

BRONKOJENİK KİSTİN NEDEN OLDUĞU HARAPLANMIŞ LOB: VAKA SUNUMU

BRONCHOGENIC CYST THAT WAS CAUSED DESTROYED LOBE: A CASE REPORT

Mustafa ÇALIK¹, Hıdır ESME², Saniye GÖKNİL ÇALIK³, Pınar KARADAĞLI⁴

1 Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı 42075 Konya, Türkiye

2 Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği 42080 Konya, Türkiye

3 Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı 42080 Konya, Türkiye

4 Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü 42080 Konya, Türkiye

Başvuru Tarihi : 31.05.2010

Revizyon Tarihi : 21.06.2010

Kabul Tarihi : 22.06.2010

ABSTRACT

Bronchogenic cysts are uncommon congenital anomalies of foregut origin. They most frequently found in tracheobronchial tree, mediastinum or within the lung parenchyma. Rarely, the cysts have occurred in other locations. They are generally asymptomatic in the adulthood age. Asymptomatic lesions incidentally discovered by images studies of the thoracic for "non-pulmonary" reasons. Most of them presented as a smooth homogeneous water density shadows mediastinal/pulmonary opacity on chest radiographs or computed tomography (CT). Most reported bronchogenic cysts have occurred in pediatric patients, in with life-threatening complications including airway obstruction and trapping, atelectasis and respiratory distress. It can cause symptoms only when infected, ruptured or pressing on neighboring structures. A 64-year old male presented with shortness of breath. In December 2009, he resorted to our hospital for further examinations. Computed tomography (CT) showed cystic lesion located in the left lower lobe, and lung volume reduction in left hemithorax. The patient underwent a successful thoracotomy and a left lower lobe lobectomy. Pathological findings revealed the diagnosis of a congenital bronchogenic cyst. Although bronchogenic cysts are congenital, it often diagnosed in adult age groups. Misdiagnosis or delayed diagnosis of bronchogenic cysts in the age of adulthood resulted airway obstruction, recurrent infections and eventually path can be opened to destroyed lung. For that, as soon as possible even if the cysts are asymptomatic or diagnosed in any way, to avoid possible complications should be treated by surgery.

Key words: Bronchogenic Cyst, Destroyed Lobe, Obstruction.

Yazışma Adresi/Corresponding to:

Mustafa Çalık

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Alaeddin Keykubad Kampüsü 42075 Selçuklu, Konya

e-mail: drmcalik@hotmail.com

Tel: 0 505 858 48 98

ÖZET

Bronkojenik kistler foregut kökenli nadir görülen konjenital anomalilerdir. Sıklıkla trakebronşial ağaç, mediastinum ve akciğer parankiminde bulunurlar. Nadiren farklı yerlerde de bulunabilirler. Genellikle erişkinlik döneminde asemptomatiktir. Bu asemptomatik hastalar sıklıkla toraks dışı nedenler için görüntülenirken tesadüfi olarak tespit edilir. Çoğunluğu göğüs filminde veya bilgisayarlı tomografide düzgün kenarlı homojen su dansitesi veren mediastinal/pulmoner opasiteler olarak görünür. Bronkojenik kistte solunum sıkıntısı, atelektazi, hava yolu obstrüksiyonu ve sıkışması gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar en çok çocukluk çağında bildirilir. Kist enfekte, rüptüre veya çevre yapıları bası yaptığında semptomatiktir. 64 yaşındaki erkek hasta nefes darlığı ile Aralık 2009 tarihinde ileri tetkik ve tedavi için hastanemize başvurdu. Tomografisinde sol alt lobda kistik lezyon ve sol hemitoraksta hacim azalması tespit edildi. Hastaya torakotomi ve alt lobektomi yapıldı. Patolojik tanısı konjenital bronkojenik kist olarak belirlendi. Bronkojenik kist konjenital olmasına rağmen sıklıkla erişkinlik çağında tanı konur. Erişkinler de bronkojenik kistlerin yanlış tanısı veya gecikilmesi hava yolu obstrüksiyonu, tekrarlayan enfeksiyonlar ve en sonunda harap akciğer yol açabilecek komplikasyonlarla sonuçlanır. Bu sebeplerden dolayı, her hangi bir nedenle tespit edilen veya asemptomatik kistler mümkün olduğunca olası komplikasyonlardan korunmak için cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bronkojenik Kist, Harap Lob, Obstrüksiyon.

