



IJBCM

International Journal of Basic and Clinical Medicine
Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi

Case Report / Olgu Sunumu

Akciğer Ve Sağ Kalp Tutulumu Olan Bir Kist Hidatik Olgusu

A hydatid cyst case with pulmonary and right-sided cardiac involvement

Aydın Akyüz¹, Mehmet Uğur Es², Şeref Alpsoy¹, Dursun Cayan Akkoyun¹

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, Tekirdağ, Türkiye

²Özel Rentıp Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa, Türkiye

Özet

Echinococcus granulosus ile oluşan kist hidatik hastalığı endemiktir ve halen ciddi bir hastalıktır. Kardiyak ekinokokoz is çok nadir görülür. Bu yazıda kuru öksürük, egzersize bağlı nefes darlığı ve halsizlik şikâyeti ile birlikte gelen ve hem kalp hem de akciğer tutulumu olan bir olgumuzu bildirmeyi amaçladık.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, akciğer tutulumu, sağ kalp tutulumu.

Abstract

Hydatid disease caused by *Echinococcus granulosus* is an endemic and still an important disease. We purposed to report a hydatid cyst case with right –sided cardiac and pulmonary involvement and who have complaints with hacking cough, exercise- induced dyspnea, and weakness.

Key words: Hydatid cyste, pulmonary involvement, right-sided cardiac involvement.

Giriş

Kist hidatik hastalığı endemik bir hastalıktır, *Echinococcus granulosus* paraziti ile oluşur. koyun besleyen toplumlarda daha fazla görülür ve insanlar arakonakçısıdır¹. Hastalık uzun bir süre sessiz seyreder, ancak organ tutulumu sıklıkla karaciğer (%65) ve akciğerdedir² (%25). Akciğer tutulumu genellikle sağdadır, fakat iki taraflı tutulum daha azdır³. Kardiyak hidatik kist ise çok nadir görülür ve yaklaşık tüm hidatik kist olgularının % 0,5 - 2'sini oluşturur⁴.

Kalpte en sık, vasküler yatağı daha zengin olduğundan, sol ventrikül duvarında oturduğu görülse de, sağ ventrikül ve kalbin başka

yerlerinde de görülebilir⁵. Koroner arter bası semptomları oluşturabilirler⁶. Sağ boşluklara açılıp pulmoner emboliye neden olan vakalar seyrek ve fakat çoğunlukla fatal seyreder⁷.

Olgu sunumu

21 yaşında bayan hasta, son 1 yıldır devam eden kuru öksürük ve egzersiz dispnesi ve halsizlik nedeniyle kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayene ve elektrokardiyografide özellik olmayan hastaya yapılan transtorasik ve transözafagial ekokardiyografide; sağ ventrikül içerisinde triküspid kapağın hemen altında bulunan, septalı kist hidatik ile uyumlu myokarda septal leaflet

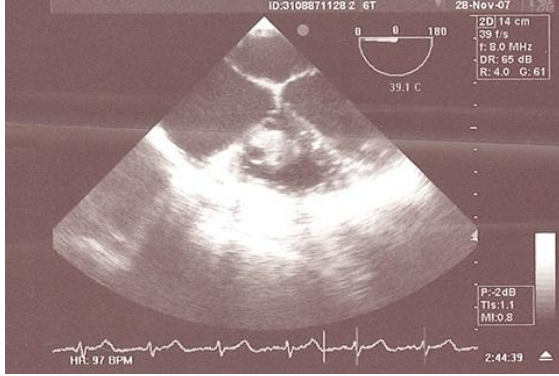
Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Aydın Akyüz
Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ
Tel: 05424116550
E- mail: ayakyuzq5@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

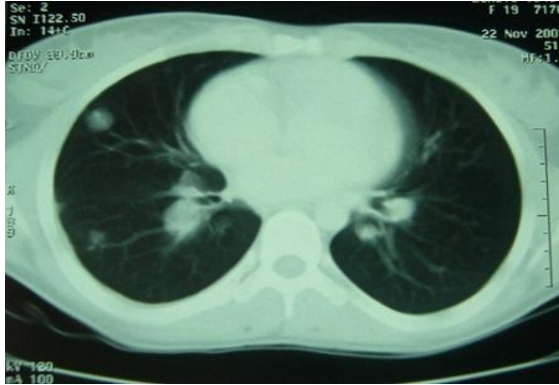
Date Received / Geliş Tarihi: 25.03.2013
Date Accepted / Kabul Tarihi:04.04.2013

altından tutunmuş 31x24 mm' lik bir kitle saptandı.(Şekil 1)



