

Posterior Mediasten Kaynaklı Paravertebral Çölomik (Mezotelyal) Kist Olgusu

A Paravertebral Coelomic (Mesothelial) Cyst in the Posterior Mediastinum: Case Report

Dr. Türkan DÜBÜŞ,^a
Dr. Arslan KAYGUSUZ,^b
Dr. Gülben E. HUQ^c

^aGöğüs Cerrahisi Kliniği,
^bGenel Cerrahi Kliniği,
^cPatoloji Kliniği,
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 03.06.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 06.09.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Türkan DÜBÜŞ
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
turkandubus@gmail.com

ÖZET Mezotelyal (çölomik) kistler çok nadir görülen konjenital benign lezyonlardır. Toraks içinde lokalize çölomik kistler benign karakterli embriyonik tümörler olup mezotelyal kaynaklıdır. Posterior mediastende nadir görülmesi sebebiyle benign paravertebral mezotelyal kist (çölomik kist) olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Mediastinal kist, mezotelyal kist, konjenital, cerrahi tedavi

ABSTRACT Mesothelial (coelomic) cysts are exceptional congenital benign lesions. Intrathoracic coelomic cysts are benign embryonic tumors with a mesothelial lining. We present a case of benign paravertebral coelomic (mesothelial) cyst in the posterior mediastinum which is a rare lesion.

Key Words: Mediastinal cyst, mesothelial cyst, congenital, surgical treatment

Türkiye Klinikleri Arch Lung 2008;9(2):64-7

Posterior mediastinum, orta mediasten ile vertebral kolon arasında kalan bölgedir. Bu alanda torasik aorta, sempatik trunkus, nervus splanknikus, vagus siniri, interkostal sinirler, özofagus, duktus torasikus, vena azigos, vena hemiazigos, desendan aorta ve lenf nodları bulunur. Mediastinum değişik orijinli tümör ve kistlerin geliştiği intratorasik bir bölgedir. Bu lezyonlar konjenital veya edinsel olarak gelişim gösterirler. Her yaşta görülmekle birlikte daha ziyade genç ve orta yaşlarda fazladır. Konjenital lezyonların çoğu asemptomatik olup daha ziyade radyolojik olarak tespit edilir.¹

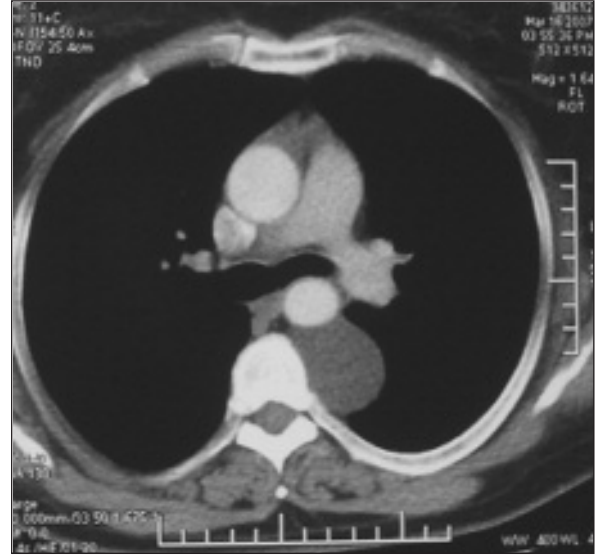
OLGU SUNUMU

Kırkyedi yaşında bayan hasta, kronik tonsillit tanısıyla operasyon hazırlıkları yapılırken çekilen akciğer grafisinde mediastende şüpheli lezyon saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Hastanın genel muayenesinde TA:120/90 mmHg, nabız:88 /dk, dinlemekle solunum sesleri bilateral eşitti. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Özgeçmişinde 20 yıl önce geçirilmiş menenjit öyküsü, 20 paket/yıl sigara anamnezi mevcuttu. P-A akciğer grafisin-

