



ODÜ Tıp Dergisi / ODU Journal of Medicine
http://otd.odu.edu.tr

Araştırma Yazısı

Odu Tıp Derg
(2016) 3: 59-63

Research Article

Odu J Med
(2016) 3: 59-63

Perikardiyal kistlerde total cerrahi eksizyonun etkinliği
Usefulness of total excision of pericardial cysts

**Yasemin Bilgin Büyükkarabacak¹, Burçin Çelik¹, Mehmet Gökhan Pirzireni², Ayşen Taslak Şengül²,
Ahmet Başoğlu²**

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Yazının geliş tarihi / Received: 12 Şubat 2015/Feb 12, 2015

Düzeltilme / Revised: 13 Temmuz 2015/July 13, 2015

Kabul tarihi / Accepted: 21 Temmuz 2015/July 21, 2015

Özet

Amaç: Perikardiyal kistler, paryetal perikarddan köken alan, genellikle kardiyofrenik açıya yerleşen, nadir görülen konjenital patolojilerdir. Bu çalışmada, perikardial kist tanısı ile ameliyat edilen hastaların, yaş, cinsiyet, semptom, tanı yöntemleri, tedavi yöntemleri, morbidite ve mortalite açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve yöntem:** Kliniğimizde, 2007-2014 tarihleri arasında perikardiyal kist nedeniyle ameliyat edilen 13 hasta yaş, cinsiyet, semptom, tanı yöntemleri, kistin yerleşim yeri, tedavi yöntemleri, morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi. Kistler 5 hastada sağ torakotomi, 4 hastada sol torakotomi, 1 hastada sternotomi ve 3 hastada video yardımcı torakoskopik cerrahi ile çıkarıldı. **Bulgular:** Hastaların 9'u kadın, 4'ü erkekti. En sık semptom hastaların göğüs ağrısıydı. Kistlerin 9'u sağ kardiyofrenik, 4'ü sol kardiyofrenik bölgedeydi. Bütün hastalarda kistler total olarak çıkarıldı. Mortalite izlenmedi. Bir olguda, yara yeri enfeksiyonu, bir olguda, intratorasik hematoma görüldü. Doksan ay takip süresinde nüks görülmeydi. **Tartışma:** Perikardiyal kistler tanı koyulduğunda, eksizye edilmelidir. Total eksizyon, cerrahide ana prensip olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Perikardial, kist, cerrahi

Abstract

Introduction: Pericardial cysts are originated from the parietal pericardium, and usually settled in terms of cardiophrenic. In this study, it is aim to evaluate of patients who underwent surgical treatment due to pericardial cyst for age, sex, symptoms, diagnosis, location of the cyst, treatment, morbidity and mortality. **Material-Methods:** Between 2007-2014, in our clinic, 13 patients who were operated due to pericardial cyst were evaluated for age, sex, symptoms, diagnosis, localization of the cyst, treatment, morbidity and mortality. Cysts removed in 5 patients via right thoracotomy, in 4 patients via left thoracotomy, in 1 patient via sternotomy in 3 patients via video assisted thoracoscopic surgery. **Results:** Of the patients, 9 were female and 4 were male. The most common symptom was chest pain. Of the cysts, 9 were identified in right cardiophrenic angle, 4 were identified in left cardiophrenic angle. In all patients, cysts were excised totally. There was no mortality. We determined wound infection in one case and intrathoracic hematoma in one case. No recurrence was observed during 90 months follow-up. **Conclusion:** When the pericardial cysts are diagnosed, it should be excised. Total excision must be main principle of surgery.

Key words: Pericardial, cyst, surgery

Giriş

Perikardiyal kistler (PK), ilk olarak His tarafından 1881 yılında tanımlanmıştır. Nadir görülen konjenital patolojilerdir. İnsidans ortalama 1/100.000 oranında bildirilmektedir. Genellikle kardiyofrenik açığa yerleşirler. İnce duvarlı, berrak sıvı içeriği olan, çapları 3–30 cm arasında değişebilen lezyonlardır (1). Bu çalışmanın amacı; PK tanısı ile ameliyat edilen hastaların, yaş, cinsiyet, semptom, tanı yöntemleri, tedavi yöntemleri, morbidite ve mortalite açısından incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

