

İki Olgu Nedeniyle Videotorakoskopik Cerrahi ile Bronkojenik Kist Ekstirpasyonu

Gökhan HACİBRAHİMOĞLU, Levent CANSEVER, Ümit AYDOĞMUŞ, Mehmet Ali BEDİRHAN

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Özet

29 ve 67 yaşında, arka mediasten yerleşimli kistik lezyonları olan iki olguya preoperatif hazırlıklar yapılarak videotorakoskopik cerrahi (VATS) ile kitle ekstirpasyon işlemi uygulandı. Histopatolojik sonuçları bronkojenik kist olarak raporlandı. Hastaların postoperatif ve takiplerinde herhangi bir problem görülmedi. Mediasten kistik lezyonlarında genellikle tanının doğrulanması ve tedavi amaçlı cerrahi rezeksiyon gereklidir. Geleneksel cerrahi yaklaşım torakotomi olmasına rağmen, VATS'in bu rezeksiyonlarda torakotomi yerine uygulanabilir yöntem olduğu düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Bronkojenik kist, VATS

Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi 2004; 11(3): 131-135

Summary

Bronchogenic cyst removal with video assisted thoracoscopic surgery: report of two cases

Two cases with cystic lesions situated on posterior mediastinum underwent cystic extirpation by video assisted thoracoscopic surgery (VATS) following preoperative evaluations. Histopathological outcomes were interpreted as bronchogenic cyst. No postoperative or follow-up complication was observed. It is often necessary to confirm the diagnosis and to perform a therapeutic surgical resection for cystic lesions in the mediastinum. Although the conventional surgical approach is thoracotomy, we suggest that video assisted thoracoscopic surgery is more convenient in such resections rather than thoracotomy.

Key words: Bronchogenic cyst, VATS

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2004; 11(3): 131-135

Giriş

Bronkojenik kistler, trakeobronşial ağacın gestasyonel 3-6. haftaları arasındaki gelişimi sırasında trakea divertikülünün anormal tomurcuklanmasıyla oluşur.^{1,2} Erken dönemlerde oluşanlar santral, daha sonraki dönemlerde oluşanlar ise periferik yerleşimlidir. Erişkin dönemde tanınan bronkojenik kistlerin semptomatik hale gelmeleri cerrahi tedavi endikasyonudur.³⁻⁵ Ayrıca ayırıcı tanılarının tam yapılabilmesi ve malign dejenerasyon veya enfekte olma ihtimallerine karşı rezeke edilmeleri önerilmektedir.⁶⁻¹⁰ Bronkojenik kistler seçilmiş hastalar olduğu takdirde videotorakoskopik olarak minimal morbidite ile tedavi edilebilir.^{11,12} Bu yazıda videotorakoskopik cerrahi (VATS) ile rezeke edilen iki bronkojenik kist olgusu sunulmuştur.

Olgu 1

67 yaşında erkek hasta; olguda 10 yıldır Tip II diabetes mellitus tanısı vardı. Hastada 5 yıldır dönem dönem ateş ve üşüme titreme şikayetleri oluyordu. 4 yıl önce bir başka merkezde sol akciğerde kist tanısı konulan hastaya operasyon önerilmiş, hasta kabul etmediği için opere edilmemişti. Son iki ayda yüksek ateş, üşüme ve baş dönmesi şikayetiyle kliniğimize başvuran hasta komplike kist ön tanısıyla yatırılmıştı. Fizik muayenesinde

patolojik bir bulgu yoktu. Hastanın toraks tomografisinde sol hilusun alt komşuluğunda, alt lob superior segmentinin medialinde, tabanı plevral yüze oturmuş, düzgün konturlu 3x5x4 cm boyutlarında kistik kitlesel lezyon mevcuttu (Resim 1). Ekinokok spesifik IgG negatif idi. Hastaya VATS işlemleri uygulanmasına karar verildi.

