

Pulmoner Hipertansiyona Yol Açan Anormal Yerleşimli Perikardial Kist

Mustafa Güler, Mehmet Erdem Toker, Ercan Eren, Ahmet Özdemir, Cevat Yakut

Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Pulmoner Hipertansiyona Yol Açan Anormal Yerleşimli Perikardial Kist
Perikardial kistler benign kongenital lezyonlardır. Çoğu asemptomatik olan lezyonlar büyük boyutlara ulaşmalarına rağmen bulgu vermeyebilirler. Klasik olarak anterior mediastende kardiofrenik açıya yerleşirler fakat nadiren atipik yerleşim gösterebilirler. Bu yazıda sağ ventrikül çıkım yolu ve pulmoner arter üzerine yerleşerek pulmoner hipertansiyona yol açan bir perikardial kist vakası sunulmuştur. Bilgisayarlı Tomografi ile tanı konulmuş, median sternotomi ile kardiopulmoner bypass kullanmaya gerek kalmadan hasta opere edilmiştir. Postoperatif dönemi sorunsuz olan hastada kitlenin histobiyokimyasal analizi benign perikardial kist olarak rapor edilmiştir.

Anahtar sözcükler: perikard, kist, pulmoner hipertansiyon.

Geliş tarihi: 21.02.2005

Kabul tarihi: 18.05.2005

ABSTRACT

Atypically Located Pericardial Cyst Causing Pulmonary Hypertension
Pericardial cysts are rare benign congenital lesions. Most pericardial cysts are asymptomatic and they can stay silent even reach massive sizes. They are classically located in the anterior mediastinum at the cardiophrenic angle, but occasionally they can be found atypic location. In this paper a case of pericardial cyst located right ventricular output tract and pulmonary artery causing pulmonary hypertention has been reported. Diagnosis was performed computed tomographic scans and surgery performed using median sternotomy without cardiopulmonary bypass. Postoperative course was excellent and the histobiochemical analysis of the mass was reported benign pericardial cyst.

Keywords: pericardium, cyst, pulmonary hypertension

Received: 21.02.2005

Accepted: 18.05.2005

GİRİŞ

Nonneoplastik mediastinal kistler primer mediastinal lezyonların yaklaşık %20 sini oluştururlar. Bunların %50-60'ı bronkojenik, %20-30 u perikardial ve %7-15'i enterik veya duplikasyon kistleridir. Genellikle konjenital orijinli ve gebeliğin ortalama 6. haftasında oluşan lezyonlar 4. ve 5.dekatta semptomatik hale gelirler [1].

Perikardiyal kistler de genellikle asemptomatik, benign natürde, yuvarlak ve düzgün sınırlı oluşumlardır. Sıklıkla rutin incelemelerde göğüs radyografisinde veya tomografisinde saptanırlar. Akkiz de meydana gelebilirler. En sık görüldüğü yer sağ kardiyofrenik açıdır. [2]

Bu vakada, literatürde rastlamadığımız şekilde Pulmoner hipertansiyona sebep olan sağ ventrikül çıkım yoluna yerleşmiş ve pulmoner artere bası yapan atipik yerleşimli, perikardiyal kisti dökümante ettik.

OLGU

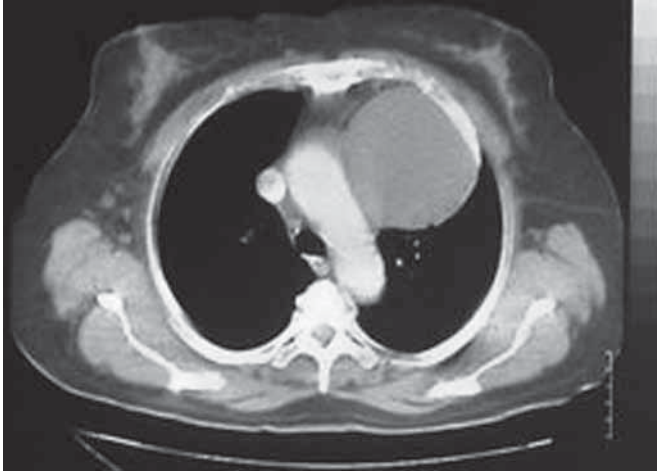
61 yaşındaki kadın hastaya nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınması ile başvurduğu başka bir merkezde koroner anjiyografi yapılmış. Normal koroner arterler ve normal sol ventrikül fonksiyonlarının yanında yüksek pulmoner arter basıncı (47/16/34 mmHg) tespit edilmesi üzerine ileri

