintens duyarlılık artefaktı gelişmiş

olduğu tespit edildi. (Resim 1). Bu görüntüsü ile radyolojik olarak; lezyonun, erken subakut hemorajik natürde veya protein içeriğinden zengin bir kist olabileceği ancak bu iki antitenin bir arada da bulunabileceği belirtilmiş, lezyon için yerleşim yerinin tipik olması nedeni ile de kolloid kist öntanısı düşünülmüştü. MRG incelemede ayrıca, sağ frontal lob paramedian giruslarında, sağ ACA (anterior serebral arter) sulama alanında ödem ile uyumlu sinyal intensite artışı sözkonusuydu. Sağ ACA trasesinde normal akım varlığında izlenen sinyal kaybı fenomeni de seçilememekteydi. Hastada gelişen semptomlar; frontal ve orta paryetal bölge fonksiyon kaybı şeklinde idi. Sol tarafta uyuma ve güçsüzlük, idrar inkontinansı ve kişilik değişiklikleri en çok dikkati çeken bulgular idi. Bu klinik tablo ve MRG verileri eşliğinde yatışı yapılan olgu için DSA planlanmış ancak hastanın semptomatik tedavi ile (antikoagulan tedavi+deksametazon ile antiödem tedavisi) semptomlarında ertesi güne kadar hızla düzelme geliştiğinden invaziv girişimlerden vazgeçilmiş ve takip altına alınmıştı. Ertesi gün alınan kontrol kranial BT kontrol incelemesinde, ACA sulama alanında hipodensite belirginleşmiş iken, ilk tarif edilen lezyonun hem distansiyonunun ve hem de dansitesinin belirgin azaldığı anlaşılmaktaydı (Resim 2). Bu semptomlar ile takip edilen olgunun şikayetleri hızla azalmıştı. Tedavi ve öneriler ile genel durumu stabil olarak taburcu edilen olgu, kontrollerini aksatmış, ancak bir yıl sonra tekrar başvurmuştu. Bu son MRG incelemede, ilk başvurusunda tespit edilmiş lezyonun tamamen yok olduğu, ACA sulama alanını ilgilendiren akut iskemi bölgesinde ise kronik ansefalomalazik değişikliklerin geliştiği saptanmıştı. MR-angiografide ise sağ ACA inceleme boyunca vizüalize olmaması ve oklüde olarak rapor edilmişti (Resim 3).

