

Sağ ventrikül çıkım yolunda yerleşen izole kardiyak kist hidatiğin cerrahi tedavisi

*Surgical treatment of isolated cardiac echinococcosis,
located in the right ventricular outflow tract*

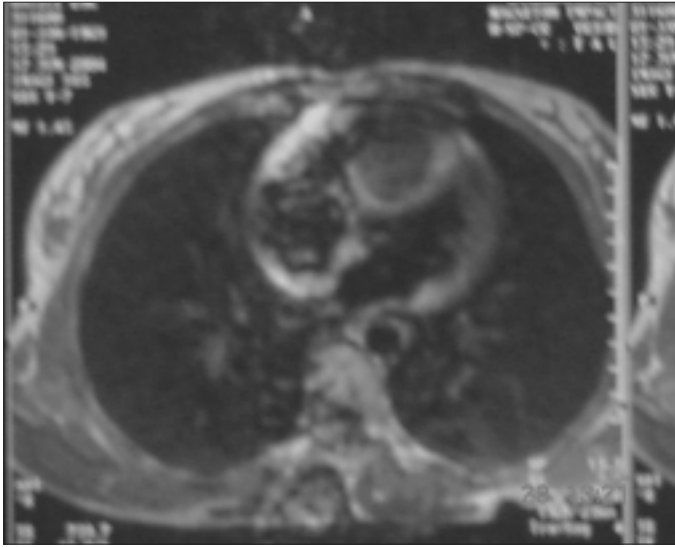
Bülent Meşe, Feragat Uygur, Mustafa B. Erdoğan, Rıza Asil, Birol Yamak*

Sani Konukoğlu Tıp Merkezi, Kalp ve Damar Cerrahisi ve *Anestezi Klinikleri, Gaziantep, Türkiye

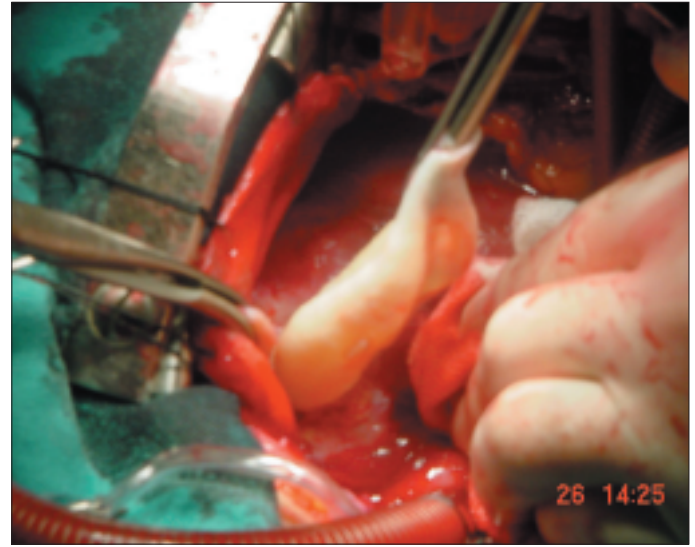
Kardiyak kist hidatik nadir görülür. Fakat yerleşim yerine göre hayatı tehdit edici olabilir (1, 2). Tüm kist hidatik olgularının % 0.5-2'sinde kardiyak kist hidatik görülür. Endemik alanlarda bu oran yükselebilir. Ailede kist hidatik saptananlarda ya da kedi köpek gibi hayvanlarla yakın teması olanlarda görülme sıklığı yüksektir. Serolojik testler % 50'sinde pozitif olmaktadır (3). Konvansiyonel ve spesifik kardiyak incelemeler bu hastalık için patognomonik değildir. Birçok olguda 2 boyutlu ekokardiyografi, transözofajiyal ekokardiyografi (TEE), bilgisayarlı tomografi (BT) ve nükleer manyetik rezonans (NMR) ile kesin tanı konulmaktadır (4, 5). Hastalığın kesin tedavisi cerrahidir (2, 6). Kliniğimizde kardiyak kist hidatik tanısı ile iki hasta opere edildi. Her iki hastada da klasik açık kalp cerrahisi teknikleri kullanıldı. İlk hastamız 35 yaşında bayan hasta idi ve 4 - 5 yıldır olan ve 2 aydır artan göğüs ağrısı yakınması ile hastanemiz kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde ve yapılan fizik muayenesinde patoloji saptanmayan hastanın EKG'sinde tam sağ dal blok mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Yapılan kardiyak NMR incelemesinde sağ ventrikül içerisinde yaklaşık 2.5 x2.5 cm boyutunda iyi sınırlı kistik görünümlü lezyon izlendi. Kardiyak kist hidatik olarak rapor edildi (Şekil 1). Hasta sağ ventrikülde kist hidatik tanısı ile ameliyata alındı. Hastada sağ ventrikül içinde çıkım yolunda dışarı doğru kabarma yapan kitle mevcuttu. Sağ ventrikül çıkım yoluna yapılan longitudinal kesi ile interventriküler septum üzerine yerleşmiş 3.5 cm çapında beyazımsı renkli kiste ulaşıldı. Kist içindeki sıvı aspire edildi. Kist içine hipertonic solüsyon enjekte edildi. Ardından sıvı geri aspire edildi. Kist duvarı açıldı. Germinatif membran dışarı alındı. Kist duvarı kontrol edildi. Interventriküler septum sağlam idi. Kist duvarının fazla kısımları rezeke edildi. Kist duvarı 4/0 prolen ile kendi üzerine katlanarak kapatıldı. Sağ ventrikülotomi kapatıldı. Hasta sorunsuz yoğun bakıma alındı. Hastaya 400 mg / gün Albendazole başlandı. Servis dönemi sorunsuz seyreden hasta gerekli önerilerle postoperatif 5. gün taburcu edildi. İkinci hastamız ise 7 yaşında kız hasta olup 3 aydır olan çarpıntı, çabuk yorulma

