

Bronkojenik kistler: İki olgu nedeniyle

Esra AKKÜTÜK ÖNGEL (*), Gülbanu HORZUM EKİNCİ (*), Ece ÇELİK (*), Osman HACIÖMEROĞLU (*), Güven BEKTEMUR (**), Murat KAVAS (*), Adnan YILMAZ (*)

ÖZET

Bronkojenik kistler, trakeobronşiyal ağacın ender görülen konjenital lezyonlarıdır. Genellikle mediastinum ve akciğerde lokalize olurlar. Bu makalede intratorasik bronkojenik kist tanılı iki erişkin olgu sunulmuştur. Bronkojenik kist bir olguda mediastende, diğer olguda akciğerde lokalize idi. Bir hasta eşzamanlı karaciğer hidatik kistine sahipti. Her iki olgu da semptomatik idi. Hastalara cerrahi tedavi uygulandı.

Anahtar kelimeler: bronkojenik kist, akciğer, mediasten, cerrahi

SUMMARY

Bronchogenic cysts: A report of two cases

Bronchogenic cysts are rarely seen congenital malformations of tracheobronchial tree. They are usually located in the mediastinum and intrapulmonary regions. In this paper two adult cases of intrathoracic bronchogenic cyst were presented. Bronchogenic cyst was located in the mediastinum (n=1) or in a intrapulmonary region. One patient had a synchronous hydatid cyst disease of the liver. The patients were symptomatic. The patients were treated by surgery.

Key words: bronchogenic cyst, lung, mediastinum, surgery

Bronkojenik kistler, gestasyonun 26. ve 40. günleri arasında “ventral foregutun” anormal dallanması ile oluşan konjenital lezyonlardır. Normal bronşta olduğu gibi solunum epiteli ile döşelidir ve mukus bezleri, kartilaj, düz kas ve elastik doku içerir⁽¹⁾. Sıklıkla mediasten ve akciğer parankiminde yerleşmekle birlikte boyun, batin ve retroperitoneal bölge gibi toraks dışı lokalizasyonlar da gösterebilirler^(2,3). Her yaş grubunda görülebilen bu kistler, çoğunlukla yakınmasız olmakla birlikte, ciddi klinik bulgulara da neden olabilirler⁽⁴⁾. Bu yazıda iki intratorasik bronkojenik kist olgusu sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGULAR

Olgu 1: Kırk bir yaşında, sigara içmeyen kadın hasta 2 haftadır devam eden terleme, öksürük, balgam ve ateş yakınmaları ile merkezimize başvurdu. Yaklaşık bir hafta önce antibiyotik tedavisi başlanan hastanın yakınmaları bu tedavi ile gerilememişti.

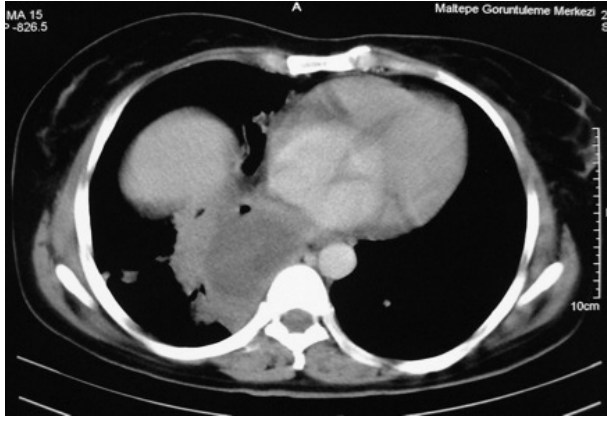
Arka-ön akciğer grafisinde sağ alt zonda, parakardiyak alanda nonhomojen yoğunluk artışı saptandı. Hastanın fizik bakışında kan basıncı 100/80 mm Hg, nabız 100/dk., ateş 37°C, solunum sayısı 16/dk ve SpO₂ % 95 olup, solunum sistemi ve diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Rutin laboratuvar incelemelerinde kronik hastalık anemisi, lökositoz (Lökosit sayısı: 25400/L) ve C-Reaktif Protein yüksekliği (220 mg/L) dışında bir özellik saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı 120 mm/saat idi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde, sağ akciğer alt lob süperior ve medial segmentler düzeyinde, paravertebral alanda, kalın duvarlı, içerisinde hava görünümüleri olan, 55x35 mm boyutlarında, iç yapısı sıvı dansitesinde lezyon ile lezyon komşuluğunda subsegmenter atelektaziler ve parankimal konsolidasyon alanları (Resim 1), karaciğer sol lob düzeyinde 85x70 mm boyutlarında, düzgün sınırlı ve kalın duvarlı, içerisinde hava görünümüleri olan sıvı dansitesinde lezyon (Resim 2) rapor edildi. Kist hidatik açısından serolojik testler negatif bu-

