

PERİKARDİYAL KİSTLER: CERRAHİ TEDAVİ ALMIŞ 15 OLGUNUN ANALİZİ

Pericardial cysts: Analysis of 15 Surgically Treated Cases

Ahmet ÜÇVET¹, Soner GÜRSOY¹, Banu YOLDAŞ¹, Esra YAMANSAVCI ŞİRZAI¹, Mehmet ÜNAL¹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, cerrahi rezeksiyon ile kesin tanı ve tedavisi yapılmış olan 15 perikardial kist hastasının demografik özellikleri ve radyolojik görüntüleriyle literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Çalışma Planı: Mart 2007- Mart 2013 yılları arasında perikardial kist nedeniyle opere edilen 15 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 50,26 (30-74) 9'u kadın, 6'sı erkekti. Erkeklerin %50'si, kadınların ise %33,3'ü asemptomatikti. Toraks Beyin Tomografisi (BT)'de lezyon boyutları ortalama 9,13 cm (3-20) olup, yerleşimi ağırlıklı olarak sağ hemitorakstaydı (%40). Dört hastada atipik yerleşim saptanırken, altı hastanın lezyon boyutları 10 cm. den büyüktü. Olguların üçünde video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS), birinde videome-diastinoskopi kullanılırken kalan 11 olguda posterolateral torakotomi yapılmıştı. Ortalama 30,13 aylık (1-73 ay) takiplerinde nüks izlenmedi.

Sonuç: Perikardial kistler her ne kadar benign lezyonlar olsalar da literatürde büyüme ve perforasyona bağlı komplikasyonlar bildirilmiş olup, kesin tanı ve tedavi için düşük morbidite ve mortalite ile cerrahi önerilmektedir. Tercihimiz genellikle torakotomi ile eksplorasyon olsa da minimal invaziv yöntemler de gerek hasta konforu gerekse maliyet açısından tercih edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Perikardial kist; Cerrahi; Mediasten

ABSTRACT

Background: In this study, we aimed to present 15 pericardial cyst cases -diagnosed and treated via surgical resection- with their demographic characteristics and radiological views, in the light of the literature.

Material and Methods: Fifteen patients operated between March 2007 - March 2013 due to pericardial cysts were evaluated retrospectively.

Results: The mean age of the 9 female and 6 male patients was 50,26 (30-74). Fifty percent of male and %33.3 of the female patients were asymptomatic. In thorax computed tomography lesion average sizes were 9,13 cm (3-20), and placement was mainly in the right hemithorax (%40). Atypical placement was observed in 4 patients while 6 of the lesion sizes were larger than 10 cm. Video-assisted thoracoscopic surgery was performed in three cases, videome-diastinoscopy in one, and posterolateral thoracotomy for the remaining 11 patients. Recurrence was not detected in their average 30,13 months (1-73 months) follow up.

Conclusion: Although pericardial cysts are benign lesions, complications due to growing and perforation are reported in the literature, and surgical treatment with low morbidity and mortality is recommended for definitive diagnosis and treatment. Even though we usually prefer exploration via thoracotomy minimally invasive methods should also be preferred in terms of both patient comfort and cost.

Key words: Pericardial cyst; Surgery; Mediastinum

¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, 1. Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

Ahmet ÜÇVET, Uzm. Dr.
Soner GÜRSOY, Uzm. Dr.
Banu YOLDAŞ, Uzm. Dr.
Esra YAMANSAVCI ŞİRZAI, Uzm. Dr.
Mehmet ÜNAL, Uzm. Dr.

İletişim:

Uzman Doktor Esra YAMANSAVCI
ŞİRZAI
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs
Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim
Araştırma Hastanesi, 1. Göğüs
Cerrahi Kliniği, İzmir
Tel: 0 232 433 33 33
e-mail:
esra.yamansavci@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 19.06.2014
Kabul tarihi/Accepted: 06.05.2015

