

Bronkojenik ve Perikardiyal Kistin Eş Zamanlı Videotorakoskopik Rezeksiyonu

Simultaneously Videotoracoscopic Resection of the Bronchogenic and Pericardial Cyst

Serkan YAZGAN , Ahmet UCVET 

Cite as: Yazgan S, Ucvet A. Bronkojenik ve perikardiyal kistin eş zamanlı videotorakoskopik rezeksiyonu. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2020;34(3):124-8.

ÖZ

Primer mediastinal kistler, çeşitli embriyolojik doku tiplerinden köken alan, nadir, konjenital ve benign lezyonlardır. Ancak, genellikle benzer klinik ve radyolojik bulgularla, hemen her yaşta karşımıza çıkabilmektedir. Biz bu olgumuzu, mediasteninin farklı kompartmanlarında, farklı embriyolojik kökenden kaynaklanan iki ayrı mediastinal kistin, son derece nadir oluşu ve bu kistlerin eş zamanlı olarak, videotorakoskopik rezeksiyonunun başarıyla yapılabileceğini vurgulamak amacı ile sunduk.

Anahtar kelimeler: mediastinal kist, bronkojenik kist, perikardiyal kist, VATS

ABSTRACT

Primary mediastinal cysts are rare, congenital and benign lesions originating from various embryological tissue types. However, it can present with similar clinical and radiological findings at almost every age. We present this case to emphasize that two separate mediastinal cysts originating from different embryological origins in different compartments of the mediastinum are extremely rare and that these cysts can be simultaneously resected by videothoracoscopic surgery.

Keywords: mediastinal cyst, bronchogenic cyst, pericardial cyst, VATS

Alındığı tarih: 15 Kasım 2020
Kabul tarihi: 10 Aralık 2020
Yayınlandığı tarih: 31 Aralık 2020

Yazışma Adresi:

S. Yazgan

ORCID: 0000-0001-9763-6336

SBÜ Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları
ve Cerrahisi SUAM
İzmir - Türkiye

✉ serkanyazgan@gmail.com

A. Ucvet

ORCID: 0000-0002-5649-560X

SBÜ Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları
ve Cerrahisi SUAM
İzmir - Türkiye

GİRİŞ

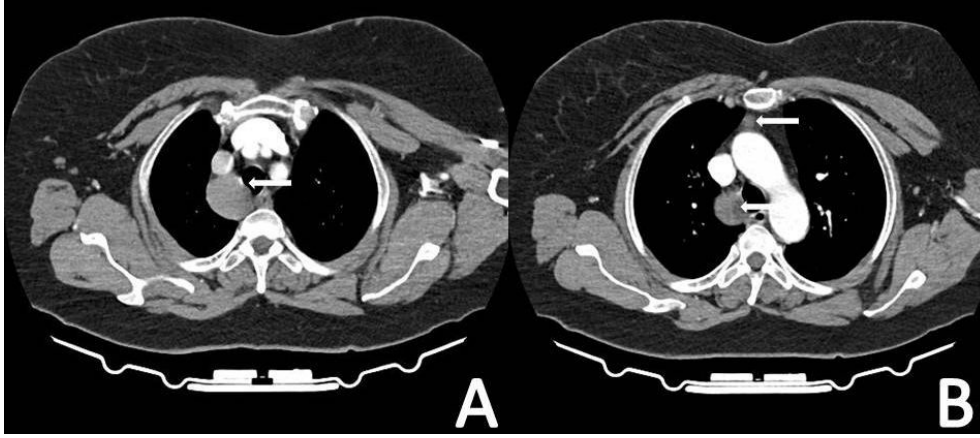
Primer mediastinal kistler (PMK) nadir görülen konjenital antitelere dir. Mediastinal lezyonlar arasında görülme sıklığı %20-32 kadardır ⁽¹⁾. Gebeliğin 6. haftası civarında ortaya çıkan, primitif foregut veya perikard ya da plevradaki gelişimsel anomalilerle ilişkilidirler ⁽²⁾. Sıklıkla asemptomatik olmaları nedeniyle, genelde ikinci dekattan sonra saptanırlar ^(2,3). Bronkojenik kist, perikardiyal kist, timik kist, özofagus duplikasyon kisti gibi birçok farklı patolojik tipi içerirler.

