



Huge Pericardial Cyst Misleading Symptoms of COPD

KOAH Kliniğini Taklit Eden Dev Perikardial Kist Olgusu

Dev Perikardial Kist / Huge Pericardial Cyst

Göktürk Fındık¹, Seray Kalaycıoğlu Hazer¹, Yetkin Ağaçkırın², Koray Aydoğdu¹, Sadi Kaya¹
¹ Göğüs Cerrahisi Bölümü ² Patoloji Bölümü,
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Özet

Perikardial kistler nadir görülen, konjenital, benign, mediastinal lezyonlardır. Tüm mediastinal kistik lezyonların üçte birini oluşturur. Genellikle asemptomatik seyreder. Ancak büyük boyutlara ulaşınca mediastinal kompresyon sebebiyle dispne, göğüs ağrısı ve paroksizmal taşikardi ve öksürük gibi semptomlar oluşturabilir. Nadir olarak akciğerde oluşturduğu atelektazi sebebiyle bu organa bağlı spesifik bulgular görülebilir. Olgumuz altmış beş yaşında bayan hasta idi ve yedi yıldır KOAH(kronik obstrüktif akciğer hastalığı) tanısıyla takip ediliyordu. Hastanın posterior anterior akciğer grafisinde sağda diyafragma yüksekliği vardı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ hemitoraksta, diyafragma komşuluğunda, dev yapıda ve akciğere bası yapan kistik lezyon izlendi. Hastaya sağ torakotomi ile kist eksizyonu yapıldı. Hastanın postoperatif dönemde klinik bulguları tamamen geriledi ve bronkodilatör tedavi gereksinimi azaldı. Perikardial kistlerde düz akciğer grafisinde asıl lezyonun gözden kaçabileceği ve bu hastalarda büyüyen kiste bağlı bası bulgularının KOAH kliniğine benzer semptomlar oluşturabileceğini akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Perikardial Kist; KOAH Kliniğini Taklit; Dispne

Abstract

Pericardial cysts are rare benign congenital mediastinal lesions. It accounts 30% of all mediastinal cysts. They are usually asymptomatic. They can produce the compression of the mediastinal structures typically caused the symptoms of dyspnea, thoracic pain, tachycardia and cough due to the unusual large size of the cyst. It can performed symptoms of lung atelectasia. The case was a sixty-five years old woman followed with a diagnosis of COPD for seven years. The patient was admitted to our center with the diagnosis of elevation of the right hemidiaphragm on chest radiography. The computed tomography revealed a cystic lesion adjacent to the right hemidiaphragm and cyst excision was performed via right thoracotomy. Patient's postoperative clinical findings indicated that the symptoms of COPD regressed completely and the patient did not require any further bronchodilator therapy. The aim of this case report is to demonstrate that the pericardial cysts can be missed in chest radiographs and impression of cysts may cause COPD like symptoms in these patients.

Keywords

Pericardial Cysts; Imitation of COPD; Dyspnea

DOI: 10.4328/JCAM.418

Received: 22.10.2010 Accepted:30.10.2010 Printed: 01.04.2012 J Clin Anal Med 2012;3(2): 215-7

Corresponding Author: Göktürk Fındık, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü, Ankara, Türkiye.
T.: +903123552110 F.: +903123552135 E-Mail: gokturkfindik@hotmail.com

Giriş

Perikardial kistler mediasteninin benign konjenital lezyonlarıdır. Gebeliğin 6. haftasında oluşmaya başlar ve yaşla beraber büyümeye devam eder. Hastalık 4. ve 5.dekatta semptomatik hale gelir [1]. Görülme sıklığı yaklaşık 1/100000'dir [2,3]. Klasik olarak tek keselidir. Kistin içi mesotelyum veya endotelyum tarafından döşenmiştir. Perikardial mesafe ile ilişkisi yoktur. Kadın ve erkeklerde eşit sıklıkla görülürler ve çocuklarda nadiren fark edilirler. Vakaların %90'ı sağ ve sol kardiyofrenik açıda kalan kısmı mediasteninin diğer bölgelerinde görülür. En sık görüldüğü yer ön mediastende sağ kardiyofrenik açıdır. Olguların yaklaşık %50'si asemptomatiktir ve tesadüfen fark edilir. Kistlerin bası yapması sonucu göğüs ağrısı, dispne ve öksürük gelişebilir. Bazen bası yaptığı organa bağlı bulgu oluşturur. Olgumuzda olduğu gibi KOAH kliniğine benzer semptomlar oluşturabileceği akılda tutulmalıdır.

