

İnterventriküler Septumda Lokalize Dev Hidatik Kist ve Başarılı Cerrahî Tedavisi

SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF A GIANT HYDATID CYST
LOCALIZED IN INTERVENTRICULAR SEPTUM

Yard.Doç.Dr.Ünal AÇIKEL*, Uz.Dr.Ahmet ÜNALIR**, Dr.Egemen TÜZÜN*,
Yard.Doç.Dr.Bilal Yıldırım SEYİTHANOĞLU***, Doç.Dr.Öztekin OTO*

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi ABD, İZMİR

** izmir SSK Buca Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İZMİR

*** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD, İZMİR

ÖZET

40 yaşında erkek hasta öksürük, hemoptizi ve dispne şikayetleri ile kliniğe başvurdu. Çekilen PA Akciğer grafisinde sol ventrikül hipertroflisi ve sağ akciğer alt lobda yuvarlak homojen kistik dansite artışı görülmesi üzerine hasta Kompüterize Tomografi (CT), Renkli Doppler Ekokardiyografi (CDE) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme teknikleri ile değerlendirildi. İnterventriküler septumda lokalize, sol ventriküle doğru büyümüş, 10x10 cm ebatlarında dev bir hidatik kist tespit edildi. Ayrıca sağ akciğer alt lobda plevraya açılmış küçük bir hidatik kist daha görüldü. Hasta acil açık kalp ameliyatına alındı. İnterventriküler septumu iki yaprak şeklinde ayıran dev kistik kitlenin içerisinde değişik büyüklükte yüzlerce vezikül boşaltıldı. Hasta postoperatif dönemde desteğe ihtiyaç göstermedi ve komplikasyonsuz taburcu oldu.

Anahtar Kelime: Kardiyak kist hidatik

T Klin Kardiyoloji 1993, 6:86-89

Kardiyak tutulum, tüm kist hidatik vakalarının sadece yüzde ikisinde görülür (1,3,4,5). En sık tutulduğu bölge sol ventrikül olmakla birlikte, kalbin diğer odacıkları, interatriyal ve interventriküler septumun da tutulduğu bildirilmektedir (3). Bu yazıda interventriküler septumda yerleşmiş ve noninvaziv metodlarla teşhis edilmiş dev intrakardiyak hidatik kist ve başarılı cerrahi tedavisi anlatılmıştır.

OLGU

Kırk yaşında erkek hasta iki aydır sürmekte olan öksürük, nefes darlığı ve hemoptizi şikayetleri ile polikli-

Geliş Tarihi: 16.4.1992

Kabul Tarihi: 18.7.1992

Yazışma Adresi: Yard.Doç.Dr.Ünal AÇIKEL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi ABD
inciraltı, İZMİR

SUMMARY

A 40 years old male was investigated for his cough, dyspnea and hemoptysis. Having seen ventricular hypertrophy and a round homogenous cystic mass at left lower lung at chest X-Ray, Computerized Tomography (CT), Color Doppler Echocardiography (CDE) and Magnetic Resonance Images (MRI) were obtained consequently. A large loculated (10x10 cm) hydatid cyst taking place in interventricular septum towards left ventricle and a small perforated hydatid cyst at the basis of right lung were revealed. Thousands of vesicles were taken out from the giant cystic mass which was separated the interventricular septum into the two planes. The patient had an uncomplicated postoperatif period without any inotropic support.

