



DOI: 10.4274/kvbulten.galenos.2026.36035
Bull Cardiovasc Acad 2026;4(1):37-40

Akut Koroner Sendrom Şüphesiyle Başvuran Bir Hastada Perikardiyal Kist Hidatik Rüptürü

Pericardial Hydatid Cyst Rupture Mimicking Acute Coronary Syndrome

Elif Pelin Yurdusever Yağcı, Ahmet Faruk Yağcı, Şenay Okur, Barış Buğan, Serdar Fırtına, Uygur Çağdaş Yüksel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Öz

Kardiyak kist hidatik nadir görülmekle birlikte rüptür, perikardiyal efüzyon, tamponad ve anafilaksi gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Kardiyak tutulum hidatik hastalıkların küçük bir kısmını oluşturur ve perikardiyal yerleşim oldukça nadirdir. Klinik prezentasyon atipik olabilir ve akut koroner sendromu (AKS) taklit edebilir. Altmış iki yaşında erkek hasta göğüs ağrısı ile başvurdu. Elektrokardiyografide D1, D2, aVL, aVF ve V4-V6 derivasyonlarında T-dalga inversiyonu saptandı. Kardiyak biyobelirteçleri yüksek bulunan hastada (CK-MB 91 ng/mL, hs-troponin T 311 pg/mL) AKS ön tanısıyla koroner anjiyografi yapıldı; tıkaçıcı koroner lezyon izlenmedi ve TIMI 3 akım mevcuttu. Yatış sırasında dispne gelişmesi üzerine yapılan ekokardiyografide perikardiyal efüzyon ve sol ventrikül apikolateralinde intramiyokardiyal kitle imajı izlendi; lezyonun karakterizasyonu sınırlı kaldı. Koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografide sol ventrikül apeksi düzeyinde, membran yapıları içeren ve Gharbi tip 2 ile uyumlu kist hidatik lehine kistik lezyon ve belirgin perikardiyal efüzyon saptandı. İndirekt hemagglütinasyon testi 1/2560 pozitif bulundu ve albendazol tedavisi başlandı. Hasta yatışının 15. gününde kalp ve damar cerrahisi tarafından opere edilerek sol ventrikül yerleşimli kist hidatik eksizyonu uygulandı ve komplikasyonsuz taburcu edildi. Bu olgu, endemik bölgelerde troponin pozitifliği ve EKG değişiklikleri ile başvuran ancak tıkaçıcı koroner lezyon saptanmayan ve perikardiyal efüzyon eşlik eden hastalarda kist hidatiğin ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, hidatik kist, perikard, perikardiyal efüzyon

Abstract

Cardiac hydatid disease is rare but may lead to life-threatening complications such as rupture, pericardial effusion, tamponade, and anaphylaxis. Pericardial involvement is particularly uncommon and may mimic acute coronary syndrome (ACS). A 62-year-old man presented with chest pain. The electrocardiogram showed T-wave inversions in leads D1, D2, aVL, aVF, and V4-V6. Cardiac biomarkers were elevated (CK-MB 91 ng/mL; hs-troponin T 311 pg/mL), and coronary angiography was performed with a presumptive diagnosis of ACS; no obstructive coronary lesion was detected and TIMI 3 flow was preserved. During hospitalization, the patient developed dyspnea. Transthoracic echocardiography revealed pericardial effusion and a mass-like intramyocardial appearance in the apicolateral left ventricle; lesion characterization was limited. Coronary computed tomography angiography demonstrated a cystic lesion with internal membranous structures at the apical anterior and lateral walls of the left ventricle, consistent with a Gharbi type 2 hydatid cyst, along with marked pericardial effusion. Indirect hemagglutination test was positive at 1/2560, and albendazole therapy was initiated. Surgical excision was successfully performed on day 15, and the patient was discharged without complications. This case highlights that hydatid disease should be considered in the differential diagnosis of ACS-like presentations with elevated troponin, non-obstructive coronary arteries, and pericardial effusion in endemic regions.

