

Bronkojenik Kistler

Subcarinal Giant Bronchogenic Cyst

Burhan Apilioğulları¹,
Sami Ceran¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Geliş Tarihi/Received: 08 Ekim 2018
Kabul Tarihi/Accepted: 14 Aralık 2018

Yazışma Adresi: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
e-posta: bapiliogullari@yahoo.com

ORCID

Burhan Apilioğulları

<https://orcid.org/0000-0001-8257-7847>

Sami Ceran

<https://orcid.org/0000-0003-1596-0760>

Öz

Bronkojenik kistler (BK) ventral foregut gelişimi sırasında ortaya çıkan nadir konjenital malformasyonlardır. Bronkojenik kistler, embriyogenez sırasında (4-6. haftalar arası) bronşiyal ağacın anormal tomurcuklanması sonucu oluşur. Çoğu bronkojenik kist mediastende köken alırken, akciğer parankiminde % 15 ile % 20 arasında görülür. Literatüre göre, alt loblarda intrapulmoner kistlerin çoğu ortaya çıkmaktadır. Ancak bronkojenik kistler genellikle orta ve üst mediastende bulunurlar. Hastamızdaki bronkojenik kist subkarinal yerleşimli idi. Dev boyutta olması ve iki hemitoraksa yayılması açısından dikkat çekici idi. Bronkojenik kistler genellikle asemptomatiktir ve sıklıkla diğer nedenlerle rutin göğüs röntgen sırasında tesadüfen tanısı konur. Erişkin yaşlara kadar tespit edilemeyebilirler. Bizim hastamız 56 yaşındaydı. Belirgin bir semptomu yoktu. Hasta öksürük nedeniyle kliniğimize başvurdu ve bronkojenik kisti tespit edildi. Bronkojenik kistin temel tedavisi cerrahi eksizyondan oluşur. Ancak, rezeksiyonun yapılmadığı durumlarda, epitel olgumuzdaki gibi soyulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik kist, mediasten, dev kist, konjenital malformasyon, intrapulmoner kist

Abstract

Bronchogenic cysts (BC) are rare congenital malformations arising during the development of the ventral foregut. Bronchogenic cysts form as a result of abnormal budding of the bronchial tree during embryogenesis (between 4th-6th weeks). Most bronchogenic cysts originate in the mediastinum, while 15% to 20% occur in the lung parenchyma. According to the literature, most intrapulmonary cysts occur in the lower lobes. But bronchogenic cysts are commonly found in the middle and superior mediastinum. The bronchogenic cyst in our patient was subcarinal. It was striking in terms of its giant size and laying on two hemithoraxes. The bronchogenic cysts are usually asymptomatic and often diagnosed incidentally during routine chest roentgenogram for other reasons. They may not be detected until adulthood. Our patient was 56 years old. She had no obvious symptoms. The patient was referred to our clinic because of cough, and her bronchogenic cyst was determined. Basic treatment of bronchogenic cyst consists of surgical excision. However, in cases where resection cannot be performed, the epithelium should be peeled as in our case.

Keywords: Bronchogenic cysts, mediastinum, giant cyst, congenital malformation, intrapulmonary cyst

GİRİŞ

Bronkojenik kistler, embriyolojik gelişim sürecindeki ventral foregutun 26. ve 40. günlerinde anormal tomurcuklanmasından kaynaklanan konjenital lezyonlardır (1). Bronş tomurcukları Trakeobronşiyal sistemden erken dönemde ayrılırlar ise, mediastende farklı lokalizasyondaki ektrapulmoner bronkojenik kistleri oluştururlar (2). Bronş tomurcuklarındaki ayrılma daha geç dönemde olursa, ayrılan bronş tomurcukları akciğer parankimi içinde gelişerek intrapulmoner bronkojenik kist oluşmasına neden olur. Bu kistler bronkojenik kistlerin %25'ini oluştururlar ve lokalizasyon olarak Akciğer parankiminde yerleşim gösterdiklerinde genelde alt loblarda görülürler (3).