tetkik önerilmiş. Fizik muayenesinde akciğer sesleri dinlemekle doğal, kalbin oskültasyonu normaldi, ek ses üfürüm yoktu. Yapılan bilgisayarlı tomografide ön mediastende sol hemitoraks ventral kesiminde, pulmoner trunkusu kraniyalden çevreleyen, arkus aorta minör kurvaturuna sol lateralden yaslanan, düzgün ve iyi sınırlı, ince duvarlı homojen ve hipodens sıvı yoğunluğunda 7,5x8,5 cm. boyutlarında kitle saptandı (Şekil 1). Ekokardiyografide global ejeksiyon fraksiyonu % 60, sistolik pulmoner arter basıncı 50 mmHg olarak tesit edildi. Kapaklarla ilgili herhangi bir sorun yoktu. Laboratuar bulguları normaldi.

Hasta bu bulgularla ameliyata alındı. Mediyana sternotomi yapıldığında sağ ventrikül çıkım yolu üzerinde pulmoner artere bası yapan, 8x9 cm. boyutlarındaki kapsüllü yuvarlak kitle eksplore edildi (Şekil 2). Kitle keskin diseksiyonla çevre dokulardaki yapışıklıklardan ayrılarak rezeke edildi. Perikardial boşluk 5 mm lik insizyon ile drene edildi. 200 cc seröz mayi boşaltıldı. Kardiyopulmoner bypass girmeye gerek olmadı. Hasta sorunsuz bir şekilde Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı.

Kistin patolojik incelemesinde sıvının sarı ve berrak özellikte olduğu, iç yüzünün pembe beyaz ve düzgün olduğu belirlendi. Mikroskopik incelemede mononükleer iltihap hücreleri içeren fibröz çeper ve içyüzde tek sıralı yassı epitel gözlemlendi. Perikardial kist olarak rapor edildi.

Yazışma Adresi: Dr: Mustafa Güler, Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği Kartal İstanbul-Türkiye, Tel: +90 216 3266969, e-posta: drmguler@gmail.com



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide ön mediastende kitle.

Postoperatif takibinde herhangi bir sorunu olmayan hasta postoperatif 4. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Perikardiyal kistler az görülen, genellikle benign menşeli lezyonlardır. Görülme sıklığı yaklaşık 1/100000'dir [3]. Büyük boyutlara ulaşmadıkları takdirde klinik bulgu vermeyebilirler. Perikardial kistlerin anterior perikardial recessus'unun aberan füzyonu sonucu oluştuğuna inanılmaktadır. Diyafragma veya anterior perikardiuma yapışmış olabilirler ama nadiren perikardial kese ile ilişkili olurlar [1].

Perikardial kistler toraks içinde heterojen bir dağılım gösterirler. En sık görüldüğü yer ön mediastende sağ kardiyofrenik açığı (%70) ve sol kardiyofrenik açığı (%22) olarak bildirilmiştir [4]. % 8-10 oranında da atipik yerleşim gösterirler. Son zamanlarda perikardial kistlerde atipik yerleşim sık bildirilmektedir bu da tanı yöntemlerindeki gelişmelerle açıklanabilir.