Geliş tarihi: 29.06.2012

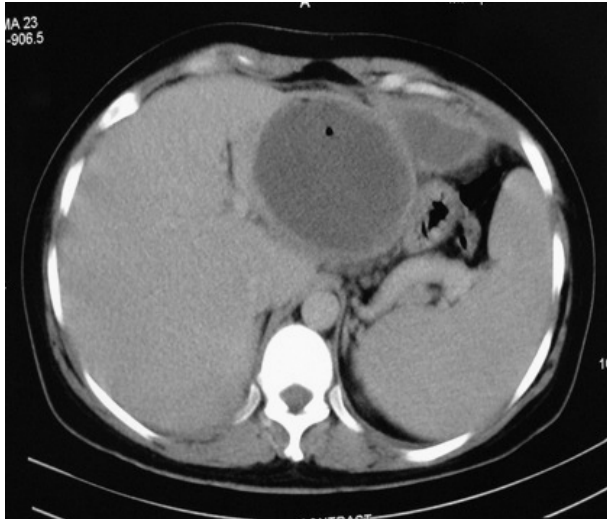
Kabul tarihi: 14.07.2013

*Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği; **Yavuz Sultan Selim Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

lunurken lökosit formülünde bir özellik yoktu. Fiberoptik bronkoskopi incelemesinde endobronşial sistem normal olarak değerlendirildi. Bronş lavajının patolojik incelemesinde enflamasyon bulguları mevcut olup, aside dirençli basil incelemesi negatif bulundu. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Toraks MR incelemesinde; sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte, paravertebral yerleşimli yaklaşık 30x45 mm boyutlarında düzgün sınırlı, kalın cidarlı, T2 kesitlerde hiperintens özellikte, içerisinde hava görünümleri bulunan heterojen kistik lezyon saptandı. Ek olarak karaciğer sol lobda yaklaşık 70x60 mm boyutlarında düzgün sınırlı,



Resim 1. Olgunun bilgisayarlı toraks tomografisi: Sağ akciğer alt lob superior ve medial segmentler düzeyinde, paravertebral alanda kalın duvarlı, içerisinde hava görünümleri olan, 55x35 mm boyutlarında, iç yapısı sıvı dansitesinde lezyon ile lezyon komşuluğunda subsegmenter atelektaziler ve parankimal konsolidasyon alanları.



Resim 2. Olgunun bilgisayarlı toraks tomografisi: Karaciğer sol lob düzeyinde 85x70 mm boyutlarında, düzgün sınırlı ve kalın duvarlı, içerisinde hava görünümleri olan sıvı dansitesinde lezyon.