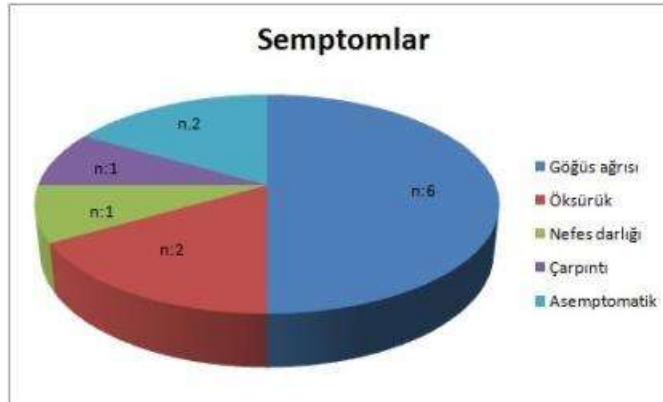
Kliniğimizde, 2007-2014 tarihleri arasında ameliyat edilen ve histopatolojik olarak PK tanısı konulan 13 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm hastalara preoperatif akciğer grafisi, bilgisayarlı toraks tomografisi (BTT) çektilirdi (Resim1). Büyük, etraf doku ile sınırları belirlenemeyen ve ayırıcı tanıda zorluk yaşanan 3 hastaya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yaptırıldı (Resim 2). Bütün hastalara genel anestezi altında çift lümenli entübasyonla müdahale edildi. Kist, 5 hastada sağ torakotomi, 4 hastada sol

torakotomi, 1 hastada sternotomi ve 3 hastada VATS ile çıkarıldı. Sternotomi yapılan hastada, by pass sırasında tesadüfen görülen perikardial kist eksize edildi.

Bulgular

Hastaların 9'u (%66) kadın, 4'ü (%34) erkekti. Yaş ortalaması 48 (26-67) idi. En sık görülen semptom göğüs ağrısıydı (%50). Diğer semptomlar, öksürük, nefes darlığı ve çarpıntı olup, iki hasta asemptomatikti (Şekil 1). Kistlerin 9'u (%66) sağ kardiyofrenik, 4'ü (%34) sol kardiyofrenik bölgede tespit edildi, en büyüğü yaklaşık 15x10 cm, en küçüğü yaklaşık 3x5 cmdi.(Resim 3) Kistlerin içinden, ortalama 475 ml (50-1900) seröz vasıflı sıvı aspire edildi (Tablo 1). Bütün hastalarda kistler total olarak çıkarıldı, rezidü kalmadı. Patoloji sonucu tüm hastalarda yüzeysel mezotel ile örtülü, vasküler yapılar ve düz kas demetleri içeren fibroadipoz dokudan ibaret benign kist' olarak raporlandı. Hastane yatış süresi ortalama 6 (4-11) gün tespit edildi, mortalite görülmedi. Bir olguda, yara yeri enfeksiyonu, bir olguda, intratorasik hematoma gelişti. Hastaların ortalama 90 (3-188) ay takip süresinde, nüks görülmedi. Genel özellikler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Şekil 1. Semptomların dağılımı

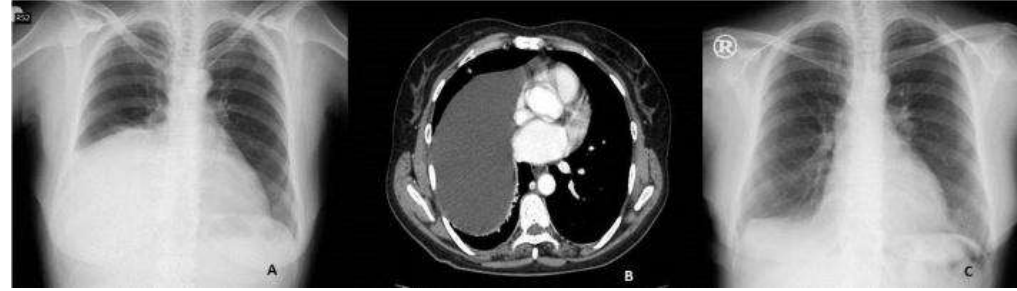


Tablo 1. Kist içeriği

Hasta	Kistin boyutu(cm)	Kist içi sıvı miktarı (ml)
1	15x10	1900
2	5x10	600
3	6x4	300
4	10 x10	1200
5	5x8	400
6	4x10	350
7	4x4	100
8	4x8	300
9	7x10	100
10	6x3	150
11	3x5	50
12	6x5	250
13	5x6	200

Tablo 2. Genel özellikler

Genel Özellikler	N
Cinsiyet	
Kadın	9
Erkek	4
Yaş	48 (26-67)
Kist lokalizasyonu	
Sağ kardiyofrenik	9
Sol kardiyofrenik	4
Ameliyat Şekli	
Torakotomi	9
Torakoskopi	3
Strenotomi	1
Morbidite	
Yara yeri enfeksiyonu	1
İntratorasik hematom	1
Mortalite	0



Resim 1. Sağ kardiyofrenik açıda yerleşmiş dev kistin preoperatif PA akciğer grafisi (A), toraks BT'si (B) ve postoperatif PA akciğer grafisi (C) görülmektedir.



