

Perikard kist: Olgu Sunumu**Pericardial Cyst: A Case Report**

Muharrem ÇAKMAK, Mehmet Nail KANDEMİR

Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır.

Yazışma adresi: Dr. Muharrem ÇAKMAK, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır **Tlf:** 05333016897 **Email:** drcakmak@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 31.01.2015

Kabul tarihi / Accepted: 29.04.2015

Özet

Nonneoplastik mediastinal kistler primer mediastinal lezyonların yaklaşık %20'sini oluştururken, bunların %20-30'unu perikardial kistler oluşturur. Genelde konjenital olan bu lezyonlar 4 ve 5'inci dekatta semptomatik hale gelirler. Konjenital perikardial kistler genelde asemptomatik olup rutin akciğer grafilerinde tesadüfen saptanırlar. Genellikle kardiofrenik açıda, özellikle sağ tarafta yerleşirler. Nadiren sol kostofrenik açıda, hilusta, arkus düzeyinde ve üst mediastende görülürler. Diğer lezyonlarla sıklıkla karıştırılan bir hastalıktır. Çalışmamızda, sağ üst kadranda ağrı ve öne eğilmeyle artan nefes darlığı, göğüs ağrısı şikâyetiyle kliniğimize müracaat eden, bilgisayarlı toraks tomografisi ve magnetik rezonans görüntüleme hidatik kist ile diyafragma hernisi ayırımı yapılamayan ve torakotomide perikard kisti olduğu görülen 34 yaşında kadın hastayı sunmayı amaçladık. Perikard kisti göğüs ağrısı olan hastalarda ön tanılarda unutulmaması gereken bir patolojidir.

Anahtar kelimeler: Perikard Kisti, Toraks, Bilgisayarlı Tomografi, Magnetik Rezonans

Abstract

Nonneoplastic mediastinal cysts occupy approximately 20% of primer mediastinal lesions and pericardial cysts account 20-30% of mediastinal cysts. Generally these cysts have congenital origin and become symptomatic in the 4th or 5th decades. Patients with congenital pericardial cysts are usually asymptomatic and cysts are detected incidentally on radiographic examination. They are usually located in right cardiophrenic sinus and less frequently in left costophrenic sinus, hilus and upper mediasten. . Differential diagnosis of pericardial cyst is complicated. We aimed to present 34 years old female patient that referred to our clinic with right upper quadrant pain, dyspnea by leaning and chest pain. Patients was misdiagnosed as hydatic cyst or diaphragmatic hernie by magnetic resonance and computed tomography examination however thorcotomy revealed out pericardial cyst. Pericardial cyst should be taken into consideration in the differential diagnosis of mediastinal lesions.

Key words: Pericardial Cyst, Thorax, Computed Tomography, Magnetic Resonance

Giriş

İlk perikardial kist rezeksiyonu, 1934 yılında Pickhardt tarafından yapılmıştır (1). İlk perikardial kist tanımlaması ise Lillie ve arkadaşları tarafından, kalbi çevreleyen kistik lezyon olarak, 1940 yılında yapılmıştır (2). Lambert, 1940 yılında, perikardial kistin, embriyonik dönemde, lakünalardaki füzyon defektinden kaynaklandığını bildiren ilk yazardır (3). Konjenital orijinli olan bu lezyonlar genelde yetişkinlerde (4-5'inci dekatlarda) görülür. Ağrı, nefes darlığı, kardiyak basıya bağlı semptomlarla ortaya çıkabilir (4). Tanı akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi ve ekokardiyografi ile konur (5). Perikardiyal kistin tedavisi, basit bir aspirasyon şeklinde olabileceği gibi torakotomi ya da video yardımcı torakoskopik cerrahi yöntemiyle de yapılabilir (6).

Çalışmamızda, perikardial kist, bronkojenik kist, hidatik kist, diyafragmatik ya da hiatal herni ayrımı yapılamayan perikardiyal kisti dökümante etmeyi amaçladık.