ince cidarlı, T2 kesitlerdede içerisinde germinatif membran ve veziküller ile uyumlu heterojen sinyal intensitesinde alanlar ile hava görünümleri seçilen, kistik lezyon izlendi. MR incelemesi kist hidatik ile uyumlu olarak rapor edilen hasta akciğer ve karaciğer kist hidatik birlikteliği ön tanısı ile operasyon için cerrahiye nakledildi. Hastaya sağ torakotomi uygulanarak alt lobektomi yapıldı. Patolojik incelemenin sonucu enfekte bronkojenik kist olarak rapor edildi. Hasta karaciğerdeki lezyonu nedeniyle başka bir merkeze yönlendirildi. Yaklaşık 6 ay sonra merkezimize başvuran hastanın gönderildiği merkezde karaciğer kist hidatigi tanısı ile medikal tedavi (al-bendazol tedavisi) aldığı öğrenildi. Kontrol amaçlı bilgisayarlı tomografi incelemesinde akciğer açısından patoloji saptanmazken karaciğerdeki lezyonun da düzeldiği görüldü.

Olgu 2: Kırk yaşında, sigara içmeyen kadın hasta 2 aydır devam eden öksürük yakınması ile merkezimize başvurdu. Arka-ön akciğer grafisinde sağda paratrakeal alanda yoğunluk artışı görüldü. Fizik bakıda solunum sistemi ve diğer istemlere ait patolojik bulgu saptanmadı. Hemogram, biyokimya ve tam idrar incelemesini içeren rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. Eritrosit sedimantasyon hızı 40 mm/saat olarak ölçüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde; sağ paratrakeal bölgede 4.5x4x4 cm boyutlarında, kalın duvarlı, içinde hava imajı olan kistik lezyon görüldü (Resim 3). Fiberoptik bron-



Resim 3. Bilgisayarlı toraks tomografisi: Sağ paratrakeal bölgede 4.5x4x4 cm boyutlarında, kalın duvarlı, içinde hava imajı olan kistik lezyon.

koskopi incelemesinde endobronşiyal sistem normal olarak değerlendirildi. Lavaj ARB incelemesi negatif bulundu. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Hastaya sağ torakotomi uygulandı. Torakotomide orta mediastende, düzgün kenarlı, yaklaşık 5x4x4 cm boyutlarında semisolid lezyon saptandı ve kitle çıkartıldı. Patolojik inceleme sonucu bronkojenik kist olarak rapor edildi. Operasyondan 5 ay sonra yapılan kontrolünde patolojik bir bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

Bronkojenik kistler, trakeobronşiyal ağacın anormal tomurcuklanması sonucu gelişen ve ender görülen benign lezyonlardır⁽⁵⁾. İlk olgunun 1859 yılında Meyer tarafından yayınlamasını takiben yeni doğandan erişkinlere kadar her yaş grubundan yakınmalı ve yakınmasız olgular rapor edilmektedir⁽⁴⁾. Bu kistlerin çoğunluğu mediastende yerleşirken bunu sıklık açısından akciğer parankimi izlemektedir. Bronkojenik kistler, tüm mediasten kitlelerinin % 6.3'ünü ve mediasten kistlerinin de yaklaşık % 34'ünü oluştururlar⁽⁶⁾. Bu kistlerin yaklaşık % 15-20'si akciğerde yerleşmektedir⁽²⁾. Ender olmakla birlikte boyun, batin, retroperitonel bölge, cilt, diyafragma ve supraklavikuler bölge gibi başka alanlarda lokalize olgular da bildirilmiştir⁽²⁻⁴⁾. Bu makalemizde intratorasik bronkojenik kist tanılı 2 olgumuzu sunduk. Olgularımızın her ikisi de kadın olup, yaşları 40 civarında idi. Lezyon bir olgumuzda akciğer parankimi diğer olgumuzda ise mediasten lokalizasyonu gösteriyordu. Lee ve ark.⁽⁷⁾, 24 olguluk serilerinde kadın ve erkek olgu sayısının eşit olduğunu, olguların yaşlarının 5-64 yıl arasında değiştiğini (ortalama 26.4 yıl) ve % 62,5 olgunun mediasten lokalizasyonuna sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise, değerlendirilen 22 olgudan 18'inin erkek olduğu, olguların yaşlarının 1-38 yıl arasında değiştiği ve kistin 14 olguda mediastende yerleştiği rapor edilmiştir⁽⁸⁾.

