

## BALIKESİR MEDICAL JOURNAL

## Dev Araknoid Kist: Olgu Sunumu

*Giant Arachnoid Cyst: A Case Report*Behçet Varışlı<sup>1</sup>, Sinan Yıldırım<sup>1</sup>, Hamit Çelik<sup>2</sup>

1-Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Acil Servisi, Çanakkale

2-Özel Buhara Hastanesi Nöroloji Servisi, Erzurum

## Öz

Araknoid kistler araknoid membranın aşama aşama yıkılmasıyla oluşan, serebrospinal sıvı içeren, benign malformasyonlardır. Araknoid kistlere hidrosefali, nöbet, intrakranial basınç artışı ve fokal nörolojik defisit gibi semptomlara yol açmadıkça tedavi önerilmez. Biz bu yazıda 5 yaşındaki bir çocuk hastada insidental olarak tespit edilen dev bir araknoid kist olgusunu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Araknoid kist, Çocuk, Kafa travması.

## Abstract

Arachnoid cysts are benign malformations that is formed by the gradual destruction of the arachnoid membrane and containing of cerebrospinal fluid. Treatment is not recommended for arachnoid cysts unless that cause to symptoms such as hydrocephalus, seizure, increased intracranial pressure, and focal neurological deficits. In this article, we aimed to present which was detected a giant arachnoid cyst incidentally in a 5 year old child patient.

**Keywords:** Arachnoid cyst, Child, Head Trauma

**Gönderilme Tarihi:** 25-11-2018

**Kabul Tarihi:** 22-2-2019

**Atıf İçin:** Behçet Varışlı, Sinan Yıldırım, Hamit Çelik, Dev Araknoid Kist: Olgu Sunumu, Balıkesir Medical Journal, 2019 3(1);20-23

**Sorumlu Yazar:** Behçet Varışlı

Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Acil Servisi,  
Çanakkale

e-mail: drbehcetvarisli@gmail.com

**DOI:** 10.33716/bmedj.487322

## GİRİŞ

Araknoid kistler araknoid membranın aşama aşama yıkılmasıyla oluşan, serebrospinal sıvı içeren, benign malformasyonlardır. Araknoid kistlere hidrosefali, nöbet, intrakranial basınç artışı ve fokal nörolojik defisit gibi semptomlara yol açmadıkça tedavi önerilmez (1,2).

Araknoid kistlerin görülme sıklığı yapılan çalışmalarda % 0,3 ile % 1,7 arasında olduğu bildirilmiştir (3). İleri nörogörüntüleme tekniklerinin ve kullanımının artması araknoid kistlere tanı konulmasını kolaylaştırmış ve araknoid kist vakalarında sayısal olarak artışa neden olmuştur(4). Araknoid kistler nadiren semptomatik hale gelirler ve çoğu zaman insidental olarak tespit edilirler.

Asemptomatik hastalar genellikle cerrahi tedavi uygulanmadan belirli aralıklarla bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) ve manyetik rezonans görüntülemeleri ile takip edilmektedir (5).

Bu yazıda kafa travması öyküsüyle acil servise başvuran, çekilen beyin BT'de dev araknoid kist saptanan 5 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık.

## OLGU

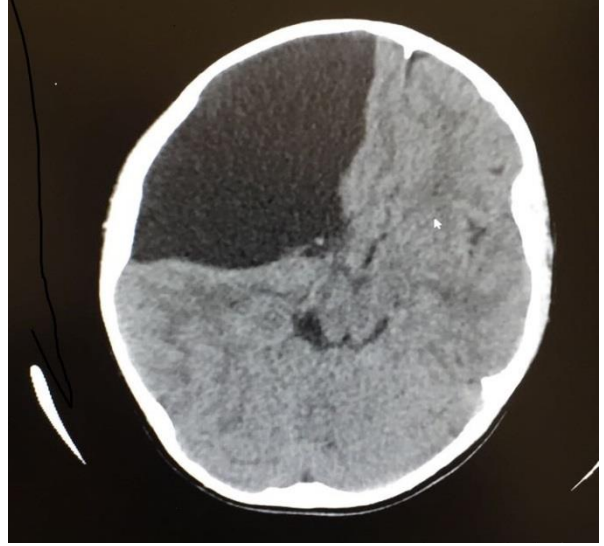
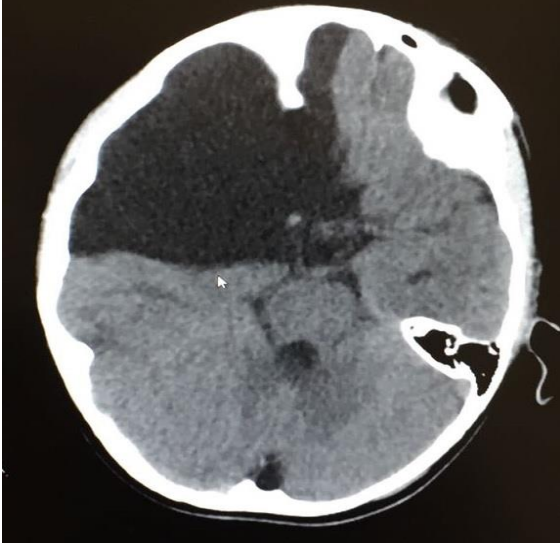
5 yaşında erkek çocuk hasta, 1 saat önce kafa travması öyküsüyle acil servise başvurdu. Baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri mevcuttu. Vital bulgularında tansiyon arteryel:100/60mmHg, kalp tepe atımı:88atım/dk ritmik, ateş:36,6°C saptandı. Fizik muayenesinde sağ temporal bölgede palpasyonla ağrı ve hassiyet saptandı. Bilinci açık, oryante, koopere, GKS:15, nörolojik muayenesi doğal saptandı. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı.

