

## PARAPLEJİYE NEDEN OLAN PRİMER SPİNAL KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

Niyazi Nefi KARA\*, Mehmet ULUÇAY\*

### ÖZET

Omurgada primer kist hidatik hastalığı nadirdir. Genellikle portovertebral şant yoluyla vertebraya ulaşır. Klinik bulgular spinal kök ve/veya omuriliğe bası ile oluşur. Spinal kist hidatikte spesifik yakınma veya bası bulgusu yoktur. Bu nedenle, olgular kolaylıkla atlanarak morbidite ve mortalite ile seyredebilir. Gelişmekte olan ülkelerde sık görülen kist hidatik hastalığı, ayırıcı tanıda gitgide Manyetik Rezonans Görüntülemenin (MRG) sık kullanımı ile daha erken dönemde yakalanabilir.

Bel ağrısı, bacaklarında uyuşma ve kuvvetsizlik yakınmaları ile başvuran 27 yaşındaki erkek hastada MRG tetkikinde T11 düzeyinde spinal korda bası yapan kitle izlendi. Klinik izlemi sırasında ani başlangıçlı parapleji gelişti. Torakal11 düzeyinde kitle ön tanısı ile opere ettiğimiz ve tamamen iyileşen bu spinal kist hidatik olgusunu sunuyoruz.

**Anahtar sözcükler:** Kist hidatik, Parapleji, Manyetik Rezonans Görüntüleme

### ABSTRACT

## PRIMARY SPINAL CYST HYDATID COMPLICATING WITH PARAPLEGIA

Primary cyst hydatid disease in spine is rare. It usually reaches the vertebrae by means of portovertebral shunt. Clinical signs occur by pressure on the spinal root and/or spinal cord. There is no spesific complaints or pressure signs in spinal cyst hydatid. Therefore, it is easy to miss the diagnosis which may cause morbidity and mortality. Widespreadly distributed in developing countries, cyst hydatid disease may be revealed earlier with gradually frequent use of Magnetic Resonance Imaging.

Twenty seven-year-old men applied with complaints as lomber pain, leg parezis, and weakness, had a mass at 11<sup>th</sup> thoracal vertebra level compressing the spinal cord on MRI. During the clinical follow-up, paraplegia was observed with an acute onset. We present this case with spinal cyst hydatid for whom an operation was performed for the mass at Thoracal11 level.