Mediastinal kistlerin cerrahi rezeksiyonu, patolojik teşhisi doğrular, kistlerin neden olduğu semptomları giderir ve konservatif tedaviler sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları önleyebilir. Bununla birlikte, bu kistlerin cerrahi yönetimi için kılavuzlar oluşturulmamıştır ve asemptomatik hastaların cerrahi olarak tedavi edilmesi gerekir gerekmediği belirsizliğini korumaktadır. Video yardımcı torasik cerrahi (VATS), minimal invaziv yapısı nedeniyle, mediastinal kistleri tedavi etmek için, son yıllarda yaygın olarak benimsenmiştir. Torakotomi ile karşılaştırıldığında VATS, yaşam

© Telif hakkı İzmir Göğüs Hastanesi'ne aittir. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır.
Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright İzmir Chest Hospital. This journal published by Logos Medical Publishing.
Licenced by Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)





Resim 1. Kistik lezyonları gösteren BT kesitleri.

A. Bronkojenik kistin trakea basısını gösteren kesit (beyaz ok).

B. Ön ve orta mediastende lokalize iki ayrı kistik lezyonu gösteren kesit (beyaz oklar).

kalitesi, güvenlik ve postoperatif komplikasyonların azlığı gibi avantajlarıyla ön plana çıkmaktadır.

Burada, aynı olguda nadiren eş zamanlı olarak saptanan, orta mediasten yerleşimli bronkojenik kist ve ön mediasten yerleşimli perikardiyal kistin, VATS ile başarılı tedavisini sunarken, mediastinal kistleri tedavi etmek için, VATS tekniğinin avantajlarını da vurgulamaktayız.

OLGU

Ellisekiz yaşında, sigara kullanmayan, kadın hasta, bir süredir devam eden öksürük yakınması ile merkezimize yönlendirildi. Non-spesifik tedavilere yanıt vermediği, ampirik antibiyotik kullanımını olduğu ve antitusif ilaçlarla öksürük yakınmasının geçmediği öğrenildi. Çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide (BT), iki adet kistik lezyon saptandı. Lezyonlardan biri orta mediastende, 30x40 mm, düzgün sınırlı, kistik görünümde, trakea alt kısmına sağ tarafta dıştan bası yapan lezyon görünümünde iken, diğeri anterior mediastende, 16x18 mm, düzgün sınırlı ve kistik dansitedeydi (Resim 1). İntravenöz kontrast enjeksiyonundan sonra her iki lezyonda da kontrastlanma yoktu. Daha ileri inceleme için, akciğer ve mediasten manyetik rezonans (MR) görüntüleme yapıldı. Görüntüleme sonucunda her iki kistik lezyondaki sıvıların T2 ağırlıklı MR görüntülerinde hipe-

rintens sinyal ve T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens sinyaller ürettiği saptandı. Lezyonların öncelikle benign natürde, konjenital mediastinal kistlerle uyumlu olabileceği belirtildi.

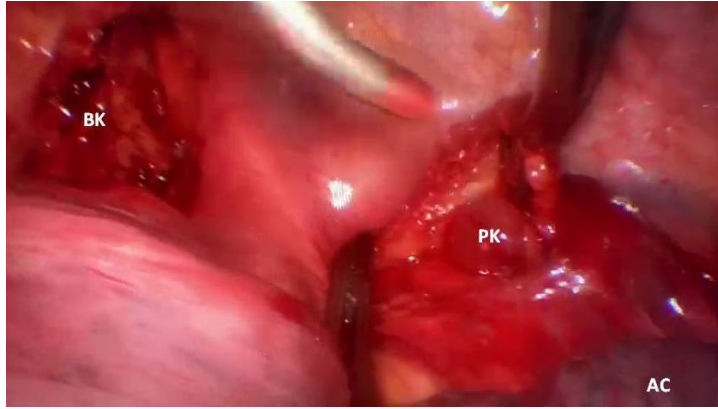
Saptanan mediastinal kistik lezyonların, hem kesin tanısını koymak hem de tedavisini yapmak üzere cerrahi kararı verildi. Preoperatif bronkoskopi, kistler ile trakeobronşiyal ağaç arasında herhangi bir bağlantı olmadığını gösterdi. Yapılan preoperatif planlamada, her iki lezyona da VATS prosedürü ile ulaşılacağı değerlendirildi. Hasta çift lümenli entübasyondan sonra, girişim yapılacak taraf üstte olacak biçimde lateral dekübit pozisyon verilerek operasyon masasına yatırıldı. Yeterli görüş açısının sağlanması ve kolay manüplasyon için triportal yaklaşım tercih edildi. Biri ön aksiller çizgi boyunca beşinci interkostal boşlukta, biri arka koltuk altı hattı boyunca beşinci interkostal boşlukta ve sonuncusu midaksiller çizgi boyunca yedinci interkostal boşlukta olmak üzere üç insizyon yapıldı. Toraksa 30° optik ile girilerek yapılan eksplorasyonda; sağ paratrakeal bölgede, azigos veni seviyesinin üzerinde, üzeri mediastinal plevra ile kaplı, yaklaşık 4x6 cm boyutunda, kistik natürde mediastinal lezyon izlendi. Mediastinal plevra açılarak lezyon, doku mühürleyici enerji cihazı da kullanılarak, künt ve keskin diseksiyonlar ile çevre yapılardan serbestleştirildi. Kistik lezyon perfore olmadan total olarak endo-



Resim 2. Bronkojenik kistin video yardımıyla cerrahiyle total eksizyon spesmeni.



