

ENTERİK KİST: NADİR BİR MEDIASTEN PATOLOJİSİ

ENTERIC CYST: A RARE MEDIASTINAL PATHOLOGY

Funda Cansun YAKUT¹ Ahmet ÜÇVET¹ Esra YAMANSAVCI ŞİRZAI¹
Banu YOLDAŞ¹ Soner GÜRİSOY¹ Nur YÜCEL²

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

²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İzmir

Anahtar sözcükler: Konjenital, mediastinal kist, torakotomi, rekürrens

Key words: Congenital, mediastinal cyst, thoracotomy, recurrence

Geliş tarihi: 27 / 02 / 2013

Kabul tarihi: 03 / 04 / 2013

ÖZET

Mediastenin enterik kisti, "primitif foregut" tan kaynaklanan konjenital bir lezyondur. Sıklıkla diğer konjenital anomaliler eşlik eder. En sık yerleşim yeri sağ posterior mediasten olup hem benign hem de malign lezyonları taklit edebildiklerinden ayırıcı tanısı zordur. Çocuklarda semptomatik olabildiği halde erişkinlerde çoğunlukla başka bir nedenle yapılan tetkikler sırasında tespit edilir. Teşhiste toraks bilgisayarlı tomografisi ve son zamanlarda endoskopik ultrasonografi değerlidir. Ancak kesin tanı ve tedavisi cerrahi ile yapılabilir. Nükslerin önlenmesi için, gerek torakoskopi gerekse torakotomi ile tedavi edilebilen, enterik kistlerde tam rezeksiyon önemlidir. Bu çalışmada biri sırt ağrısı nedeniyle tetkik edilirken, diğeri insidental olarak saptanıp, operatif tanısı enterik kist gelen 2 olgu literatür eşliğinde sunuldu.

SUMMARY

Mediastinal enteric cyst is a congenital lesion, originating from "primitive foregut". It is often accompanied by other congenital diseases. The most common location is the right posterior mediastinum and the differential diagnosis is difficult because they can imitate both benign and malignant lesions. Although it might be asymptomatic in children, it is frequently asymptomatic and detected incidentally in adults. Computed tomography of the chest and lately, endoscopic ultrasonography are valuable for diagnosis. But definitive diagnosis and treatment is possible with surgery. Enteric cysts can be treated with thoracoscopy or thoracotomy and complete resection is important for the prevention of recurrences. In this study 2 patients -of one detected during a search for his back pain, the other incidentally and were diagnosed as enteric cyst via surgery- are presented with the literature.

GİRİŞ

Mediastenin kistik lezyonları nadirdir ve tüm primer mediastinal tümörler arasında sıklığı %12-18 arasındadır (1). Mediastinal enterik kistler embriyonel orijinli konjenital lezyonlardır ve çoğunlukla diğer konjenital anomalilerle birlikte (2). En sık yerleşim yeri sağ

posterior mediastendir (3). Büyük ebatlara ulaşım bası semptomlarına neden olmadan önce asemptomatiktirler ve genellikle başka nedenlerden ötürü sağlık merkezine başvuran hastalarda yapılan radyolojik tetkiklerde insidental olarak rastlanırlar. Hem benign hem de malign lezyonları taklit edebildiklerinden ayırıcı tanısı zordur.

OLGU 1

Kırküç yaşında erkek hasta, iki yıldır mevcut olan sırt ağrısı şikayetinin artması sonucu başvurduğu dış merkezden kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar incelemeleri normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ve manyetik rezonans değerlendirmesinde, boyun sol alt bölümünden, incisura jugularis düzeyinden başlayıp brakiosefalik vasküler yapılar düzeyinde sol paramediastinal alanda aortikopulmoner pencere seviyesinde hilus üst bölümüne kadar uzanım göstermiş lobüle kontürlü 106x71 mm boyutlarında kistik sinyal özelliklerinde olduğu düşünülen lezyon görüldü (Resim 1). Hastaya tanı ve tedavi amaçlı cerrahi uygulandı. Sol posterolateral torakotomi insizyonu ile yapılan eksplorasyonda arkus aortanın hemen üzerinden başlayan, subklaviyen arteri deplase eden, mediastinal plevra ile kaplı kistik lezyon saptandı. Lezyon üzeri plevra açılarak künt diseksiyonlarla serbestleştirildiğinde, subklaviyen arterin ark oluşturduğu kısımda lobülasyon yaparak lezyonun boyuna ve posteriorda vertebralara doğru uzandığı saptandı. Lezyon serbestlenerek üst kısmındaki yumuşak doku ile birlikte total olarak rezekke edildi (Resim 2). Bu esnada üst lobülasyonunun açıldığı ve içinden visköz sıvı boşaldığı görüldü. "Frozen section" incelemesinde kistin çoğu alanda

