

# Nadir Serebral Yerleşimli Hidatik Kist Olgusu

## Two Cases of Rare Cerebral Hydatid Cyst

Sedat Işııkay<sup>1</sup>, Kutluhan Yılmaz<sup>1</sup>, Akgün Ölmez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

<sup>2</sup>Denizli Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Denizli, Türkiye

### ÖZET

Kist hidatik hastalığı (Ekinokokkozis) beyinde nadir olarak yerleşim gösteren bir parazitik hastalıktır. Primer intrakranial kist hastalığı nadir olarak görülür. Biz burada primer serebral kist hidatiğe bağlı kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) gelişen ve altıncı sinir felci ile bulgu veren nadir iki olguyu rapor ettik. Baş ağrısı, şaşılık, bulantı ve kusma şikâyetleri olan 5 yaşında kız ve 13 yaşında erkek olgunun nörolojik muayenesi altıncı sinir paralizisi ve papil ödemi ortaya koydu. Serebral kist hidatik hastalığı tanısı konulan olguların radyolojik ve patolojik olarak tanısı doğrulandı. Her iki olgu opere edildi. Kistler rüptüre edilmeden çıkarıldı ve altı ay boyunca albendazol tedavisi tamamlandı. Her iki olgu takip süresince semptomsuz idi. Sonuç olarak serebral kist hidatik KİBAS ayıncı tanısında akılda tutulmalıdır. (Türkiye Parazitol Derg 2012; 36: 41-4)

**Anahtar Sözcükler:** Hidatik kist, çocuk

**Geliş Tarihi:** 18.12.2010

**Kabul Tarihi:** 31.01.2012

### ABSTRACT

Hydatid cyst disease (Echinococcosis) is a parasitic illness that is rarely located in the brain. Primary cerebral hydatid cyst disease is rarely seen. We report here rare two cases presenting with sixth cranial nerve palsy with increased intracranial pressure syndrome due to primary cerebral hydatid cyst. A 5-year-old female and a 13-year-old boy complained of headache, strabismus, nausea, and vomiting. Neurological examination revealed sixth nerve palsy and papilloedema. The diagnosis was cerebral hydatid cyst disease and was confirmed with radiological and pathological investigations. Both cases were operated on. The cysts were removed without rupture, and therapy was completed with albendazole for a period of six months. They were symptom-free during the follow-up period. In conclusion, cerebral hydatid cyst disease should be kept in mind in the differential diagnosis of increased intracranial pressure syndrome.

(Türkiye Parazitol Derg 2012; 36: 41-4)

**Key Words:** Hydatid cyst, child

**Received:** 18.12.2010

**Accepted:** 31.01.2012

### GİRİŞ

Kist hidatik *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu paraziter bir enfestasyondur. Hastalık insana fekal oral olarak rastlantısal olarak bulaşmakta ve kan yoluyla değişik organlara ulaşarak yerleşip değişik klinik tablolara neden olmaktadır (1). Santral sinir sistemi tutulumu diğer

organ tutulumlarına göre nadir olarak görülmektedir. Kistler beyin parankiminde değişik yerlerde görülebilir. Bu nedenle kistin yerleştiği lokalizasyon yanında kitle etkisine bağlı olarak kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) ve buna ikincil olarak kranial sinir paralizileri gelişebilmektedir (2, 3).

**Bu olgu sunumu, 13. Ulusal Çocuk Nörolojisi Kongresi'nde (24-27 Mayıs 2011, Kapadokya) poster sunumu olarak sunulmuştur.**

**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Sedat Işııkay, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye Tel: +90 505 691 13 70 E-posta: dr.sedatisikay@myynet.com  
doi:10.5152/tpd.2012.10