Bozok Tıp Derg 2015;5(3):15-9
Bozok Med J 2015;5(3):15-9

GİRİŞ

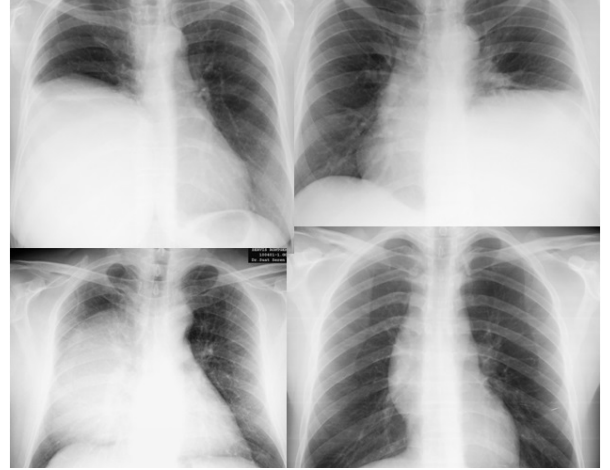
Tüm mediastinal lezyonlar arasında %6-7 sıklıkla görüldüğü bildirilen perikardiyal kistler benign, uniloküler ve insidansı yaklaşık 100.000 de bir olan lezyonlardır (1). Nedeni hala tartışmalı olsa da travma ve enfeksiyondan ziyade, erken embriyonik dönemde perikardiyal sölomu oluşturan lakünlerin birinin diğerleriyle birleşmesindeki yetersizlik sonucu konjenital geliştiği düşüncesi ağır basmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde cerrahi yöntemlerle rezeke edilmiş perikardiyal kist olguları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve bulgular analiz edilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

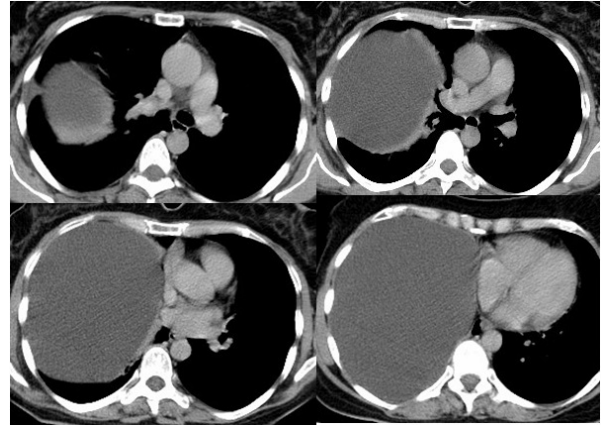
Mart 2007- Mart 2013 yılları arasında perikardiyal kist nedeniyle opere edilen 15 hasta yaş, cinsiyet, semptomlar, lezyon boyutları, lokalizasyon ve operatif prosedürler açısından retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların değerlendirilmesinde anamnez, fizik muayene ve rutin incelemeler dışında posteroanterior (PA) ve lateral akciğer grafileri, yanısıra toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) kullanılmıştır.

BULGULAR

Kliniğimizde perikardiyal kist nedeniyle opere edilen hastaların yaş ortalaması 50,26 (30-74) 9'u kadın, 6'sı erkekti. Erkeklerin %50'si, kadınların ise %33,3'ü asemptomatikti. Semptomatik olan hastalarda ise en sık nefes darlığı olmakla birlikte göğüs ağrısı, sırt ağrısı, öksürük mevcuttu. İlk değerlendirmede her zaman olduğu gibi akciğer grafileri çekildi (Resim 1). Toraks BT' de lezyon boyutları ortalama 9,13 cm (3-20) olup, yerleşimi ağırlıklı olarak sağ hemitorakstaydı (%40). Dört hastada atipik yerleşim saptanırken, altı hastanın lezyon boyutları 10 cm. den büyüktü (Resim 2).



Resim 1; Çoğunluğu sağ taraf yerleşimli perikardiyal kistlerin akciğer grafisindeki görünümüleri



Resim 2; Dev boyutlara ulaşan kistin toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri

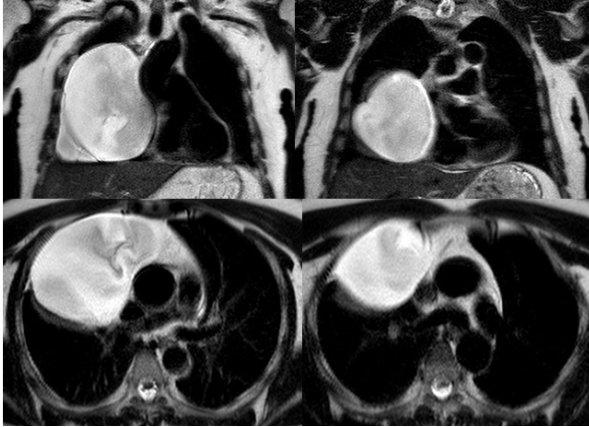
Atipik yerleşimlerde lezyon boyutu 5 cm. den büyük değildi. Ön mediasten kaynaklı bir lezyon izlenimi veren bir olguda, ek bir değerlendirme yöntemi olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılmıştı (Resim 3). Hastalara ait veriler tablodadır (Tablo 1).

Kliniğimizde ağırlıklı olarak uygulanan operatif yöntem posterolateral torakotomiydi.