Key Word: Hydatid cyst of the heart

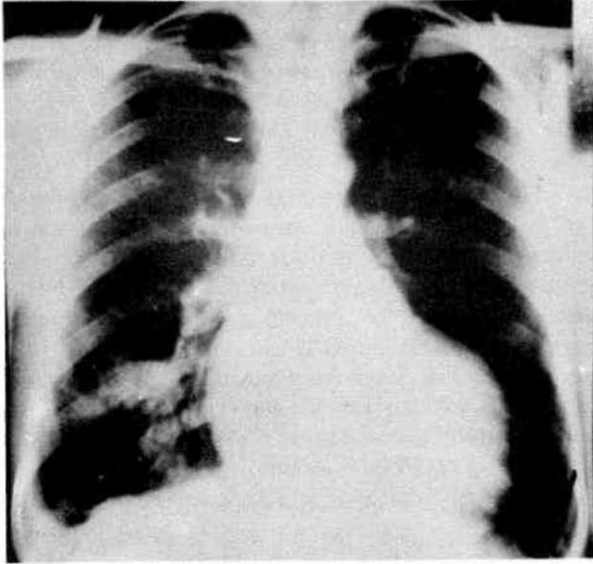
Turk J Cardiol 1993, 6:86-89

niğe başvurdu. Fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 72/dk idi. Oskültasyonda kardiyak üfürüm yoktu, sağ akciğer bazalinde solunum sesleri duyulmuyordu. Elektrokardiyografi incelemede inkomplet sağ dal bloğu mevcuttu, iskemi ve hipertrofi bulgusu yoktu. Teleradyografide kardiyotorasik indeks kalp lehine büyümüştü, sol ventrikülde apekse doğru bir balonlaşma mevcuttu, ayrıca sağ akciğer alt lobda irregüler gölge artımı ve sağ sinüste küntleşme görülmüyordu (Şekil 1).

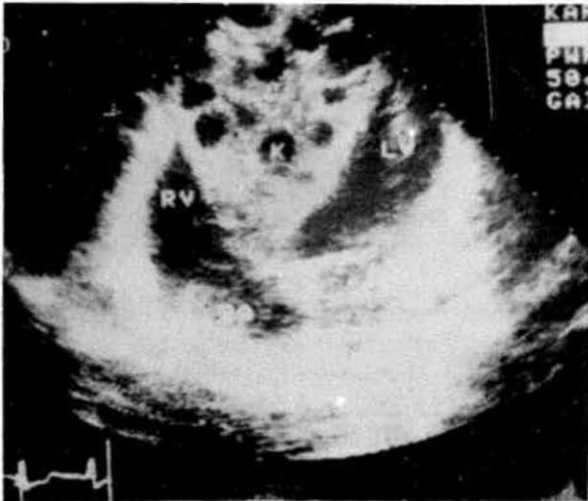
Daha sonra yapılan renkli dopler ekokardiyografi tetkikinde (CDE) interventriküler septumu kama şeklinde ikiye ayırmış ve apekse doğru büyümüş görülen 10x10 cm ebadında lobüle kistik bir yapı tespit edildi (Şekil 2). Ayrıca bu kistik yapının ön mitral valvin hareketlerini sarsaklaştırdığı ancak yetmezliğe yol açmadığı tespit edildi. Sağ akciğer alt lobundaki irregüler dansite artımının daha iyi incelenmesi ayrıca intrakardiyak

kitlenin natürünün ve lokalizasyonunun daha iyi değerlendirilebilmesi için kompüterize tomografi (CT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tetkikleri de yapıldı. CT ve MRI sonucunda intrakardiyak lobüle kitlenin interventriküler septumda yerleştiği ve sol ventriküle doğru büyüdüğü ayrıca sağ akciğer bazalinde patlamış ve plevraya açılmış kistik bir yapının mevcudiyeti transvers ve sagittal kesitlerde belirlendi (Şekil 3, 4).

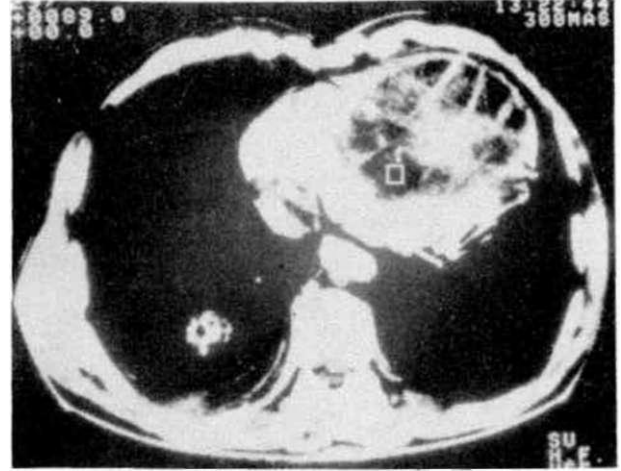
Hasta standart teknik ile acil açık kalp ameliyatına alındı. Perikardı disseke edildiğinde 10x12 cm'lik bir kitlenin sol ön inen koroner arter dalının sağında yer aldığı