Keywords: Acute coronary syndrome, hydatid cyst, pericardium, pericardial effusion



Yazar Adresi/Address for Correspondence: Asistan Elif Pelin Yurdusever Yağcı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

E-posta: epelinys@icloud.com **ORCID ID:** orcid.org/0009-0006-0309-8017

Geliş Tarihi/Received: 04.11.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.02.2026 **Yayınlanma Tarihi/Published Date:** 30.04.2026

Atf/Cite this article as: Yurdusever Yağcı EP, Yağcı AF, Okur Ş, Buğan B, Fırtına S, Yüksel UÇ. Pericardial hydatid cyst rupture mimicking acute coronary syndrome. Bull Cardiovasc Acad. 2026;4(1):37-40



Copyright© 2026 Yazar(lar). Kardiyovasküler Akademi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makedir.

GİRİŞ

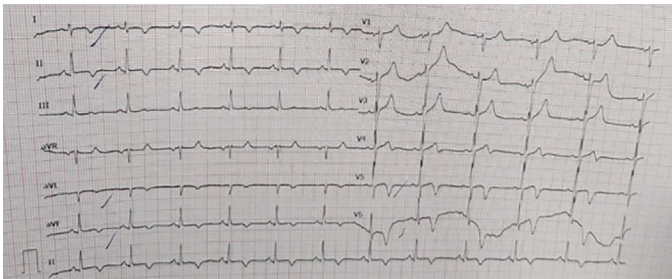
Kardiyak kist hidatik, tüm hidatik hastalıkların küçük bir bölümünü oluşturmalarına rağmen rüptür, perikardiyal efüzyon, tamponad ve anafilaksi gibi ciddi ve potansiyel olarak ölümcül komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle klinik açıdan önemlidir (1). Kardiyak tutulum en sık sol ventrikül serbest duvarı ve interventriküler septumda görülürken, perikardiyal yerleşim oldukça nadirdir (2). Klinik prezentasyon çoğu zaman atipiktir ve akut koroner sendrom gibi daha sık karşılaşılan kardiyovasküler tabloları taklit edebilir (3). Bu olgu sunumunda, akut koroner sendromu (AKS) benzeri klinik tablo ile başvuran perikardiyal kist hidatik rüptürlü bir hastanın tanı ve tedavi süreci sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Altmış iki yaşında erkek hasta akut başlangıçlı göğüs ağrısı ile başvurdu. Elektrokardiyografide D1, D2, aVL, aVF ve V4-V6 derivasyonlarında belirgin T-dalga inversiyonları mevcuttu; ST segment elevasyonu veya depresyonu izlenmedi. Yatış sırasında alınan kardiyak biyobelirteçlerde CK-MB 91 ng/mL ve hs-troponin T 311 pg/mL saptandı. Bu bulgular doğrultusunda hasta akut koroner sendrom ön tanısıyla koroner anjiyografiye alındı (Şekil 1).

Koroner anjiyografide sol ana koroner arter normal izlendi. Sol anterior desendan arterin osteal-proksimal segmentinde tromboze "hazy" görünüm saptanmakla birlikte rezidüel ciddi darlık izlenmedi. Sirkumfleks arter dominant yapıda olup dallarında non-kritik plaklar mevcuttu; sağ koroner arter diminutif yapıdaydı. Bulgular spontan rekanalize olmuş intrakoroner trombüs lehine değerlendirildi ve tüm koroner segmentlerde TIMI 3 akım izlendi. Hasta heparin ve absiksımab infüzyonu ile takip edildi.