Resim 2. Sağ hemitoraksta yerleşmiş, perikard tabanlı kistin preoperatif PA akciğer grafisi (A), MR'ı (B) ve postoperatif PA akciğer grafisi (C) görülmektedir.



Resim 3. En büyük çaplı, torakoskopik olarak rezeke edilmiş perikardiyal kistin makroskopik görüntüsü

Tartışma

Perikardiyal kistler; mezotelyal kist, perikardiyal çöломik kist, perikardiyal kist veya kaya suyu kistleri olarak da adlandırılmaktadır. Paryetal perikarddan köken alan, perikardın distal ventral paryetal girintilerinin tam olmayan kapanması sonucu ortaya çıkan, kistik lezyonlardır. Nadir görülen konjenital patolojilerdir ve insidansı ortalama olarak 1/100000'dir (2). Tüm mediastinal kistler içinde bronkial kistlerden sonra ikinci sırada ve %7-17 oranda görülürler (3-4).

Perikardiyal kistlerin erişkinlerde görülme oranı %7-36 iken pediatrik yaş grubunda ise tüm mediastinal tümör ve kistlerin sadece %2,2'sini oluşturmaktadırlar. Son yıllarda görüntüleme yöntemlerinin gelişimi ve kullanımındaki artış nedeniyle çocuklardaki insidansın daha yüksek olduğu düşünülmektedir. PK'lar iki cinsiyette de eşit sıklıkta görülmektedir. Hastalar genellikle 3. ve 4. dekatta tanı alırlar. Ancak, literatürde daha ileri yaşlarda hastaların sunulduğu çalışmalar mevcuttur (1). Serimizdeki hastaların çoğu kadındır. Yaş dağılımı değişken olmakla birlikte, çoğu 4. ve 5.dekattaydı.

Kistler genellikle asemptomatiktir. Genellikle başka nedenlerle çekilen akciğer grafisi, BTT veya ekokardiyografi gibi çeşitli tanısal tetkiklerle tesadüfen tanı koyulur. Olguların sadece %20'si semptomatiktir. En sık semptomlar, nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısıdır. Ayrıca kistin çevre organlara basısı sonucu

ortaya çıkabilen kalp yetmezliği, kardiyak bası sonucu hemodinamik bozukluklar ve aritmi, kist içine kanama, kardiyak tamponat, kardiyak herniasyon gibi ciddi semptomlarla da ortaya çıkabilmektedirler (1). Yazıcıoğlu ve ark.'nın⁽¹⁾ çalışmasında ise bizim çalışmamızda da olduğu gibi hastaların bir kısmının asemptomatik olduğu; en sık semptomlarsa, nefes darlığı, öksürük ve göğüs ağrısı olduğu bildirilmektedir. Hastalarımızda hayatı tehdit edecek ciddiyette herhangi bir bası semptomu yoktu, en sık görülen semptom göğüs ağrısı ve nefes darlığıydı.

Perikardiyal kistlerin yaklaşık %70'i sağ kardiyofrenik açıya, %22'si sol kardiyofrenik açıya, %8'i ise mediasteninin çeşitli bölgelerine lokalizedir. PK'lerin çoğunun sağ kardiyofrenik açıya yerleşmesine rağmen, mediastende atipik lokalizasyonlarda tespit edilen kistlerin bulunduğu vakalar da bildirilmiştir. Kutlay ve ark.⁽⁵⁾'nin çalışmasında sağ paratrakeal alanda yerleşik 3 PK olgusu sunulurken, Yazıcı ve ark.⁽⁶⁾ ise serilerinde mediastinoskopi yöntemi ile tedavi ettikleri vakalar bildirilmektedirler. Serimizde en sık lokalizasyon sağ kardiyofrenik açıydı. Atipik yerleşimli kist olgusuna rastlanmadı.

