

Miyokard İskemisini Taklid Eden Bir Kardiyak Kist Hidatik Olgusu

Dr. Ender ÖRNEK, Y. Doç. Dr. Osman YEŞİLDAĞ, Prof. Dr. Olcay SAĞKAN,
Prof. Dr. Kamuran ERK, Uz. Dr. Kamil FURTUN, Y. Doç. Dr. H. Tahsin KEÇELİGİL

Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Kardiyoloji, Kardiyovasküler Cerrahi Anabilim Dalları, Samsun Devlet Hastanesi, Samsun

ÖZET

Anginal karakterde göğüs ağrısı ve EKG'sinde miyokard iskemisi bulguları nedeniyle incelenen 37 yaşındaki erkek hastaya iki-boyutlu ekokardiyografi, bilgisayarlı tomografi, sol ventrikülografi ve koroner arteriyografi yapılarak kardiyak kist hidatik tanısı kondu. Arteriyografide koroner arterlerin lümeninin açık bulunması nedeniyle kistin komşu miyokard dokusuna baskıyla iskemik EKG ve klinik bulgulara yol açtığı düşünüldü. Cerrahi girişim sonrası hastada angina kayboldu ve iskemik tipteki EKG değişiklikleri kısmen düzeldi.

Anahtar kelimeler: Kardiyak kist hidatik, iskemik tipte EKG değişikliği

Kist hidatik hastalığında kalp tutulumu çok nadirdir ve olguların % 2'sinden azında görülür ⁽¹⁾. Kardiyak kist hidatik yüksek sıklıkta intrakardiyak rüptür ve yaşamı tehdit edici ani komplikasyonlarla karakterizedir ⁽²⁾. Tanı konduğunda genellikle cerrahi girişimi gerektirir.

Göğüs ağrısı ve EKG'sinde miyokard iskemisi bulguları nedeniyle incelenen ve kardiyak kist hidatik tanısı alan olgunun iki-boyutlu ekokardiyografi, bilgisayarlı tomografi, sol ventrikülografi ve koroner arteriyografi bulguları sunularak tartışılmıştır.

OLGU BİLDİRİSİ

MFŞ, protokol no: 287187, 37 yaşında, erkek, marangoz hasta göğüs ağrısı yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. İlk kez bir hafta önce yemekten sonra ret-

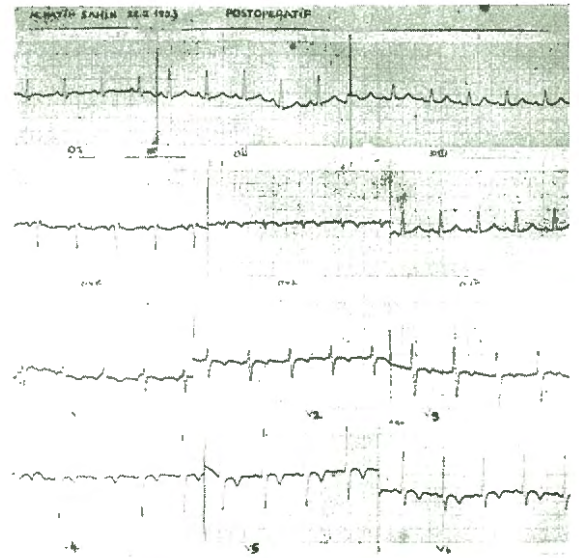
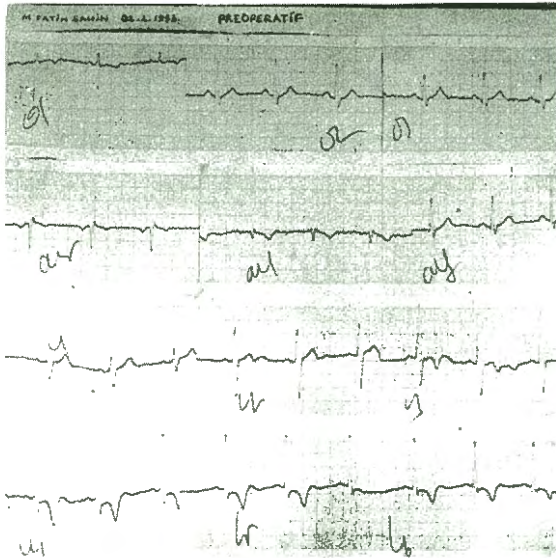
rosternal yerleşimli, sol omuz ve kola yayılan, bir saat kadar süren yanma vasfında göğüs ağrısı olmuş. Sonraki günlerde günde 3-4 kez istirahat anında gelen ve birkaç dakika süren göğüs ağrıları devam etmiş. Sekiz yıl önce 2 yıl süreyle koyun besiciliği yapmış. Yirmi yıldır günde yarım paket sigara içiyormuş. Hipertansiyon, diabet ve hiperlipidemisi bulunmayan hastanın muayenesinde kan basıncı 120/70 mmHg, nabızı dakikada 62 idi. Kalp tepe atımı 5. interkostal aralık ve midklaviküler hat kesiminde 3-4 cm'lik bir alanda ele geliyordu. Diğer sistem bulguları normaldi. Teleradyogramda sol ventrikül apikolateralinde anormal kardiyak silüet görüldü (Şekil 1a). EKG'sinde DI, aVL, V3-6'da ST çökmesi ve derin T negatiflikleri vardı. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide sol ventrikül lateral duvarında 34x38 mm boyutlarında hipodens lezyon saptandı (Şekil 2).

