Pericardial Cysts: Analysis of 41 Cases

Perikardiyal Kistler: 41 Olgunun Değerlendirilmesi

Perikardiyal Kist / Pericardial Cyst

Alkın Yazıcıoğlu, Pınar Bıçakçıoğlu, Erdal Yekeler, Ülkü Yazıcı, Nurettin Karaoğlanoğlu
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Perikardiyal kist tanısıyla ameliyat edilen olgular yaş, cinsiyet, şikayet, tanı yöntemleri, operatif yöntemler ve postoperatif komplikasyonlar açısından incelendi. Gereç ve Yöntem: 1999-2011 yılları arasında ameliyat edilen ve histopatolojik inceleme sonucu perikardiyal kist tanısı almış olan 41 olgunun kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Bulgular: Çalışmaya alınan olgulardan 22'si (%53,7) erkek, 19'u (%46,3) bayan olup ortalama yaş 51,7 yıl olarak hesaplandı. Hastalardan 14'ü (%35,0) başvuru anında asemptomatik olup, dispne (n = 8 ,%20,0) ve öksürük (n = 8 ,%20,0) en sık karşılaşılan şikayetlerdi. Perikardiyal kist 28 hastada (%68,3) sağ kardiyofrenik, 6 hastada da (%14,6) sol kardiyofrenik yerleşimliydi. Posterolateral ve anterior torakotomi en çok tercih edilen (sırasıyla n = 32 (%78,0) ve n = 6 (%14,6)) ameliyat yöntemi olup 2 hasta (%4,9) VATS ile ve 1 hastada (%2,4) mediastinoskopi ile opere edildi. Çalışma dahil edilen hastaların ortalama göğüs tüpü drenaj süresi 4,1 gün (1 – 14), ortalama hastanede kalış süresi ise 5,4 gün (2 – 17) olarak hesaplandı. Hastaların üçünde (%7,3) postoperatif komplikasyon görüldü; rekürrens ve mortalite saptanmadı. Tartışma: Perikardiyal kistlerin tanı ve tedavisinde cerrahi yaklaşım düşük rekürrens ve mortalite oranları ile güvenli bir şekilde uygulanabilir. Cerrahi eksizyon kesin tanı ve kür sağlar.

Anahtar Kelimeler

Perikard; Kist; Torakotomi

Abstract

Aim: Examining the cases operated due to pericardial cyst diagnosis in terms of age, gender, complaints, diagnosis methods, operative methods and postoperative complications. Material and Metod: The records of 41 cases who were operated between 1999 – 2011 and diagnosed with pericardial cyst through histopathological examination were retrospectively examined. Results: The age averages of the patients included in the study, 22 of whom were male (53.7%) an 19 of whom were female (46.3%), was 51.7 years. 14 patients (35.0%) in the study were asymptomatic during consultation, and dyspnea (20.0%) and coughing (20.0%) were the most frequent symptoms. Pericardial cyst was right cardiophrenic located in 28 patients (68.3%), and left cardiophrenic located in 6 patients (14.6%). Posterolateral and anterior thoracotomy were the most preferred operation type (n = 32 (78.0%) and n = 6 (14.6%), respectively) and 2 patients (4.9%) were operated through VATS and 1 patient (2.4%) through mediastinoscopy. Chest tube drainage length of the patients in the study was calculated as 4.1 days and average hospitalization period as 5.4 days (2 - 17). Postoperative complications were observed in three patients (7.3%); recurrence and mortality were not observed. Discussion: Surgical approach can safely be applied in the diagnosis and treatment of pericardial cysts with low recurrence and mortality rates. Surgical excision provides diagnosis and health cure.