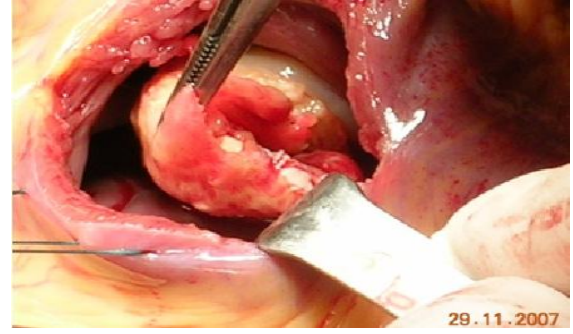
Şekil 1. Transözofageal ekokardiyografide sağ ventrikül içinde triküspid kapağa yapışık içinde septal yapıları olan kitle izlenmektedir.

Tahmini pulmoner arter basıncı (PAB) maximal 48 mmHg idi. Casoni cilt testi pozitif idi ve periferik yaymada %10 eozinofil saptandı. P-A akciğer grafide ve akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde akciğer parankiminde yaklaşık sayısı 6 adet 7- 8 mm çaplarında yuvarlak kitleler görüldü.(Şekil 2) Kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi 1/160'ta pozitifti.



Şekil 2. Toraks BT'de akciğer parankiminde kistik kitleler görülmektedir.

Ayrıca beyin ve tüm batin BT herhangi bir organ tutulumu görülemedi. Ameliyat kardiyopulmoner bypass yardımı ile hipotermik kristaloid kardiyopleji ve topikal soğutma uygulanarak yapıldı. Sağ ventrikül içine kitle üzerine vertikal bir kesi yapıldı. Triküspid septal yaprakçığa yapışık 31x 24 mm' lik bir kitle tamamen çıkarıldı.(Şekil 3)



Şekil 3. Peroperatif sağ ventrikül içine yapılan keside kitle görünmektedir.

Sağ ventrikül içi tamamen temizledikten sonra kapak fonksiyonları kontrol edilerek sağ ventrikül kapatıldı. Hasta komplikasyonsuz bir ameliyat sonu dönemini izleyen sekizinci gün hastaneden çıkarıldı. Kitleden yapılan patolojik inceleme sonrası germinatif aselüler lameller tabaka ile karakterli membranı olan kist hidatik kitlesi olduğu doğrulandı.(Şekil 4)



Şekil 4. Patolojik olarak kitlenin makroskopik görünümü.

Postoperatif 7. gün ve 45. gün kontrol ekokardiyografi incelemesinde nüks görülmedi. Akciğer parankiminde görülen kitleler için göğüs hastalıkları kliniği önerisi ile albendazol 400mg/gün 12 ay süre ile tedavi verildi. 2 yıl takip sonrası akciğer kitleleri kayboldu. Hasta 3 yıl sonra asemptomatik olup, 1- 2+ triküspid yetersizliği vardı ve tahmini PAB 38 mmHg idi.

Tartışma

Enfeksiyon, köpeklerle yakın temas ve kontamine olmuş su ile yıkanmış yiyeceklerin alın-

ması sonucunda bulaşır. Gastrointestinal sisteme ulaşan organizmalar portal ven yoluyla karaciğere, oradan sağ kalbe, pulmoner arter vasıtasıyla akciğere ve sonra sistemik dolaşım yoluyla dalak, kaslar, santral sinir sistemi ve göze yerleşebilir¹. Kardiyak kist hidatik, oldukça nadir görülen bir hastalıktır. İnsanlarda tüm kist hidatik vakalarının %0. 5-2'sini oluşturur⁵. Genellikle sol ventrikül ve sağ ventrikülden özellikle de interventriküler sep-tumda yerleşim gösterir Sağ boşluklara açılıp pulmoner emboliye neden olması çok seyrek ve çoğunlukla da fatal seyredir⁷⁻⁹. Bizim olgumuz, kronik tekrarlayan emboliler nedeniyle pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp basınç yüklenmesi olmuş ilginç bir kist hidatik vakasıydı. Kardiyak kist hastalığı nefes darlığı, çarpıntı ve atipik göğüs ağrısı semptomları ile birlikte olabilir veya asemptomatik seyredebilir, fakat kliniği belirleyen kistin yaşı, büyüklüğü, kalsifikasyon derecesi ve kistin lokalizasyonudur¹⁰.