İki boyutlu ekokardiyografide sol ventrikül apikolateralinde intramyokardiyal yerleşimli, sol ventrikül boşluğuna çıkıntı yapan 34x38 mm boyutlarında kistik kitle saptandı. Sol ventrikülografide apikolateral dolma defekti, koroner arteriyografide koroner arterlerin lümeni açık, ancak yaklaşık 4 cm'lik alanda keskin sınırlı yuvarlak, damarsız bir alan gözlemlendi (Şekil 3). Cerrahi bir kist eksizyonu geçiren hastanın ameliyat sonrası göğüs ağrısı geçti. EKG'sinde ST çökmesi tam olarak, T negatiflikleri ise kısmen düzeldi (Şekil 1b). Postoperatif birinci hafta sonunda hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

TARTIŞMA

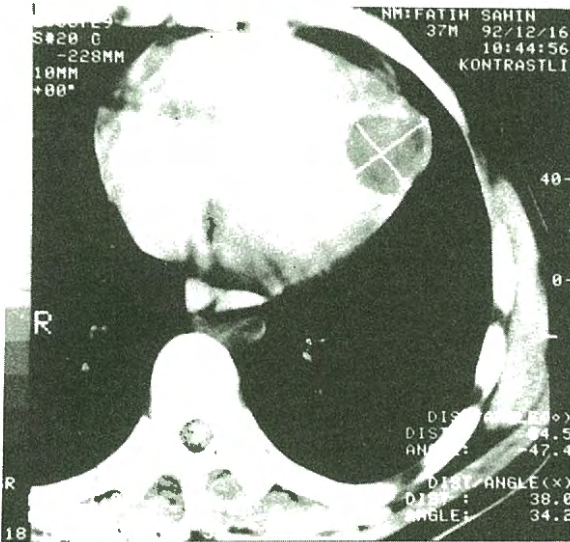
Kist hidatik dünyanın koyun yetiştiren birçok ülkesinde endemiktir, fakat kalp tutulumu çok az görülür. Olguların çoğu 20-50 yaşları arasındaki erkek-

Alındığı tarih: 17 Mart 1993
Yazışma adresi: Dr. Ender Örnek, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, 55139-Samsun