Ekstrapulmoner bronkojenik kistler bronkojenik kistlerin %75'ine dek gelmektedir. Çoğunlukla

posterior mediastende bulunmakla beraber, superior mediasten, perikarinal ve subkarinal alanda yerleşen bu lezyonlar, nadir de olsa mediastenin diğer kompartmanları ve diğer komşu yerleşim gösterebilirler (4). Servikal, larengeal ve intradiyafragmatik olarak atipik bölgelerde de yerleşebilir (5).

OLGU

Z.D.56 yaşında, bayan hasta, nonspesifik semptomlara sahipti. Şiddetli olmayan öksürük, balgam çıkarma dışında şikayeti yoktu. Özgeçmiş ve soy geçmişi sorgulandığında hipotroidi dışında belirgin bir özellik tespit edilmedi. Hastadan alınmış olan Toraksın Bilgisayarlı Tomografisinde; Mediastende kalbin posteroinferior komşuluğunda, venakava inferior anteriorundan sağ atrium komşuluğunda ve

Atıf yapmak için: Apilioğulları B, Ceran S. Bronkojenik Kistler. Selcuk Med J 2020;36(1): 62-64

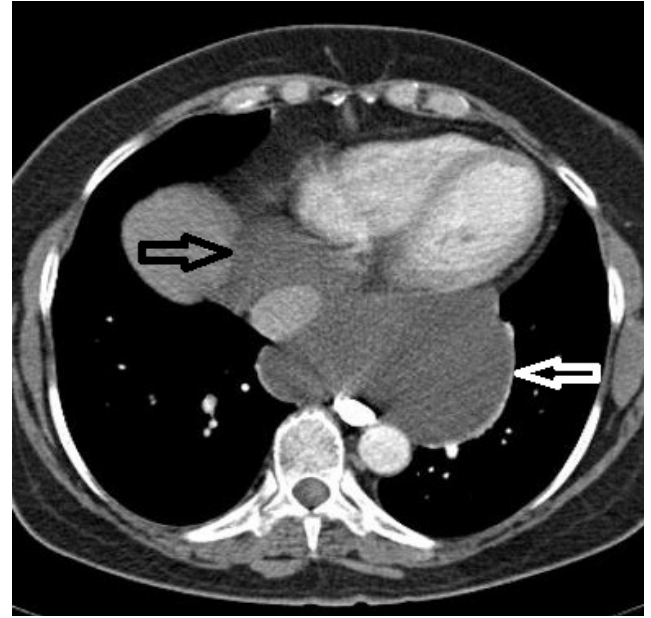
Açıklama: Yazarların hiçbirisi, bu makalede bahsedilen herhangi bir ürün, aygıt veya ilaç ile ilgili maddi çıkar ilişkisine sahip değildir. Araştırma, herhangi bir dış organizasyon tarafından desteklenmedi. Yazarlar çalışmanın birincil verilerine tam erişim izni vermek ve derginin talep ettiği takdirde verileri incelemesine izin vermeyi kabul etmektedirler.

her iki hemitoraksa uzanan biloküle yaklaşık 139x50 mm boyutlarında pürkistik lezyon tespit edildi (resimler buraya konabilir). Hasta elektif şartlarda operasyona alındı. Sağ posterolateral torakotomi uygulandı. Özefagus diyafraghma ve kalp komşuluğunda frenik sinir altında uzanan mediastinal plevrada kistik yapı tespit edildi. Kistin çok büyük olduğu ve karşı hemitoraksa uzandığı görüldü. Hastaya klasik sağ posterolateral torakotomi uygulandı. Operasyon sahasını rahatlatmak ve güvenli manüplasyon için ilk önce kistetomi uygulandı (operasyona ait resim varsa eklenebilir). Kistin içeriği aspire edildi. Kistin total olarak eksize edilemeyeceği anlaşıldı. Kist epiteli debride edildi ve soyuldu. Hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Bronkojenik kistlerin çoğu girişte de bahsettiğimiz gibi %75 oranında ekstrapulmoner olarak trakeobronşiyal ağaç boyunca mediastende yer alırlar ve tüm mediastinal kistlerin yarısından fazlasını oluştururlar. Bizim vakamızda olduğu gibi subkarinal yerleşim sıklıkla rastlanır. Kistler siliyer kolon veya kuboidal epitel ile kaplıdır ve kıkırdak, düz kas, elastik doku ve mukus bezleri dahil olmak üzere normal bronşlarınkine benzer dokularla çevrelenmiştir, genellikle tek ve unioküledir (6,7). Bronkojenik kistlerin çoğu asemptomatiktir. Klinik görünümü çeşitli varyasyonlar gösterir ve çok değişken olabilir. Tanı tesadüfen konur. Semptomlar komplikasyonların sonucudur. Etraf dokulara ve yapılar bası, kist içeriğinin enfekte olması, plörezi, pnömotorks, malignite gelişimi ve rüptür başlıca komplikasyonlar iken, vena kava superior sendromu, aritmi, pulmoner arter stenozu, miyokard infarktüsü daha nadir görülen komplikasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu komplikasyonlar sonucunda görülen semptomların başında göğüs ağrısı, disfaji, dispne ve öksürük, ateş ve hemoptizi gelmektedir (8). Daha küçük yaşlarda, özellikle yenidoğanlarda sıklıkla stridor başlangıç semptomu olabilir.