Resim 3. Bronkojenik kist duvarı açıldığında içerisinde yer alan viskoz-mukoid sıvının görünümü.



Resim 4. VATS ile bronkojenik kist rezeksiyonu yapıldıktan sonra, anterior mediastende perikardiyal kistin ortaya konması aşaması (BK: bronkojenik kist, PK: perikardiyal kist, AC: akciğer).

bag yardımı ile çıkartıldı (Resim 2). Frozen section inceleme sonucu “içerisinde viskoz ve mukoid bir yapıda sıvı bulunan lezyon, bronkojenik kist ile uyumlu” olarak bildirildi (Resim 3). Toraks BT’de izlenen ön mediastendeki lezyonu eksplere etmek için, frenik sinirin anteriorundan mediastinal plevra açıldı. Yağlı doku içerisinde, perikard ile yakın komşulukta, yaklaşık 2x2 cm boyutunda, kistik natürde lezyon izlendi (Resim 4). Lezyon total olarak çıkartılıp frozen section inceleme ile çalışıldı. Sonuç; “ön mediastinal lezyon perikardiyal kist ile uyumlu” olarak bildirildi. Cerrahi işlem göğüs tüpü takılarak tamamlandı. Histoloji incelemesi,

tipik özellikleri ile bronkojenik kist ve perikardiyal kist tanısını doğruladı. Postoperatif seyir sorunsuz geçti ve hasta beşinci gününde taburcu edildi. Takibinin altıncı ayında kontrol BT taraması yapılan hastanın, nüks olmaksızın iyi durumda olduğu değerlendirildi.

TARTIŞMA

Bronkojenik ve perikardiyal kistler nadir konjenital patolojilerdir ve genellikle bir hastada sadece birisi görülür. Her iki antitenin birlikte görülmesi ise çok daha nadirdir. Bronkojenik kistler, primi-

tif ön bağırsaktan köken alan kistlerdir ve bu grup, foregut kistleri olarak sınıflandırılır. Diğer yandan perikardiyal kistler ise, mezotelyal kistler olarak tanımlanan bir başka grupta yer alır ⁽¹⁾. Perikardiyal kistler, ince duvarlı ve berrak bir sıvı içeriğe sahipken, bronkojenik kistler ise müsinöz bir sıvı içeriğe sahiptir ve sıvı; koyu sarı, gri-beyaz veya yeşil-kahverengi renklerde olabilir. Bronkojenik kistler, adından da anlaşılacağı gibi, trakeobronşiyal sistemden köken almaktadır ve lezyonun içi solunum sistemi epiteli ile döşelidir. Perikardiyal kistler ise, tek sıralı mezenkimal hücrelerden oluşan, uniloküler, pürüzsüz bir duvara sahiptir. Bronkojenik kist prevalansı 1:42.000 ile 1:68.000 olarak bildirilmiştir ⁽³⁾. Perikardiyal kist insidansı ise literatürde 1:100.000 olarak bildirilmektedir ⁽⁴⁾. Ancak kistlerin prevalansını tam olarak anlamak zordur. Çünkü bazı yaşlı hastalarda, sonsuza kadar sessiz kalan lezyonlar vardır. Her iki kistin de, cinsiyetler arasındaki dağılımında anlamlı bir fark yoktur ⁽⁵⁾.

Genellikle asemptomatik olan PMK'ler, insidental olarak saptanan antitelerdendir. Bununla birlikte, kistin yerleşim yerine spesifik olarak, ilerleyen yaşlarda, respiratuar sistem, kalp veya özofagusun basisına ya da stimülasyonuna bağlı olarak bazı semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Bu semptomlar, bizim olgumuzda da olduğu gibi, en sık öksürük olarak ortaya çıkmakta, bunun dışında ise; göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı gibi semptomlar görülebilmektedir.

Bronkojenik kistler daha çok orta ve üst mediastende bulunurken, perikardiyal kistler ise sağ anterior kardiyofrenik açıda lokalize olur. Ancak, mediasteninin herhangi başka bir yerinde de bulunabilirler ⁽⁵⁾. Kistlerin boyutları gittikçe artabilmekte, rüptüre olabilmekte ve enfekte olabilmektedirler. Malignite gelişimi ise, daha önceki bazı yayınlarda rapor edilmiştir fakat oldukça nadirdir ^(2,3).

