

PÜR PERİKARDİAL YERLEŞİMLİ
BİR MULTİPL HİDATİK KİST

Dr. Tahir YÜKSEK*
Dr. Hasan SOLAK*
Dr. Ali ERSÖZ*
Dr. Mehmet YENİTERZİ*
Dr. Tayfun GÖKTOĞAN**
Dr. H. Hüseyin TELLİ***

SUMMARY

The pericardial hydatid cyst is a very rare entity. In this study, a pure pericardial multiple hydatid cyst case is presented. And the diagnostic methods are discussed.

ÖZET

Perikardial hidatik kist çok nadir bir antitedir. Bu çalışmada pür perikardial bir multipl hidatik kist vakası takdim edildi. Bu vaka literatür verileri ile karşılaştırıldı ve teşhis metodları tartışıldı.

Hidatik kist hastalığı, modern hijyenik şartların tesis edildiği ve uygun sanitasyon tedbirlerinin uygulandığı ülkelerde problem olmaktan çıkmıştır. Fakat hijyen ve sanitasyon tedbirlerinin oldukça yetersiz olduğu ülkemiz gibi hayvancılıkla uğraşan memleketlerde, hem beşeri hem de veteriner hekimlik açısından büyük bir problem olmaya devam etmektedir. Anabilim dalımızda çeşitli patolojik

* : S.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri.

** : S.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

*** : S.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.

■ S.Ü. Tıp Fak. Der. Cilt: 4, Sayı: 1, 1988

sebeplere bağlı olarak cerrahi tedavi uygulanan vakaların hemen hemen yarısına yakın bir bölümünü hidatik kist hastalığına sahip vakalar oluşturmaktadır.

Torakal yerleşimli hidatik kistli vakalar içinde lokalizasyon yönünden nadir görülen bir perikardial hidatik kist vakamızı takdim etmeyi uygun bulduk.

MATERYAL VE METOD

18 yaşında kız hasta, Konya, Öğrenci. Prot. No:2090

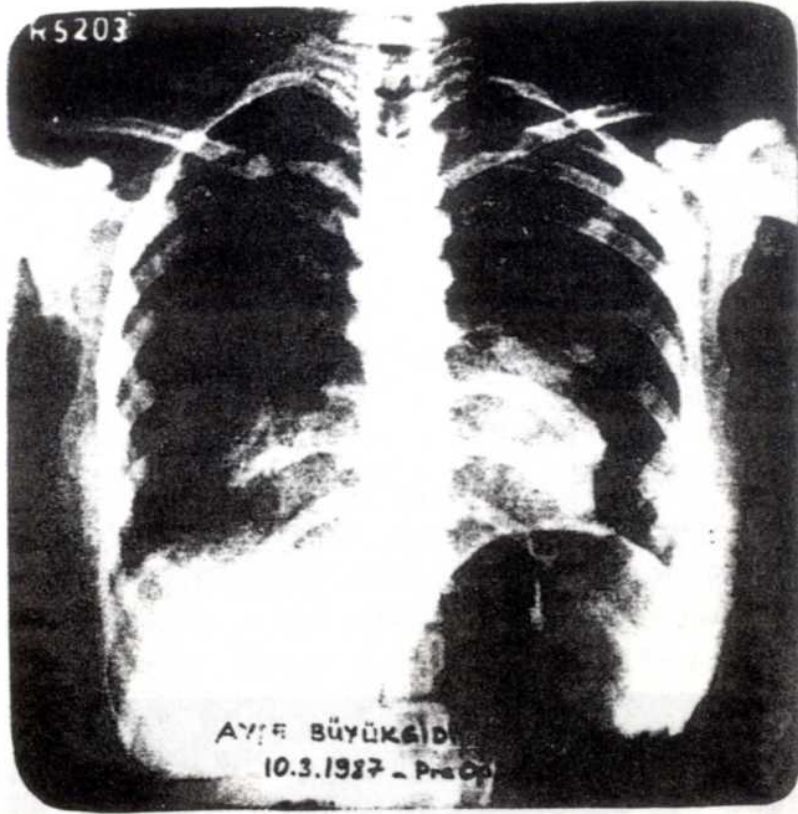
Efor ve pozisyona bağlı olarak ortaya çıkan çarpıntı şikayeti 5 aydan beri mevcut. Artarak gelişmiş. Çarpıntı daha çok hasta sağ ve sol tarafına yattığı zaman olup, sırt üstü yattığı zaman geçiyormuş. Bu şikayetlerle hastanemiz kardioloji polikliniğine müracaat eden hasta, yapılan muayene ve tetkikler sonucunda, perikardial seröz veya hidetik kist ön teşhisiyle cerrahi için servisimize gönderildi.