Keywords

Pericardium; Cyst; Thoracotomy

DOI: 10.4328/JCAM.1101 Received: 14.05.2012 Accepted: 05.06.2012 Printed: 01.09.2013 J Clin Anal Med 2013;4(5): 363-365
Corresponding Author: Alkın Yazıcıoğlu, Hilal Mahallesi 691. Sokak, 7/5 Yıldız, Çankaya, Ankara, Türkiye.
GSM: +905334177985 F.: +90 3123552135 E-Mail: alkyaz@hotmail.com

Giriş

Perikardiyal kistler ilk olarak His tarafından 1881 yılında tanımlanmış konjenital benign kistler olup perikardın distal ventral paryetal recesslerinin tam olmayan kapanması sonucu ortaya çıktıkları düşünülmektedir [1]. Çoğunlukla kardiyofrenik açıya yerleşen bu lezyonlar ince duvarlı, berrak sıvı içeriği olan, çapları 3 – 30 cm arasında değişebilen lezyonlardır [1;2]. Genellikle asemptomatik olan bu kistlere tanı çoğu olguda rastlantısal olarak konur. Ancak olguların %20 kadarı çeşitli semptomlarla tanı alabilmektedir [1]. Çeşitli serilerde tüm mediastinal kistlerin % 7 - 36' sının perikardiyal kist olduğu bildirilmiştir [3;4;5;6]. Perikardiyal kistlerin tedavisinde cerrahi eksizyon ön planda olup düşük morbidite ve mortalite oranları ile ve minimal invaziv teknikler de kullanılarak uygulanmaktadır [3;7;8]. Çoğu yazar asemptomatik hastalarda dahi kistin tam eksizyonunu savunmaktadır [8;9]. Bu çalışmada perikardiyal kist nedeniyle opere ettiğimiz hastalardaki sonuçlarımızı literatür eşliğinde gözden geçirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi kliniğinde 1999 – 2011 yılları arasındaki 13 yıllık süre içerisinde opere edilmiş ve patolojik incelemeler sonucu mediastinal kist tanısı almış 129 olgu tespit edildi. Bu olgulardan 42'si (%32,5) perikardiyal kistti. Bir yaşındaki pediatrik perikardiyal kist olan bir hasta hariç kalan 41 olgunun (%31,8) kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, şikayet, preoperatif tanısal işlemler, operatif yöntemler, morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi. Hastaların tamamına operasyon öncesinde ön-arka akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi. Lezyonların intrakardiyak veya perikardiyak ilişkisini değerlendirmek amacıyla 11 (%26,8) hastaya ekokardiyografi istendi. Çalışmaya dahil edilen hastalardan 5'inde (%12,2) ayırıcı tanı için ileri radyolojik tetkiklere ihtiyaç duyuldu (3 hasta (%7,3) torakal manyetik rezonans, 2 hasta (%4,9) PET-CT). Eksize edilen kistlerin kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konuldu. Veriler SPSS 17,0 programına yüklendi ve istatistik uzmanı yardımıyla analiz edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan olgulardan 22'si (%53,7) erkek; 19'u (%46,3) bayan olup erkek : kadın oranı 1.2 : 1 olarak hesaplandı. Ortalama yaş erkeklerde 49,0 (30 – 67); bayanlarda ise 54,8 (25 - 68) yıl olarak hesaplanmış olup, toplam 41 hastanın yaş ortalaması 51,7 yıl idi. Olguların yaş dağılımı incelendiğinde en çok 5 - 7. dekatlar arasında hastaların tanı aldıkları saptandı. Çalışmadaki 36 hasta (%87,8) 5. dekat ve ilerisindeki yaşlarda perikardiyal kist tanısı almıştır. Hastaların yaş aralıklarına göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş aralığı	n	%
20 – 29	1	2,4
30 – 39	4	9,8
40 – 49	12	29,3
50 – 59	10	24,4
60 – 69	14	34,1
Toplam	41	100

Hastaların başvuru şikayetleri gözden geçirildiğinde %35'inin (n = 14) semptomsuz olgulardan oluştuğu ve rutin kontroller veya başka bir nedenle tetkik sırasında saptanan lezyonlar nedeniyle kliniğimize yönlendirildiği tespit edildi. En sık görülen semptom dispne ve öksürük olup her iki semptomda 8'er hastada (%20,0) görüldü. Beş hastada birden fazla semptom olup yine dispne ve öksürük ön plandaydı. Çalışmaya alınan hastalardan birinin şikayet ile ilgili verilerine ulaşılamamış olup bu hasta istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Semptomları ile ilgili sağlıklı veri elde edilen 40 hastanın dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların şikayetlerine göre dağılımı.