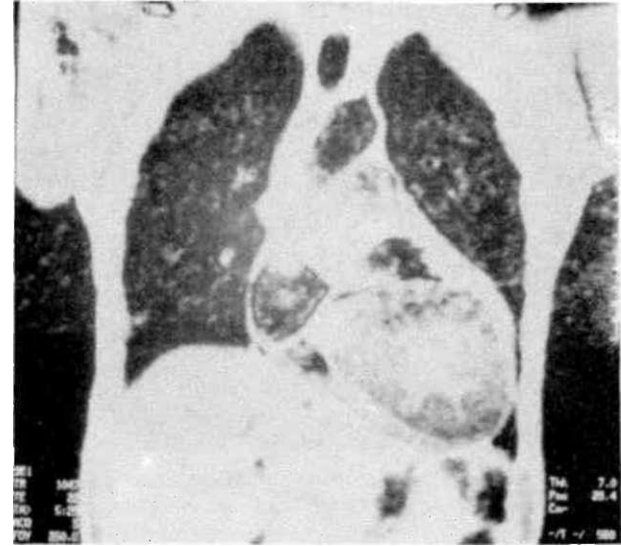
Şekil 1. Hastanın preoperatif çekilen PA akciğer grafisi. Sol ventriküldeki balonlaşma ve sağ akciğer bazalindeki irregüler kitle net olarak görülmektedir.



Şekil 2. Hastanın preoperatif yapılan renkli dopler ekokardiyografik inceleme sonucunda tespit edilmiş olan kistik yapı net olarak izlenmektedir. Şekilde görüldüğü gibi septum iki yaprak halinde ikiye ayrılmıştır.

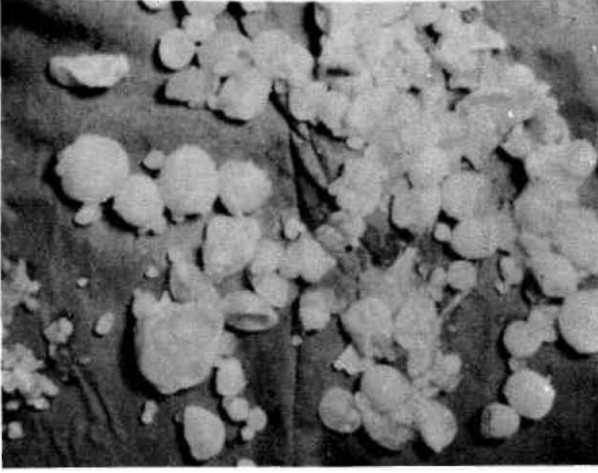


Şekil 3. Hastanın CT tetkikinde kistin görünüşü.



Şekil 4. Hastanın manyetik rezonans görüntüleme metoduyla yapılan incelemesinde tespit edilen dev kistik yapı. Yine septumun iki yaprak halinde ikiye ayrıldığı net olarak izlenmektedir.

ve apekse doğru büyüme gösterdiği görüldü. Kitle patlamak üzere olduğu apeks bölgesinden açıldı ve sürekli %3'lük şalin solüsyon yıkaması altında değişik büyüklükteki kistik veziküller boşaltıldı (Şekil 5). Kistin enükleasyonundan sonra, interventriküler septumun iki yaprak halinde ayrıldığı ve çok büyük bir boşluk oluşturduğu görüldü (Şekil 6). Septumun iki yaprağı teflon desteklerle ve anevrizma dikiş tekniği ile birbirine yaklaştırıldı. İçindeki boşluk paradoksal hareketi engellemek ve septum stabilizasyonunu sağlamak için 10 ml fibrin yapıştırıcısı ile birbirine yapıştırıldı. Hasta postoperatif dönemde pozitif inotropik ajanlara gerek olmaksızın komplikasyonsuz bir seyir gösterdi ve iki hafta sonra eksterne edildi. Sağ akciğer bazalindeki patlamış fliti atik kist ise iki ay sonra ameliyat edildi. Hasta halen sağlıklı olarak kontrollere gelmektedir.