Fizik muayene; T.A. 120/85 mmHg, Nabız: 85/dak. Bütün sistemlerin muayene bulguları normal.

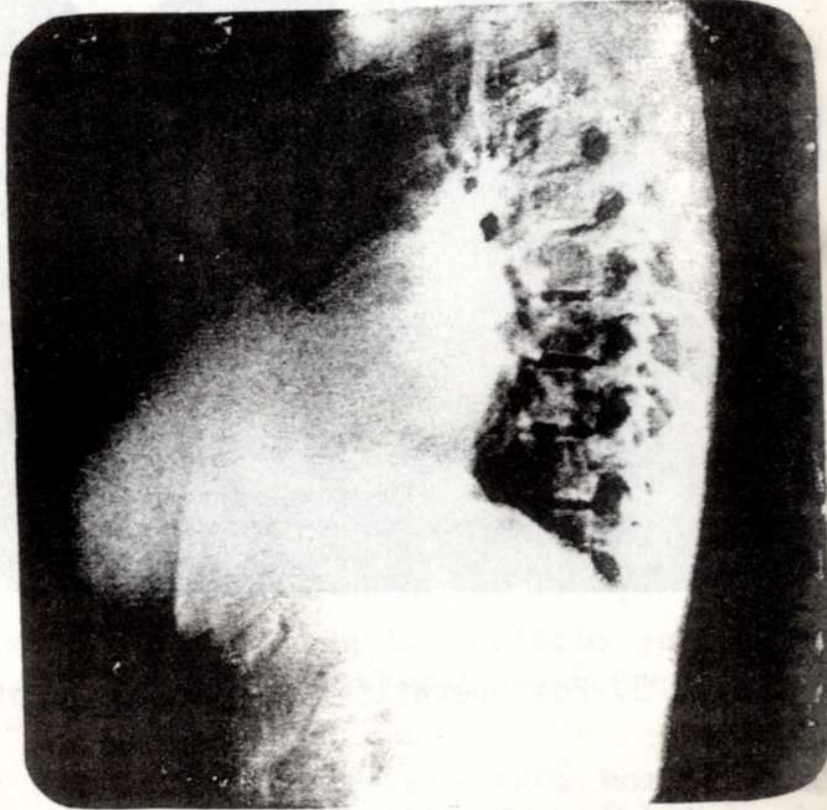
Laboratuvar bulguları; Sedim: 50 mm/saat. Diğer rutin kan ve idrar tetkikleri normal. Ekokardiografide; perikardta yer yer kalınlaşmalar ve içi sıvı dolu multipl kistik oluşumlar dikkati çekmekte, telekardiografide, sağ ve solda normal kalp kenar düzenini bozan dışa doğru bombelik yapmış multipl pnömonik tarzda gölge koyuluğu veren oluşumlar mevcut. Lateral grafide bu kitle görünümüleri kalp görüntüsü ile süperpoze ve ön-alt mediastende lokalize vaziyette görülmektedir (Resim: 1, 2).

Klinik Gidiş ve Sonuç

Hasta 31.3.1987 tarihinde multipl perikardial seröz veya hidatik kist teşhisi ile ameliyata alındı. Genel anesteziden sonra lezyonun bilateral ön-alt mediastende lokalize olmasından dolayı ancak bu tür durumlarda, nadiren kullanılan bilateral anterior transvers bir torakotomi (Monad kesisi) ile girişildi. Bilateral altıncı interkostal aralıklardan, önde ortada sternum da transvers olarak