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Semptom	Boyut (cm)	Lokalizasyon	Cerrahi
1	74	K	Nefes darlığı	7	Sol	TE*
2	52	K	Göğüs ağrısı	20	Sağ	TE
3	35	E	Göğüs ağrısı	5	Sağ	VM**
4	35	E	Asemptomatik	5	Sağ	VATS***
5	41	K	Asemptomatik	8	Sağ	TE
6	30	E	Asemptomatik	10	Sağ	TE
7	54	E	Öksürük	3,5	Sağ	TE
8	50	K	Asemptomatik	6,5	Sol	TE
9	60	K	Asemptomatik	4,5	Sağ	TE
10	53	K	Sırt ağrısı	5,5	Sol	TE
11	63	K	Nefes darlığı	12	Sağ	TE
12	53	E	Asemptomatik	20	Sol	TE
13	54	K	Nefes darlığı	12	Sağ	TE
14	43	K	Göğüs ağrısı	3	Sol	VATS
15	57	E	Nefes darlığı	15	Sağ	VATS

* TE: Torakotomi ile
eksplorasyon
** VM: Videomediastinoskopi
*** VATS: Video yardımlı
torakoskopik cerrahi



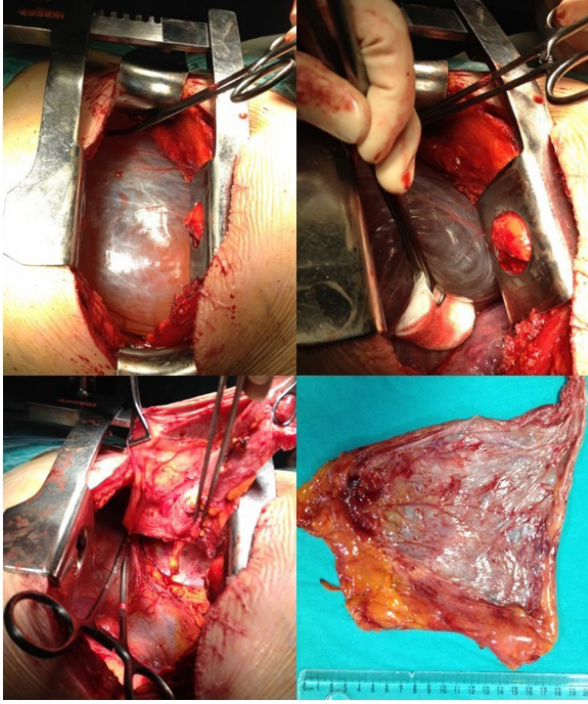
Resim 3; Bir olguda ön mediasten kaynaklı izlenimi veren lezyonun çevre dokularla ilişkisini belirlemede yararlı olan MRG'nin kesitleri



Resim 4; Atipik yerleşimi nedeniyle videomediastinoskopi ile yaklaşılan olgunun BT kesitleri

Olguların üçünde video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS), birinde videomediastinoskopi kullanılırken (Resim 4) kalan 11 olguda posterolateral torakotomi yapılmıştı (Resim 5). Olgularda posterolateral torakotominin ağırlıklı olarak kullanılması lezyonların büyüklüğü, tanı eksikliği ve komplet rezeksiyon kaygısıydı. Videomediastinoskopi üst mediasten

kaynaklı bir lezyonun eksplorasyonu sırasında rastlantısal olarak saptanması nedeniyle uygulanmıştı. Postoperatif mortalite ve morbidite saptanmadı. Tanılar histopatolojik değerlendirme sonrası kesinleşti, materyallerde herhangi bir malign transformasyona rastlanmadı. Ortalama 30,13 aylık (1-73 ay) takiplerinde nüks izlenmedi.



Resim 5; Dev kistli bir hastanın torakotomiden görünümü ve makroskopik fotoğrafı

TARTIŞMA

En sık üçüncü ve dördüncü dekatta saptandığı belirtilen perikardiyal kistler literatürde sıklıkla nadir komplikasyonları ve atipik yerleşimleri nedeniyle olgu sunumları şeklinde bildirilmiştir (2-3). Büyük boyutlara ulaşmaları halinde bile asemptomatik bir seyir gösterebilen kistlerde semptomlar arasında öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı görülebilir (4-5). Kist boyutları 20x15 cm. ye ulaşan 53 yaşındaki erkek olgumuzda ise dev boyutlara rağmen semptom yoktu. Makroskopik olarak çevresi fibröz bir duvarla çevrili olan kistin içinde renksiz, kokusuz, berrak bir mayı bulunur. Mikroskopik olarak ise kistin duvarının tek katlı mezotelyal hücrelerden oluştuğu perikard dokusu olarak saptanması kesin tanıyı koydurur.