Histolojik olarak, bizimde tüm hastalarımız da olduğu gibi, kist içi tek katlı mezotel hücre ile döşelidir ve seröz vasıflı su dansitesinde mai ile doludur (7). Bu yapısından dolayı kaynak suyu kistler olarak adlandırılır. BTT'de, kistik lezyon içindeki sıvının 0-10 HU arasındaki dansitesinin ölçümü, tanıyı doğrulamada oldukça etkindir. Çalışmamızdaki

hastaların tamamında kist içi sıvının dansitesi bu sınırlar arasındaydı. Ancak bazı olgularda, visköz veya yüksek dansiteli materyal ile dolu kistler solid lezyonlarla karışabilirler. MRG'nin bu kitlelerin ayırıcı tanısında, tomografiye üstünlüğü gösterilemese de, özellikle büyük kistlerde lezyonun çevre doku ve kalple olan ilişkisini belirlemek için kullanılabilir. Serimizde, özellikle büyük çaplı kisti olan hastalarda, ayırıcı tanı ve kistin mediastinal büyük damarlar ve perikard ilişkisini tanımlamak amacıyla MRG'den faydalanılmıştır.

Perikardiyal kistlerin tedavisi cerrahidir. Malignite potansiyelleri çok düşük olan bu lezyonlar torakotomi veya video yardımcı torakoskopik cerrahi ile rahatlıkla eksize edilebilirler (8). Son yıllarda, kısa hastane yatış süresi ve düşük komplikasyon oranlarıyla, minimal invaziv teknikle kist eksizyonu, ilk tercih tedavi şekli olarak kabul edilmektedir (8). Serimizde torakoskopik olarak eksizyon uygulanan hastalarda, hastaneden kalış, göğüs tüpünün çekilme süreleri ve postoperatif ağrı düzeyleri diğer hastalara göre belirgin olarak düşük tespit edilmiştir.

Literatürde transtrakeal ve perkütan kist aspirasyonlarıyla tedavi edilen vakalar bildirilmesine rağmen, yüksek rekürrens oranları mevcuttur. PK cerrahisinden sonra rekürrensin önlenmesinde esas olan, kistin total olarak eksize edilmesidir. Total cerrahi eksizyon sonrası hastaların prognozu oldukça iyi olup, rekürrens olasılığı son derece azdır (8). Tümüne cerrahi olarak total kist eksizyonu uygulanan hastalarımızda, yaklaşık 90 aylık takip periodunda rekürrens görülmedi.

Sonuç

Malignite postansiyeli çok düşük ve çoğu asemptomatik olmasına rağmen ortaya çıkabilecek morbit ve mortal komplikasyonlar nedeniyle perikardiyal kistlerin tanı koyulduğunda eksize edilmesi gereklidir. Rekürrenlerin önlenmesinde,

kistin çeperi ile birlikte total eksizyonunun, cerrahi tedavide ana prensip ve kilit nokta olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Yazıcıoğlu A, Bıçakçıoğlu P, Yekeler E, ve ark. Perikardiyal Kistler: 41 Olgunun Değerlendirilmesi. J Clin Anal Med. 2013; (4):369-71.
2. Adil A, Hashmani S, Khan GU. Pleuro pericardial cyst. J Coll Physicians Surg Pak. 2010;(20):685-6.
3. Ayan E, Balcı AE, Özalp K, ve ark. Mediastinal Kitleler: 27 Olgunun Değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2005;(13):127-130.
4. Çakan A, Yüncü G, Olgaç G, ve ark. Primer Mediasten Tümör ve Kistli 53 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. 2001;(9):101-104.
5. Kutlay H, Yavuzer S, Han S, ve ark. Atypically Located Pericardial Cysts. Ann Thorac Surg 2001;(72):2137-2139.
6. Yazıcı Ü, Ege T, Gülhan E, ve ark. A Case of Pericardial Cyst with an Atypical Location (Paratracheal). Which was Removed by Mediastinoscopy. Tur Toraks Der 2010;(11):184-6. 15.
7. Kaul P, Javangula K, Farook SA. Massive benign pericardial cyst presenting with simultaneous superior vena cava and middle lobe syndromes. J Cardiothorac Surg. 2008;(21):3-32.
8. Yazıcı Ü, Çelik A. Mediastinal Kistik Lezyonlar. Toraks Cerrahisi Bülteni Editörler: Şerife Tuba Liman, Ayten Kayı Cangır. 2011;(2): 66-72.