Olgu Sunumu

7 yıldır KOAH tanısıyla takip edilen altmış beş yaşında bayan hasta, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özellikle egzersiz sırasında artan ve dinlenmekle geçen nefes darlığı şikayeti vardı. Yapılan fizik muayenesinde sağ hemitoraks bazalde solunum seslerinde azalma ve sağda daha belirgin olmak üzere bilateral ronküs mevcuttu. Hastanın posterior anterior (PA) akciğer grafisinde sağ hemitoraksta diyafragma yüksekliği vardı (resim 1). Solunum fonksiyon testi sonuçları FEV1: 1,25, FVC: 1,73 ve FEV1/FVC: %72 idi. Toraks bilgisayarlı tomografide, sağ hemitoraksta, diyafragma komşuluğunda ve akciğerde ateletazi oluşturan 15x10x10 cm boyutlarında kistik lezyon vardı (resim 2). Hastaya sağ torakotomi ile kist eksizyonu yapıldı. Postoperatif tanısı perikardiyal kist olarak raporlandı (resim 3). Hastanın postoperatif erken dönemde KOAH lehine değerlendirilen semptom ve fizik muayene bulguları tamamen geriledi, solunum fonksiyon testlerinde iyileşme izlendi ve takiplerinde bronkodilatör tedaviye gereksinimi azaldı. Klinik takibinde herhangi bir sorunla karşılaşılmayan hasta sorunsuz olarak 8. günde taburcu edildi. Hastanın postoperatif 1. ayda solunum fonksiyon testi sonuçları FEV1: 1,54, FVC: 1,87 ve FEV1/FVC: %82 idi.

Tartışma

Mediastinal kistler tüm mediastinal kitlelerin %7'sini ve primer mediastinal benign lezyonların yaklaşık %20'sini oluşturur. Mediastinal kistik lezyonların ise yaklaşık olarak yarısını bronkojenik kistler, üçte birini perikardiyal ve beşte birini de enterik veya duplikasyon kistleri oluşturur. Genellikle konjenital orijinli olmalarına rağmen akkiz de gelişebilirler. Gebeliğin ortalama 6. haftasında oluşan lezyonlar 4. ve 5.dekatta kistlerin büyümesiyle semptomatik hale gelir (1). Perikardi oluşturan fetal lakunanın inkomplet birleşmesi sonucu oluşur. Üçte ikisi sağ kardiyofrenik açıda yerleşir [4,5]. Ancak posterior mediasten ve paratrakeal

alandaki atipik lokalizasyonlar bildirilmiştir[6,7]. Olgumuz 6. dekatta ve sağ posterolateral alanda yerleşimli idi. Hastanın daha önce yapılan tetkikleri yoktu. Ancak lezyonun büyüklüğü ve yerleşim yeri göz önüne alınırsa konjenital olduğu düşünülebilir. Perikardiyal kistler semptomları bulunduğu yere ve yaptığı basının şiddetine bağlı olarak değişiklik gösterir. Literatürde; superior vena cavaya basan, bununla ilgili bulgular veren ve internal hemorajiye bağlı akut sağ kalp yetmezliğine yol açan vakalar sunulmuştur [8,9]. Ancak en sık rastlanan semptomlar göğüs ağrısı, dispne ve öksürüktür. Olgumuzda nefes darlığı ve yan ağrısı şikayeti vardı. Hasta özellikle efor sırasında artan dispnenin şikayetçi idi. Uzun süreli bronkodilatör tedaviye rağmen şikayetlerinde azalma olmayan hastada, perikardiyal kistin varlığı ve dev boyutlara ulaşması altta yatan KOAH'ı tetiklemiş olabilir. Postoperatif SFT'nin öncesine göre belirgin olarak düzelmesi ve hastanın postoperatif şikayetlerindeki düzelme -perikardiyal kiste KOAH'ı taklit eden bir klinik- olarak yorumlanabilir. Dev kistin akciğerde oluşturduğu ateletazi tablosu, hastadaki efor dispnesini artırmış olabilir.

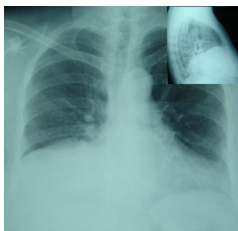
Tanıda akciğer grafisi, floroskopi, toraks BT ve seçili vakalarda ekokardiyografi kullanılır [10]. PA akciğer grafi küçük ve kalbin arkasında kalan lezyonlarda yanlış negatif sonuç verebilir. Bazen de bizim olgumuzda olduğu gibi dev boyutta ki lezyonlarda kendini farklı lezyon olarak gösterebilir. Bu nedenle toraks BT altın standarttır. Ayırıcı tanıda da bilgisayarlı tomografi (BT) faydalıdır. Atipik lokalizasyonda olanlarda veya komplike olması nedeniyle kistik görünüm vermeyen olgularda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılabilir [11]. Ayırıcı tanıda bronkojenik kistler, foregut kistleri, lipom, nörojenik tümörler, sarkomlar, metastazlar, akciğer tümörleri, akciğer abseleri, granülomatöz lezyonlar, ampiyem poşları, diyafragmatik herniler, damar anevrizmaları ve lenfanjiomlar düşünülmelidir [12].