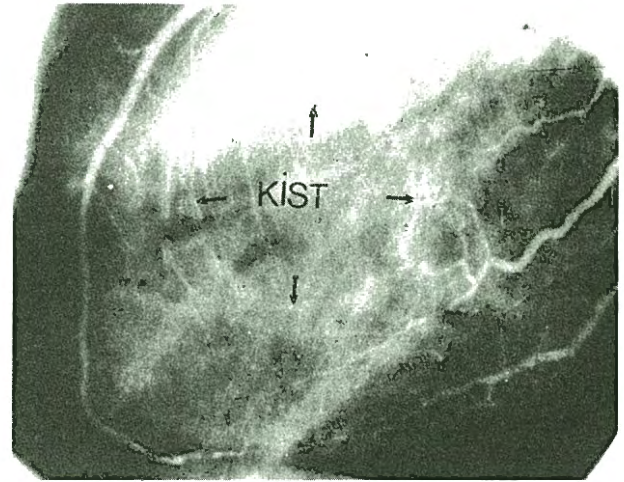


Şekil 1a. Preoperatif EKG'de DI, aVL, V3-6'da ST çökmesi ve derin T negatiflikleri.

Şekil 1b. Postoperatif EKG'de ST çökmesinde tam, T negatifliklerinde kısmen düzelleme.



Şekil 2. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol ventrikül lateral duvarında 34x38 boyutlarında hipodens lezyon.



Şekil 3. Sol ön oblik pozisyonda selektif sol koroner arteriografide yaklaşık 4 cm çaplı yuvarlak keskin sınırlı damarsız alan.

lerdir (3). Genellikle konak köpektir. İnsan ve koyun ara konak görevi görebilir. Kalp tutulumu olunca kist genellikle intramyokardiyal sol ventrikül serbest duvarı, interventriküler septum, bazen de sağ ventrikül ve sağ atriyumda yerleşir (4). Çoğu olguda 3-5 cm çapında komşu kalp boşluğuna çıkıntı yapan tek bir kist bulunur (5).

Olgumuzda kist, yerleştiği bölge, çapı ve uniloküler oluşu yönlerinden çoğunluk olguların özelliğindedir. Semptomlar kistin yerleşimi, büyüklüğü ve bütün-

lüğüne bağlıdır. Perikardit ya da koroner yetersizliğe bağlı göğüs ağrısı (4), kistin yerleşimine göre valvüler disfonksiyon (6-8) görülebilir. Kist rüptürü en korkulan komplikasyondur ve anafilaktik reaksiyonla fatal dolaşım kollapsına, perikardite, sistemik ve pulmoner emboliye, pulmoner hipertansiyona yol açabilir (2,9,10).

Kistin yerleşimine göre olgumuzda olduğu gibi EKG'de iskemik tipte ST-T değişiklikleri, ileti anormallikleri ve aritmiler gözlemlenebilir. Kistin eksizyondan sonra EKG anormallikleri aynı kalır ya da çok yavaş olarak düzelir (11-13).

Olgumuzda anginal karakterde göğüs ağrısı ve EKG' de miyokardiyal iskemi bulguları olmasına rağmen arteriyografide koroner arterlerin lümeninin açık bulunması nedeniyle kistin komşu miyokard dokusuna bası yaparak iskemiye neden olduğu düşünüldü. Ameliyat sonrası erken devrede göğüs ağrısı kaybolan hastanın çekilen EKG'sinde iskemik tipte ST-T değişikliklerinin kısmen düzeldiği saptandı. Hastanın EKG değişiklikleri yönünden bir yıl boyunca izlenmesi planlandı. Göğüs röntgeninde olgumuzda olduğu gibi sıklıkla sol ventriküle komşu anormal bir kardiyak silüet, bazen de kalsifiye lobüler kitle görülür (14).

Sol ventrikül duvarına yerleşen kistlerde ventrikulografide dolma defekti, koroner arteriyografide damarsız bir alan, koroner arterlerde itilme ya da koroner arter üzerine bası, ön inen koroner arter ile sirkumfleks arterin şemsiye biçiminde yer değiştirmesi görülebilir (13,15,16). Bilgisayarlı tomografi, nükleer magnetik rezonans kardiyak kist hidatik yerleşim ve görüntülenmesinde yararlı olabilir de (17) iki boyutlu ekokardiyografinin en iyi seçim olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte Oliver ve ark. ca yayınlanan 15 olguluk, şimdiye kadarki en büyük ekokardiyografi serisinde kistin sayısı, büyüklük, yerleşim ve görünüm yönlerinden geniş farklılıklar gösterdiği ortaya konmuştur (5). Bu da bize ekokardiyografik yorumunun doğru yapılmasının önemini anımsatmaktadır.