Şekil 5. Ameliyat sırasında çıkarılan değişik büyüklükteki kistik veziküller.



Şekil 6. Kist çıkarıldıktan sonra interventriküler septumda oluşmuş olan dev kist kavitesi net olarak izlenmektedir.

TARTIŞMA

Kardiyak kist hidatik nadir fakat hayatı tehdit eden bir hastalıktır. İlk olarak Thebessius ve Phantom tarafından 17. ve 18. yüzyıllarda bildirilmiştir. Klinik semptomları ise 1836'da Williams tarafından tanımlanmıştır. Röntgen tekniğinin gelişmesinden sonra bazı vakalar kapalı teknikle ameliyat edilmişse mortalitesi yüksek olmuştur. Kardiyopulmoner bypass tekniği kullanılarak ilk başarılı ameliyat 1962 yılında Artucio tarafından yapılmıştır (1).

Tenya Ekinokokus insanlarda en sık karaciğer ve akciğerlere yerleşen bir parazittir. Sindirim sistemi yoluyla alınan parazit venöz dönüş ile kalbe ulaşır. Burada ya direkt olarak miyokarda implante olur, ya da santiar veya pulmoner dolaşım yolu ile koroner arterlere geçerek miyokarda pénétre olur (1). Miyokard dokusunda 1-5 yıl içerisinde aktüel kist haline geçer. En sık yerleşim yeri (%60) sol ventriküldür; daha sonra sırasıyla atriyoventriküler sulcus, interventriküler septum, sol atrium, sağ atrium ve interatrial septum gelir (1,3).

Bizim vakamızda hidatik kist interventriküler septuma yerleşmişti ve apekse doğru büyüme göstermişti. Geç dönemde intrakardiyak hidatik kistin büyümesine bağlı olarak miyokard hasarı, koroner arter basıncı nedeni ile miyokard iskemisi, ileti mekanizmasında bozukluklar ve kardiyak odaçıklara perforasyonlar gibi komplikasyonlar görülebilir (1). Bizim hastamızda interventriküler septum kist nedeniyle iki yaprak halinde ayrılmıştı ve septum kontraksiyonu yoktu, intrakardiyak kist hidatik vakalarında tanı koydurucu tek bir klinik bulgu yoktur. Asemptomatik vakalardan anafaktik şoka kadar uzanan geniş bir bulgu yelpazesi mevcuttur. Bazen ise ilk bulgu tesadüfen çekilen bir teleradyografide kardiyak silüetin büyümesi olabilir (1). Bizim hastamızda teleradyografik bulgu olarak kalbin sol konturunda balonlaşma ve kardiyotorasik indekste artış mevcuttu. Ayrıca sağ akciğer alt lobda irregüler dansite artışı ve sağ sinüste küntleşme olması, diğer tetkiklerle birlikte değerlendirilince olayın pulmoner kist hidatiğe sekonder gelişmiş olabileceğini düşündürmüştü.

Elektrokardiyografi (EKG) intrakardiyak kist hidatik için karakteristik bulgular vermemekle birlikte kistin lokalizasyonu ile değişen bazı bulgular vererek tanıya yardımcı olabilir. Septal yerleşimli kistler ileti bozukluklarına, sağ ve sol ventrikül duvarına yerleşenler hipertrofi ve iskemik değişikliklere neden olabilirler. Nadir de olsa koroner arter kompresyonuna bağlı miyokard enfarktüsü vakaları bildirilmiştir (1). Hastamızın EKG'sinde cerrahi tedavisi sonrasında da sebat eden inkomplet sağ dal bloğu mevcuttu.