Yatış sürecinde dispne gelişmesi üzerine yapılan transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül çevresinde yaklaşık 12 mm kalınlığında perikardiyal efüzyon ve sol ventrikül apikolateralinde intramiyokardiyal kitle imajı izlendi; lezyonun solid-kistik karakterizasyonu net yapılamadı (Şekil 2A, 2B). İleri



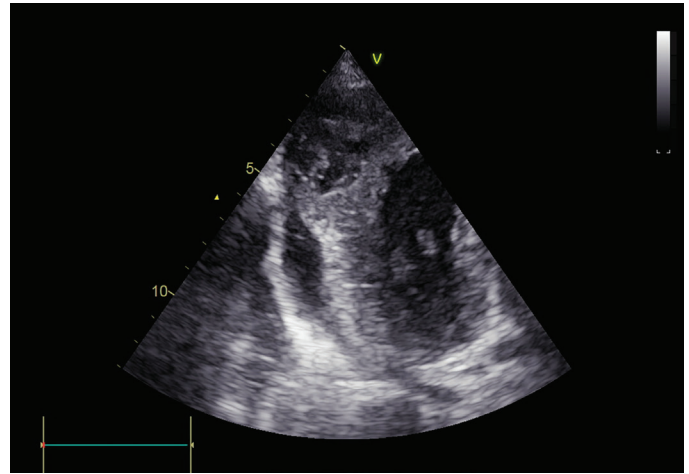
Şekil 1. Başvuru elektrokardiyografisinde D1, D2, aVL, aVF ve V4-V6 derivasyonlarında akut koroner sendromu taklit eden yaygın T-dalga inversiyonları

değerlendirme amacıyla çekilen koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografide sol ventrikül apeksi düzeyinde, membran yapıları içeren ve Gharbi tip 2 ile uyumlu kist hidatik lehine kistik lezyon ve belirgin perikardiyal efüzyon saptandı. Akciğer ve karaciğerde eş zamanlı kistik lezyonlar izlendi (Şekil 3 ve Şekil 4).

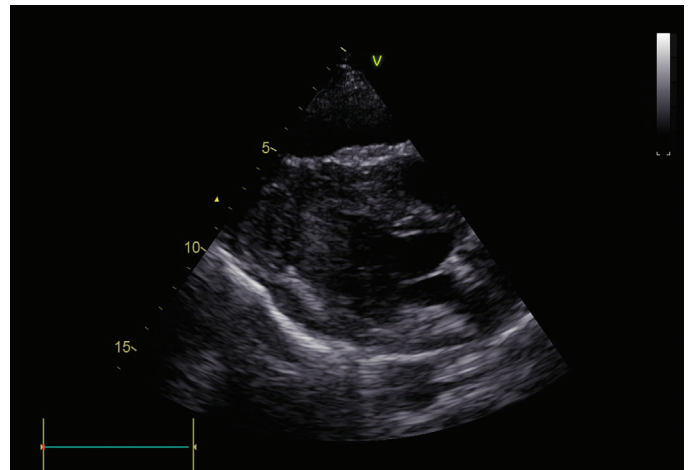
Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrası indirekt hemaglutinasyon testi 1/2560 pozitif bulundu ve albendazol 2x400 mg tedavi başlandı. Hasta yatışının 15. gününde kalp ve damar cerrahisi tarafından opere edilerek sol ventrikül yerleşimli kist hidatik eksizyonu başarıyla gerçekleştirildi (Şekil 5-7). Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 10. günde taburcu edildi. Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

TARTIŞMA

Kardiyak kist hidatik nadir görülmesine rağmen ciddi ve potansiyel olarak ölümcül komplikasyonlara yol açabilmektedir (1,4). Perikardiyal ve intramiyokardiyal yerleşimli kitlelerde ayırıcı



Şekil 2A. Transtorasik ekokardiyografide apikal dört boşluk görüntüsünde sol ventrikül apikolateral duvarda intramiyokardiyal kistik lezyon