Radyolojik olarak tanıda akla gelselerde, PMK tanısının kesinleştirilmesi, kistik lezyonun cerrahi bir yöntemle çıkarılması ve patolojik incelemeler sonucunda olmaktadır. Bazı cerrahlar, semptomatik olan ya da progresif biçimde büyüyen kistlerde cerrahi tedavi önermektedir. Asemptomatik has-

aların yönetimi ise hala tartışmalıdır. Her ne kadar cerrahi tedavi konusu tartışmaya açık bir konu olsa da, bu kistlerin büyüme eğilimi olması, boyut artışıyla doğru orantılı olarak, komşu olduğu organlarda işlev bozukluğuna neden olabilmesi, rüptüre olup enfekte olabilmesi ve az da olsa malign dönüşüm bildirilmiş olması nedeniyle, uygun vakalarda cerrahi olarak kistin çıkarılması, en uygun yaklaşım olarak görünmektedir. Son yıllarda, PMK cerrahi tedavisinde, bizim olgumuzda olduğu gibi, daha sık bir biçimde VATS teknikleri kullanılmaya başlanmıştır. Bu kistlerin birçoğu, VATS yöntemi ile rahatlıkla ve daha kısa sürede çıkarılabilmekte, bu sayede standart torakotomiye kıyasla, daha az anestezi süresi, daha az postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi kozmetik sonuç elde edilebilmektedir ⁽⁶⁾. Mediastinal kistlerin cerrahi tedavisinde, torakotomi ile VATS'ı karşılaştıran bir çalışmada; VATS ile ameliyat süresi 87,4 dakika iken, torakotomi ile bu süre 123,6 dakika olarak saptanmış ve aradaki fark, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ⁽⁷⁾. Aynı çalışmada bir başka karşılaştırma ise, postoperatif hastanede kalış süresi bakımından yapılmış ve torakotomi sonrası 8,2 gün olan bu süre, VATS sonrası 4,3 gün olarak saptanmış, aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç olarak, VATS tekniklerinin, mediastinal kist tedavisinde kullanımına dair, daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmakla beraber, VATS; düşük morbidite ve mortalite oranları, daha hızlı iyileşme ve daha kısa hastanede kalış süresi ile, maligniteyi ekarte etmemizi sağlayarak, kesin bir tedavi sunmaktadır. Bu nedenle, asemptomatik olgularda dahi, konservatif yöntemler yerine VATS, güvenilir, etkili ve standart bir yaklaşım olmayı vaat etmektedir.

Çıkar Çatışması: Herhangi bir kişi ve/veya kurumla ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Herhangi bir kişi ve/veya kurumdan herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Hasta Onamı: Hastadan bilgilendirilmiş onam alındı.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest with any person and / or institution.

Financial Support: No financial support has been received from any person and / or institution.

Informed Consent: Informed consent was obtained from the patient.

KAYNAKLAR

1. Yazıcı ÜE, Çelik A. Mediastinal kistik lezyonlar. *Toraks Cerrahisi Bülteni* 2011;2:66-72.
<https://doi.org/10.5152/tcb.2011.14>
2. Wang X, Li Y, Chen K, Yang F, Wang J. Clinical characteristics and management of primary mediastinal cysts: A single-center experience. *Thorac Cancer* 2020;11:2449-56.
<https://doi.org/10.1111/1759-7714.13555>
3. Takeda S, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Masaoka A, Matsuda H. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest*. 2003;124:125-32.
<https://doi.org/10.1378/chest.124.1.125>
4. Kar SK, Ganguly T. Current concepts of diagnosis and management of pericardial cysts. *Indian Heart J* 2017;69:364-70.
<https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.02.021>
5. Zambudio AR, Lanzas JT, Calvo MJR, Fernandez PJG, Paricio PP. Non-neoplastic mediastinal cysts. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2002;22:712-6.
[https://doi.org/10.1016/S1010-7940\(02\)00484-0](https://doi.org/10.1016/S1010-7940(02)00484-0)
6. Kumar A, Aggarwal S, Halder S, Kumar S, Khilnani GC. Thoracoscopic excision of mediastinal bronchogenic cyst: a case report and review of literature. *Indian J Chest Dis Allied Sci*. 2003;45:199-201.
7. Ulaş AB, Aydın Y, Eroğlu A. Comparison of video-assisted thoracoscopic surgery and thoracotomy in the treatment of mediastinal cysts. *Türk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg*. 2018;26:265-71.
<https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2018.15233>