Renkli dopler ekokardiyografi (CDE) intrakardiyak hidatik kistlerin tanısı için çok değerli ve noninvaziv bir tekniktir (1,2,4). Hastamızda CDE sonucunda kistin 10x12 cm ebatlarında olduğu, interventriküler septumda yerleştiği, septumun akinetik olduğu, kistin ön mitral kapağın hareketlerini bozduğu fakat yetmezliğe yol açmadığı ve ejeksiyon fraksiyonunun %50 olduğu tespit edildi. Biz yaptığımız literatür araştırmalarında intrakardiyak hidatik kist için yapılmış bir CT çalışmasına rastlamadık. Hastamızda intrakardiyak kitlenin yerleşiminin değerlendirilmesi ve diğer organ tutulumlarının mevcudiyetinin incelenebilmesi amacı ile CT yapıldı. Bu çalışma sonunda intrakardiyak lobüle kistik bir yapı belirlendi. Ayrıca sağ akciğer alt zondaki kitlenin plevraya açılmış bir kist hidatik olma ihtimali üzerinde düşünüldü.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yeni ve çok kullanılmaya başlanmış noninvaziv bir tanı yöntemi olmasına karşın intrakardiyak hidatik kistlerin tanısı amacıyla yapılmış bir çalışmaya literatür taramalarımız sırasında rastlamadık. Hastamızda yapılan MRI çalışmasında sagittal ve transvers kesitlerde kitlenin lokalizasyonu ve natürü açısından değerli görüntüler elde edildi.

Anjiyokaterizasyon intrakardiyak kitleler için eskiden beri kullanılmakta olan bir tetkik yöntemi ise de (1) invaziv bir tetkik olması, istenmeyen perforasyonlara ve

klasik anjiyo komplikasyonlarına potansiyel oluşturabileceği için hastamıza uygulanmamıştır.

Ameliyat sırasında kistin boşaltılması ile oluşan septumdaki kist kavitesinin ameliyat sonrasında septumda paradoksal harekete yol açmasını engellemek amacı ile 10 ml fibrin yapıştırıcısı ile doldurulmuş ve septum stabilizasyonunun gerçekleştirildiği ameliyat sonrası CDE kontrolü ile tespit edilmiştir. Literatür araştırmalarında bu konu ile ilgili bir çalışmaya rastlamadık.

Sonuç olarak intrakardiyak hidatik kistlerin tanısında invaziv tetkikler yerine günümüzde noninvaziv tetkikler olan CDE, CT ve MRI ile yapılacak incelemeler bu hastalığın tanısı için yeterli bilgiyi sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışma ile kistin destrüktif etkisi ile bozulmuş olan interventriküler septum bütünlüğünün fibrin yapıştırıcısı kullanılarak stabilize edilmesinin mümkün olduğu gösterilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ameli M, Mobarhan HA, Nowaii SS. Surgical treatment of hydatid cysts of the heart: report of six cases. J Thorac Cardiovasc Surg 1989; 98:892-901.
2. Alfonso F, Rey M, Balaguer J, Artia V, Rabago G. Hydatid cysts of the right atrium diagnosed by echocardiography. The Am J Cardiol 1987; 60:931-32.
3. Mandke VJ, Sanzgiri PV. Hydatid cyst of the interatrial and interventricular septum of the heart. Chest 1991; 99:1020.
4. Oliver JM, Benito PL, Ferrufino O, Sotillo JF, Nunez L. Cardiac hydatid cyst diagnosed by two dimensional echocardiography. Am Heart J 1982; 104:164-65.
5. Solak H, Yüksek T, Yeniterzi M, Akkoç Ö, Anıl N, Ceran S. Myocardial cystic hydatids causing cardiac tamponade-Report of cases. Vascular Surg 1991; 25/8:661-66.