Hastaya çekilen beyin BT 'de sağ ekstraaksiyel alanda parietal lob komşuluğunda yüksek konveksiteden başlayarak sağ temporal lob inferioruna kadar devamlılık gösteren, yaklaşık 57x130x120mm boyutunda, beyin omurilik sıvısı dansitesinde sol serebellar hemisfere bası uygulayan, lateral ventrikülü kollebe eden, orta hatta yaklaşık 6mm sola şifte neden olan araknoid kist ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 1-2).

Hasta beyin cerrahisi servisine takip amaçlı yatırıldı. Hastaya ibuprofen 20mg/kg/gün tedavisi başlandı. Takibin ikinci gününde bilinç durumunda ve nörolojik muayenesinde değişiklik gözlenmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Serebral araknoid kistler 1831 yılında ilk defa Bright tarafından tanımlanmıştır. Embriyolojik dönemde, sisternaların geliştiği erken dönemde, araknoid membranda katlanma veya yarıklanma olması sonucu oluşan ekstra aksiyel alanlara beyin omurilik sıvısı (BOS) birikmesi sonucu meydana gelen konjenital non-neoplastik kistik kaviter oluşumlar olarak tanımlanmaktadır (6,7).



*Resim 1: Orta hatta yaklaşık 6mm sola şifte neden olan Araknoid Kist Resim 2: 57x130x120mm boyutunda dev Araknoid Kist.*

Araknoid kistlerin tanısı çoğunlukla 16 yaş ve öncesinde konulur. Erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha sık görülür (8). Araknoid kistler beyinde supra, supra-infra ve infratentorial olarak yerleşirler. %90'ı supratentorial yerleşimlidir. Bunlardan % 49'u orta kranial fossa ve silvian fissura yerleşir. Araknoid kistlerin bazıları temporal fossayı tamamen doldurur ve frontal kortekse uzanırlar. Diğer yerleşim alanları içinde konveksite, interhemisferik alan, sellar, supra sellar ve intraventriküler bölge sayılabilir. Posterior fossada yerleşimli olanlar ise ponto serebellar köşede, vermis, supra, intra serebellar hemisferlerde, klival ve interpedinküler alanlarda bulunurlar (5,7,9,10).

Bizim olgumuzda da 5 yaşında erkek hasta, kafa travması sonrası çekilen beyin BT'de rastlantısal olarak saptanan sağ ekstraaksiyel alanda parietal lob komşuluğunda yüksek konveksiteden başlayarak sağ temporal lob inferioruna kadar devamlılık gösteren, yaklaşık 57x130x120mm boyutunda araknoid kist saptandı. Olgumuzdaki araknoid kistin sol serebellar hemisfere bası uyguladığı, lateral ventrikülü kollebe ettiği ve orta hatta yaklaşık 6mm sola şifte neden olduğu saptandı. Tüm bu radyolojik bulgular ve hastanın nörolojik muayenesinin normal olması olgumuzu literatürdeki diğer olgulardan ayırmaktadır.

Sonuç olarak, araknoid kistlerin çoğu klinik bulgu oluşturmazlar ve insidental olarak saptanırlar. Muayenelerinde patolojik bulgu ve hastada semptomaya yol açmadıkları sürece araknoid kistler klinik ve radyolojik olarak takip edilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Cincu R, Agrawal A, Eiras J. Intracranial arachnoid cysts: current concepts and treatment alternatives. *Clin Neurol Neurosurg* 2007; 109:837–843
2. Choi JW, Lee JY, Phi JH, et al. Stricter indications are recommended for fenestration surgery in intracranial arachnoid cysts of children. *Child's Nervous System* 2014; 31:77–86
3. Gangemi M, Seneca V, Colella G, Cioffi V, Imperato A, Maiuri F. Endoscopy versus microsurgical cyst excision and shunting for treating intracranial arachnoid cysts. *J Neurosurg Pediatr* 2011; 8: 158–64
4. Helland CA, Wester K. A population-based study of intracranial arachnoid cysts: clinical and neuroimaging outcomes following surgical cyst decompression in children. *J Neurosurg* 2006; 105: 385–90
5. Hacıyokupoglu E ve arkadaşları. Cerebral Arachnoid Cysts. *Archives Medical Review Journal* 2016; 25(3):259-268
6. Algın O, Hakyemez B, Gökalp G, Kofralı E, Parlak M. Phase-contrast cine MRI versus MR Cisternography on the evaluation of the communication between intraventricular arachnoid cysts and neighbouring cerebrospinal fluid spaces. *Neuroradiology*. 2009,51:305-12
7. Karnazes AC, Kei J, Le MV. Image Diagnosis: Arachnoid cysts. *Perm J*.2015;19:110-1
8. Candella S, Puerta P, Alamar M, Barcik U, Guillen A, Muchart J, Garcia-Fructuoso G, FerrerRodríguez E. Epidemiology and classification of arachnoid cysts and children. *Neurocirugia (Asturias, Spain)*.2015;1130-7
9. Crimmins DW, Pierre-Kahn A, Sainte-Rose C, Zerah M. Treatment of suprasellar cysts and patient outcome. *J Neurosurg*.2006;105:107-14
10. Bahk WM, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Kim KS. A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry Clin. Neurosci*.2002;56:203-5.