GİRİŞ

Bronkojenik kistlerin üçüncü ve altıncı gestasyonel haftalar arasındaki trakeal divertikülün anormal tomurcuklanması sonucunda geliştiğine inanılmaktadır.¹ Bunun sonucu olarak intrapulmoner veya mediastinal lokalizasyonlarda görülebilir². Göğüs ağrısı, öksürük ve dispne en sık görülen semptomlardır^{3,4}.

Bronkojenik kistler, yetişkinlerde vakamız gibi sıklıkla asemptomatik ve göğüs filmlerinde tesadüfi olarak bulunur.⁵ Bu olgu sunumunda bronkojenik kiste bağlı harap lob vakasını literatür eşliğinde tartışılmıştır. Literatürde, bronkojenik kistlerin çevre dokulara bası nedeniyle çeşitli klinik tablolara neden olduğu bildirilmiş ancak harap lob vakası tespit edilmemiştir.

OLGU SUNUMU

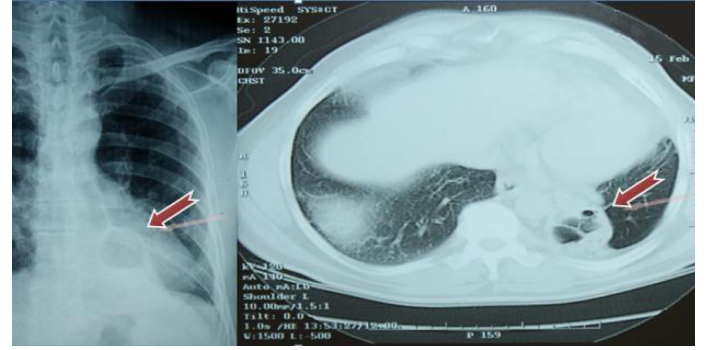
önceden herhangi bir şikâyeti olmayan 64 yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük, balgam ve yan ağrısı şikâyetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuştur. Yapılan değerlendirme ve radyolojik incelemeler sonucunda sol alt lobta kistik lezyon tespit edilmiş ve cerrahi tedavi önerilmiştir. Cerrahi tedavi kabul etmeyen hasta uygulanan medikal tedavi ile şikâyetleri kaybolmuş. Aralık 2009 tarihine kadar tekrarlayan ve giderek artan şikâyetleri için ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize başvurdu. Yapılan ilk fizik muayenesinde genel durumu iyi şuuru açık, koopere, oryante, tansiyon arteriyel 120/ 80 mmHg nabız: 76 ateş: 36.4 C0 solunum sayısı: 18 solunum sistemi muayenesinde ekspirasyonu hafifce uzamış solunum sesleri bütün alanlarda azalmıştı, ronküs yoktu ve sol hemitoraks bazalde ralleri mevcuttu. Çekilen toraks BT'de sol alt lobda yerleşen ve sol hemitoraksta akciğer hacmini azaltan kistik lezyon tespit edildi (Resim 1). Hastaya kist hidatik ve bronkojenik kist ön tanılarıyla cerrahi kararı verildi.

Hastaya sağ lateral dekübit pozisyonda kas koruyucu lateral torakotomi yapıldı. Sol alt lob parankiminde 4x3 cm'lik içi sıvı dolu kist görüldü. Başlangıçta kist aspire edilip dekomprese edildi. Trakeabronşial ağaç ile bağlantılı olduğu görüldü. Bronkojenik kistin alt komşu alt lob yapılarına ve sol alt lob ana bronşuna bastığı görüldü. Ana bronşu ciddi şekilde genişlemişti. Sol alt lob hacimce küçülmüş ve havalanmıyordu. Hastaya sol alt lobektomi yapıldı. İntraoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif 8. günde taburcu edildi ve beş aylık takiplerinde nüks veya komplikasyon saptanmadı.