Bronkojenik kistler erişkin hastalarda çoğunlukla yakınmasız olup, sıklıkla rastlantısal olarak saptanırlar⁽⁹⁾. Tiwari ve ark.⁽⁶⁾, olguların yaklaşık 2/3'sinin

yakınmasız olduğunu bildirmişlerdir. Yakınmaların varlığı hastanın yaşı, kistin lokalizasyonu ve boyutuna bağlı olarak değişmektedir. Yakınmasız olguların % 30-65'inde takip sürecinde yakınmaların ortaya çıktığı bildirilmiştir⁽⁹⁾. Bronkojenik kistler, infeksiyon, kanama, trakea ve major hava yolu basısı, vena kava superior sendromu, plörezi, pnömotoraks ve malignite gelişimi gibi komplikasyonlara yol açarak yakınmaların ortaya çıkmasına neden olabilirler^(6,9,10). Marshall ve ark.⁽¹⁰⁾, olgularında bronkojenik kiste bağlı atrial fibrilasyon, perikard ve plevra efüzyonu, pulmoner ven trombozu ve vena kava superior sendromu geliştiğini rapor etmişlerdir. İntratorasik bronkojenik kist tanılı 24 olguluk bir seride en sık saptanan yakınmanın öksürük olduğu, bunu sıklık açısından ağrı, ateş ve balgam yakınmalarının izlediği bildirilmiştir⁽⁷⁾. Olgularımızın her ikisi de yakınmaları sahip olup her iki olgu da öksürük tanımlıyordu. Birinci olgumuzda komplikasyon olarak infeksiyon geliştiğinden bu olguda öksürüğe ek olarak ateş ve balgam yakınmaları da mevcuttu.

Bronkojenik kistler, farklı radyolojik görünümlemlerle karşımıza çıkabilirler. Lee ve ark.⁽⁷⁾, göğüs grafilerinde, mediastinal lokalizasyonlu kistlerin sıklıkla homojen kitle veya hava-sıvı seviyeli kistik lezyon şeklinde karşımıza çıktığı, çok sayıda olguda da lezyonun grafilerde saptanamadığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, akciğer lokalizasyonlu kistlerin ise radyolojik olarak homojen kitle, hava-sıvı seviyeli kistik lezyon veya konsolidasyon şeklinde görünüm verdiklerini rapor etmişlerdir. Bu çalışmada, homojen solid kitle, homojen kistik kitle ve hava-sıvı seviyeli heterojen kistik kitleler ise her iki lokalizasyonlu bronkojenik kistlerin bilgisayarlı tomografi bulguları olarak tanımlanmıştır. Topal ve ark.⁽⁵⁾, bu kistler için benzer radyolojik görünümlemler tanımlamışlardır. Birinci olgumuz radyolojik olarak akciğer parankiminde hava içeren kistik lezyon ve konsolidasyon, ikinci olgumuz ise mediastende hava içerikli kistik lezyon görünümündeydi. Akciğer parankiminde yerleşen bronkojenik kistlerin ayırıcı tanısında akciğer apsesi, mantar infeksiyonları, tüberküloz, hidatik kist, enfekte bül ve maligniteler öncelikle düşünülmesi gereken lezyonlardır⁽⁸⁾.

Bronkojenik kistler, hidatik kisti taklit edebilir ve bu hastalıkla karışabilir ⁽²⁾. Birinci olgumuzda akciğerdeki lezyonla eşzamanlı olarak karaciğerde kistik lezyon saptanmıştı. MR incelemesinde karaciğerdeki lezyon hidatik kist ile uyumlu bulununca akciğerdeki lezyon da hidatik kist olarak değerlendirilmişti. Bu olguda bronkojenik kist tanısı cerrahi materyalin patolojik incelemesi sonucu elde edilmişti.