Şikayet	n	%
Yok	14	35,0
Dispne	8	20,0
Öksürük	8	20,0
Göğüs ağrısı	4	10,0
Çarpıntı	1	2,5
Dispne ve göğüs ağrısı	2	5,0
Dispne ve disfaji	1	2,5
Öksürük ve göğüs ağrısı	2	5,0
Toplam	40	100

Çalışmaya alınan hastalardan 24'ü (%60,0) pulmoner şikayetler nedeniyle hastaneye başvurmuş ve yapılan ileri tetkikleri sonucunda tanı konulan hastalardı. Sekiz hasta (%20,0) ise hastaneye perikardiyal kist dışı çeşitli sağlık problemleri nedeniyle başvurmuş ve yapılan tetkiklerinde tesadüfen tanı almış olgulardı. Sekiz hasta (%20,0) ise yapılan rutin sağlık kontrollerinde patolojileri saptanan hastalardan oluşmaktaydı.

Lezyonların lokalizasyonu değerlendirildiğinde 28 hastada (%68,3) sağ kardiyofrenik, 6 hastada (%14,6) sol kardiyofrenik; kalan 7 hastada da (%17,1) mediastinal lokalizasyonda (pretrakeal, paratrakeal, prevasküler, posterior mediastinal) kist bulunduğu gözlendi. Perikardiyal kistlerin yerleşim yerleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Perikardiyal kistlerin yerleşim yerleri.

Yerleşim yeri	n	%
Sağ kardiyofrenik	28	68,3
Sol kardiyofrenik	6	14,6
Mediastinal	7	17,1
Toplam	41	100

Olguların 32'sinde (%78.0) torakotomi, 6'sında (%14,6) anterior torakotomi ile cerrahi eksizyon yapılmış olup 2 hastaya (%4.9) VATS ile ve 1 hastaya da (%2.4) mediastinoskopi ile kist eksizyonu işlemi gerçekleştirildi. Çıkarılan spesmenlerin ortalama çapı ise 6,6 cm (2,5 - 14) olarak hesaplandı.

Hastalardan mediastinoskopi ile kist eksizyonu yapılan hasta haricinde kalan 40 hasta göğüs tüpü drenajı sistemi ile yoğun bakım ünitesine alındı ve göğüs tüpü drenaj sistemleri drenaj miktarı ve hava kaçağı düzeyine göre değerlendirildi. Hava kaçağı olmayan ve drenaj miktarı 100 ml/gün'den daha az olan hastaların göğüs tüpleri çekildi. Hastaların göğüs tüplerinin ortalama alınış süresi 4,1 gün (1 - 14) olarak hesaplandı. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi ise 5,4 gün (2 - 17) olarak hesaplandı.

Çalışma dahilinde mortalite görülmemiş olup 3 hastada (%7,3) postoperatif dönemde komplikasyon ortaya çıkmıştır. Birer hastada postoperatif erken dönemde hastaneye yatırılarak tedavi gerektiren cilt enfeksiyonu ve torasentez ile drenaj gerektiren hemorajik mayi koleksiyonu görüldü. Bir hastada da postoperatif geç dönemde toraks duvarı herniasyonu tanısı konuldu; olgu 3 yıl sonra reoperasyona alındı.

Tartışma

Mediastinal kistler hem çocukluk hem de erişkin çağda görülen lezyonlar olup genellikle konjenital olan bu lezyonların mediastende yer işgal eden tüm lezyonlar içindeki oranı %20-32 kadardır [2]. Davis ve ark. [5] tarafından yayınlanan 99 mediastinal kist olgusunun analizinde 36 (%36) olgunun perikardiyal kist; Ochsner ve ark. [6] tarafından yapılan 42 pediatrik mediastinal kist olgusunun analizinde ise 11 (%26) olgunun perikardiyal kist tanısı aldıkları bildirilmektedir. Serimizde 129 mediastinal kistli hastadan erişkin yaş grubunda bulunan 41'ine (%31,8) perikardiyal kist tanısı konuldu.

