



Bronkojenik Kist: Solunum Şikayetleri ve Göğüste Solid Kitle Saptanan Bir Infantta Beklenmeyen Bir Neden

Bronchogenic Cyst: An Unexpected Cause of Respiratory Complaints and a Solid Chest Mass in an Infant

Ayşe Esin Kibar¹, İbrahim Ece², M. Burhan Oflaz³, Şevket Ballı⁴

¹Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji, MERSİN

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji, VAN

³Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji, SİVAS

⁴Balıkesir Devlet Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji, BALIKESİR

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal) 2013; 38 (2):338-341.

ABSTRACT

Bronchogenic cysts are congenital anomalies that result from abnormal budding of the tracheobronchial tree. Congenital bronchogenic cystic disease of the lung in infant is rare, generally benign lesions, which tend to produce few to no symptoms. The cyst can produce cough and dyspnea. Chest radiograph shows usually a round or oval soft tissue mass in the lower mediastinum. They can occur in infants and children, they are frequently detected coincidentally. In this article, we present a case with bronchogenic cyst of the right middle lobe (14 month) causing cough, dyspnea and radiologic findings.

Key Word: Bronchogenic cyst, pulmonary infection, infant

ÖZET

Bronkojenik kist (BK), trakeobronşial ağacın gelişimi sırasında anormal tomurcuklanmasıyla oluşur. Akciğerin konjenital bronkojenik kistik lezyonu infantta nadir görülür, genellikle benign lezyonlar olup daha az semptom üretme eğilimindedirler. Bronkojenik kist öksürük ve dispneye neden olabilir. Göğüs radyografisinde genellikle alt mediastende yuvarlak veya oval kitle şeklinde görülür. Infant ve çocuklarda sıklıkla tesadüfen tanı alır. Bu makalede, öksürük ve dispneye neden olan sağ akciğer orta lobağdaki bronkojenik kist olgusu (14 aylık) radyolojik bulguları ile birlikte sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik kist, akciğer enfeksiyonu, süt çocuğu

GİRİŞ

İlk defa 1948 yılında Maier tarafından bildirilen bronkojenik kistler (BK), oldukça nadir görülen lezyonlardır¹. Gestasyonun erken döneminde olan tomurcuklanma ile gelişen kistler santral ve mediastinal yerleşimli iken, daha ileri gestasyonel dönemde gelişenler intraparenkimal

yerleşirler ve genelde distal bronşiyal dallanma ile bağlantıları vardır. Kistlerin %75'i mediasten, %25'i akciğer parankimi, plevra veya diyafragma gibi mediasten dışı yerlerde görülür. Çocuklarda konjenital kistik akciğer hastalığı ender görülür ve komplikasyonları nedeniyle yüksek morbidite neden olabilmektedir^{1,2}. Klinik bulguları kitle etkisi ve sekonder kist enfeksiyonuna bağlıdır.

Bronkojenik kistler herhangi bir yaşta görülebilir. Ancak hastaların çoğunluğunu 30 yaş civarı yetişkinler oluşturur¹. Başlıca semptomları öksürük, dispne ve göğüs ağrısı olup tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarına bağlı stridor, hışırtılı solunum, disfaji, pnömotoraks, hemoptizi olabileceği gibi asemptomatik veya büyük çocuklarda sadece radyografik anomali olarak da ortaya çıkabilir³. Bu yazıda, öksürük ve solunum sıkıntısı nedeniyle kliniğimize başvuran ve sağ akciğer orta lobda konjenital bronkojenik kist tesbit edilen on dört aylık bir olgu radyoloji bulguları ile birlikte sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Ondört aylık erkek hasta üç gündür devam eden hırıltı, öksürük ve kusma şikayeti ile hastanemize getirildi. Özgeçmişinde tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, kedi-köpek besleme hikayesi, kilo kaybı ve ateş olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil olan hastanın dinlemekle akciğer muayenesinde her iki akciğerde ekspirium sonu ronkussaptandı. Nonpürülan nazal akıntısı