de aort topuzu belirgin, üst mediasten ile süperpoze, lateral radyogramda posterior mediastende vertebral ile süperpoze olan yaklaşık 6 cm çaplı, iyi sınırlı homojen dansitede kitlesel lezyon görüldü. Ardından çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide sol paraspinal alanda arkus aorta düzeyinden başlayarak sol akciğer hilus düzeyine dek uzanım gösteren inen aortayı öne doğru iten 4.5x5.5 cm boyutlarında homojen hipodens görünümde düzgün sınırlı kitle (nörojenik tm?) izlendi (Resim 1). Kontrastlı toraks MRI'da T4-T7 düzeyinde sol paraspinal alanda özofagus komşuluğundan posteriora doğru uzanım gösteren 4x7 cm boyutlarında hipo yağ baskılı, hiperintens görünümde koronal kesitlerde bir adet septasyonla uyumlu hipointens hattı bulunan pür kistik lezyon, ön planda nöroenterik kist veya özofagal duplikasyon kisti olarak yorumlandı (Resim 2). Solunum fonksiyon testleri FEV1(zorlu ekspiratuar volüm): 2390 ml (%82), FVC (zorlu vital kapasite): 2800 ml (%78) idi. Hematolojik ve biyokimyasal parametreleri normaldi. Hastaya tanısal ve terapötik amaçlı sol video yardımlı torakoskopik ekplorasyon/ rezeksiyon planlandı. 37F sol çift lümenli endobronşiyal tüple entübe edilen hastada sol toraksa 1 adet torakoport deliği açılarak video kamerayla girildi, ancak yapışıklık dolayısıyla mevcut lezyona ulaşamadı. Sol lateral mini torakotomi ile 4. interkostal aralıktan sol posterior mediastende mevcut kistik lezyona ulaşıldı (Resim 3). Düzgün sınırlı 6 cm çaplarındaki kistik lezyonun renksiz berrak sıvı içerdiği görüldü. Etraf dokularla olan sınırlarının belirginleşmesi için kistin içi aspire edildi. Lezyon etraf dokulardan serbestleştirilerek komplet rezekte edildi. Usulüne uygun torakotomi kapatıldı, hasta ekstübe edilerek servise alındı. Hastanın ameliyat sonrası takiplerinde klinik radyolojik ve cerrahi açıdan problemi olmadı. Hasta 4. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu asellüler materyal içeren benign çöломik (mezotelial) kist olarak raporlandı (Resim 4).

TARTIŞMA

Mediastinal kitle lezyonlarının %26-33.4'ü posterior mediasten yerleşimlidir.^{2,3} Posterior mediastinal yerleşimli tümörlerin %53'ünü nörojenik tümörler, %34'ünü bronkojenik ve nöroenterik



RESİM 1: Ameliyat öncesi toraks BT (mediasten).



RESİM 2: Ameliyat öncesi kontrastlı toraks MRI.

kistler ve az bir kısmını da mezenkimal tümörler oluşturmaktadır.²

Primer kistler mediastinal kitlelerin %15-20'sini oluşturur.⁴⁻⁶ Kistik lezyonların yıllarca asemptomatik kalabilmelerine karşın, eninde sonunda bası semptomlarına ve enfeksiyona neden oldukları ileri sürülmüştür.⁷⁻⁹

Mezotelial kistler, tek tabakalı mezotelial hücrelerin oluşturduğu benign kistik lezyonlardır. Bu lezyonlar çok nadir görülürler ve bazen intrato-



RESİM 3: Ameliyat sırasında lezyonun görünümü.

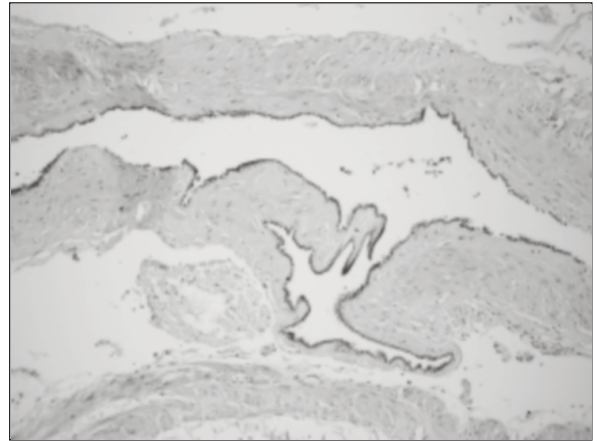
rasik yerleşim de gösterebilirler. Çocuklarda da literatürde yaklaşık 10 tane çoğu diafragma orijinli intratorasik mezotelyal kist olgusu bildirilmiştir.¹⁰