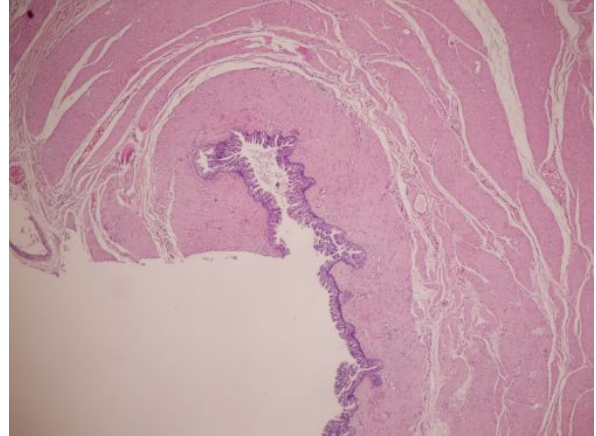


Resim 1. Toraksın üst kesiminden başlayarak pulmoner arter seviyesinin altına kadar inen kistik lezyon.

gastrointestinal epitel ile döşeli ve iyi gelişmiş düz kas duvarına sahip olduğu izlendi. Kesin tanısı enterik kist olarak rapor edildi (Resim 3).



Resim 2. Lezyonun makroskopik görünümü.

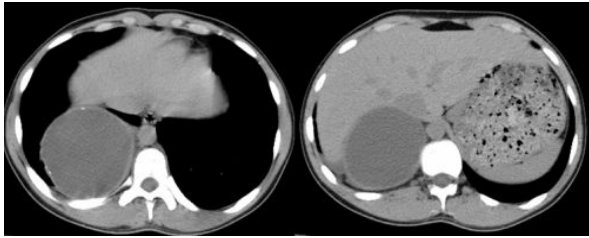


Resim 3. Tek katlı yüksek kolumnar epitel ile düz kas yapısına ait görünüm (HEx40).

OLGU 2

On dokuz yaşında erkek olgu, elektif bir operasyon için yapılan preoperatif değerlendirilmesinde mediastinal kitle tespit edilmesi üzerine başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt zonda solunum sesleri azalmış olup diğer sistem muayeneleri olağan olarak değerlendirildi. Toraks BT'de sağ alt lob posterobazalinde kostal, mediastinal ve diaframatik

plevraya komşu, en geniş yerinde 9 cm çaplı ince milimetrik kalsifikasyonlar içeren duvara sahip kistik lezyon tespit edildi. Lezyon diyafragmada inversiyon oluşturarak kaudalde sağ böbrek üst pol komşuluğuna kadar uzanmaktaydı (Resim 4). Diyafram ile ilişkisinin doğrulanması için ultrasonografi (USG) ile korele edildiğinde lezyonun sağ hemitoraks alt zonda yer kaplayan, diyafragma oturan ve karaciğere bası oluşturan ancak transdiafragmatik bir geçişi olmayan bir lezyon olduğu raporlandı.



Resim 4. Mediasten kesitlerinde diyafragma kadar inen lezyonun görünümü.

Torakotomi ile 6. interkostal aralıktan yapılan eksplorasyonda intratorasik ekstrapulmoner lokalizasyonlu, arka mediastende, aşağıda kostofrenik ve paravertebral yerleşimli 7-8. interkostal aralıklarda üzeri mediastinal plevra ile kaplı 10x10 cm boyutlarında düzgün kenarlı yuvarlak, fluktuasyon veren, gergin kistik lezyon saptandı. Lezyonun diafragma ve batınla ilişkisi olmamakla birlikte yapılan ponksiyonda koyu kıvamlı, koyu kahverengi sıvı aspire edildi. "Frozen section" incelemede "benign enfekte kistik lezyon" olarak değerlendirilen lezyonun kati patoloji sonucu enterik kist ile uyumlu olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Enterik kistler gestasyonun ikinci haftası esnasında foreguttan oluşurlar ve gastrointestinal kanal epiteliyle döşelidirler. Bazen kistle özefagus arasında bir ilişki mevcuttur. Enterik kistlerin etyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Vakuolizasyon, divertikülizasyon, kaudal duplikasyon ve split notokord teorileri ileri

sürülmüş olup, en çok kabul gören teori split notokord sendromudur (4,5).

Çoğu kist visseral mediasteninin alt ve aşağı kısmına yerleşir. Kistlere bazen hemivertebra, spina bifida, vertebral füzyon-klefit, skolyoz ve dermatolojik lezyonlar eşlik edebilir (1,6). Ancak böyle konjenital lezyonlar mevcutsa, öncelikle akla "nöroenterik kistler" gelmelidir. Olgularımızda eşlik eden başka herhangi bir anomali yoktu.