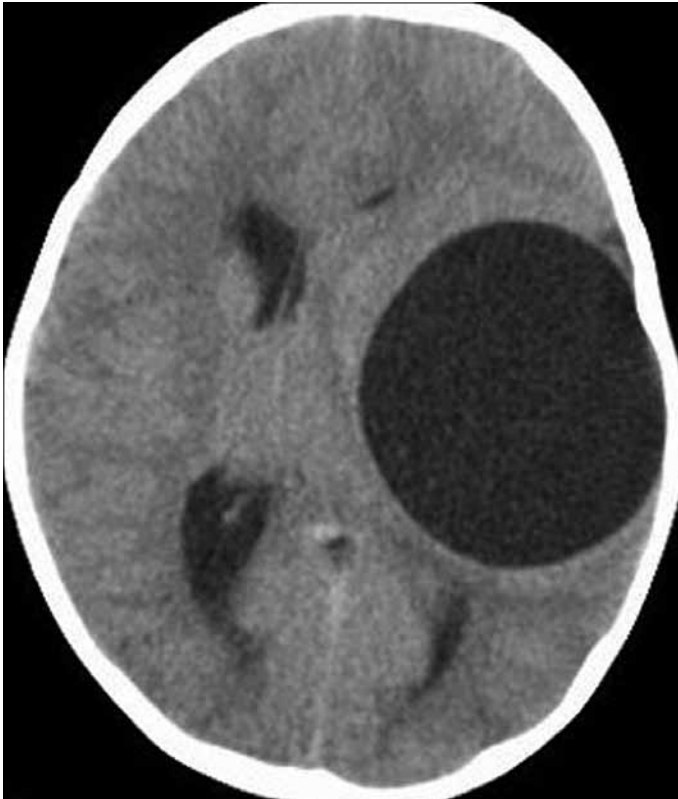
Bu yazıda KİBAS sonucu izole altıncı sinir paralizisi gelişen ve serebral hidatik kist tanısı alan iki pediatrik olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

### OLGU 1

Beş yaşında kız hasta son iki aydır sol gözde içe kayma, baş ağrısı, aralıklı kusma, halsizlik, son bir haftadır çift görme ve dengesiz yürüme şikâyetleri ile Çocuk Nöroloji Polikliniğine getirildi. Öyküsünden ailenin ilk olarak gözlerde şaşılık geliştiğini fark ettikleri bu nedenle başvurdukları göz hekimi tarafından gözlük önerildiği ve hastanın 1.5 ay boyunca gözlük kullanmasına rağmen şikâyetlerinde düzelme olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopere idi. Sol gözde içe kayma ve dışa bakış kısıtlılığı (Şekil 1) ile bilateral papil ödemi vardı. Rutin laboratuvar testleri normaldi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) sol temporoparietal bölgede 7x6x6 cm çapında kistik lezyon tespit edildi (Şekil 2). Akciğer tomografisi, batin ultrasonog-



Şekil 1. Olgu 1'in sol gözünde dışa bakış kısıtlılığı (altıncı sinir felci)



Şekil 2. Olgu 1'in ameliyat öncesi BBT'de sol temporoparietal bölgede sağ hemisfere doğru şift etkisi yapan ve sol ventrikülü komprese eden kistik lezyonun görünümü

rafisi ve ekokardiyografisi normaldi. Albendazol (15 mg/kg/gün, 2 dozda) tedavisi başlandı. Operasyondan iki gün sonra sol gözdeki içe kayma ve diğer şikâyetleri düzeldi. Cerrahi sonrası alınan materyalin histopatolojik incelemesi hidatik kist ile uyumlu olarak rapor edildi. Postoperatif ikinci ayda kontrolü yapılan hastanın göz hareketleri (Şekil 3a, 3b) ve BBT (Şekil 4) bulguları



Şekil 3. Olgu 1'in normal düz (a) ve sola bakışı (b)



Şekil 4. Olgu 1'in ameliyat sonrası kontrol BBT'si

normaldi. Oral albendazol tedavisi altı aya tamamlanarak kesildi. Olgunun bir yıllık izleminde sekel ve nüks gözlenmedi.

## OLGU 2

On üç yaşında erkek hasta son iki aydır çift görme, özellikle sabah saatlerinde olan baş ağrısı ve kusma şikâyetleri ile Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne sevk edilmişti. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopere idi. Sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı ve bilateral papil ödemi mevcuttu. Hastanın çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ serebral hemisferde temporal lob yerleşimli 5x3x3 cm boyutlarında bir adet intrakraniyal kistik lezyon tespit edildi (Şekil 5a, 5b). Operasyon sonrası albendazol (15 mg/kg/gün, 2 dozda) tedavisi başlandı. Yatışı esnasında hastanın yapılan incelemelerinde başka bir organda hidatik kist tespit edilmedi. Klinik bulguları düzelen olgunun oral albendazol tedavisi altı aya tamamlanarak kesildi.