ve nefes darlığı nedeni ile gittiği doktora yapılan ekokardiyografik incelemede kist hidatik saptanması üzerine hastanemize yatırıldı. Sağ ventrikül çıkım yolunda kist hidatik ile uyumlu görüntü tespit edildi. Torax BT'de sağ ventrikül içinde iyi sınırlı, kapsüllü 3.5x3.5 cm boyutunda içinde septalar bulunan kitle tespit edildi. Serolojik testlerde patoloji saptanmadı. Hasta kardiyak kist hidatik ön tanısı ile ameliyata alındı. Kalbin ön yüzü ve sağ ventrikül çıkım yolu serbestleştirildikten sonra kiste ulaşıldı. Kist açıldığında içinde kazeifikasyon nekrozu gösteren sarı peynirimsi sıvı aspire edildi. Germinatif membran çıkartıldı (Şekil 2). Kist duvarı sağlandı, orifis genişletildi kalp boşlukları ile ilişkisi olmadığı tespit edildi. Kist açık drenaja bırakıldı. Postoperatif dönemde sorunsuz seyreden hasta Albendazol tedavisi verilerek 6. günde taburcu edildi.

İnfekte kedi, köpek ile temas ya da kontamine yiyecekler yenildikten sonra kist embriyosu ince bağırsaklardan önce karaciğere geçer. Embriyo kalbe koroner kan akımı ya da venöz dolaşım ile gelir. Sağ atriya ya da ventriküle yerleşim gösterir. Sol ventriküle ise patent foramen ovale ya da pulmoner dolaşım yolu ile ulaşır. Miyokarda ulaşan kistin etrafında adventisyel perikistik bir lamina oluşturulur. Bu tabaka miyokarddan ayrılmaz. Yerleştiği yere göre kistin büyüklüğü belirlenir. Etrafına doğru genişleyen kist kalp boşlukları içine rüptüre olabilir, koroner damarlara baskı yaparak iskemiye yol açabilir. Ya da ileti yollarına doğru ilerleyerek kalp bloklarına yol açabilir. Sağ ventrikül çıkım yoluna yerleştiğinde obrüksiyona yol açabilir. Hastanın yakınmaları ve klinik bulgular kistin yerleşim yerine, büyüklüğe, sayısına, rüptüre ya da enfekte olup olmamasına bağlıdır. Hasta tamamen asemptomatik olabilir. Konvansiyonel ve spesifik kardiyak incelemeler bu hastalık için tanı koydurucu değildir. Birçok olguda 2 boyutlu ekokardiyografi, transözofajiyal ekokardiyografi (TEE), bilgisayarlı tomografi (BT) ve nükleer manyetik rezonans (NMR) ile kesin tanı konulmaktadır (4,5). Tüm kist hidatik olgularının % 0.5-2'sinde kardiyak kist hidatik görülür. Ailede kist hidatik saptananlarda ya da kedi köpek gibi hayvanlarla yakın teması olanlarda görülme sıklığı yüksektir. Has-



Şekil 1. Kardiyak manyetik rezonans incelemesinde sağ ventrikül içinde düzgün sınırlı 2.5 x 2.5 cm boyutunda kist hidatik görülmektedir



Şekil 2. Kardiyak kist hidatik tanısı ile ameliyata alınan hastada sağ ventrikül çıkım yoluna yerleşen kist hidatikten germinatif membranın çıkartılmasına ait operatif görüntü

talar asemptomatik bile olsalar ileride ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek için kardiyak kist hidatığın tedavisi cerrahidir. Yerleşim yerine göre açık kalp cerrahisi teknikleri ile veya çalışan kalpte kist drene edilir. Ekstrakardiyak yerleşim gösteren kistlerde ise kist duvarı sağlam ise kist boşluğu direkt açık drenaja bırakılabilir. Kist duvarının sağlam olmadığı olgularda ise kist duvarı perikard ya da sentetik bir materyal ile sağlamlaştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Fawzy ME. Hydatid disease of the heart. Br Heart J 1976; 38: 307-8.
2. Miralles A, Bracamonte L, Pavie A, Bors V, Rabago G, Gandjbakhch I, et al. Cardiac echinococcosis. Surgical treatment and results. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107: 184-90.
3. Perez - Gomez F, Duran H, Tamamer S, Pervote L, Blanes A. Cardiac echinococcosis: clinical pictures and complications. Br Heart J 1973; 35: 1326-31.
4. Desnos M, Brochet E, Cristofini P, Cosnard G, Keddari M, Mostefai M, et al. Polyvisceral echinococcosis with cardiac involvement imaged by two - dimensional echocardiography, computed tomography and nuclear magnetic resonance imaging. Am J Cardiol 1987; 59: 383-4.
5. Göksel S, Kural T, Ergin A, Çengel A, Özer C, Kütük E. Hydatid cyst of the interventricular septum. Diagnosis by cross-sectional echocardiography and computed tomography, treatment with mebendazole. Jpn Heart J 1991; 32: 741-4.
6. Heyat J, Mokhtari H, Hajaliloo J, Shakibi JG. Surgical treatment of echinococcal cyst of the heart. Report of a case and review of the world literature. J Thorac Cardiovasc Surg 1971; 61: 755-65.