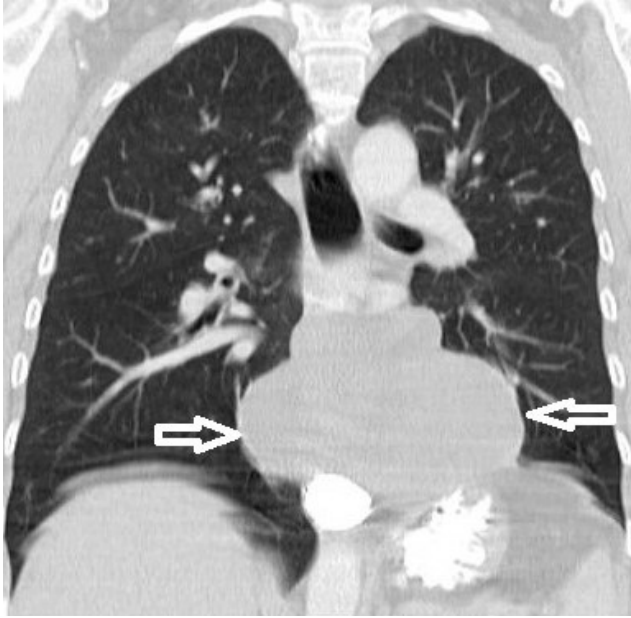
Radyolojik olarak düz akciğer grafilerinde genel olarak homojen düzgün sınırlı, yuvarlak-oval olup nonkalsifiye uniloküler lezyonlardır. Lezyonların değerlendirilmesinde bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme yol göstericidir. BT kistin büyüklüğünü ve şeklini göstermede ve diğer yapılar göre konumunu belirlemede oldukça değerlidir (Şekil 1). Hidatik kistleri taklit edebilirler. Bronkojenik kistler, sıklıkla trakea ve ana bronşlarla



Şekil 1. Toraks BT: Mediastende kalbin posteroinferior komşuluğunda, yaklaşık 139x50 mm boyutlarında kistik lezyon

yakın ilişkili olup kistlerin çapları 2-10 cm arasında değişebilir. Farklı boyut ve şekillerde karşımıza çıkabilirler (Şekil 2). Kist içeriği müsinöz gri-beyaz renkli bir sıvıdır. Enfekte olduklarında içeriğin vasfı da değişebilir. Ayırıcı tanıda, trakeal divertiküler oluşumlar, lenfoepitelyal kistler, laringosel, faringosel, tiroid adenomları akciğer abseleri, hidatik kist, lobar amfizem ve tüberküloz göz önünde bulunması gerekir.