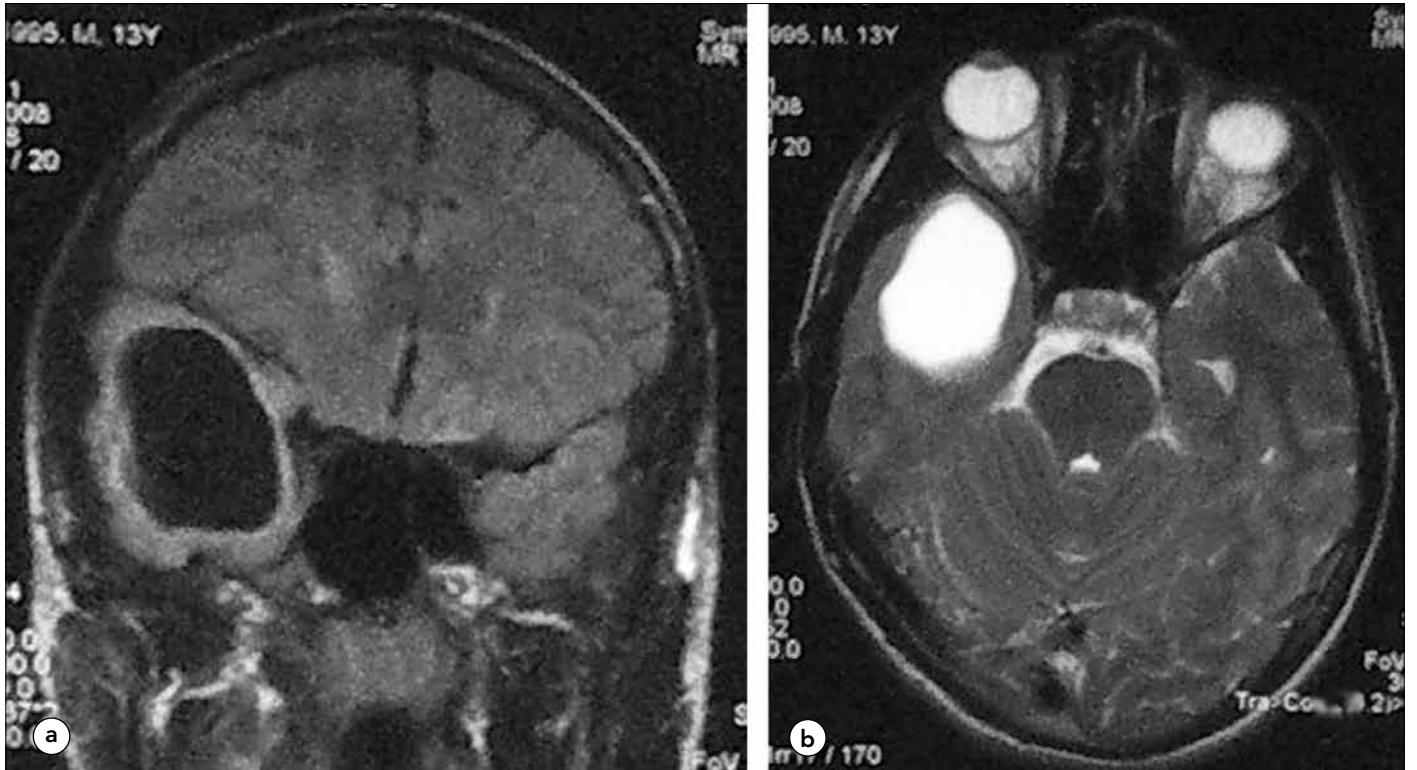
## TARTIŞMA

Serebral hidatik kist nadir görülmekte olup kist hidatik olgularının %2-3'ünü oluşturur ve erişikine göre pediyatrik yaş grubunda daha sık olarak (%50-75) görülür. Klinik bulguları kistin sağlam olup olmaması, yerleşimi, büyüklüğü ve organlara olan etkisi ile ilişkili olarak değişiklik göstermektedir. Büyümesi yavaş olduğundan semptomların gelişimi geç olmaktadır. Nörolojik bulgular genellikle intrakraniyal basınç artışına bağlı olarak gelişmektedir. Baş ağrısı ve kusma en sık görülen başlangıç semptomlarıdır. Bu şikâyetleri takiben papil ödemi, hemiparezi, epileptik nöbetler, konuşma güçlüğü, kranial sinir felçleri ve ataksi görülebilmektedir. Çift görme, baş ağrısı, mental değişiklikler, bulantı ve kusma,

papil ödemi KİBAS semptom ve bulgularıdır. Papil ödemi genellikle bilateraldir. Baş ağrısı veya çift görme yakınması olan olgularda papil ödeminin gözlenmesi KİBAS tanısını doğrulamaktadır (4, 6). Baş ağrısı, çift görme ve gözlerinde kayma şikâyetleriyle başvuran her iki olguda altıncı sinir paralizisi ve bilateral papil ödemi mevcuttu. Bu bulgular olguların her ikisinde kitle etkisine bağlı KİBAS geliştiğini doğruluyordu.

