

Foregut Kisti

Foregut Cyst: Case Report

Dr. Feride SAPMAZ,^a
Dr. Tanseli EFEOĞLU GÖNLÜGÜR,^b
Dr. Özgür KATRANCIOĞLU,^c
Dr. Şahende ELAĞÖZ^d

^aGöğüs Cerrahisi AD,
Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve
Araştırma Merkezi, Antalya

^bGöğüs Hastalıkları Kliniği,
Çanakkale Devlet Hastanesi, Çanakkale

^cGöğüs Cerrahisi Kliniği,
Sivas Devlet Hastanesi,

^dPatoloji AD,
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Sivas

Geliş Tarihi/Received: 30.09.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 17.02.2011

*Bu olgu sunumu, TÜSAD 31. Ulusal Kongresi
(15-19 Ekim 2009, İzmir)'nde sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Feride SAPMAZ
Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve
Araştırma Merkezi,
Göğüs Cerrahisi AD, Antalya,
TÜRKİYE/TURKEY
fsapmaz@gmail.com

ÖZET Foregut kistleri nadir görülen gelişimsel anomalilerdir. Yetişkinlerde saptanan mediastinal kistlerin yaklaşık yarısını foregut kistleri oluştururken, çocuklarda görülen mediastinal kistlerin ise yaklaşık %90'ını foregut kistleri oluşturur. Kendi içerisinde klinik ve histopatolojik inceleme ile 3 alt gruba ayrılan foregut kistlerini; enterik duplikasyon kisti, nöroenterik kist ve bronkojenik kist oluşturur. Bunlar arasında en sık görüleni bronkojenik kistir. Genellikle asemptomatik olup, tesadüfen tespit edilirler. Fakat etraf dokuya yaptıkları basıya göre öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile semptomatik hale gelebilirler. Burada sol atriuma bası yaparak taşikardi şikâyeti ile gelen ve histopatolojik inceleme sonucunda foregut kisti tanısı konulan, 50 yaşında kadın olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mediasten kisti; torakotomi

ABSTRACT Foregut cysts are rare developmental anomalies. Foregut cysts are half of all mediastinal cysts in adults. But this ratio is 90% in children. Foregut cysts are divided into three group according to histological and clinic examination: Enteric duplication cyts, norenteric cyst, and bronchogenic cyst. The most common cyst is bronchogenic cyst. These are commonly asymptomatic and diagnosed incidentally. But symptoms like coughing, chest pain, dyspnea may occur due to the pressure that they apply to the neighbour tissue. Fifty-years-old woman who applied for tachycardia complaint caused by left atrium compression and was diagnosed foregut cyst by histopathological examination is presented in this case.

Key Words: Mediastinal cyst; thoracotomy

Türkiye Klinikleri Arch Lung 2011;12(2):65-8

Mediastinal kistik lezyonlar, tüm mediastinal kitlelerin %12-30'unu oluşturur. Mediasteninin kistik lezyonları birçok yerden köken alabilirler. Bunlar perikardiyal lenfangioma, meningosel, timik kist, paratiroid kisti, hidatik kist, enterik kist, teratom kisti ve foregut kisti şeklindedir.¹⁻⁴ Foregut kistleri son yıllarda giderek artan oranlarda raporlanmıştır.⁵ Kendi içinde enterik duplikasyon kisti, nöroenterik kist ve bronkojenik kist olarak patolojik inceleme ile 3 alt gruba ayrılırlar. Bazen yapılan tüm histopatolojik incelemelere rağmen bu alt gruplardan birine klasifiye edilemeyebilir. Burada, taşikardi şikâyeti ile gelen, histopatolojik inceleme ile foregut kisti tanısı alan, fakat histopatolojik inceleme yapılan immün boyalara rağmen alt gruba klasifiye edilemeyen foregut kisti sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Künt vasıflı ve presternal bölgeye yayılım gösteren göğüs ağrısı ve çarpıntı şikâyeti ile kliniğimize başvurmuş olan 50 yaşındaki bayan hastanın fizik muayenesinde, taşikardi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Tam kan sayımı, elektrolit, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Arteriyel kan gazı ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Kist hidatik hemaglütinasyon testi negatifti. Kist hidatik yönünden yapılan hepatobiliyer sistem ultrasonografisinde kistik ve solid lezyon saptanmadı. Elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi vardı. Transtorasik ekokardiyografik değerlendirmede sol atriyumda dıştan bası yapan oval yapıda, kistik görünümde uniloküler lezyon izlendi (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol atriyum ve sağ alt lob pulmoner venlere bası oluşturan 6 x 6 cm'lik oval yapıda soliter kistik lezyon izlendi (Resim 2). Olguya sağ torakotomi yapıldı. Kist içindeki viskozitesi yüksek pürülan görünümde olan mayi drene edilip kist duvarı eksize edildi. Peroperatif alınan kist içeriğinin kültürlerinde üreme olmadı. Postoperatif dönem de taşikardisi olmayan, komplikasyon gelişmeyen olgu, 7. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede arada goblet hücrelerinin izlendiği silyalı psödostratifiye solunum epiteli ile döşeli epitel altında fibrovasküler bağ dokusu ve minimal lenfositik infiltrasyon ile kas liflerinden oluşmuş kist duvarı görüldü. Seri kesitlere ve dokunun tümünün örneklenmesine rağmen kıkırdak ve serömüköz glandlara rastlanmadı. Uygulanan immünohisto-



RESİM 1: Transtorasik ekokardiyografide sol atriyumda bası yapan uniloküler kistik lezyon.