Histolojik olarak kist respiratuar (solunum tipi) epitelle döşeli olup, duvarında genellikle kalınlaşmış fibromuskuler doku, müköz glandlar ve kıkırdak izlendi. Patolojik inceleme; intraparenkimal kistin duvarlarında kartilajsız solunum yolu epiteli ile döşeli olduğu görüldüğünden bronkojenik kist olarak rapor edildi (Resim 2,3).

TARTIŞMA

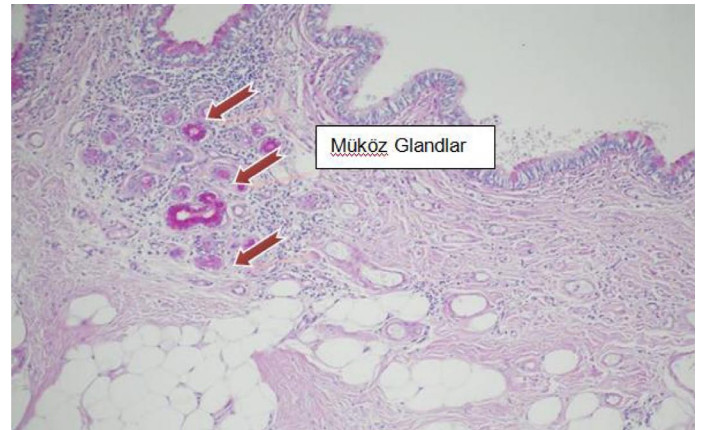
Bronkojenik kistler; genellikle mediasten ve akciğerlerde yerleşen ve foregut orjinli nadir konjenital anomalilerdir.¹ Maier ve arkadaşları bronkojenik kistleri buldukları lokalizasyonlara göre paratrakeal, karinal, hiler, paraözefajial ve çeşitli olarak 5 gruba ayırmışlardır. Bizim vakamız parenkimal yerleşimli olmasına rağmen çoğunlukla paratrakeal, karinal ve hiler grupları asemptomatiktir. En sık subkarinal ve paratreakeal bölgede bulunurlar. Nadiren cilt, cilt altı, boyun, perikardium,



Resim 1. Hastaya ait PA Akciğer grafisi ve Toraks CT'si



Resim 2. Histolojik olarak fibromuskuler cidar ve solunum tipi kist epiteli (HEX100).



Resim 3. Cidarda müköz glandlar (PASX100).

diyafragma, batın ve omurganın intramedullar kısmında da görülebilir.⁹ Erken dönemde gelişenler santral ve mediastinal yerleşimliken geç dönmedekiler vakamız gibi intraparenkimaldir. Distal bronşiyal dallanma ile bağlantıları vardır.¹⁰ Yaygın kanı olarak vakamızda olduğu gibi bronkojenik kistlerin intraparenkimal yerleşimli olduğu kabul edilse de mediastinal yerleşimin sık olduğu yayınlarda vardır.^{2,8} Mediastinal yerleşenler çoğunlukla asemptomatiktir.³ İntraparenkimal kistlerde çevre dokulara bası ve yakın bronşiyal ağaçla ilişkisi nedeniyle enfekte olduğunda daha çok semptom verdiği

düşülmektedir.^{2,3,6,7} Semptomların hafif ve geç ortaya çıkması nedeniyle tanı erişkinlik dönemine kalmaktadır.³

Bronkojenik kistler en sık hava yolu obstrüksiyonu, bası, atelektazi ve solunum sıkıntısı gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar pediatrik yaş grubunda bildirilir. Güncel serilerde yetişkinlerdeki bronkojenik kistlerin de daha fazla semptomatik olduğu bildirilmektedir⁹. Bizim vakamız yetişkin ve intraparan-kimal olmasına rağmen geç dönemde başlayan ve giderek artan semptomları vardı.