Perikardiyal kistler çoğunlukla erişkin yaşlarda tesadüfen tanı almaktadır [1;10;11]. Perikardiyal kistler pediatrik yaş grubunda mediastinal tümör ve kistlerin %2,2'sini; erişkin yaş grubunda ise %15 kadarını oluşturmaktadır [1]. Perikardiyal kistler genellikle asemptomatik olup tanı rastlantısal olarak konur [1;2;10;11]. Hastaların %20 kadarında semptomlar görülmekte; bunlar non-spesifik semptomlardan (dispne, öksürük, göğüs ağrısı) kistin çevre organlara basısı sonucu ortaya çıkabilen ciddi semptomlara kadar (kalp yetmezliği, hemoraji, herniasyon) geniş bir spektrumda ortaya çıkabilmektedir [1]. Olgularımızda ciddi semptomlar görülmemiş, semptom görülen hastalarda da dispne ve öksürük ön planda olmuştur.

Perikardiyal kistler çoğunlukla kardiyofrenik açıda diyafragmaya oturmuş lezyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır [1;12]. Bu kistlerin yaklaşık olarak %70'i sağ kardiyofrenik açıya, %22'si sol kardiyofrenik açıya, %8'i ise mediastenin çeşitli bölgelerine yerleşmiştir [1;10]. Ancak kistin mediastinal yerleşimini daha fazla tespit eden çalışmalarda vardır. Mouroux ve ark.[13] tarafından yapılan bir çalışmada olguların yaklaşık %40'ının mediastinal yerleşimli olduğunu tespit edilmiştir. Olgularımızda 28 hastada (%68,3) kist sağ kardiyofrenik açıya, 7 hastada da (%17,1) mediastene yerleşmişti.

Literatürde perikardiyal kistlerin çapının 3-30 cm arasında değiştiği bildirilmektedir [1,14]. Karlıkkaya [14] yayınladığı olgu sunumunda en büyük çapı 22 cm olan perikardiyal kist olgusunun eksizyonunu sunmuştur. Serimizde ortalama çap 6,6 cm olup en büyük kist çapı 14 cm olarak tespit edildi.

Perikardiyal kistlerin tedavisinde cerrahi eksizyon ön planda olup düşük morbidite ve mortalite oranları ile cerrahi uygulanmaktadır [3;7;8]. Çoğu yazar asemptomatik hastalarda dahi kistin komplet eksizyonunu savunmaktadır [8;9]. Esme ve ark.[8] çalışmalarında cerrahi eksizyonun düşük morbidite, mortalite ve rekürrens oranları ile başarılı sonuçlar sağladığını belirtmişlerdir. Kistin eksizyonunda günümüzde minimal invaziv teknikler de gittikçe artan sıklıkta uygulanmaktadır. Transtrakeal veya perkutan kist aspirasyonları cerrahiye alternatif yöntemler olarak denenmiş ancak olası kist rekürrensi ve dolayısıyla artan morbidite nedeniyle yaygın kabul görmemiştir [8]. Serimizde de hastaların tamamına cerrahi eksizyon uygulandı. En sık torakotomi (%78,0) olmak üzere anterior torakotomi (%14,6), VATS (%4,9) ve hastalardan birine (%2,4) mediastinoskopi ile kist içeriğinin boşaltılması ve takiben kapsülün eksizyonu işlemi gerçekleştirildi. Mediastinoskopi ile gerçekleştirilen perikardiyal kist olgusu Yazıcı ve ark. [9] tarafından 2010 yılında yayınlanmış olup paratrakeal yerleşimli kist olgularında alternatif bir eksizyon sunmaktadır. VATS uygulamaları ise kliniğimizde son yıllarda artan sıklıkta yapılmakta olup perikardiyal kist olgularında da güvenli şeklide uygulanmaktadır.