Enterik kistler çocuklarda genellikle respiratuvar semptomlarla tespit edilirken erişkinde asemptomatik oluşu daha sıktır. Dispne, stridor ve persistan öksürük en sık rastlanan semptomlardır. Kistin peptik ülserasyonu, akciğer, plevra veya özefagus içine kanamaya neden olabilir.

Tanı yöntemleri non-invazif radyolojik teknikler, anjiyografi ve intraluminal lezyonları ekarte etmek için yapılan bronkoskopi ve özefagoskopidir. Kist genellikle başka bir nedenle çekilen rutin akciğer radyografisiyle saptanır. Özefagografi hem özefagusun kitlenin karşı tarafına yer değiştirdiğini, hem de intramural, ektramukozal bir kitleyi gösterir. BT, kitlenin kistik natürünü ve büyüklüğünü doğrular. Sindirim sisteminin bazı kısımlarıyla ilişkisi olursa hava içerebilir. Son zamanlarda endoskopik USG, kist duvarının kas tabakası ile özefagusun muskularis propriyasının ilişkisini gösterebildiğinden bu lezyonların tanısında güvenilirliği kanıtlanmıştır (5). Ayırıcı tanı bronkojenik, nöroenterik, duktus torasikus kisti, pankreatik psödokist, pulmoner sekestrasyon, meningosel ve hemanjiom gibi bütün kistik intratorasik lezyonları içerir.

Tedavi, komplikasyonları önlemek ve kesin tanı için komplet eksizyondur. Aşağıdaki kriterlerin varlığında cerrahi yapılır: 1) semptomatik kist, 2) malignite şüphesi, 3) kistin enfekte olması, 4) trakeaya bası, 5) progressif büyüme, 6) çocuklarda olması, 7) atipik lokalizasyon veya karakteristikler (3).

Enterik kistin rezeksiyonu, posterolateral torakotomi veya torakoskopi ile yapılabilir.

Herhangi bir komplikasyondan sakınmak için, kist diseksiyonu çok dikkatli yapılmalıdır. Eğer tamamen rezeke edilirse rekürrens görülmez. Yine de hastanın takibi önem arz etmektedir.

Histopatolojik tanısı, enterik epitel hattı ve duvarında farklı kas tabakası içermesi gibi tipik bulgularla konur. Bu epitel peptik ülserasyon vakalarında, sıklıkla gastrik mukozaya içeren sindirim traktının diğer kısımlarıyla benzer olabilir. Duvarda kartilaj bulunmaz.

Eğer kartilaj varsa çoğunlukla bronkojenik orijinli kist olduğuna inanılır.

Enterik kistler, sadece histopatolojik olarak kesin tanı konulabilen ve genellikle cerrahi müdahale gerektiren patolojilerdir. Nadir olmasına rağmen, mediastinal kistik lezyonların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Takeda S, Mioyshi S , Minami M, Masaoka A., Matsuda H. Clinical spectrum of mediastinal cysts. Chest 2003; 124(1): 125-32.
2. Altınok T, Topçu S, Kurul İ.C, Yazıcı Ü, Ulaşan N. Solunum Hastalıkları 2002; 13: 49-51.
3. Shamberg RC , Hendren WH III. Cysts and duplication in infants and children. In: Pearson FG, Deslauries J, Ginsberg RJ, Hiebert AC, Mc Kneally MF, Urchel CH Jr, eds. Thoracic Surgery. New York: Churchill Livingstone Inc, 1995: 1385-98.
4. Iglesias Sentis M, Belda Sanchis J, Gimferrer Garolera JM, Catalan Biela M, Rubio Garay M, Ramirez Ruz J. Mediastinal enteric cyst: unusual clinical presentation and histopathology. Arch Bronconeumol 2004; 40(4): 185-7.
5. Nakazawa N, Okazaki T, Miyano T. Prenatal detection of isolated gastric duplication cyst. Pediatr Surg Int 2005; 21(10): 831-4.
6. Özbek MN, Taşkesen M, Katar S, Ecer S, Onat S. Yenidoğanda nadir bir solunum sıkıntısı nedeni: kostovertebral malformasyona eşlik eden mediastinal enterik kist. [A Rare Cause of Respiratory Distress in a Newborn: Mediastinal Enteric Cyst Associated with Costovertebral Malformation: Case Report] Türkiye Klinikleri J Pediatr 2010; 19(4): 311-5.

Yazışma Adresi:

Dr. Banu YOLDAŞ
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi,
İzmir
e-posta: banuaktin@yahoo.com