Olgu

34 yaşında kadın hasta, sağ üst kadranda ağrı ve öne eğilmeyle artan nefes darlığı, göğüs ağrısı şikâyetiyle polikliniğimize müracaat etti. Fizik muayenede, her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, dinlemekle bilateral akciğer sesleri doğaldı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Laboratuvar tetkikleri normal olan hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde, kalbin sağ kenar komşuluğunda, ventrikül ve diyafragma ile sınırları seçilemeyen, düzgün kontürlü opak görünüm mevcuttu. Hastaya çekilen kontrastlı bilgisayarlı toraks tomografisi, sağ kardiyofrenik sinüs lokalizasyonunda düzgün kontürlü 7,5 cm çapında hipodens sıvı (hidatik kist? diyafragma hernisi?),

sağ akciğer alt lobda 7 mm çapında düzgün kontürlü subpevral nodül şeklinde raporlandı (Resim 1). Radyoloji tarafından, lezyonların içeriğinin karakterizasyonu ve sınırlarının daha iyi gösterilmesi için manyetik rezonans görüntüleme tetkiki istendi. Manyetik rezonans görüntüleme tetkiki, sağ kardiyofrenik lokalizasyonda düzgün sınırlı 8,5x4,5 cm boyutta, T1A sekanslarda hipointens, T2A sekanslarda hiperintens, heterojen yapıda kistik görünüm ve bu kistik lezyonun, supradiafragmatik yerleşimli olup karaciğere süperiordan indentasyon (hidatik kist? diyafragma hernisi?) gösterdiği izlenmektedir şeklinde raporlandı (Resim 2).

Hastaya sağ posterolateral torakotomi yapıldı. Lezyonun perikard ile bağlantılı olduğu görüldü. Kist eksize edildi (Resim 3, 4). Patoloji sonucu perikardial kist olarak raporlandı.

Tartışma

Perikardial kistler, nadir görülen anomalilerdir. İnsidansı yüz binde birdir (7). Çoğunlukla yetişkin popülasyonda ve genellikle sağ anterior kardiyofrenik açıda görülen mediastinal kitlelerdir (8).

Bu kistler açık renkte, seröz sıvıyla dolu lezyonlardır. Malign değişim göstermezler, eğer lezyonda, zaman içinde radyolojik değişim gözlenir ya da semptomlara neden olursa rezekte edilirler (9). Bizim hastamızdaki lezyon, yaygın damar ağına sahip, içi sıvı ile dolu ve semptomatik bir lezyondur.

Perikardiyal kistlerin etiyojileri tam olarak belli değildir ama perikardiyumla ilişkili mezenkimal lakünalardaki füzyon defektinden kaynaklandığına inanılır. Bu kistler tek sıralı mezenkimal hücrelerden oluşan uniloküler, pürüssüz bir duvara sahiptirler ve çeşitli kalınlıklarda fibröz dokularla çevrelenmişlerdir (3).

Semptomlar, son derece nadirdir. Fakat büyük kistlerde, göğüs ağrısı, kardiyak tamponand ve

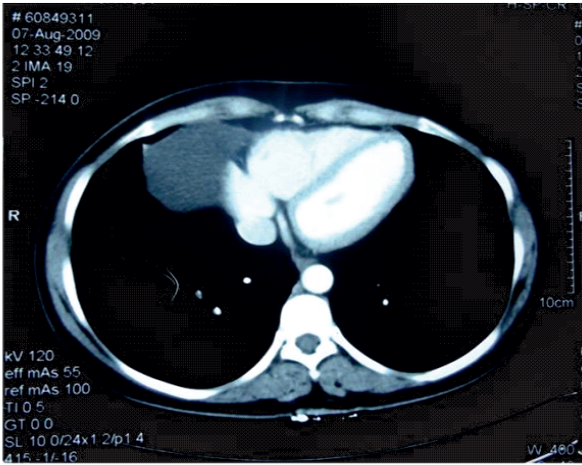
dispnenin olduğu bildirilmiştir (10, 11, 12). Ayrıca kist içine kanama, kist rüptürü, kalbe baskı sonucunda hemodinamik değişiklikler, bronş basıncı, ventrikül duvarında erezyon gibi perikardiyal kiste bağlı komplikasyonlarda bildirilmiştir (13,14, 15). Olgumuzda sağ üst kadranda ağrı, nefes darlığı, göğüs ağrısı mevcuttu. Herhangi bir komplikasyon yoktu.