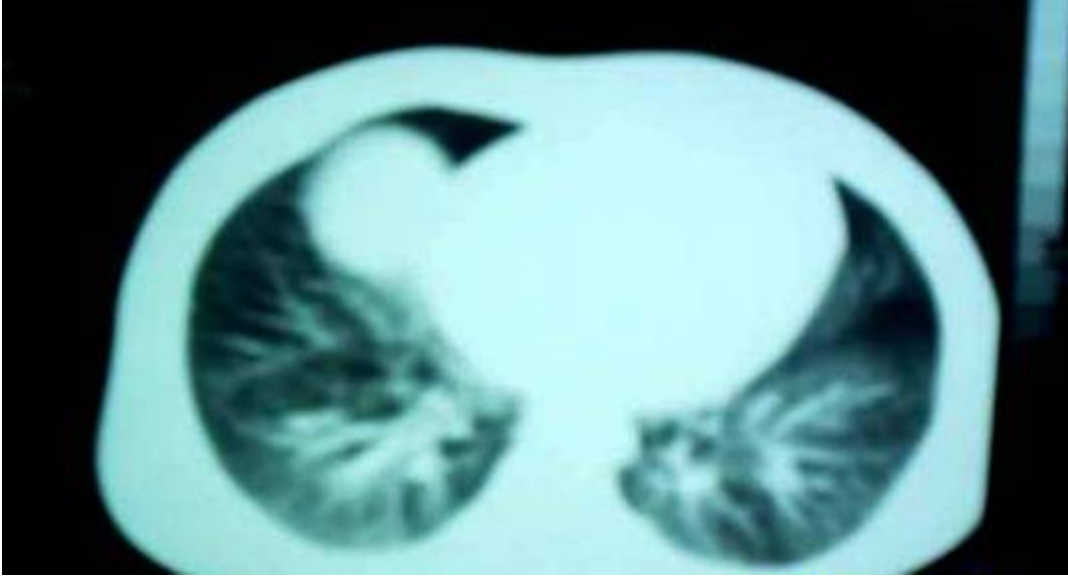
mevcuttu. Lenfadenopati ve organamegali yoktu. Mevcut bulgularla akciğer enfeksiyonu düşünülerek hospitalize edildi. Kan sayımı, biyokimya analiz ve akut faz reaktanları normal sınırlarda bulundu. İki yönlü akciğer grafisinde sağ akciğerde alt lobda mediastene komşu yaklaşık düzgün konturlu ve keskin kenarlı homojen yoğunlukta kitle saptandı (Resim 1A ve 1B). Mediasten geniş değildi. Çekilen göğüs tomografisinde sağ akciğerde orta lob medial segment düzeyinde parakardiyak alanda yaklaşık 2,5 cm çapında oval, düzgün sınırlı, homojen içerikli kitle saptandı ve bronkojenik kist ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2). Ekokardiyografik değerlendirme ve ter testi normal bulundu. Olgumuzun intravenöz hidrasyon ve dekonjestif tedavisi sonrası klinik bulguları düzeldi. Sağ postero-lateral inzisyonda torokotomi yapılan hastada segmentektomi ile kistik kitle eksize edildi. Postoperatif patolojik değerlendirmede bronkojenik kist ile uyumlu bulundu.

Birinci yıl izlemde hasta asemptomatik olup kontrol göğüs grafisi ve tomografide rekürren kistik lezyon ve intratorasik enfeksiyon saptanmadı.



Resim 1. Akut bronşiolit nedeniyle istenen iki yönlü göğüs grafisinde (A, B)

sağ akciğer orta lobda düzgün konturlu ve keskin kenarlı homojen yoğunlukta kitle.



Resim 2. Çekilen göğüs tomografisinde sağ akciğerde orta lob medial segment düzeyinde parakardiyak alanda yaklaşık 2,5 cm çapında oval, düzgün sınırlı, hipodens kistik görünüm.

TARTIŞMA

Trakeobroşial ağacın anormal tomurcuklanması sonucu gelişen bronkojenik kistler nadir görülen kistik konjenital malformasyonlardır². Akciğer parenkimi içinde veya bazı serilerde mediastende daha sık görüldüğü bildirilmiştir. En sık yerleşim yerleri subkarinal ve paratrakeal bölgeler olup daha ender olarak paraözofageal, hiler ve atipik yerleşim de olgularda rapor edilmiştir^{3,4}. Akciğer parankiminde sıklıkla alt loblarda oluşmaktadır¹. Bizim olgumuzda, farklı olarak sağ akciğer orta lobundan kaynaklanan parakardiyak bronkojenik kist mevcuttu