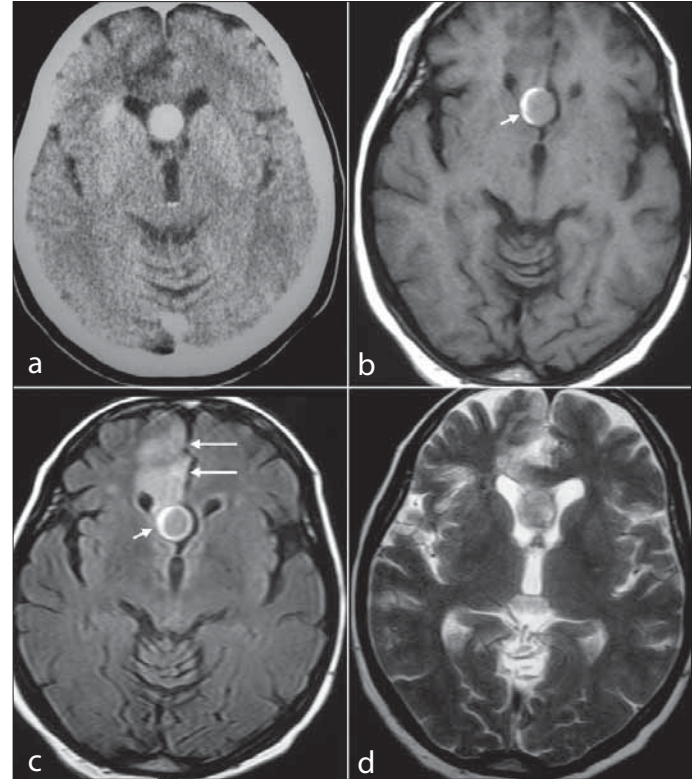
Tartışma

Üçüncü ventrikülün kolloid kistleri nadir görülüp, benign intrakranial lezyonların %0.5-1'inden sorumludurlar. Klinik presentasyonları cinsiyet ayrımı olmaksızın genelde 3-5. dekalara uymaktadır (6). Kolloid kistlerin yaklaşık 2/3'ü BT kesitlerinde, normal nöral parankime göre hiperdens iken 1/3'ü izodens ve çok nadiren de hipodens karakterdedirler. Ancak MR görüntülemesinde kolloid kistlerin sinyal karakteristikleri, kist içeriğinin ve yoğunluğunun değişken olabilmesi nedeni ile farklılıklar gösterebilir. En yaygın karşılaşılan sinyal karakteri ise; T1A görüntülerde hiperintensite, T2A görüntülerde ise hipointensite şeklindedir (7, 8). Bizim olgumuzda da lezyon literatürde belirtilmiş bu tipik BT ve MRG karakteristiklerine sahip idi.

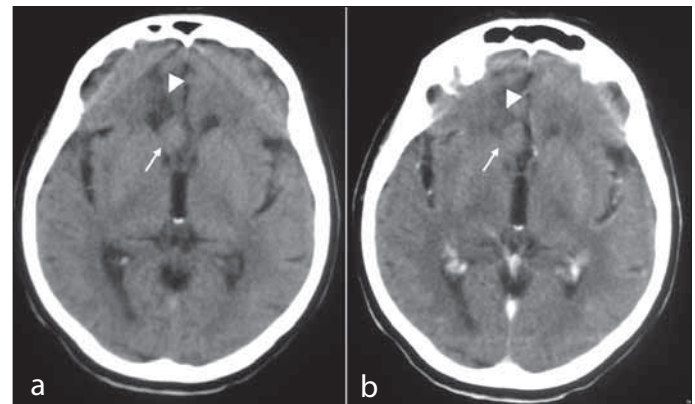
Benign histopatolojide ve küçük boyutlarda olmalarına rağmen kritik lokalizasyonlarda yerleştiklerinde bası etkisi ile ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilirler (4, 9, 10). Büttner ve arkadaşlarının bildirdiği iki olguda kolloid kist, akut hidrosefaliye ve ardından ani ölüme neden olmuştur (9). Yine Skerbinjek ve arkadaşlarının bildirdikleri bir olguda kolloid kist serebrospinal sıvının akışını tıkamış, belirgin bir hidrosefali ve ardından beyin ödemine neden olmuş ve sonunda foramen magnumda kaudal medullaya bası yaparak ölüme neden olmuştur (10). BT ve MR görüntülemenin ulaşılabilirliği ve yaygın kullanımı ile, çoğunlukla da tesadüfi olarak hidrosefali komplikasyonu oluşturacak kadar büyümeden kolloid kistler tanınabilmektedirler. Semptomatik kolloid kistler mikrocerrahi ve endoskopik prosedürlerle iyi sonuçlar elde edilerek tedavi edilebilir (6).

Görüntüleme ile takip sırasında bu kistlerin bir miktar boyut artışı gösterebildikleri bilinmektedir (2). Yavaş genişleme serebrospinal sıvı akışında bir bozulma yaratmadan foramen Monro ile uyum sağlayabilir ve hasta asemptomatik olarak kalabilir. Ancak kist çapı 1 santimetreye ulaştığında (özellikle hızlı boyut progresyonu sözkonusu olduğunda) bahsedilen komplikasyonların meydana gelme olasılığı artmaktadır. Bizim olgumuzda kist alışılmış lokalizasyonundan daha sağ paramedian yerleşimli iken en uzun çapı 1.5cm'ye ulaşmıştı. Daha önce hiç