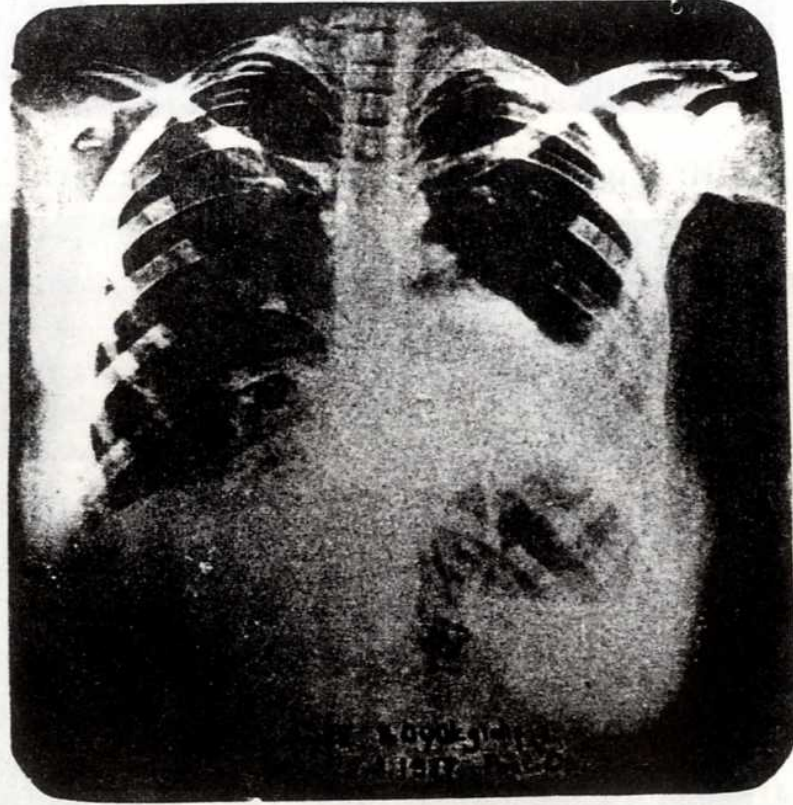
RESİM: 1. Preoperatif P.A. akciğer grafisi



RESİM: 2. Preoperatif sol yan akciğer grafisi

kesildiği için iyi bir görüş alanı sağladı. Gözlemde; her iki kardio-frenik sinüsleri dolduracak şekilde yerleşmiş, kalın perikistik doku ile çevrilmiş, büyükleri 5 cm çapa ulaşmış değişik çaplı multipl hidatik kist tespit edildi. Etraf dokular konularak kist sıvıları ponksiyonla aspire edilip germinatif membranlar, kalın perikistik dokular da rezeke edilerek çıkarıldı. Perikard ön ve arka yanlarda yer yer epikarda yapışıklıklar gösteriyordu. Bu durumu ile konstriktif bir perikardit oluşturamayacağına kanaat getirildiği için perikardiektomi yapılmadı. Kanama kontrolünü takiben sağ ve sol plevral sinüslere birer adet su-altı direni konularak tabakalar anatomik planda kapatıldı.

Postoperatif devrede herhangi bir komplikasyon olmadı. Hasta postoperatif sekizinci gün dikişleri alınarak şifa ile taburcu edildi (Resim: 3).



RESİM: 3. Postoperatif P.A. akciğer grafisi

TARTIŞMA

Ara konakçı olarak insan vücuduna girmiş olan parazit (*Teania echinococcus*) larvaları her organda yerleşebilir. Sıklıkla yerleştiği organlar karaciğer ve akciğerlerdir (2, 5, 6, 10, 11). Bu iki organ dışındaki organlarda yerleşme yüzdesi % 10 olarak bildirilmektedir (8).

Toraks yerleşimli hidatik kistler içinde akciğer harici (mediastinum, plevra, diafragma, göğüs duvarı, kalp, perikard) lokalizasyon % 2-5'dir (11).

Hidatik kist hastalığı benign bir hastalıktır. Bilhassa akciğer parankimine yerleşmiş olanları büyük çaplara ulaştıkları zaman bile belirgin semptom vermeyebilirler. Fakat kafa içi, medüller kanal, göz, kalp gibi nadir lokalizasyonlarında henüz küçük çapta iken ağır semptomlar verebilirler.

Myokardial yerleşimli kistler, sağ kalp boşluklarından birine açılarak pulmoner embolilere sebep olabilirler. Hatta germinatif membranın büyük olduğu durumlarda akut olarak kalp kapaklarından birini total tıkayıp ani ölüme sebep olabilirler (1, 9).

Myokardial kistlerin perikard kavitesine açılarak multipl perikardial kistlerin oluşumuna yol açabileceği literatürde ifade edilmiştir (3, 4). Takdim ettiğimiz vaka da retrograt olarak değerlendirmede böyle bir oluşumun olduğu, yani başlangıçta primer, soliter myokardial hidatik kistin perikardial kaviteye açılarak multipl perikardial hidatidoz'u meydana getirdiği kuvvetle muhtemeldir.