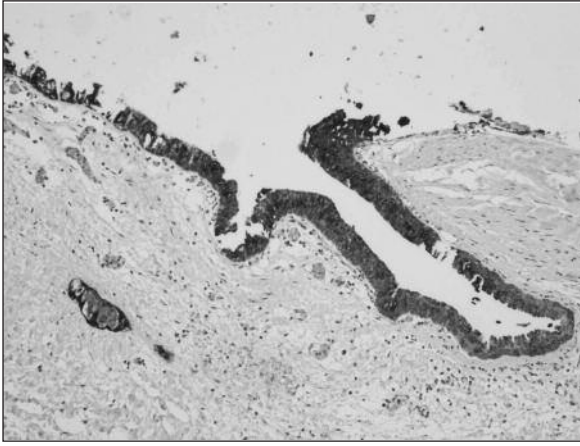
RESİM 2: Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ inferior pulmoner ven ve sol atriyumda bası yapan 6 x 6 cm'lik kistik lezyon.

kimyasal boyalardan CK7, CK5/6 ile epitel pozitif boyanırken (avidin-biotin; X100) (Resim 3), Kalretinin boyası ile negatif boyandı. Bu boya sonuçları ile döşeyici epitelin mezotelyal kökenli olmadığı düşünüldü. Sonuçta undifferansiye foregut kisti olarak rapor edildi (avidin-biotin; X400) (Resim 4).

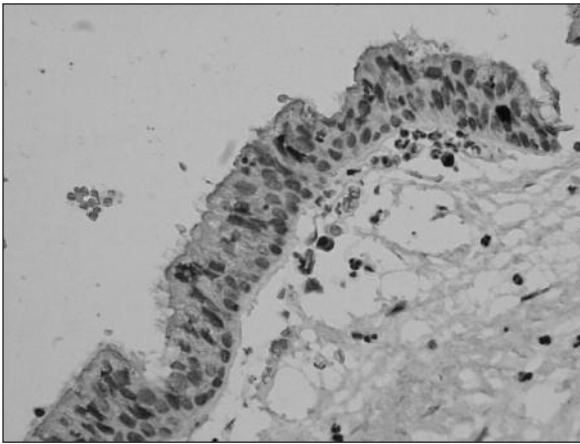
TARTIŞMA

Foregut kistleri nadir görülen gelişimsel anomalilerdir. Embriyolojik gelişimde trakeaözofageal septum oluşumu kaudalden başlar. Bu esnada ön bağırsaktan bir parça aşağıya giden akciğere takılır, endoderm ve mezoderm içeren bir oluşum mediastene iner ve foregut kisti oluşur.⁶ Bu gelişim erken bir evrede olursa kist mediasten, trakea, karina veya ana bronşlara yakın yerleşim gösterir. Gelişim geç dönemlerde yeni bronşiyal tomurcuklanma ve dallanma sırasında olursa kist yerleşimi akciğer parankiminde olur. Anomalinin gelişimi geciktikçe lezyon lokalizasyonu da periferde doğru kayar.⁷⁻¹⁰

Sharma ve ark. yaptıkları çalışmada, foregut kistlerini tekrar sınıflandırmak istemişlerdir. Bu çalışma da, foregut kistleri ile bronkojenik kistler arasındaki temel farkı anormal ayrışma zamanlaması olarak yorumlamışlardır. Bronkojenik kistlerin ayrışması kıkırdak dokunun olduğu bronşiyal farklılaşma zamanına uyarken, foregut kistlerinin ayrışması ise bronşiyolar differansiasyonunun geç aşamasında olur ve kıkırdak doku yoktur. Histolojik olarak foregut kistleri dört tabakadan oluşur. En içte silyalı ve müköz hücreler içeren küboid veya kolumnar epitel, subepitelyal konnektif doku, düz kas tabakası ve en dışta fibröz tabaka. Bronkojenik kist-



RESİM 3: İmmünohistokimya boyası ile pozitif boyanma gösteren kist epiteli (avidin-biotin; X100).



RESİM 4: Kalretinin immünohistokimya boyası ile negatif sonuç veren silyalı solunum epitelinin görüldüğü kist duvarı (avidin-biotin; X400).

lerin mikroskopik yapısı foregut kistlerine benzetmekle birlikte kist duvarında glandular doku ve kırkırdağ doku ihtiva eder.⁵ Burada sunulan olguda döşeyici epitelin silyalı solunum epitelinin olmasına rağmen kist duvarında kırkırdağ ve glandüler componentin olmaması ve immünohistokimyasal boyamada döşeyici epitelin mezotelyal kökenli olması nedeniyle olgu, undifferansiye foregut kisti olarak raporlanmıştır. Histopatolojik olarak enterik ve özofageal kistlere epitel yapısı benzememektedir.