Cerrahi

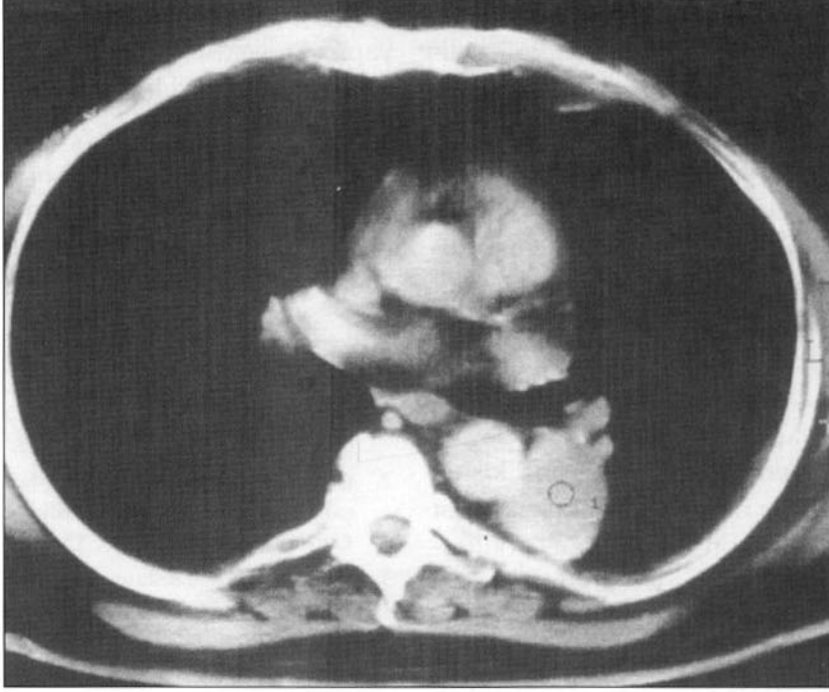
Sağ selektif çift lümenli entübasyon sonrası sol torakstan 4 adet [sağ posterior ve anterior aksiller hatta 4. ve 6. interkostal aralıktan (İKA) iki adet, sağ posterior ve anterior aksiller hatta 4. ve 6. İKA'dan iki adet] port insizyonu yapıldı. Posterior- da 6. İKA'daki porttan torakoskop sokuldu. Yapılan eksplorasyonda posterior mediastende 4x3 cm boyutlarında mass saptandı. Parankimde yoğun fibrotik yapışıklıklar görüldü. Anteriordaki 4. İKA'daki porttan akciğerin ekartmanı yapıldı, diğer iki porttan yapılan künt ve keskin disseksiyonlar ile fibröz bantlar ayrıldı. Oldukça viskoz olan kist mayii aspire edilip, kist total olarak çıkartıldı. Hastaya bir adet apikobazal toraks dreni konularak operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif birinci gün dreni çekilen hasta ikinci gün taburcu edildi. Piyesin histopatolojik incelenmesi sonucu bronkojenik kist olarak raporlandı. Postoperatif takibinde herhangi bir patoloji saptanmadı.



Resim 1

Olgu 1'in preoperatif toraks BT görüntüsü

**Resim 2**

Olgu 2'nin preoperatif toraks BT görüntüsü

Olgu 2

29 yaşında erkek hasta; son bir yıldır kuru öksürük, nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. Bu dönemlerde başvurduğu göğüs hastalıkları kliniğinde astım bronşiale tanısı konulmuş ve nonspesifik tedaviler almış, iki ay önce aynı şikayetler ile göğüs hastalıkları kliniğine başvurmuştu. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde; sağ alt lob superior segmentte paravertebral alanda 3 cm çapında düzgün konturlu nodüler lezyon tanımlanması üzerine hasta kliniğimize sevk edilmişti (Resim 2). Fizik muayenesinde; ekspiryum uzundu ve her alanda ekspiratuar ronküs alınıyordu. Lezyonun lokalizasyonu ve torakoskopik olarak çıkartılabileceği ön düşünülmesiyle VATS kararı verildi.

Cerrahi

Sol selektif çift lümenli entübasyon sonrası sağ 4. İKA'dan anterior ve posterior aksiller hatta iki adet port insizyonu yapıldı. Eksplorasyonda posterior mediastende paravertebral alanda 3x3 cm boyutlarında kistik lezyon saptandı. Vertebral bölgedeki yapışıklıklar künt ve keskin disseksiyonlar ile

ayrıldı. Kistin bütünlüğü bozulmadan serbestleştirildi ve "endobag"e alındı. Anterior aksiller hattaki port insizyonu 3 cm kadar genişletilerek kist total olarak çıkarıldı. Hastaya bir adet apikobazal toraks dreni konularak operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif 10. saatte astmatik kriz geçiren hastanın tedavisi düzenlendi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın dreni 2. gün çekildi. Postoperatif 2. gün taburcu edildi. Hastanın takibinde herhangi bir problem görülmedi.

Bir önceki olguda olduğu gibi bu postoperatif patoloji sonucu da bronkojenik kist olarak raporlandı.

Tartışma

Bronkojenik kistlerin büyük çoğunluğu subkral veya paratrakeal lokalizasyondadır, daha az olarak paraözofageal ve hiler yerleşimli olarak da görülürler.³ Erken embriyolojik dönemlerde oluşan santral (trakea boyunca ve karina çevresinde) daha sonraki dönemlerde oluşanlar ise, perife-

rik (akciğer parankimi içerisinde) yerleşimlidir.^{1,5,13} Nadiren presternal, supraklaviküler, intraperikardiyal ve subdiyafragmatik olarak da görülebilirler.^{2,7} Bizim iki olgumuzda da bronkojenik kist, arka mediasten yerleşimli idi ve akciğer parankimi ile ilişkisi yoktu.