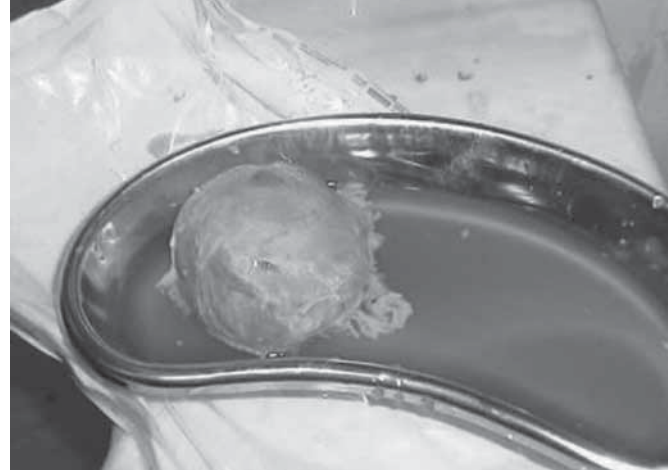
Atipik yerleşimli perikardiyal kistler büyümelerine ve çevre dokulara baskı yapmalarına bağlı olarak semptomatik hale gelebilmektedirler.

Bizim vakamızda da literatürde rastlamadığımız şekilde sağ ventrikül çıkım yolu üzerinde pulmoner artere baskı yapan ve pulmoner hipertansiyona neden olarak ortaya çıkmıştır.

Nadiren kistin torsiyonuna bağlı göğüs ağrısı da olabilir.

Bununla birlikte son yıllarda superiyor vena cavayı erode eden [5], internal hemorajiye bağlı akut sağ kalp yetmezliğine yol açan [6], posterior mediastene [7] ve paratrakeal alana [8] atipik olarak yerleşen vakalar bildirilmiştir. Atipik yerleşim gösteren perikardiyal kistlerin artışı bilgisayarlı tomografinin daha sık kullanılmasıyla ilgili olabilir.

Direk radyografilerde tesadüfen görülen kistlerin Ekokardiyografi ve bilgisayarlı tomografi ile solit tümörlerden ve anevrizmalardan ayrılması mümkün olmaktadır [9].



Şekil 2. Çıkarılan 8x9 cm. boyutlarındaki kapsüllü yuvarlak kitle.

Kist tespit edildikten sonra cerrahi uygulanmayıp takip edilen hastalarda komplikasyonlar gelişebilir. Bunlar kistin rüptürü, kardiyak kompreyon ve vakamızda olduğu gibi hemodinamik bozukluklar olabilmektedir. Literatürde kistin perikardiyal boşluğa rüptürü sonucu akut sağ kalp yetmezliği ve tamponata neden olan ölümcül komplikasyonlar bildirilmektedir [6].

Kiste tanı konduğunda cerrahi uygulanmalıdır. Ameliyat ertelendiğinde kistin çapı çok büyük boyutlara ulaşabilir, rüptüre olması ve komplikasyon gelişme riski artar, morbidite ve mortalite yükselir [10].

Cerrahi teknik olarak median sternotomi, torakotomi, VATS (video-assist torakoskopik cerrahi) uygulanabilir. Perikardial kistler düzgün kenarlı, sınırlı, hemen hemen tamamıyla avasküler yapılardır, bu yüzden minimal invaziv tekniklerle extirpasyona uygundur. Vital yapılara adezyonun olabileceği durumlarda VATS ile kistin tam olarak çıkarılması mümkün olmayabilir. Bu durumda kist duvarının bir kısmının yerinde bırakılarak, rekürrens riskini önlemek için mukozanın oblitere edilmesi önerilmektedir [11]. Cerrahi ekstirpasyon ile radikal tedavi gerçekleştirilmiş olur semptomlar geriler ve lezyonun histobiyokimyasal analizi yapılarak malignite ekarte edilebilir [8]. Bu yüzden asemptomatik hastalarda bile muhtemel komplikasyonları önlemek, kesin tanıyı koymak için cerrahi uygulanmalıdır. [12], Çünkü operasyon mortalitesi çok düşüktür ve kistin total ekstirpasyonu sonucu prognoz mükemmeldir. [1] Bunun yanında nadir de olsa perikardial kistlerde spontan rezolasyonlar bildirilmiştir. [13]