**Key words:** Hydatid cyst, Paraplegia, Magnetic Resonance Imaging

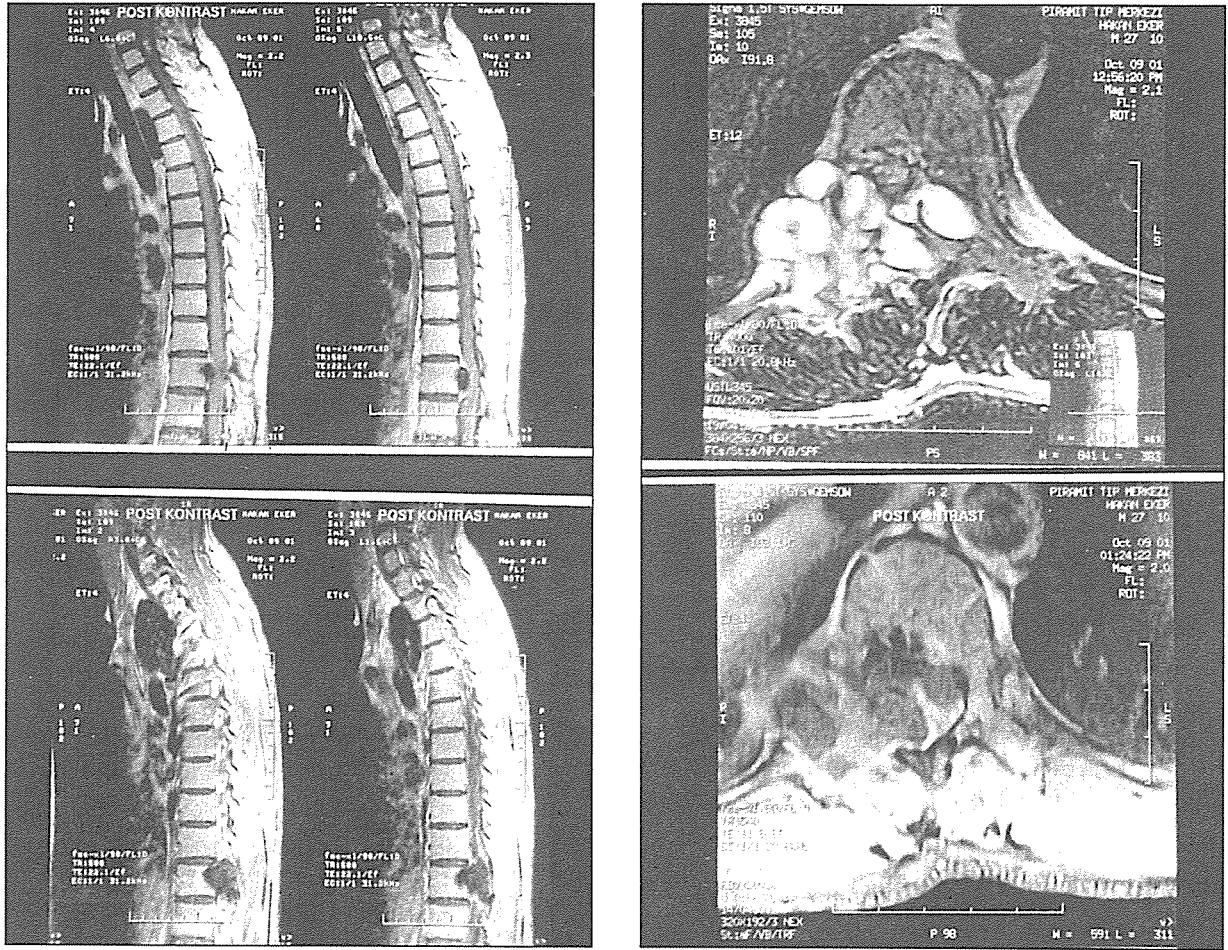
### GİRİŞ

Kist hidatik hastalığı Echinococcus granulosus larvası ile oluşur. Parazit cestod grubu içinde değerlendirilir. Akdeniz, Ortadoğu, Latin Amerika ülkeleri gibi gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde endemik olarak görülmektedir. Ülkemizde de nadir olmayan bir sıklıkta karşımıza çıkmaktadır (2, 7, 10, 13, 14). Spinal kist hidatik hastalığının ilk tarifinin 1807'de Churrier, ilk cerrahi tedavinin de Raydellet tarafından yapıldığı bildirilmiştir (7). Kist hidatik hastalığının kliniği, tanı yöntemleri, operatif

ve nonoperatif tedavisi gözden geçirilmiştir.

Kistin vücuda girmesi kontamine olmuş su ve iyi yıkanmamış sebze ve gıdalarla olur. Kist barsak duvarından emilerek kan yoluyla değişik organlara yerleşir. En sık olarak karaciğerde (% 60-70) ve akciğerde (% 15) görülür. Olguların % 2-3'ünde santral sinir sistemi tutulumu saptanır. Kemik tutulumu nadir olmakla birlikte (% 0.5-2) vertebra tutulumu en sık saptanan kemiktir. Kemik tutulumunun % 44-50'si, tüm kist hidatiklerin % 1'i spinal bölgede görülür (7, 14). Bu yazıda, Torakal 11

\* SSK Bölge Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Aydın



Şekil 1-2. Sagittal ve aksiyel kesitlerde T-11 sağ pedikülü ile birlikte korpüsü erode eden multikistik kitle ve T1'de kist sıvısı düşük intensiteli ve kist duvarı izo-hafif hiperintens, T2'de ise duvarda hiperintensitede azalma, hipointensitede artma görülmektedir.

düzeyinde spinal kanala' invazyon gösteren, bası nedeniyle paraplejiye neden olan bir spinal kist hidatik olgusu ile hastalığın tanı, sağaltım ve sonuçlarını tartıştık.

#### OLGU

27 yaşında erkek hasta 3 aydır bel ağrısı yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Daha önce iki kez hastanede yatarak sağaltım görmüş, yakınmalarında gerileme nedeniyle taburcu edilmişti. Bir ay sonra da bel ağrısı, bacaklarında uyuşma ve kuvvetsizlik yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın sistemik bakı ve tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Nörolojik bakıda paraparezi mevcuttu. Abdominal refleksler pozitif. Sfinkterleri intakttı. Direkt grafileri, abdominopelvik

ultrasonografi, BT görüntülemeleri ve ELİSA ile yapılan serolojik testlerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Torakal MRG'de T11'de sağ pedikülü içerisine alan, epidural aralıktan spinal korda bası oluşturan multikistik kitle izlendi. T1 ağırlıklı görüntülemelerde düşük intensiteli, T2'de yüksek intensiteli kitlenin T11 korpüsünü erode ettiği ve spinal kordu ileri derecede sıkıştırdığı görüldü (Şekil 1-2).