Tanı, genelde tesadüfen konur. Lateral akciğer grafisinde, göz yaşı damlası görünümü karakteristiktir. Toraks tomografisi ile kiste ait özellikler daha rahat tanınır. Manyetik rezonans görüntüleme, özellikle atipik lokalizasyonlu

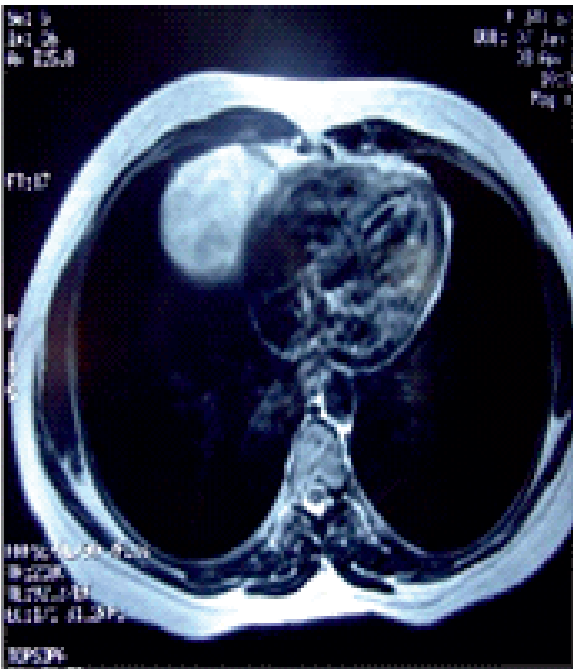
perikardial kistlerde, kistin tanı ve takibinde seçilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. Ekokardiyografi ile kalp ve kist arasındaki sitrüktürler görülebilir (16).

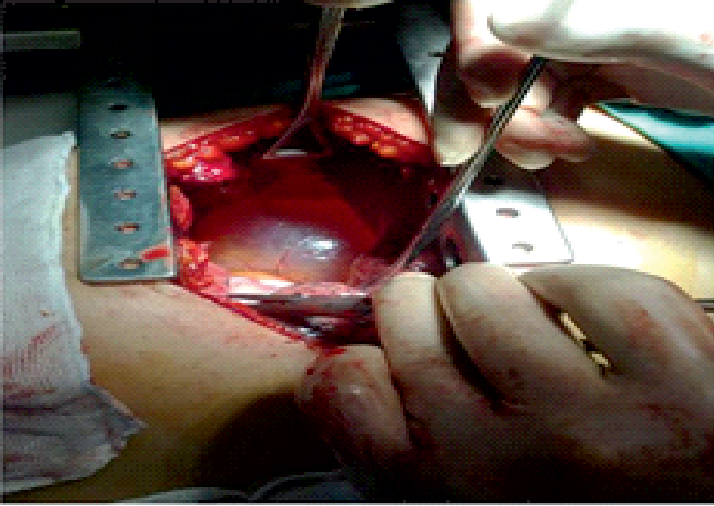
Tedavide, perkütan aspirasyon semptomatik lezyonlar için düşünülebilir. Tanısı tam olarak konulamayan, semptomatik kistlerde posterolateral torakotomi ya da video yardımlı torakoskopik cerrahi, diğer tedavi yöntemleridir (11).

Sonuç olarak, perikardiyal kist, nadir görülmesine rağmen, göz önünde bulundurulması gereken, mediastinal bir lezyondur.