Mediastinal bronkojenik kistler, mediastinal tümörlerin %5-10'unu oluşturmaktadır. Bronkojenik kistler iyi huylu tümörlerdir, semptom ve komplikasyonları oldukça çeşitlilik göstermektedir.¹⁴ Çocukluk çağında daha çok semptomatik olmakla birlikte semptomlar yaşa ve cinsiyete göre değişiklikler gösterir.^{5,15} Genel kanı yetişkin bir kişide semptomatik olsun ya da olmasın bronkojenik kist saptanırsa cerrahi rezeksiyon endikasyonu bulunduğu.^{3,4,6-10} Asemptomatiklerde cerrahi rezeksiyonun gereksiz olduğu da bildirilmektedir.¹⁶ Geleneksel cerrahi yaklaşım bronkojenik kistin torakotomi ile çıkarılmasıdır.^{12,17,18} Son zamanlarda VATS tecrübesinin artması, morbiditesinin ve mortalitesinin düşüklüğü nedeniyle torakoskopik girişimleri ön plana çıkarmıştır.¹¹ Biz de iki olgumuzda güncel olan VATS'ı uygulayarak bronkojenik kist ekzirtasyonu yaptık.

Bronkojenik kistlere preoperatif olarak kesin tanı koyduracak bir yöntem yoktur. Radyolojik, serolojik ve diğer tetkikler sadece bronkojenik kist tanısını şüphelendirmektedirler. Modern görüntüleme yöntemlerinin (bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon tomografi taraması gibi) doğru tanıyı koymada yeterli olduğunu bildiren yayınlar da olmasına¹⁶ rağmen, genel inanış kesin tanının hemen her zaman cerrahi sonrası histopatolojik olarak konulacağıdır.^{6,7}

Bronkojenik kistlerde nadir de olsa malignite gelişme riski mevcuttur.^{8,17} Parankime yerleşen bronkojenik kistlerde de özellikle anatomik cerrahi yapılmalıdır.^{6,13}

Seçilmiş olgularda bronkojenik kist rezeksiyonunun VATS ile yapılması kozmetik ve fonksiyonel avantajlarından dolayı tercih edilebilir.^{4,11,12} Özofagus, bronşa, perikard gibi vital yapılara olan yoğun yapışıklıklar açık torakotomiye geçmeyi gerektirebilir.^{4,5,12} Bu konuda preoperatif radyolojik

değerlendirmenin dikkatli yapılarak; kistin vital yapılarla ilişkisinin ve olası komplikasyonların açık torakotomiye gerektirmesi ihtimalinin belirlenmesi gerekmektedir.⁵

Sonuçta, bronkojenik kist şüphesi olan hastalar cerrahi olarak tedavi edilmelidirler. Uygun olan hastalara morbidite ve mortalite riski düşük olan VATS işlemi uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Shamji FM, Sachs HJ, Perkins DG. Cystic disease of the lungs. *Surg Clin North Am* 1988; 68: 581-620.
2. Barsotti P, Chatzimichalis A, Massard G, Wihlm JM. Cervical bronchogenic cyst mimicking thyroid adenoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 13: 612-4.
3. St.-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, et al. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg* 1991; 52: 6-13.
4. Cho DG, Kwack MS. Video-assisted thoracoscopic closure of the delayed bronchial rupture after thoracoscopic resection of mediastinal bronchogenic cysts. *Chest* 1999; 115: 257-9.
5. Şanlı A, Önen A, Ceylan E, Yılmaz E, Silistreli E, Açikel Ü. A case of a bronchogenic cyst in a rare location. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1093-4.
6. Endo C, Imai T, Nakagawa H, Ebina A, Kaimori M. Bronchioalveolar carcinoma arising in a bronchojenic cyst. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 933-5.
7. Okur E, Kır A, Okur HK ve ark. Bronkojenik kistlerde cerrahi tedavi. *Toraks Dergisi* 2002; 3: 66-9.
8. Bolton JW, Shahian DM. Asymptomatic bronchogenic cysts. What is the best management? *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 1134-7.
9. Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC, et al. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts: What is the best management? *Ann Thorac Surg* 1993; 55: 476-81.
10. Patel SR, Meeker DP, Biscotti CV, Kirby TJ, Rice TW. Presentation and management of bronchogenic cysts in the adult. *Chest* 1994; 106: 79-85.
11. Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE. Imaged thoracic surgery: a new thoracic technique for resection of mediastinal cysts. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 318-20.
12. Martinod E, Pons F, Azorin J, et al. Thoroscopic excision of mediastinal bronchogenic cysts: results in 20 cases. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 1525-8.
13. Ribet ME, Copin MC, Gosselin BH. Bronchogenic cysts of the lung. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 1636-40.
14. Kanemitsu Y, Nakayama H, Asamura H, et al. Clinical features and management of bronchogenic cysts: report of 17 cases. *Surg Today* 1999; 29: 1201-5.

15. Ribet ME, Copin MC, Gosselin B. Bronchogenic cysts of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109: 1003-10.
16. Ponn RB. Simple mediastinal cysts: resect them all? *Chest* 2003; 124: 4-6.
17. Barman AA, Moideen AS, Chaudry SS, Reich D. Laceration of the left pulmonary artery during removal of the bronchogenic cysts by right thoracotomy. *Chest* 1991; 100: 267-8.
18. Sirivella S, Ford WB, Zikria EA, Miller WH, Samadani SR, Sullivan ME. Foregut cysts of the mediastinum. Results in 20 consecutive surgically treated cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 90: 776-82.