Preoperatif tetkikleri yapıldığı dönemde akut parapleji gelişmesi üzerine acil olarak ameliyata alındı. Posterior yaklaşımla T11 sağ hemilaminektomiyle dekompresyon yapıldı. Kistlerin çok sayıda olduğu ve pedikülü tamamen erode ettiği, pedikül izlendiğinde plevraya geçmediği

görüldü. Pedikül tamamen eksize edildi. Kistler extirpe edilirken korpusa ilerledikleri ve bazı kistlerin ruptüre oldukları izlendi. Kist vesikülleri tamamen çıkarıldı ve korpus kürete edildi. Dura intakttı. Hipertonik salin ile alan yıkandı.

Postoperatif birinci gün destekli olarak yürütüldü. Histopatolojik tanı kist hidatik ile uyumlu olması üzerine aynı gün 10mg/kg/gün albendazol başlandı. Albendazol tedavisi 9 ay sürdürüldü. Bir hafta sonra rehabilitasyona başlandı ve 3 ay sonra nörolojik ve klinik olarak yakınmaları tamamen düzelen hasta işine döndü.

Postoperatif 10. ay yapılan kontrol MRG tetkikinde rekürrens izlenmedi.

#### TARTIŞMA

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde endemik olarak kist hidatik hastalığı görülmektedir. Kist hidatikler primer olarak vertebral kemiğe yerleşir. Kalkenöz kemikte multipl vesiküler infiltrasyon yapıp vertebral cisim, pedikül ve laminada yayılım gösterebilirler. Kemikte mekanik basınç etkisiyle destrüksiyona neden olurlar. Kemiğin direnci nedeniyle irregüler bir yapı gösterirler. Kemikte minimal host reaksiyonuna bağlı kemik duvarları inceler. Kemik korteksini perfore edip çevre yumuşak

dokuda büyümesini sürdürebilir, omuriliğe bası yapabilirler (7, 13). Spinal kist hidatik hastalığında klinik bulgular nonspesifiktir. Vertebral bölgede yerleşen kist hidatik hastalığı geç bulgu verir, paraparezi ve parapleji ile seyredebilir (7, 8, 13). Bu olguda da nonspesifik bel ağrısı ilk yakınmaydı. Paraparezi ve parapleji gibi nörorolojik bulgular daha geç dönemde ortaya çıktı. Olgunun bel ağrısı yakınmasının aralıklı olarak düzelmesinin intraoperatif olarak gördüğümüz boşalan kistlerin bası etkisinin ortadan kalkması ile açıklanabileceğini düşünüyoruz.

Spinal kist hidatik tanısında direkt grafi incelemeleri spesifik değil, BT ve MRG bulguları ise oldukça spesifiktir. En iyi tetkik aracı MRG'dir (2, 7, 16).

Son yıllarda, MRG görüntüleme yöntemlerinin daha

sık kullanılmasıyla spinal kist hidatik olguları daha sık bildirilmeye başlanmıştır (1, 2, 5, 7, 13, 14). MRG'de T1 intensiteli görüntülemelerde kist sıvısı düşük intensiteli, kist duvarı perikistik kollajenden zengin olup, izo-hafif hiperintens görülür. T2 görüntülerde ise duvarda hiperintensitede azalma, hipointensitede ise artma görülür (2, 12, 16). Kist sıvısı antijeni ile yapılan ELISA veya EITB serolojik testlerinin duyarlılığı % 90-100 olarak belirtilmiştir (7). Sunulan olguda ise ELISA testi negatif bulundu.

Braithwaite ve Lees spinal kist hidatik hastalığını yerleşim yerine göre sınıflamışlardır (6). Bu sınıflamaya göre ; 1. İntramedüller hidatik kist, 2. İntradural ekstrapredüller hidatik kist, 3. Ekstrapredural hidatik kist, 4. Vertebral hidatik kist ve 5. Paravertebral hidatik kist olmak üzere beş grup vardır. Olgumuz ise 3. gruba uymaktadır.