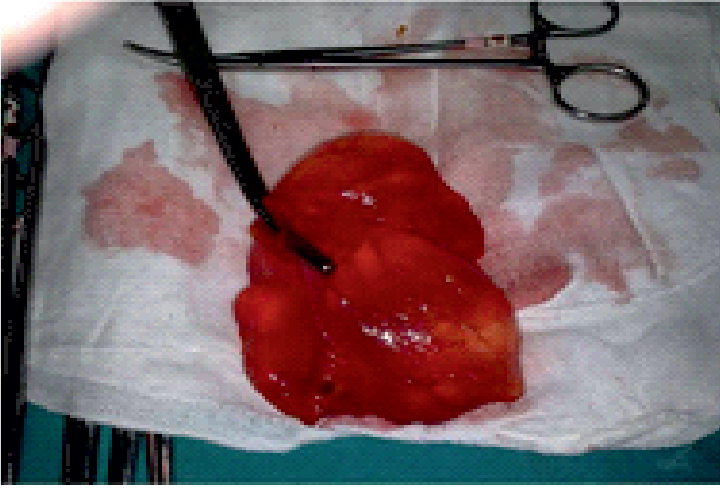


Resim 1: Sağ kardiyofrenik sinüs lokalizasyonunda düzgün kontürlü 7,5 cm çapında hipodens lezyon (hidatik kist? Diyafragma hernisi?), sağ akciğer alt lobda 7 mm çapında düzgün kontürlü subpevral nodül.





Resim 3: Lezyonun sağ posterolateral torakotomi ile eksplorasyonu



Resim 4: Eksize edilmiş perikard kisti

Kaynaklar

1. Pickhardt QC. Pleurodiaphragmatic cyst. *Ann Surg* 99:814, 1934.
2. Lillie WI, McDonald JR, Clagett OT. Pericardial celomic cysts and pericardial diverticula. A concept of etiology and report. *J Thorac Surg* 1950;20(3):494-504.
3. Lambert AVS. Etiology of thin-walled thoracic cysts. *J Thorac Surg* 10:1, 1940.
4. Strollo DC, Rosado-de-Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors Part II. Tumors of the Middle and Posterior Mediastinum. *Chest* 1997;112(5):1344-57.
5. Unverferth DV, Wooley CF. The differential diagnosis of paracardiac lesions: pericardial cysts. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1979;5(1):31-40.
6. Okubo K, Chino M, Fuse J. Life-saving needle aspiration of a cardiac-compressing pericardial cyst. *Am J Cardiol* 2000;85(4):521.
7. Le Roux B. Pericardial celomic cysts. *Thorax* 1959;14:27-34.
8. Feigin D. Pericardial cysts. A radiologic-pathologic correlation and review. *Radiology* 1977;125(1):15-20.
9. Brown K, Aberle DR, Batra P, Steckel RJ. Current use of imaging in the evaluation of primary mediastinal masses. *Chest* 1990;98(2):466-73.
10. McLeod A, Dewhurst N. An unusual cause of chest pain. *Scott Med J* 2002;47(1):38-9.
11. Okubo K, Chino M, Fuse J, et al. Life-saving needle aspiration of a cardiac-compressing pericardial cyst. *Am J Cardiol* 2000;85(4):521.
12. Satur C, Hsin M, Dussek J. Giant pericardial cysts. *Ann Thorac Surg* 1996;61(1):208-10.
13. Borges AC, Gellert K, Dietel M. Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst. *Ann Thorac Surg* 1997;63(3):845-847.
14. Klatte EC, Yüne HY. Diagnosis and treatment of pericardial cysts. *Radiology* 1972; 104(3):541-544.
15. Chopra PS, Duke DJ, Pellett JR, Rahko PS. Pericardial cyst with partial erosion of the right ventricular wall. *Ann Thorac Surg* 1991;51(5):840-842.
16. Vinec P, Stover B, Sigmund G. MR imaging of the pericardial cyst. *J Magn Reson Imaging* 1992;2(5):593-596.