Bronkojenik kist olgularının 2/3'ü asemptomatik olup, bunların çoğu büyük çocuk ve erişkinlerde görülür². Radyografik anomali olarak da ortaya çıkabilen bu kistler ileriki yıllarda solunum sıkıntısı ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonları başta olmak üzere pnömotoraks ve hemoptiziye neden olabilirler. Komşu dokulara basıya bağlı nefes darlığı, hışıltılı solunum, stridor, disfaji, hemoptizi, substernal ağrı ve kist

enfeksiyonu sık rastlanan semptomlardır. Diğer ciddi komplikasyonları pnömotoraks, kist içine kanama, vital organlara fistülizasyon, malign transformasyon (en sık adenokarsinom ve sarkom), aritmidir^{2,4}. Bir yaş ve altındaki çocuklarda en sık görülen semptom nefes darlığı ve siyanotik nöbetlerdir. Daha az oranda disfaji de görülebilmektedir^{4,5}. Tanıda ilk olarak ön-arka akciğer grafisi çekilir⁵. Bronkojenik kist düzgün sınırlı hava sıvı seviyesi veren mediastinal kitle olarak görülür. Trakeal itilme ve mediastinal genişleme kitle etkisine bağlı gözlenir⁶. Olgumuzda öksürük ve hırıltılı solunum nedeniyle çekilen akciğer filminde kitle görünümü mevcuttu.

Nadiren kist komplikasyonu gelişmiş ise pnömotoraks ve plevral efüzyon görülebilir⁴. Bizim olgumuzun direk grafisinde trakea hafif sola itilmişti ve sağ hemitoraksda havalanma artışı mevcuttu. Ayırıcı tanıda bronkoskopi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme kullanılır. Bronşla bağlantısı olmayan kistler homojen içerikli, yuvarlak, düzgün kenarlı kitleler, bronşla bağlantılı olanlar ise tamamen hava dolu,

ince duvarlı kistler şeklinde izlenir^{4,5}. Olgumuzun göğüs tomografisinde oval, düzgün sınırlı, homojen yoğunlukta görünüm mevcuttu.

Konjenital bronkojenik kistlerle konjenital kalp hastalığı ve kistik fibrozis beraberliği gösterilmiş olup bizim olgumuzda bu birlikteliğe raslanmamıştır. Ayırıcı tanıda kist hidatik, homojen nodul veya kitle, karsinom, infarkt, tümör, fungal enfeksiyon, granulom, hamartom, akciğer absesi, enfekte bül, vasküler malformasyonlar akılda tutulmalıdır^{2,4}. Bu olguda, postoperatif patolojik değerlendirmede bronkojenik kist ile uyumlu bulundu.

Tanı konulduktan sonra tedavi cerrahi olarak kist eksizyonunu ve lobektomiye içermektedir^{5,6}. Asemptomatik bronkojenik kistlerde de klinik izlem ve ileride eksizyon endikasyonu vardır.

Sonuç olarak; bronkojenik kistler mediastende ve akciğer parankiminde yerleşebilirler. Mediastinal ve/veya intraparakimal yerleşimi olan kitle, kistik ve kaviter lezyonların ayırıcı tanısında bronkojenik kist akılda tutulmalıdır. Bu antitenin iyi bilinmesi, eksik tedavi yaklaşımlarının önüne geçilmesi bakımından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Horak E, Bodner J, Gassner I, Schmid T, Simma B, Grässl G, Sawyer SM. Congenital cystic lung disease: diagnostic and therapeutic considerations. *Clin Pediatr (Phila)*. 2003; 42:251-61.
2. Tireli GA, Ozbey H, Temiz A, Salman T, Celik A. Bronchogenic cysts: a rare congenital cystic malformation of the lung. *Surg Today*. 2004; 34:573-6.
3. Ryu JH, Swensen SJ. Cystic and cavitary lung diseases: focal and diffuse. *Mayo Clin Proc*. 2003;78:744-52.
4. Di Lorenzo M, Collin PP, Vaillancourt R, Duranceau A. Bronchogenic cysts. *J Pediatr Surg*. 1989; 24:988-91.
5. Sarper A, Ayten A, Golbasi I, Demircan A, Isin E. Bronchogenic cyst. *Tex Heart Inst J*. 2003; 30: 105-8.
6. Yohena T, Kuniyoshi M, Kono T, Uehara T, Uehara T, Miyahira T, Kawasaki H, Hirayasu T, Ohta M, Kawabata T, Ishikawa K. Novel approach for a pulmonary bronchogenic cyst: a report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2005; 11:249-51.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Ayşe Esin Kibar
Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Pediatrik Kardiyoloji
MERSİN
e-mail: dreseresin@yahoo.com
Tlf: 0 324 2230701

geliş tarihi/received :05.10.2012

kabul tarihi/accepted:07.12.2012