Bu asemptomatik hastalar sıklıkla toraks dışı nedenler için görüntülenirken tesadüfi olarak tespit edilir. Çoğunluğu göğüs filminde veya BT'de düzgün kenarlı homojen sıvı dansitesi veren mediastinal/pulmoner opasiteler olarak görünür.⁵ Parankimal olanlar bası, enfeksiyon ve bronşiyal sistemle olan ilişkileri nedeniyle daha az düzgün sınırlı olmasına rağmen mediastinal yerleşimliler homojen dansiteli, düzgün sınırlı ve yuvarlaktır.⁶ Kistin enfeksiyon ve içeriğindeki protein/kalsiyum miktarına göre artan dansitesi nedeniyle solid görüntü verebilir. Ayırıcı tanıda yaygın bölgelerde kist hidatik, akciğer absesi, enfekte hava kisti, kaviter hastalık ve malignite akılda tutulmalıdır.¹⁰ St-Georges ve Okur'un serilerinde yapılan preoperatif değerlendirmeler de ön tanılarda bronkojenik kistin olmasına rağmen kesin tanıya postoperatif dönemde ulaşılmıştır.^{2,10}

Cerrahi zorluklarının bilinmesine karşı semptomatik kistlerde olası malignite için anatomik rezeksiyon kabul görmektedir. Hastamızda haraplaşan alt loba lobektomi yapılmıştır.¹⁰ Asemptomatik kistlerin tedavisi tartışmalı olmasına rağmen cerrahi tedavi birçok otorite tarafından önerilmektedir.

SONUÇ

Bronkojenik kist konjenital olmasına rağmen sıklıkla erişkin dönemde tanı konulur. Acil kliniğin de farklı nedenlerle çekilen akciğer grafilerinde tespit edilen çoğunlukla yuvarlak ve tekil, homojen dansiteli ve keskin sınırlı akciğer kitlerinin ayırıcı

tanısında bronkojenik kist akılda tutulmalıdır. Yanlış ve gecikmiş tanısı erişkinlik çağında hava yolu obstrüksiyonu, tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarına ve sonunda da harap akciğer neden olmaktadır. Bu yüzden mümkün olan en kısa zamanda kist asemptomatik olsa bile olası komplikasyonlardan kaçınmak için cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Shami FM, Sachs HJ, Perkins DG. Cystic disease of the lungs. *Surg Clin North Am* 1988;68:581-620.
2. St-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, Vaillancourt R, Deschamps C, Beauchamp G et al. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg* 1991;52:6-13.
3. Ribet EM, Copin MC, Gosselin BH. Bronchogenic cysts of the lung. *Ann Thorac Surg* 1996;61:1636-40.
4. Jones DR, Graber GM. Cysts and duplications in adults. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, eds. *Thoracic Surgery*. Philadelphia: Churchill Livingstone Company; 1995:1399-409.
5. Sundaramoorthi T, Mahadevan R, Nedumaran K, Jayaraman S, Vaidyanathan KR. Intrabronchial rupture of bronchogenic cyst. *Ann Thorac Surg* 2009;87:1919-20.
6. Aktoğlu S, Yüncü G, Haliloçlar H, Ermete S, Buduneli T. Bronchogenic cysts: clinicopathological presentation and treatment. *Eur Respir J* 1996;9:2017-21.
7. Kanemitsu Y, Nakayama H, Asamura H, Kondo H, Tsuchiya R, Naruke T. Clinical features and management of bronchogenic cysts: Report of 17 cases. *Surg Today (Jpn J Surg)*. 1999;29:1201-5.
8. Reed Jc, Sabonya RE. Morphologic analysis of foregut cyst in the thorax. *Am J Rontgenol* 1974;120:851-90.
9. Basoglu A, Celik B, Sengul A. T. Giant parenchymal bronchogenic cyst mimicking hydropneumothorax *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;126:1201-1202
10. Okur E, Altan K, Kuzu Okur H, Ertuğrul M, Halezaroğlu S, Atasalihi A. Bronkojenik kistlerde cerrahi tedavi. *Toraks Dergisi* 2002;3:66-69