Mezotelyal kistler dalak, adrenal bez, over, falsiform ligament, testis ve mezenterin vajinal çıkıntılarında da belirtilmiştir.^{11,12} Mezotelyal kistler, toraks içerisinde heterojen bir dağılım göstermektedir ve yaklaşık %40'ı kardiyofre-

nik açının dışında lokalizasyon göstermektedir.¹³

Olgumuz posterior mediasten sol paraspinal alanda lokalizasyon göstermiş olup, tesadüfen çekilen radyolojik tetkikler sonucu tespit edilmiştir. Herhangi bir semptom bulgularına rastlanmamıştır. İleride herhangi bir bası semptomlarına veya enfeksiyona neden olmaması için komplet rezeke edilmiştir.

Sonuç olarak posterior mediastendeki en sık tümörler nörojenik tümörler, bronkojenik kistler ve enterik kistlerdir. Konjenital mezotelyal (çölömik) kistler nadir görülen posterior mediasten tümörleridir. Gelişmiş non-invaziv tanı yöntemlerine karşın, mediastinal kitle lezyonlarında kesin tanının konulabilmesi genellikle cerrahi girişimler ile sağlanabilmektedir.



RESİM 4: Histoloji; Tek sıralı mezotelyal hücrelerle döşeli, fibröz çeperli uniloküler kistik oluşum izlenmektedir. (H&E X 400).

KAYNAKLAR

1. Yüksel M, Kalaycı GN. Mediastinum ve mediastinal kistler. *Göğüs cerrahisi* 2001; 43: 603-15.
2. Davis RD, Oldham NH, Sabiston DC. Primary cysts and neoplasm of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management and results. *Ann Thorac Surg* 1987; 44: 229-37.
3. Cohen AJ, Thompson LN, Edwards FH, Bellamy RF. Primary cysts and tumors of the mediastinum. *Ann Thorac Surg* 1991; 51: 378-86.
4. Strollo DC, Rosado-de Christenson ML, Jett JR. Primary Mediastinal Tumors. (Part 2) Tumors of middle and posterior mediastinum *Chest* 1997; 112: 1344-57.
5. Srivella S, Ford WB, Zikria EA, Miller WH, Samadani SR, Sullivan ME. Foregut cysts of the mediastinum. Result in 20 consecutive surgically treated cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 90: 776-82.
6. Laurent F, Latrabe V, Lecesne R, Zennaro H, Airaud JY, Rauturier JF, Drouillard J. Mediastinal masses: Diagnostic approach. *Eur Radiol* 1998; 8: 1148-59.
7. Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC, LeBlanc J, McLoud TC, Moncure AC, Hilgenberg AD. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts. *Ann Thorac Surg* 1993; 55: 476-81.
8. Bolton JWR, Shahian DM. Asymptomatic bronchogenic cysts: What is the best management. *Ann Thorac Surg*. 1992; 53: 1134-7.

9. St-Georges R, Deslauries J, Duranceau A, Vaillancourt R, Deschamps C, Beauchamp G, Page A, Brisson J. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg* 1991; 52: 6-13.
10. Naik-Mathuria BJ, Cotton RT, Fitch ME, Popek EJ, Brandt ML. Thoracoscopic excision of an intrathoracic mesothelial cyst in a child. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2008;18: 317-20.
11. Esperza Estaun J, Gonzalez Alfageme A, Saenz Banuelos J. Radiological appearance of diaphragmatic mesothelial cysts. *Pediatr Radiol.* 2003;33:855-8.
12. Akinci D, Akhan O, Ozmen M, Ozkan OS, Karcaaltincaba M. Diaphragmatic mesothelial cysts in children: radiologic findings and percutaneous ethanol sclerotherapy. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185:873-7.
13. Mouroux J, Venissac N, Leo F, Guillot F, Padovani B, Hofman P. Usual and unusual locations of intrathoracic mesothelial cysts. Is endoscopic resection always possible?. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003;24:684-8.