Spinal kist hidatik hastalığında primer sağaltım yaklaşımı cerrahi ve kemoterapi kombinasyonudur. Cerrahi şansı olmayan riskli olgularda ise sadece kemoterapi uygulanabilir. Kemoterapi olarak mebendazol (50 mg/kg/gün) veya albendazol (10 mg/kg/gün) veya geç dönemde sıkça görülen rekürrenslere karşı, albendazol ile preziquantel (50 mg/kg/gün) kombinasyonu minimal yan etki ile uzun süreli sağaltımda uygulanabilir (1, 3, 7-9, 11, 13, 15). Kemoterapinin süresi literatürler arasında farklılıklar göstermekle birlikte 3-6 ay olarak rapor edilmiştir. Bununla birlikte 1-9 yıl bildirenler de mevcuttur (3, 4, 8). Sunulan olgunun izlem süresi 14 ay olup rekürrens için erken sayılır ve uzun süreli izlem şarttır. Tüm sağaltım seçeneklerine karşın spinal kist hidatik hastalığında rekürrens sıklığı olguların uzun süreli medikal tedavi ve kontrollerinin yapılmasını gerektirmektedir (1, 4, 7, 13).

Sonuç olarak, spinal kist hidatik hastalığının nonspesifik bel ağrısı yakınması ile başvuran olguların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gerektiğini, tanının teknolojik olanakların artması ile birlikte daha kolay olduğunu ve iyi huylu bir tümör gibi düşünülerek uzun süre izlem gerektiğini vurgulamaya çalıştık.

**KAYNAKLAR**

1. Baykaner MK, Doğulu F, Öztürk G, Edali N, Tali T: A viable residual spinal hydatid cyst cured with albendazole. Case report. *J Neurosurg* 2000; 93 (1 suppl): 142-144.
2. Berk Ç, Çiftçi E, Erdoğan A: MRI in primary intraspinal extradural hydatid disease: case report. *Neuroradiology* 1998; 40(6): 390-392.
3. Bhatoe HS, Bakshi SS, Swamy GL: Trichinoechinococcosis T5. Case report. *J Neurosurg* 2000; 92 (2 Suppl): 25-28.
4. Bhojraj SY, Shetty NR: Primary hydatid disease of the spine: an unusual cause of progressive paraplegia. Case report and review of the literature. *J Neurosurg* 1999; 91 (2 Suppl): 216-218.
5. Boyar MA, Erdem Y, Habip N: Primary intraspinal extradural hydatid disease causing radicular compression. *Turkish Neurosurgery* 1997; 7(1-2).
6. Braithwaite PA, Lees RF: Vertebral hydatid disease. Radiological assesment. *Radiology* 1981; 140: 763-766.
7. Caner H, Kılınçoğlu FB: Spinal kist hidatikler: Spinal Enfeksiyonlar. Editör: Palaoğlu S. *Türk Nöroşirürji Derneği Spinal Cerrahi Grubu Yayınları* 2001; Bölüm 15 ss 127-131.
8. Garcia -Vicuna R, Carvajal I, Ortiz-Garcia A, Lopez-Robledillo JC, Lafton A, Sabando P: Primary solitary echinococcosis in cervical spine. Postsurgical successful outcome after long-term albendazole treatment. *Spine* 2000; 25(4): 520-523.
9. Govender TS, Aslam M, Parbhoo A, Corr P: Hydatid disease of the spine. A long - term followup after surgical treatment. *Clin Orthop* 2000; 378:143-147.
10. Hamdan TA, Al-Kaisy MA: Dumbell hydatid cyst of the spine: Case report and review of the literature. *Spine* 2000; 25(10):1296-1299.
11. Lam KS, Faraj A, Mulholand RC, Finch RG: Medical decompression of vertebral hydatidosis. *Spine* 1997; 22(17): 2050-2055.
12. Marani SAD, Giancarlo CC, Franco AN, Gianpiero PA, Sebastiano GM, Pablo MR: Hydatid disease: MR Imaging Study *Radiology* 1990; 175:701-706.
13. Pamir MN, Akalan N, Özgen T, Erbenli A: Spinal hydatid cysts. *Surg Neurol* 1984; 21(1): 53-57.
14. Paşaoğlu E, Boyacıgil S, Damgacı L, Tokoğlu F, Soyduñ P, Yüksel E: Vertebral hydatid disease. *Australas Radiol* 1997; 41(2):188-189.
15. Singh P, Shankar S, Sharma BS, Nk V, Khandelwal N, Suri S: MRI in sacral echinococcosis. *J Comput Assist Tomogr* 2000; 24(1):176-177.
16. Stabler A, Reiser MF: Imaging of spinal infection. *Radiol Clin North Am* 2001; 39(1): 115-135.

**Yazışma adresi:**

Niyazi Nefi KARA

SSK Bölge Hastanesi

Nöroşirürji Kliniği, Aydın

Tel: 0 256 2145023

e-mail : nefikara09@yahoo.com