Metastatik pulmoner embolizm P-A akciğer grafi ve toraks BT de kolaylıkla görülebilir. Kardiyak tutulum ekokardiyografi, BT ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile doğrulanabilir.

Pulmoner embolizm, visseral bir hidatik kistin (çoğunlukla karaciğer) venöz dolaşıma açılması veya bir kardiyak hidatik kistin rüptürü ile oluşabilen nadir bir durumdur. Masif pulmoner emboli olur ise, akut sağ kalp yetersizliği ve anafilaksi nedeniyle çoğunlukla fatal seyredir. Tekrarlayan emboliler kronik pulmoner hipertansiyon hastalığına sebep olabilir. Kardiyak kist hidatik, tanı aşamasında hemen akla gelmeyebilir. Ayırıcı tanısı özellikle miksoma ile yapılmalıdır. Oskültasyonda, üfürüm veya ek sesler işitilebilir. Kardiyak kist hidatiğe özgü elektrokardiyografik değişiklik yoktur. Nonspesifik ST -T dalgası değişikliği

olabilir. Septumda yerleşenlerde ileti değişiklikleri görülebilmektedir. Göğüs filminde, kalp konturunu bozan kist kitlesi veya akciğer parankiminde metastatik kist kitleleri görülebilir. Ekokardiyografik incelemeyle kistin özellikleri belirlenebilir. Serolojik incelemeler kitlenin hidatik kist olduğunu onaylayan tetkiklerdir. Ayrıca, kardiyak MR görüntüleme kitle ayırıcı tanısında oldukça iyidir. Tedavi cerrahidir. Miyokarda ve kalbin odacıklarının içine yerleşenlerde, ameliyat kardiyopulmoner bypass altında yapılmaktadır. Epikardial kistler doğrudan çıkarılabilir. Genellikle rekürrens görülmez. Masif pulmoner arter embolileri fatal olduğu için acil cerrahi gerektirebilir. Akciğer küçük metastatik embolileri bizim vakamızdaki gibi anafilaksi reaksiyonu yapmaz ise fatal olmayabilir. Bu durumda akciğer parankim tutulum olan küçük kistler 6 ay ile 2 yıl arası albendazol tedavisi ile tedavi edilir.

Sonuç olarak, atipik göğüs ağrısı, egzersiz dispnesi ve kuru öksürük gibi şikâyetler ile gelen ve özgeçmişinde koyun yetiştiren bir bölgede yaşadığını belirten hastalarda kardiyak kist hidatik hastalığı ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Dökmetaş İ. Kist hidatik hastalığı. In: Wilke-Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, eds. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008; p. 1134-40.
2. Pawlowski ZS. Tapeworms (Cestodes). In: Schlossberg D, ed. Clinical Infectious Disease, 1st edn. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 1359-63.
3. Doğan R, Yüksel M, Çetin G, et al. Surgical treatment of the hydatid cyst of the lung: report on 1055 patients. Thorax 1989;44(3):192-9.
4. Ameli M, Mobarhan HA, Nouraii SS (1989) Surgical treatment of hydatid cysts of the heart: report of six cases. J Thorac Cardiovasc Surg 1989;98(5): 892-901.
5. Dighiero J, Canabal EJ, Aguirre CV, et al: Echinococcus disease of the heart. Circulation 1958;17(1):127-32.
6. Karadede A, Alyan O, Sucu M, Karahan Z. Coronary narrowing secondary to compression by pericardial hydatid cyst. Int J Cardiol. 2008;123(2):204-7.
7. Lahdhili H, Hachicha S, Ziadi M, Thameur H. Acute pulmonary embolism due to the rupture of a right ventricle hydatid cyst. Eur J Cardiothorac Surg. 2002;22(3):462-4.

8. Muthu SK, Thiagarajan A, Govindarajan S, et al. Hydatid cyst of the cardiac interventricular septum: report of two cases. *Br J Radiol.* 2007;80(959):e278-82.
9. De Castro S, Santilli M, Brandimarte C, et al. Role of noninvasive diagnosis in cardiac echinococcosis: Pulmonary embolization from right atrial localisation. *Cardiologia* 1991; 36(10):817-21.
10. Özer N, Aytemir K, Kuru G, 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.