Bronkojenik kistlerin seçkin tedavisi cerrahidir. Transbronşiyal, transkutanöz ve transözafageal aspirasyonlar yüksek nüks oranı nedeniyle bu lezyonların tedavisinde fazla tercih edilmemektedir ⁽⁴⁾. Yakınmalı olgularda, torakotomi veya VATS aracılığıyla mediasten lezyonlarında lezyonun komplet olarak çıkartılması, akciğer lezyonlarında ise lobektomi uygulanması en seçkin tedavi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir ^(4,6-9,11). Yakınmasız olgulara cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmaması tartışmalı olmakla birlikte, yakınmasız olgularda zaman içinde yakınmalar ortaya çıkması, çeşitli komplikasyonlar gelişmesi ve bu durumda cerrahi teknik açısından zorluk yaşanması, malign değişim görülebilmesi, cerrahi tedavinin başarılı sonuçları ve genç hastalardaki düşük cerrahi risk gibi gerekçelerle bu olgulara da cerrahi tedavi uygulanması fikri yaygın olarak kabul görmektedir ^(6,8,11). Olgularımızın ikisine de cerrahi tedavi uygulandı. Akciğer lokalizasyonu gösteren birinci olgumuza sağ alt lobektomi yapılırken, mediasten lokalizasyonlu ikinci olgumuzda bronkojenik kist torakotomi yapılarak çıkartıldı. Olgularımızın takiplerinde nüks saptanmadı.

Sonuç olarak, bronkojenik kistler farklı radyolojik görüntümler ile karşımıza çıkabilirler. Bu lezyonların tanı ve tedavisinde cerrahi seçkin yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Yoon YC, Lee KS, Kim TS, Kim J, Shim YM, Han J. Intrapulmonary bronchogenic cyst: CT and pathologic findings in five adult patients. *AJR* 2002;179:167-70. <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.179.1.1790167>
2. Parray FQ, Sherwani AY, Dangroo SA, Bisati RA, Malik NS. Retroperitoneal bronchogenic cyst mimicking hydatid liver: a case report. *Case Report Surgery* 2012;ID312147
3. Moz U, Gamba P, Pignatelli U et al. Bronchogenic cysts of the neck: a rare localization and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2009;29:36-40.
4. Lesaffer J, Heremans B, De Leyn P, Raemdonck DV. Video-assisted mediastinoscopic resection of large symptomatic bronchogenic cyst. *Interactive Cardiovasc Thoracic Surg* 2011;12:1071-3. <http://dx.doi.org/10.1510/icvts.2010.262899>
5. Topal U. Bronkojenik kist: radyolojik görüntümler. *Tanıs ve Girişimsel Radyoloji* 2003;9:333-8.
6. Tiwari MK, Yadav R, Mathur RM, Shrivastava CP. Mediastinal bronchogenic cyst presenting with dysphagia and back pain. *Lung India* 2010;27:86-8. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-2113.63612>
7. Lee DH, Park CK, Kum DY, Kim JB, Hwang I. Clinical characteristic and management of intrathoracic bronchogenic cysts: a single center experience. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2011;44:279-84. <http://dx.doi.org/10.5090/kjtc.2011.44.4.279>
8. Sarper A, Ayten A, Gılbasi İ, Demircan A, Isin E. Bronchogenic cyst. *Tex Heart Inst J* 2003;30:105-8.
9. Yohena T, Kuniyoshi M, Kono T et al. Novel approach for a pulmonary bronchogenic cyst: a report of a case. *Ann Thorax Cardiovasc Surg* 2005;11:249-51.
10. Marshall G, Cheah C, Lenzo NP. Bronchogenic cyst with multiple complications. *BIJ* 2007;3:e42.
11. Granato F, Luzzi L, Voltolini L, Gotti G. Video-assisted mediastinoscopic resection of two bronchogenic cysts: a novel approach. *Interactive Cardiovasc Thorac Surg* 2010;11:335-6. <http://dx.doi.org/10.1510/icvts.2010.235242>