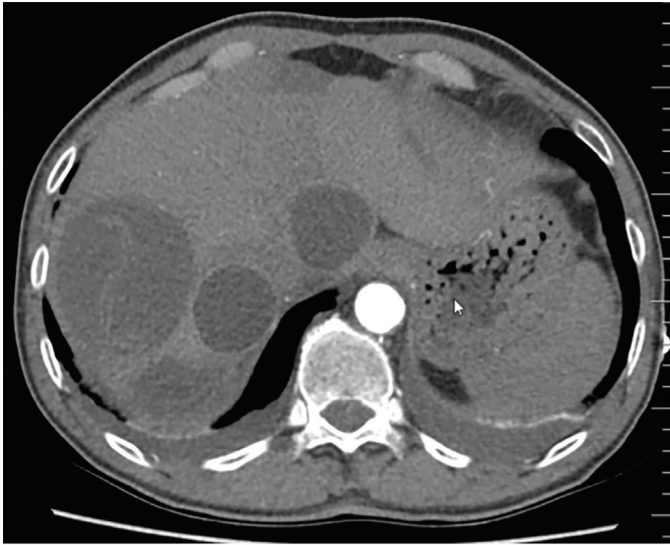
Şekil 2B. Transtorasik ekokardiyografide parasternal uzun eksen görüntüsünde intramiyokardiyal kistik lezyona eşlik eden perikardiyal efüzyon

tanı geniştir ve intramiyokardiyal hematoma, trombus, primer veya metastatik kardiyak tümörler ile apikal anevrizma mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (5). Transtorasik ekokardiyografi perikardiyal efüzyonun saptanmasında değerli olmakla birlikte, intramiyokardiyal lezyonların karakterizasyonunda sınırlı kalabilmektedir (6). Bu olguda da tanı, ileri kesitsel görüntüleme yöntemleri ile kesinleştirilmiştir.

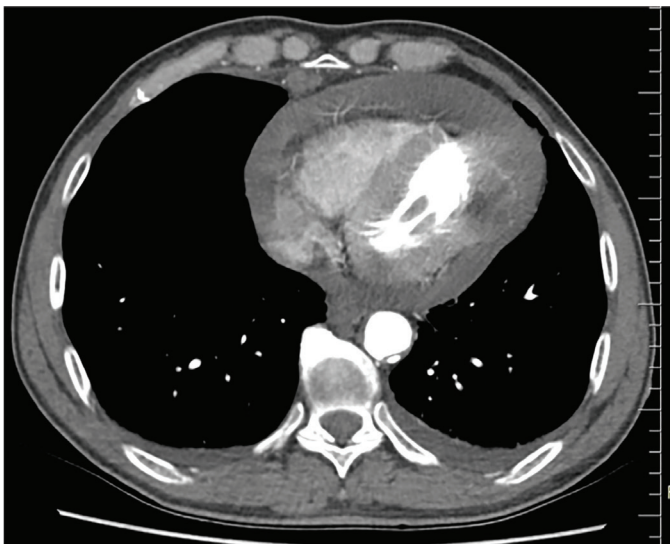
Bu olgunun en özgün yönü, AKS taklit eden klinik tablo ile başvurmuş olmasıdır (7). Yaygın T-dalga inversiyonları ve belirgin kardiyak biyobelirteç yüksekliği bulunmasına rağmen tıkalı koroner lezyon saptanmamıştır. Kist hidatik ruptürüne bağlı gelişen lokal enflamasyon, epikardiyal irritasyon, perikardiyal efüzyonun miyokard üzerindeki bası etkisi ve geçici koroner

vazospazmın bu klinik tabloya yol açabileceği düşünülmektedir (3,7,8). Bu yönüyle olgu, non-obstrüktif koroner arterlerle seyreden miyokard hasarına iyi bir örnek sunmaktadır (Şekil 5).