Perikardial ve myokardial lokalizasyonlu hidatik kistler, kitlelerinin pozisyonuna bağlı olarak oluşturdıkları baskıdan dolayı ritm bozukluklarına neden olabilirler (11). Bizim vakamızda da hafif efor ve pozisyona bağlı çarpıntı şikayetini biz, kistlerin kalp üzerine olan baskılarına bağladık.

Kistin toraksta klasik yerleşim yeri olan akciğerlerin dışında bir lokalizasyonda yerleşmesi, teşhiste oldukça güçlükler çıkartır.

Bu hastalıkta periferik kanda eozinofilinin bulunması bazı yazarlarca ifade edilmiştir. Fakat bu durum diğer

parazitik hastalıklarda da söz konusudur. Hele barsak parazitozunun yaygın olduğu memleketimizde bu bulguya pek güvenilmemelidir. Dış kaynaklı bir çalışmada 19 vakalık bir seride sadece 4 vakada eozinofili tespit edilmiştir(7).

Bazı çalışmalarda (5,6,7,10,11) Casoni intradermal testi ve Weinberg Kompleman fiksasyon testinin teşhisteki değeri üzerinde sitayişle durulmuştur. Fakat bazı araştırmacılar bu testlerin % 50 oranında bir diagnostik değere sahip olduğunu ifade etmektedirler (8). Biz de bu görüşe katılmaktayız.

Radyolojik incelemeler atipik lokalizasyonlu torakal kist hidatiklerde sadece patolojik bir durumun varlığını göstermekte, fakat natür hakkında pek fazla yardımcı olmamaktadır.

Ultrasonografik incelemeler solid veya içi sıvı dolu kitlelerin teşhisinde oldukça iyi neticeler vermektedir. Biz vakamızda radyolojik olarak, basit telekardiografide tespit ettiğimiz perikardial patolojik görünümün içi sıvı dolu kistlere ait olduğunu ultrasonografi ile belirledik.

Mediastinal ve perikardial lokalizasyonlu kitlelerin ayırıcı teşhisinde kullanılan bir tetkik aracı da kom-püterize tomografidir. Henüz yaygınlaşmadığı ve pahalı olduğu için böyle durumlarda rutin yapılmamaktadır.

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı gibi toraksı ilgilendiren fakat akciğer dışı yerleşim gösteren hidatik kistlerin teşhisi çoğu kere klinik muayene ve laboratuvar incelemeleri ile mümkün olmamaktadır. Böyle durumlarda seçilecek yol cerrahi eksplorasyondur.

Hidatik kist hastalığında tedavinin cerrahi olduğunda konunun ilgilileri hemfikirdirler. Kistin lokalizasyonuna en iyi yaklaşım sağlayacak bir kesi ile girişilerek etraf dokular korunmalı ve radikal tedavi olan kistektomi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. ARTUCIO U. H., ROGLIA J. L., Di BELLO R., DUBRA J., GORLERO A., POLERO J.: Hydatid cyst of the interventricular septum of the heart with rupture into the right ventricle. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 44, 110, 1962.
2. BUMİN O.: Sindirim Sistemi Cerrahisi I, 6.basım, İlk-San Matbaası Ltd. Şti. Ankara, 1977.
3. DEVE F.: L'echinococcose Secondaire. Masson éd., Paris, 1946.
5. GAZİOĞLU K.: Akciğer Hastalıkları, Cilt: I, Tek Ofset Matbaası, İstanbul, 1978.
6. GAZİOĞLU K.: Akciğer Parazitleri, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitabı, Göğüs Hast., Sermet Matbaası, İstanbul, 1975.
7. NOVICK R., Jn TCHERVENKOV C. I., WILSON J. A. et al.: Surgery for thoracic Hydatid Disease, A North American Experience, Ann. Thorac. Surg., 43: 681, June-1987.
8. ÖKTEN İ., PAÇ M., ÖZKARA C.: Akciğer Hidatik Kistleri, Türkiye Klinikleri, Cilt: IV, Sayı: 3, 245-248, Eylül-1984.
9. SOLAK H., ÖZGEN G., YÜKSEK T. and coll.: Left atrial hydatid cyst in the presence of bilateral multiple pulmonary hydatid disease. La chirurgia toracica, Vol. XL. N. 6., Novembre-Dicembre 1987.

10. VIDİNEL İ.: Akciğerin Parazit Hastalıkları, Akciğer Hastalıkları, 1, 115, İzmir, 1966.
11. YALAV E., ÖKTEN İ.: Akciğer kist hidatiklerinin cerrahi tedavi yöntemleri, A. Üniv. Tıp Fakültesi Yayınları, No: 339, 1980.