En çok, medialde perikard, anteriorda göğüs duvarı, lateralde plevra ve posteriorda frenik sinir ile

sınırlandırılan, kardiofrenik açıda saptanan perikardiyal kistler ventriküler anevrizma, mediastinal tümörler, genişlemiş perikardiyal yağ dokusu, kist hidatik ve diaframatik patolojiler ile karışabilmektedir (1). Atipik yerleşim de bildirilmiş olup olgularımızdan üçünde sağ paratrakeal alan, birinde ise vena kava superior ile trakea arası lokalizasyon mevcuttu. Paratrakeal yerleşimli lezyonlardan biri başka sebeplerle yapılan videomediastinoskopi sırasında eksize edilmişti.

Perikardiyal kistlerin tanısında PA akciğer grafi, ekokardiografi ve BT diagnostik amaçlı en çok kullanılan yöntemlerdir (1). Difüzyon ağırlıklı MRG' de non invaziv bir diagnostik yöntem olarak önerilmiştir (5,6). Çalışmadaki olgularımızdan yalnızca biri MRG ile değerlendirilmiş fakat ek bir katkı saptanmamıştır. Bu nedenle toraks BT'de parakardiyal alanda sınırları net izlenen kistik lezyonlarda MRG nin mutlak gerekli olmadığı kanısındayız. Atipik yerleşimlerde ve etraf dokular ile sınırların net değerlendirilemediği durumlarda MRG nin etkin kullanımı söz konusu olabilir. Nadir de olsa sağ ana bronş obstruksiyonu, kist içine akut hemoraji, pulmoner stenoz, kardiyak tamponad, atrial fibrilasyon, perikardit gibi komplikasyonlara neden olabilen perikardiyal kistlerin cerrahi yöntemlerle komplet eksizyonları hala kabul gören tanı ve tedavi yaklaşımıdır (4-6-7). Asemptomatik veya medikal nedenlerle inoperabl hastalarda ekokardiografi ile düzenli takip veya iğne aspirasyonu ile boşaltım da önerilmekle beraber gerek kesin tanının elde edilememesi gerekse oluşabilecek komplikasyonlar göz önüne alındığında cerrahiden kaçınılması gerektiği kanaatindeyiz (8).

SONUÇ

Perikardiyal kistler her ne kadar benign lezyonlar olsalar da literatürde büyüme ve perforasyona bağlı komplikasyonlar bildirilmiş olup, kesin tanı ve tedavi için düşük morbidite ve mortalite ile cerrahi önerilmektedir. Özellikle dev boyutlardaki lezyonlarda perforasyon ve inkomplet rezeksiyon riski ya da tanısız eksiklikler nedeniyle hala torakotomi ile rezeksiyon yöntemleri de tercih edilebilmektedir (2).

Ancak videoyardımlı endoskopik cerrahi yöntemlerinin hızla geliştiği günümüzde, daha az invaziv bu yöntemlerin kullanılması, kliniklerin bu yönde kendilerini geliştirmeleri, benign karakterli bu lezyonların rezeksiyonlarında gerek maliyet gerekse hasta konforu açısından oldukça yararlı sonuçlar sağlayabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Ökten İ, Güngör A, editörler. Göğüs Cerrahisi, Cilt 2. Ankara: Sim Matbaacılık; 2003.
2. Kutlay H, Yavuzer S, Han S, Cangir AK. Atypically located pericardial cysts. *Ann Thorac Surg*. 2001;72(6):2137-9.
3. Potsis T, Nikas D, Patsouras D, Siogas K. Pericardial cyst in an unusual location. *Hellenic J Cardiol*. 2012;53(4):318-9.
4. Mwita JC, Chipeta P, Mutagaywa R, Rugwizangoga B, Ussiri E. Pericardial cyst with right ventricular compression. *Pan Afr Med J* 2012;18(138):12:60.
5. Raja A, Walker JR, Sud M, Du J, Zeglinski M, Czarnecki A. et al. Diagnosis of pericardial cysts using diffusion weighted magnetic resonance imaging: A case series. *J Med Case Rep* 2011;(5):479.
6. Hamad HM, Galrinho A, Abreu J, Valente B, Bakero L, Ferreira RC. Giant pericardial cyst mimicking dextrocardia on chest X-ray. *Rev Port Cardiol* 2013;32(1):49-52.
7. Siti Salwa MS, Anas R, Nor Hidayah AB. Pericardial cyst: a rare cause of pericardial effusion. *Med J Malaysia* 2013;68(1):79-80.
8. Najib MQ, Chaliki HP, Raizada A, Ganji JL, Panse PM, Click RL. Symptomatic pericardial cyst: a case series. *Eur J Echocardiogr* 2011;12(11).