Bronkojenik kistlerde tedavide takip önerilmez. Hastalar asemptomatik olsalar bile ileride komplikasyonların çıkma ihtimalinin yüksekliği, özellikle pediatrik hastalarda yer kaplayarak organ gelişimini engelleyebileceği, trakeal sisteme bası sonucunda solunum sıkıntısı hatta ölüme neden olabileceği, erişkin hastalarda ise malign dejenerasyon olasılığı, ileride oluşabilecek semptomlar, rekürrens ihtimali gibi nedenlerden dolayı kistlerin mutlaka eksize edilmesi gerektiği birçok cerrah tarafından savunulmaktadır (2,3). Tam eksize sonrası prognoz tüm hastalarda mükemmeldir. Cerrahi yaklaşım olarak kas koruyucu torakotomi, sternotomi, video yardımcı cerrahi uygulanabilir. Komplet eksize yapılamayan vakalarda nüks görülme ihtimali vardır. Ancak yapışıklıklar ve lokalizasyonu nedeniyle komplet eksize mümkün olmadığı vakalarda mutlaka kist içi açılarak mukozanın soyulması önerilir. Transtrakeal ve perkütan kist aspirasyonları ameliyat



Şekil 2. Toraks MR: Mediastende kalbin posterior inferior komşuluğunda yaklaşık 135x65 mm boyutlarında T1'de hipointens T2 hiperintens sinyal özelliği gösteren düzgün lobüle konturlu septasyon ve solit komponent içermeyen kist

alternatifi olarak önerilmiştir, ancak bu yöntemler, ciddi bir morbidite oranı taşıyan olası kist nüksü nedeniyle yaygın olarak kabul edilmemektedir (9). Son zamanlarda video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) özellikle posterior bronkojenik mediastinal kistlerde sık kullanılmaya başlanmıştır (10).

SONUÇ

Bronkojenik kistler, embriyolojik gelişim sürecindeki anormal tomurcuklanmasından kaynaklanan konjenital lezyonlardır. İntrapulmoner, mediastinal, servikal, larengeal ve intradiyafragmatik olarak atipik bölgelerde de görülebilirler. Genellikle asemptomatik olmalarından dolayı sıklıkla tesadüfen tanısı konur. Mediastinal ya da intrapulmoner kistik yapılarda aklımızda bronkojenik kist olma olasılığı bulunmalıdır. Temel tedavisi cerrahi eksizyondur. Ancak, rezeksiyonun yapılamadığı durumlarda, epitel olgumuzdaki gibi soyulmalıdır.

Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir finansal çıkar çatışması yoktur.

Yazışma Adresi: Burhan Apilioğulları, Necmettin Erbakan

Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı,
Konya, Türkiye
Tlf: 0 332 2236000/7405 e mail: bapiliogullari@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Wang X, Chen K, Li Y, et al. The Video-assisted thoracic surgery for mediastinal bronchogenic cysts: A single-center experience. World J Surg 2018;42(11):3638-45.
2. Caterino U, Amore D, Cicalese M, et al. Anterior bronchogenic mediastinal cyst as priority procedure for robotic thoracic surgery. J Thorac Dis 2017;9(8):E674-6.
3. Eldem B, Yıldızeli B. Bronchogenic cyst. Türkiye Klinikleri j thor surg-special topics 2012;5(1):285-91.
4. McAdams HP, Kirejczyk WM, Rosado-de-Christenson ML, et al. Bronchogenic cyst: Imaging features with clinical and histopathologic correlation. Radiology 2000;217:441-6.
5. Gao X, Zhai M, Zhang H, et al. A giant intradiaphragmatic bronchogenic cyst: Case report and literature review. Tumori 2017;15;103(Suppl. 1):e25-7.
6. Gündoğdu AH, Gülbahar G, Koçer B. Mediastinal kistler. Yüksel Mustafa, Balcı Akın Eraslan editör. Göğüs Cerrahisi Kırmızı Kitap 2. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi 2015.721-9.
7. Georges RS, Deslauriers J, Duranceau A, et al. Bronchogenic cysts of mediastinum and lung. Ann Thorac Surg 1991;52:6-13.
8. Chhabria BA, Agarwal R, Garg M, et al. A rare cause of airway obstruction: Mediastinal cyst secondarily infected with Mycobacterium tuberculosis. Lung India 2018;35(5):421-4.
9. Sarper A, Ayten A, Golbasi I, et al. Bronchogenic cyst. Tex Heart Inst J 2003;30(2):105-8.
10. Kumar A, Asaf BB. Robotic thoracic surgery: The state of the art. J Minim Access Surg 2015;11:60-7.