Perikardiyal kiste tedavi cerrahi eksizyondur. Tedavi edilmeyen olgularda kistin çapı büyük boyutlara ulaşır ve komplikasyon riski artar. Ayrıca kistin içine hemoraji, plevra ve perikarda rüptür, bronş ve kalp gibi etraf dokulara bası nedeniyle hemodinamik ve solunumsal bozukluklar, kistin perikardiyal boşluğa rüptürü sonucu akut sağ kalp yetmezliği ve tamponat gibi komplikasyonlar bildirilmiştir [9,13,15]. Dolayısıyla tedavisi geciken olgularda morbidite ve mortalite yükselir [14]. Torakotomi, median sternotomi veya seçilmiş vakalarda VATS (video assisted thoracoscopic surgery) ile rezeksiyon uygulanabilir. Lezyonlar düzgün sınırlı oldukları için kolaylıkla çıkarılır. Olgumuza lateral torakotomi ile total eksizyon yapılmıştır.

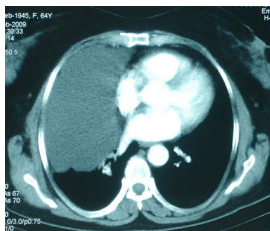
Sonuç olarak; perikardiyal kistler PA akciğer grafisinde fark edilemeyebilir ve hastalarda gelişen akciğer basısı bulguları KOAH kliniğine benzer semptomlar oluşturabilir. İlaçlara dirençli KOAH kliniği olan ve özellikle 5. dekattan daha yaşlı hastalarda PA akciğer grafisindeki basit diyafragma yükseklikleri için ileri tetkikler yapılmalı ve perikardiyal kistler akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

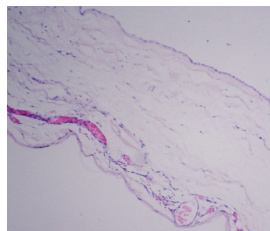
1. Strollo DC, Rosado-de-Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors Part II. Tumors of the Middle and Posterior Mediastinum. *Chest* 1997; 112(5): 1344-57.
2. Le Roux BT. Pericardial coelomic cysts. *Thorax* 1959; 14(1): 27-34.
3. Roobar P, Maisin J, Lacquet A. Congenital pleural pericardial cysts. *Thorax* 1963; 18: 146-150.
4. Hynes JK, Tajik AJ, Osborn MJ, Orszulak TA, Seward JB. Two-dimensional echocardiographic diagnosis of pericardial cyst. *Mayo Clin Proc* 1983; 58(1): 60-3.
5. Tung KT, Chan O. Case report: misdiagnosis of an atypical pericardial cyst presenting in a patient with chest trauma. *Clin Radiol* 1991; 43(4): 272-3.
6. Sugita T, Yasuda R, Magara T et al. Pericardial cyst in



Resim 1. Düz ve yan akciğer grafisinde sağ hemitoraksta diyafragma yüksekliği görülüyor.



Resim 2. Toraks bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksta, diyafragma üzerinde, kalbe komşu kistik yapıda lezyon görülüyor.



Resim 3. Perikardiyal kiste mikroskopik görünüm (HEX100).

- the midline position. *J Cardiovasc Surg* 1994; 35(1): 87-8.
7. Kutlay H, Yavuzer I, Han S, Cangir AK. Atypically located pericardial cysts. *Ann Thorac Surg* 2001; 72(6): 2137-9.
 8. 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(3): 323-4.
 9. 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(3) :845-7.
 10. Unverferth DV, Wooley CF. The differential diagnosis of paracardiac lesions: pericardial cysts. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1979; 5(1): 31-40
 11. Vinee P, Stover B, Sigmund G, et al. MR imaging of the pericardial cyst. *J Magn Reson Imaging* 1992; 2: 593-6
 12. Feigin DS, Fenoglio JJ, McAllister HA, Madewell JE. Pericardial cysts. A radiologic-pathologic correlation and review. *Radiology* 1977; 125(1): 15-20
 13. Chopra PS, Duke DJ, Pellett JR, Rahko PS. Pericardial cyst with partial erosion of the right ventricular wall. *Ann Thorac Surg* 1991; 51: 840-842
 14. Zambudio AR, Lanzas JT, Calvo MJR et al. Non-neoplastic mediastinal cysts. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22(5): 712-6
 15. Demirkaya A, Kaynak K. Mediastinal Kistler. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006, 2(47):23-6