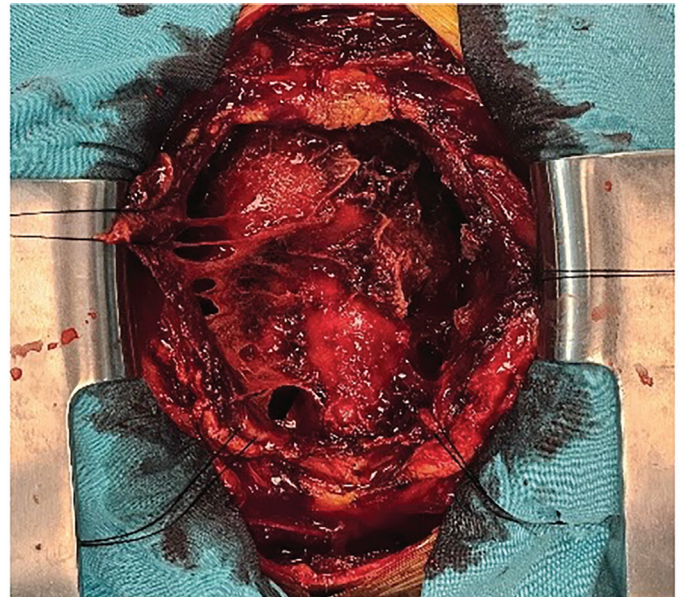
Kardiyak hidatik kistlerde tedavinin temelini cerrahi eksizyon oluşturmaktadır ve ruptür riski nedeniyle tedavinin geciktirilmemesi önerilmektedir (4,9). Antiparaziter tedavi, cerrahiye tamamlayıcı olarak preoperatif ve postoperatif dönemde nüks riskini azaltmak amacıyla uygulanmaktadır (10). Bu olguda uygulanan multidisipliner yaklaşım mevcut literatür ile uyumludur.



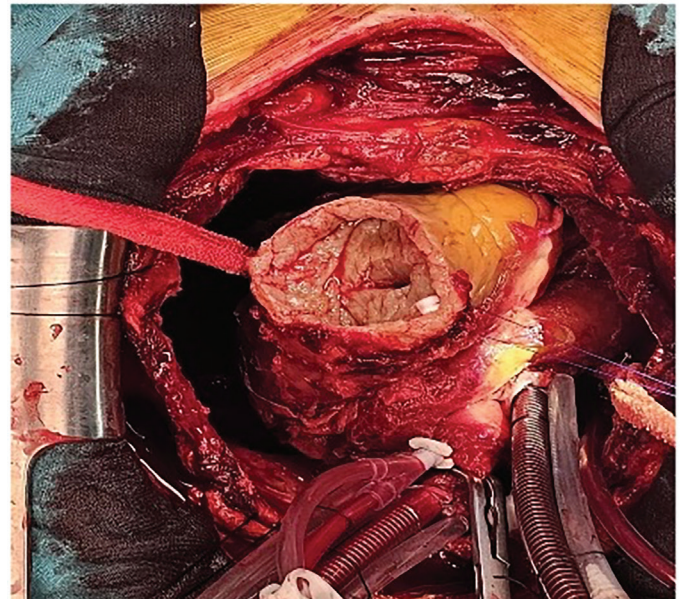
Şekil 3. Batın bilgisayarlı tomografisinde karaciğer parankiminde Gharbi tip 1 ve 2 ile uyumlu çok sayıda hidatik kistik lezyon



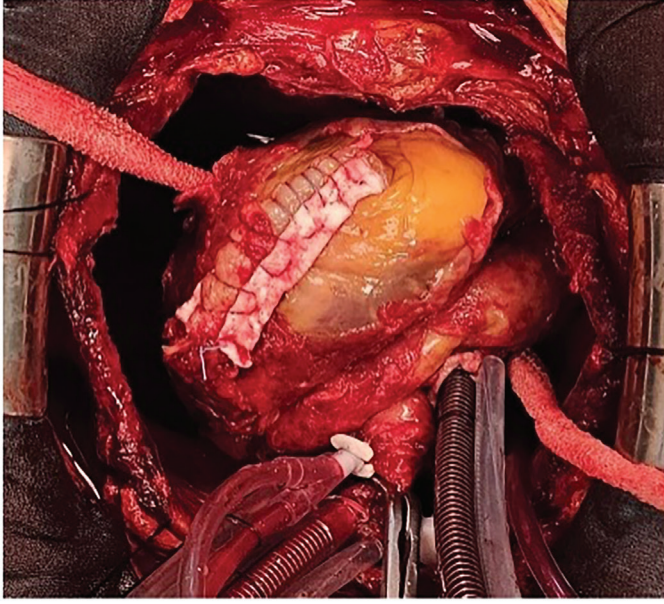
Şekil 4. Kardiyak bilgisayarlı tomografide sol ventrikül apeksi düzeyinde, içerisinde membranlar barındıran ve Gharbi tip 2 ile uyumlu intramiyokardiyal kist hidatik