Vakamızda olduğu gibi genellikle kardiyopulmoner bypass a gerek kalmadan kist tamamıyla çıkarılabilmektedir. Fakat literatürde kistin ventrikül duvarına infiltre olduğu ve kardiyopulmoner bypass altında kist ekstirpasyonunun yapılarak sağ ventrikülün de tamir edildiği vakalar bildirilmiştir. [14]

Bizim vakamızda kistin büyük olduğu ve sağ ventrikül çıkım yolu üzerinde pulmoner arteri basıya uğratarak arkus aorta minör kurvaturuna komşu olacak şekilde lokalize olduğu için mediyan sternotomi yaklaşımı tercih edilmiştir. Kistin ekstirpasyonu keskin diseksiyonla yapılabilmüş ve kardiyopulmoner bypass gerekli olmamıştır. Özellikle kalp boşluklarıyla komşuluk gösteren perikardiyal kistlerde mediyan sternotomi yaklaşımı ve pompanın hazır halde bekletilmesi olası komplikasyonları önlemek açısından gereklidir.

Sonuç olarak perikardial kistler düşük mortalite ve morbidite ile opere edilerek tam kür sağlanabilen benign lezyonlardır. Yerleşim yerine göre çok değişik semptomlarla karşımıza çıkabilirler. Tespit edildiklerinde çok büyük boyutlara ulaşarak ciddi komplikasyon oluşturmalarına meydan vermeden opere edilmeli, çıkarılan materyal histobiyokimyasal olarak da incelenerek malignite ekarte edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Strollo DC, Rosado-de-Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors Part II. Tumors of the Middle and Posterior Mediastinum. *Chest* 1997; 112:1344-57.
2. Ferguson MK. Thoracoscopic management of pericardial disease. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1993;5:310-5.
3. Roober P, Maisin J, Lacquet A. Congenital pleural pericardial cysts. *Thorax* 1963;18:146-150.
4. Feigin DS, Fenglio JJ, Mc Allister HA, Madewell JE. Pericardial cysts: A radiologic-pathologic correlations and review. *Radiology* 1977;125:15-20.
5. Mastroroberto P, Chello M, Bevacqua E, Marchese AR. Pericardial cyst with partial erosion of the superior vena cava. An unusual case. *J Cardiovasc Surg* 1996;37:323-4.
6. Borges AC, Gellert K, Dietel M et al. Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst. *Ann Thorac Surg* 1997;63:845-7.
7. Sugita T, Yasuda R, Magara T et al. Pericardial cyst in the midline position. *J Cardiovasc Surg* 194;35:87-8.
8. Kutlay H, Yavuzer I, Han S, Cangir AK. Atypically located pericardial cysts. *Ann Thorac Surg* 2001;72:2137-9.
9. Unverferth DV, Wooley CF. The differential diagnosis of paracardiac lesions: pericardial cysts. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1979;5:31-40.
10. Zambudio AR, Lanzas JT, Calvo MJR et al. Non-neoplastic mediastinal cysts. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22:712-6.
11. HazelriggSR, Landreneau RJ, Mack MJ, Acuff TE. Thoracoscopic resection of mediastinal cysts. *Ann Thorac Surg* 1993;56:659-60.
12. Bolton JWR, Shahian DM, Asymptomatic bronchogenic cysts: What is the best management? *Ann Thorac Surg* 1992;53:1134-7.
13. Martin KW, Siegel MJ, Chesna E. Spontaneous resolution of mediastinal cysts. *Am J Roentgenol* 1988;150:1131-2.
14. Chopra PS, Duke DJ, Pellett JR, Rahko PS. Pericardial cyst with partial erosion of the right ventricular wall. *Ann Thorac Surg* 1991;51:840-1.