Son zamanlara dek kist hidatik tedavisi cerrahiyle sınırlıydı. Hastalığın tedavisinde bir benzimidazol türevi olan mebendazolün kısmen yararlı olabileceğini düşündüren deneyimler vardır (8). Hastalar asemptomatik olsa bile kist rüptürünün önemli riski olması nedeniyle genellikle cerrahi eksizyon önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Murphy TE, Kean BH, Venturine A, Lillehei CW: Echinococcus cyst of the left ventricle: Report of a case

- with review of the pertinent literature. J Thorac Cardiovasc Surg 61:443, 1970
2. Di Bello R, Menendez H: Intracardiac rupture of hydatid cyst of the heart: a study based on three personal observations and 101 cases in world literature. Circulation 27:366, 1963
3. Wenger NK, Abelman WH, Roberts WC: Myocarditis. Hurst JW et al (eds). The Heart, Arteries and Veins, McGraw-Hill 1990, p. 1256
4. Peres-Gomez F, Duran H, Tamames S, Perrote JL, Blanes A: Cardiac echinococcosis: clinical picture and complications. Br Heart J 35:1326, 1973
5. Oliver JM, Sotillo JF, Dominguez FJ, et al: Two-dimensional echocardiographic features of echinococcosis of the heart and great blood vessels; clinical and surgical implications. Circulation 78:327, 1988
6. Erol Ç, Candan İ, Akalın H, Sonel A, Kervancıoğlu C: Cardiac hydatid cyst simulating tricuspid stenosis. Am J Cardiol 56:833, 1985
7. Mancuso L, Bondi F, Marchi S, Iacona MA, Guarnera S, Patane L: Cardiac hydatid disease with clinical features resembling tricuspid stenosis. Am Heart J 113:1235, 1987
8. Russo G, Tamburino C, Cuscuna S, et al: Cardiac hydatid cyst with clinical features resembling subaortic stenosis. Am Heart J 117:1385, 1989
9. Di Bello R, Mantero ME, Dubra J, Sin Janes A: Hydatid cyst of the heart: Acute hydatid pericarditis. Am J Cardiol 19:603, 1967
10. Handjani AM, Farpour A, Mechanic K, et al: Cardiovascular echinococcosis. Am J Surg 117:666, 1969
11. Oliver JM, Perez-Benitot, Ferrufino O, Sotillo JF, Nunez L: Cardiac hydatid cyst diagnosed by two-dimensional echocardiography. Am Heart J 104:164, 1985
12. De Los Arcus E, Madurga MP, Perez LJ, Martinez JL, Urquia M: Hydatid cyst of interventricular septum causing left anterior hemiblock. Br Heart J 33:623, 1971
13. Rivera R, Delcan JL: Surgical treatment of coronary insufficiency produced by cardiac echinococcosis. Chest 78:849, 1980
14. Romanoff A, Mildwisky H: Primary echinococcosis of the heart cured by operation. J Thorac Cardiovasc Surg 43:677, 1962
15. Montogo JV, Nogues-Antich FJ, Rivas L, et al: Left ventricular echinococcosis diagnosed by coronary cineangiography. Eur J Cardiol 10:215, 1979
16. Aris A, Leon C, Bonmin JO, et al: One-stage surgical treatment of cardiac and pulmonary echinococcosis. Am Thorac Surg 31:564, 1981
17. Desnos M, Brochet E, Cristofini P, et al: Polyvisceral echinococcosis with cardiac involvement imaged by two-dimensional echocardiography, computed tomography and nuclear magnetic resonance imaging. Am J Cardiol 59:383, 1987