Şekil 5. Cerrahi eksplorasyonda perikardiyal boşlukta ruptüre olmuş hidatik kist ve serbest hidatik membranlar



Şekil 6. Sol ventrikül yerleşimli hidatik kistin cerrahi eksizyonu sonrası kist kavitesinin görünümü



Şekil 7. Hidatik kist eksizyonu sonrası sol ventrikül duvarının primer cerrahi onarımı

Literatürde perikardiyal veya intramiyokardiyal hidatik kist rüptürü ile ilişkili olgu sunumları sınırlı sayıda olup, akut koroner sendrom benzeri başvuru oldukça nadirdir (4,8). AKS ön tanısıyla invaziv koroner anjiyografiye alınması ve eşlik eden çoklu organ tutulumu, bu olguyu literatürde bildirilen vakalardan ayırmaktadır.

SONUÇ

Endemik bölgelerde akut koroner sendrom kliniği ile başvuran, troponin pozitifliği saptanan ancak tıkaçıcı koroner lezyon izlenmeyen ve perikardiyal efüzyon eşlik eden hastalarda hidatik hastalık mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.

*Etik

Hasta Onayı: Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: B.B., S.F., U.Ç.Y., Konsept: E.P.Y.Y., A.F.Y., Ş.O., B.B., Dizayn: E.P.Y.Y., A.F.Y., Ş.O., Veri Toplama

veya İşleme: E.P.Y.Y., Ş.O., Analiz veya Yorumlama: E.P.Y.Y., S.F., U.Ç.Y., Literatür Arama: E.P.Y.Y., A.F.Y., Yazan: E.P.Y.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Herhangi bir kurum veya kuruluşun finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Noaman H, Rawaf S, Majeed A, Salmasi AM. Hydatid cyst of the heart. *Angiology*. 2017;68(9):765-768.
2. Turgut AT, Altın L, Topçu S, Kiliçoğlu B, Aliinok T, Kaptanoğlu E, et al. Unusual imaging characteristics of complicated hydatid disease. *Eur J Radiol*. 2007;63(1):84-93.
3. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics*. 2003;23(2):475-494; quiz 536-537.
4. Bumann S, Kuenzli E, Lissandrin R, Brunetti E, Goblirsch S, Henning L, et al. Cardiac cystic echinococcosis-a systematic review and analysis of the literature. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(5):e0012183.
5. Poterucha TJ, Kochav J, O'Connor DS, Rosner GF. Cardiac tumors: clinical presentation, diagnosis, and management. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(8):66.
6. L'Angiocola PD, Donati R. Cardiac masses in echocardiography: a pragmatic review. *J Cardiovasc Echogr*. 2020;30(1):5-14.
7. Sharma P, Lakhia K, Malhotra A, Garg P. Ruptured intracardiac hydatid cyst presenting as acute coronary syndrome. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2016;24(6):587-589.
8. Tekin AF, Durmaz MS, Dağlı M, Akbayrak S, Akbayrak P, Turgut B. Left ventricular hydatid cyst mimicking acute coronary syndrome. *Radiol Case Rep*. 2018;13(3):697-701.
9. Özbek M, Demir M, Karaçalılar M, Aktan A. Catastrophic embolism of a suddenly ruptured isolated cardiac cyst hydatid: an unusual case report. *Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg*. 2023;31(2):278-281.
10. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? *World J Surg*. 2004;28(8):731-736.