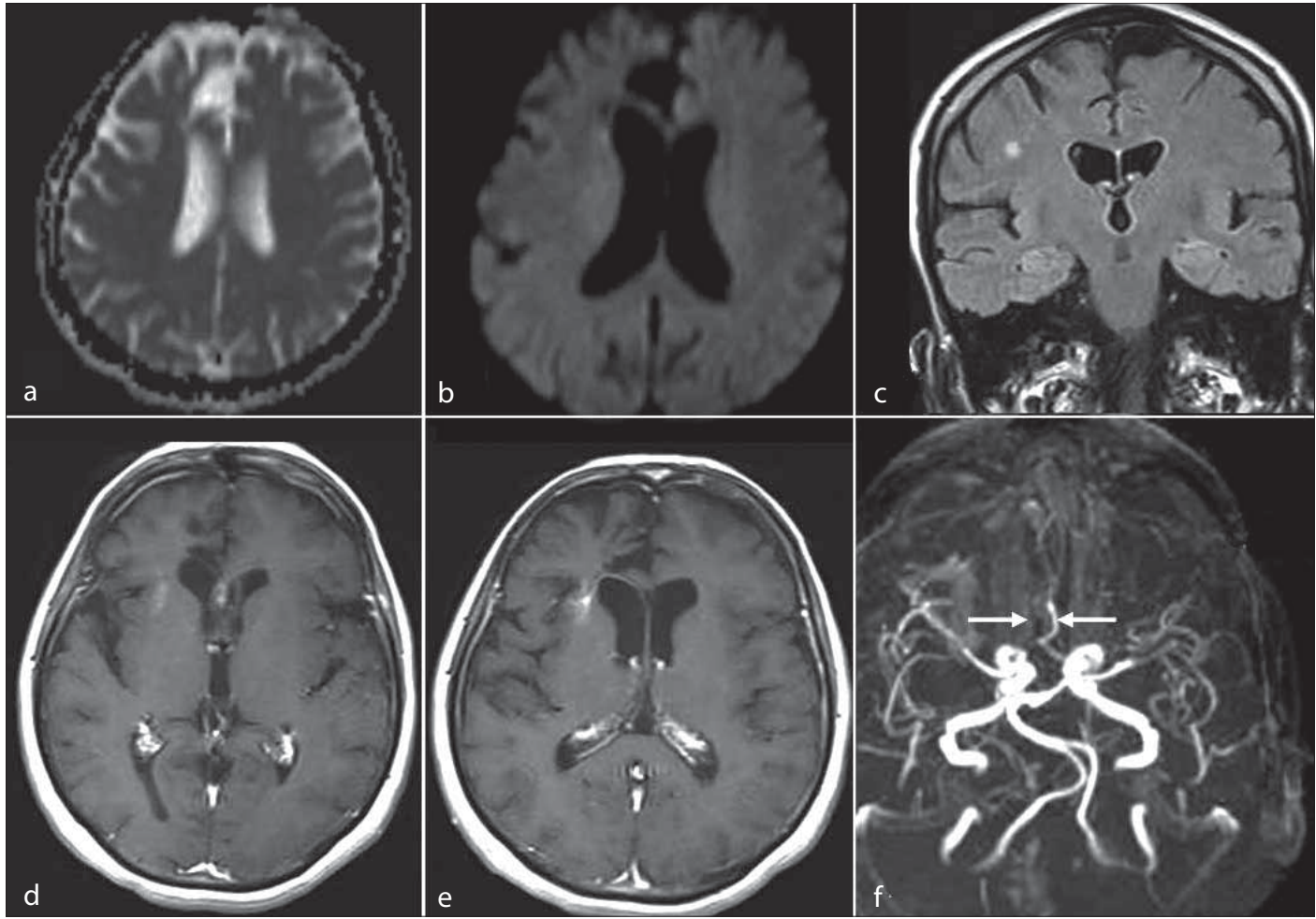
bir nörolojik şikayeti bulunmayan olguda, muhtemelen kist içeriğinin akut artışı (proteinöz içerik veya eşlik eden minimal hemoraji) sonrasında belirgin distansiyon gelişmişti. Hidrosefali oluşması için gereken çok daha kısa bir zamanda, sağ paramedian loja indentasyon nedeni ile ilk planda sağ ACA basısı sonrası ilgili sulama alanında akut enfarkta neden olmuştu. Sonuçta hızla gelişen distansiyona dayanamayan kist duvarında spontan rüptür gelişmiş ve daha sonraki kontrol görüntülemelerde kist küçülerek tamamen kaybolmuştu. Tespit ettiğimiz bulgular, kolloid kistlerin zamanla amorf proteinöz madde salgılanması ile boyut artışı göstermesi ve bazen rüptür ile spontan rezolüsyona uğraması yönünde bildirilmiş olan literatür verileri ile uyumlu idi



Resim 1. 35 yaşında erkek olgu. Şiddetli baş ağrısı nedeni ile kranial BT (a) incelemesi ile tipik lokalizasyonda kolloid kist. T1A (b), FLAIR (c) sekanslarda, BOS'a göre hiperintens ve T2A sekansda (d) hipointens izlenen kist santrali ve çevresinde duyarlılık (susceptibility) artefaktı (kısa oklar) mevcuttur. T2A sekanslarda sağ ACA sulama alanında kortikosubkortikal ödem (uzun oklar) izlenmektedir