Tanı klinik ve laboratuvar bulguların birlikte değerlendirilmesi ile konulur. BBT ve MRG tek veya birlikte kist hidatik tanısını koymada oldukça başarılı ve preoperatif dönemde tedavi açısından iyi bir yol göstericidir. Lezyonlar genellikle tektir. Çoğul lezyon oldukça nadirdir. Kistlerin en sık görüldüğü yer supratentoryal, orta serebral arterin sulama alanı olan parietal bölgedir. BBT ve MRG'da iyi sınırlı, ince duvarlı, sferik, homojen ve kistik lezyon şeklinde görülürler (4, 5, 7). Serebral hidatik kist primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer tipi daha sık olarak görülür, vücudun filtre sistemlerinden kaçan embriyolardan oluşur, fertil ve soliter özellikler gösterir. Sekonder tip ise daha nadir olarak görülür, ana kistin rüptürü sonucu skolekslerin embolizasyon yoluyla meydana gelir, genellikle multipl ve infertildir. En sık kalbin sol ventrikülden kaynaklanır. Bu nedenle metastatik olarak adlandırılır (8). Her iki olguda tanı BBT bulguları esas alınarak konuldu. BBT'de supratentoryal, orta serebral arterin sulama alanında tek ve iyi sınırlı izole kist tespit edildi. Cerrahi materyallerin patolojik incelemesi tanıyı doğruladı. Olguların başka bir organında hidatik kist saptanmadı. Her iki olgu primer tip serebral kist hidatik olarak değerlendirildi.

Hidatik kist tedavisinde en etkili yöntem cerrahi olarak kistin çıkarılmasıdır. Medikal tedavi cerrahi sonrası nükslerin önlenmesi



Şekil 5. Olgu 2'nin ameliyat öncesi MRG T1 ağırlıklı sagittal hipointens (a) ve T2 ağırlıklı aksiyal hiperintens (b) plan görüntülerinde sağ temporal bölgede kistik lezyonun görünümü

amacıyla cerrahi öncesi ve sonrası verilmektedir. Çocuklarda ve erişkinlerde önerilen doz 10-15 mg/kg/gün (en yüksek 800 mg/gün) olup iki dozda verilmesi önerilmektedir (1, 7). Her iki olguya cerrahi başarılı bir şekilde uygulandı ve 6 ay boyunca albendazol tedavisi verildi. Takiplerinde nöks görülmedi.

Sonuç olarak KİBAS bulguları saptanan olgularda intrakranial kitle ilk olarak akla gelmelidir. Intrakranial kistik bir lezyon saptandığı zaman da serebral kist hidatik düşünölmeli ve diğör organlarda taranmalıdır.

#### Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

#### KAYNAKLAR

1. Blanton R. Echinococcosis (E. Granulosus and E. multilocularis). Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders; 2007. p. 1516-9.
2. King CH. Echinococcosis. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Disease. New York: Churchill Livingstone; 2000. p. 2962-3.
3. Çakır D, Çelebi S, Gürpınar A, Ağın M, Bozdemir ŞE. Evaluation of cases with hydatid diseases. J Pediatr Inf 2009; 3: 104-8.
4. Reddy R. Managing cerebral and cranial hydatid disease. Neurology India 2009; 57: 116-8. [CrossRef]
5. Bükte Y, Kemaloğlu S, Nazaroğlu H, Özkan U, Ceviz A, Şimşek M. Cerebral hydatid disease: CT and MR imaging findings. Swiss Med Wkly 2004; 134: 459-67.
6. Fenichel GM. Increased intracranial pressure. Fenichel GM, editor. Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2009. p. 93-117.
7. Sözüer EM, Akyüz M. Surgical therapy in hydatid disease. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2010; 3: 25-31.
8. Turgut M. Intracranial hydatidosis in Turkey: its clinical presentation, diagnostic studies, surgical management, and outcome. A review of 276 cases. Neurosurg Rev 2001; 24: 200-8. [CrossRef]