Foregut kistlerinin yerleşimi farklılıklar göstermektedir. İntratorasik yerleşimli olduğu gibi, ekstratorasik yerleşimler de bildirilmiştir; pulmoner, mediastinal, özofageal, dil, karaciğer, pankreas gibi.^{11,12} İntratorasik yerleşimli foregut kistleri genellikle radyolojik olarak mediastinal veya hiler bölgeye yakın yerleşim gösteren düzgün kenarlı oval yapıda kistik lezyonlardır. Zaman zaman içerdikleri materyalin yoğunluğuna bağlı olarak solid kistik ayırımını yapmak zor olabilir. Mediastende yerleşen foregut kistlerinin bazen mediasteninin teratom, perkardiyal kist, kistik higroma, timik kist gibi diğer kist ve kitlelerinden ayırımı yapılması güç olabilir.

Foregut kistleri buldukları lokalizasyonları, büyüklükleri, enfekte olma durumlarına ve etraf dokuya yaptıkları basıya göre semptomatik veya asemptomatik olabilir.¹³ Bizim olgumuzda da atriya bası nedeni ile taşikardi ile prezente olup ekokardiyografi sonucu foregut kistin varlığı tespit edildi.

Foregut kistlerinde tanının kesinleşmesi ve aynı zamanda tedavi için temel yaklaşım cerrahi eksizyondur.¹³ Literatürde kalbe bası, perikard içine rüptür gibi ciddi komplikasyonlar bildirilmiştir.^{14,15} Etraf dokuya yaptıkları bası ile semptomatik hale gelen foregut kistlerinde ileride oluşabilecek komplikasyonların önüne geçebilmek için cerrahi tedavi uygulamanın daha doğru olduğu düşüncesindeyiz.

SONUÇ

Mediastende yer alan kistik lezyonlar etraf dokuya yaptıkları bası ile semptomatik hale gelirler. Mediasteninin kistik lezyonlarından olan foregut kistlerini ayırıcı tanıda göz önünde bulundurup, semptomatik veya asemptomatik olgulara komplike olmadan müdahale edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Wychulis AR, Payne WS, Clagett OT, Woolner LB. Surgical treatment of mediastinal tumors: a 40 year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971;62(3):379-92.
2. Whooley BP, Urschel JD, Antkowiak JG, Takita H. Primary tumors of the mediastinum. *J Surg Oncol* 1999;70(2):95-9.
3. Sirivella S, Ford WB, Zikria EA, Miller WH, Samadani SR, Sullivan ME. Foregut cysts of the mediastinum. Results in 20 consecutive surgically treated cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985;90(5):776-82.
4. Demirkaya A, Kaynak K. [Mediastinal cysts]. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(47): 23-6.
5. Sharma S, Nezakatgoo N, Sreenivasan P, Vanatta J, Jabbour N. Foregut cystic developmental malformation: new taxonomy and classification--unifying embryopathological concepts. *Indian J Pathol Microbiol* 2009; 52(4):461-72.
6. Soysal Ö, Kuzucu A, Akyol A. [Bronchogenic cyst and congenital lobar emphysema: two cases with respiratory distress in whom improvement is achieved by surgical treatment]. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2002;10(1): 44-7.
7. Ribet ME, Copin MC, Gosselin BH. Bronchogenic cysts of the lung. *Ann Thorac Surg* 1996;61(6):1636-40.
8. Coselli MP, de Ipolyi P, Bloss RS, Diaz RF, Fitzgerald JB. Bronchogenic cysts above and below the diaphragm: report of eight cases. *Ann Thorac Surg* 1987;44(5):491-4.
9. Kerimoğlu B, Sayar A, Güleç H, Ölçmen A, Metin M, Yeğinsu A, et al. [Intrathoracic bronchogenic cysts]. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 1998;6(1):91-4.
10. Bailey PV, Tracy T Jr, Connors RH, deMello D, Lewis JE, Weber TR. Congenital bronchopulmonary malformations. Diagnostic and therapeutic considerations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990;99(4):597-602.
11. Shah SK, Stayer SE, Hicks MJ, Brandt ML. Suprasternal bronchogenic cyst. *J Pediatr Surg* 2008;43(11):2115-7.
12. Dua KS, Vijayapal AS, Kengis J, Shidham VB. Ciliated foregut cyst of the pancreas: preoperative diagnosis using endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration cytology--a case report with a review of the literature. *Cytojournal* 2009 9;6:22.
13. Takeda S, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Masaoka A, Matsuda H. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest* 2003;124(1):125-32.
14. Aslam MI, Abunasra H, Klimatsidas M, Waller DA. Video-assisted mediastinoscopic drainage of a bronchogenic cyst presenting with cardiac dysfunction. *Ann Thorac Surg* 2009;88(3):1010-2.
15. Benslimane A, Bellorini M, Funck F, Guillard N, Lefevre T. [Recurrent bronchogenic cyst with rupture into the pericardium. A case report]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1998;91(9):1187-91.