Resim 2. Aynı olgunun bir gün sonraki kontrastsız kontrol BT görüntülerinde (a, b), kistin dansitesinin ve boyutunun belirgin derecede regresyon gösterdiği dikkati çekmiştir (oklar). Sağ ACA sulama alanındaki hipointensite ilk BT görüntülerine göre daha belirginleşmiştir (okbaşları)



Resim 3. Hastanın 11 ay sonraki MRG inceleme bulguları. Difüzyon ağırlıklı inceleme (a) ve ADC haritasında (b) sağ ACA sulama alanında kronik enfarkt ile uyumlu sinyal değişiklikleri izlenmektedir. Koronal FLAIR sekansında (c) ve ardışık iki postkontrast T1A aksial kesimde (d, e) kolloid kistin olması gereken lokalizasyonda lezyon tespit edilmemektedir. MR-anjiyografide sağ ACA orijininin sol paten olarak izlenmektedir (oklar)

(1, 11). Olgumuzda lezyonun sinyal özellikleri tromboze anevrizmayı ve akut başvuru sırasındaki BT'si de subaraknoid kanamayı desteklemekteydi. Ayrıca spontan total rezolüsyon da yine diğer (tümör, epidermoid vs) varsayımları ekarte etmekte idi.

Sonuç

Literatür taramasında benzerini bulamadığımız bu olgu ile benign bir lezyon olan üçüncü ventrikül kolloid kistin daha önce görülmemiş bir komplikasyonunu (distansiyon-bası-infarkt-spontan rüptür) literatür ile paylaşma imkanı bulduk. Kistin rüptür sonrasında spontan rezolüsyonu fenomeni ACA sulama alanında iskemik değişiklikler ile başvuran ancak tromboembolik predispozisyon veya anevrizma gibi altta yatan herhangi bir patoloji saptanmayan olguların bir kısmından da sorumlu olabilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Motoyama Y, Hashimoto H, Ishida Y, Iida JC. Spontaneous rupture of a presumed colloid cyst of the third ventricle. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2002; 42: 228-31. [\[CrossRef\]](#)
2. Camacho A, Abernathy CD, Kelly PJ, Laws ER. Colloid cysts: experience with the management of 84 cases since the introduction of computed tomography. *Neurosurgery* 1989; 24: 693-700. [\[CrossRef\]](#)
3. Antunes JL, Louis KM, Ganti SR. Colloid cysts of the third ventricle. *Neurosurgery* 1980; 7: 450-5. [\[CrossRef\]](#)
4. Aronica PA, Ahdab-Barmada M, Rozin L, Wecht CH. Sudden death in an adolescent boy due to a colloid cyst of the third ventricle. *Am J Forensic Med Pathol* 1998; 19: 119-22. [\[CrossRef\]](#)
5. Alcock MK, Robertson A. Magnetic resonance imaging of a colloid cyst of the third ventricle. *Clinical Radiology* 1988; 39: 308-9. [\[CrossRef\]](#)
6. Horn EM, Feiz El, Bristol RE, Lekovic GP, Goslar PW, Smith KA, et al. Treatment options for third ventricular colloid cysts: comparison of open microsurgical versus endoscopic resection. *Neurosurgery* 2007; 60: 613-20. [\[CrossRef\]](#)
7. Armao D, Castillo M, Chen H, Kwock L. Colloid Cyst of the Third Ventricle: Imaging-pathologic Correlation. *AJNR Am J Neuroradiol* 2000; 21: 1470-77.
8. Urso JA, Ross GJ, Parker RK, Patrizi JD. Colloid Cyst of the Third Ventricle: Radiologic-Pathologic Correlation. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1998; 22: 524-7. [\[CrossRef\]](#)
9. Büttner A, Winkler PA, Eisenmenger W, Weis S. Colloid cysts of the third ventricle with fatal outcome: a report of two cases and review of the literature. *Int J Legal Med* 1997; 110: 260-6.
10. Skerbinjek Kavalari M, Kavalari R, Strojnik T. A colloid cyst of the third ventricle - the cause of episodic headache and sudden unexpected death in an adolescent girl. *Wien Klin Wochenschr* 2005; 117: 837-40. [\[CrossRef\]](#)
11. Annamalai G, Lindsay KW, Bhattacharya JJ. Spontaneous resolution of a colloid cyst of the third ventricle. *The British Journal of Radiology* 2008; 81: 20-2.