Her ne kadar perikardiyal kistlerde komplikasyon görülme olasılığı nadir olsa da, ciddi komplikasyonlar literatürde tanımlanmıştır [8]. Cerrahi yapılmayan olguların çoğunda kistin büyümesi sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar görülebilmektedir [8]. Bu komplikasyonlar hemoraji, kistin spontan intraperikardiyak rüptürü sonucu hemodinamik instabilite ve kardiyak tamponad, kardiyak herniasyon ve kistin enfekte olması şeklinde sıralanabilir [8;9]. Cerrahi uyguladığımız hastalarımızda yukarıda belirtilen ciddi komplikasyonlar görülmemiş olup sadece üç hastada postoperatif komplikasyon ortaya çıkmıştır. Bu komplikasyonlardan ikisi (cilt enfeksiyonu ve ipsilateral hemorajik mayi kolleksiyonu) erken dönemde ortaya çıkmış; pansuman ve torasentez ile hastalar şifaya kavuşmuştur. Bir hastada geç dönem komplikasyon (toraks duvarı herniasyonu) ortaya çıkmış ve hasta yıllar sonra reoperasyona ihtiyaç duymuştur. Komplet eksizyondan sonra rekürrens olasılığı çok düşük; prognoz mükemmeldir [8]. Olgularımızda da takiplerinde rekürrens saptanmamıştır.

Sonuç olarak perikardiyal kistlerin tanı ve tedavisinde cerrahi yaklaşım düşük rekürrens ve mortalite oranları ile güvenli bir şekilde uygulanabilir. Cerrahi eksizyon kesin tanı ve kür sağlar.

Kaynaklar

1. Patterson GA, Cooper JD, Deslauriers J, Lerut AEMR, Luketich JD, Rice TW. Pearson's Thoracic and Esophageal Surgery. 3rd ed. Philadelphia 2008. P.1586-7.
2. Yazıcı Ü, Çelik A. Mediastinal Kistik Lezyonlar. Toraks Cerrahisi Bülteni 2011 Editörler: Şerife Tuba Liman, Ayten Kayı Cangır; 2(2): 66-72.
3. Ayan E, Balcı AE, Özalp K, Duran M, Vuraloğlu S, Çekirdekçi A. Mediastinal Kitleler: 27 Olgunu Değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2005; 13(2): 127-130.
4. Çakan A, Yüncü G, Olgaç G, Sevinç S, Aşkın M, Kaya ŞÖ et al. Primer Mediasten Tümör ve Kistli 53 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2001; 9(2): 101-4.
5. Davis RD, Oldham HN, Sabiston DC. Primary cysts and neoplasms of the Mediastinal: Recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management and results. Ann Thorac Surg 1987; 44 (3): 229-37.
6. Ochsner JL, Ochsner SF. Congenital cysts of the Mediastinal: 20 years experience with 42 cases. Ann Surg 1966; 163 (6):909-20.
7. Şahin E, Karadayı Ş, Nadir A, Çelik B, Sezer H, Kaptanoğlu M. Akciğer ve Mediastinal Lezyonlarda Preoperatif Tahminlerimizin Analizi. J.Clin.Anal.Med. 2010;1(3): 13-7.
8. Esme H, Eren S, Sezer M, Solak O. Primary Mediastinal Cysts: Clinical Evaluation and Surgical Results of 32 Cases. Tex Heart Inst J 2011; 38(4): 371-4.
9. Yazıcı U, Ege T, Gülhan E, Tastepe İ. A Case of Pericardial Cyst with an Atypical Location (Paratracheal) which was removed by Mediastinoscopy. Tur Toraks Der 2010; 11(4): 184-6.
10. Yekeler E, Gündoğdu C. Giant pericardial cyst causing compression atelectasis of the lower lobe. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2009; 17(2): 129-31.
11. Satur CM, Hsin MK, Dussek JE. Giant pericardial cysts. Ann Thorac Surg. 1996; 61(1): 208-10.
12.Kutlay H, Yavuzer S, Han S, Cangir AK. Atypically located pericardial cysts. Ann Thorac Surg. 2001; 72(6): 2137-9.
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(5): 684-8.
14. Karlikkaya I. A giant pericardial cyst. Cardiovasc J Afr. 2011; 22(6): 1-3.