



ATİPİK LOKALİZASYONLU PERİKARDİAL KİST: OLGU SUNUMU

ATYPICALLY LOCATED PERICARDIAL CYST: A CASE REPORT

Işıl Bilgen Recep Savaş Hüdaver Alper

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

Anahtar Sözcükler: perikardial kist, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme
Key Words : pericardial cyst, computerized tomography, magnetic resonance imaging

ÖZET

Konjenital ya da edinsel orijinli olabilen perikardial kistlerin mediastinal kitleler içinde insidansı %7'dir. Çoğunluğu sağ ön kardiofrenik açıda yer alan, viskoz veya yüksek dansiteli materyal ile dolunca bilgisayarlı tomografide (BT) solid kitleyi taklit edebilen perikardial kistlerde, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), lokalizasyon ve tanı yanısıra kist içeriğinin karakterizasyonunda da değerlidir. Bu olgu sunumunda, atipik lokalizasyonda, BT'de yüksek atenüasyon değerlerine sahip bir perikardial kist olgusunun akciğer grafisi, BT ve MRG bulguları sunulmaktadır.

SUMMARY

Pericardial cysts, which may be either congenital or acquired, have an incidence of 7 % among mediastinal masses. They are mostly located in the right anterior cardiophrenic angle. On computerized tomography (CT), when filled with viscous or high density material, the cyst may mimic a solid mass. Magnetic resonance imaging (MRI) is valuable not only in the localization and diagnosis but also in the characterization of the cystic content. In this case report, the chest X-ray, CT and MRI findings of an atypically located pericardial cyst are discussed.

GİRİŞ

Konjenital perikardial kistler genellikle asemptomatik olup rutin akciğer grafilerinde insidental olarak saptanırlar (1). Tüm mediastinal kitleler içinde perikardial kistlerin insidansı yaklaşık %7 'dir (2, 3). Genellikle kardiofrenik açıda, özellikle de sağ tarafta lokalizedirler (4). Nadir lokalizasyonlar arasında sol kostofrenik açı, hilus, arkus düzeyinde üst mediasten sayılabilir (3). Tanı akciğer grafisi (radyografik kontur ve lokalizasyon), floroskopi (olgunun pozisyonu ve solunum ile şekil değişikliği) ve ekografi (düzgün kontur, kistik yapı, karakteristik lokalizasyon) ile konur (5). Ayırıcı tanıda bilgisayarlı tomografi (BT) gerekebilir. Atipik mediastinal lokalizasyonu veya BT'de kistik görünüm vermeyen olgularda tanı zorlaşmak ile birlikte manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile ileri tetkik önerilmektedir (6).

Yazışma adresi: Işıl Bilgen, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
Makalenin geliş tarihi: 07. 03. 2002 ; kabul tarihi: 02.10. 2002

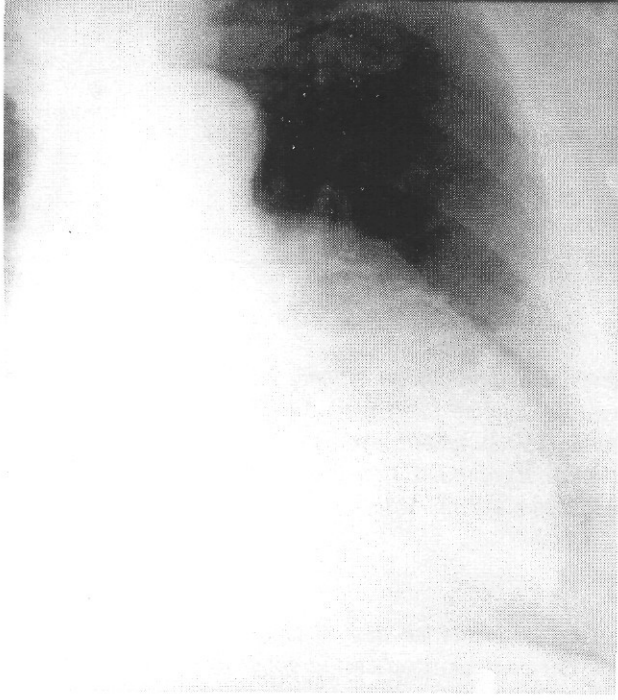
OLGU

46 yaşında kadın olguda kuru öksürük şikayeti nedeni ile çekilen posteroanterior akciğer grafisinde kalp sol kenarı komşuluğunda, kalbin sol kontur ve sol hilusu silen, düzgün keskin konturlu, homojen, konveks opasite mevcuttu (Resim 1). Anamnez, fizik muayene ve laboratuvar verileri normal sınırlarda idi.

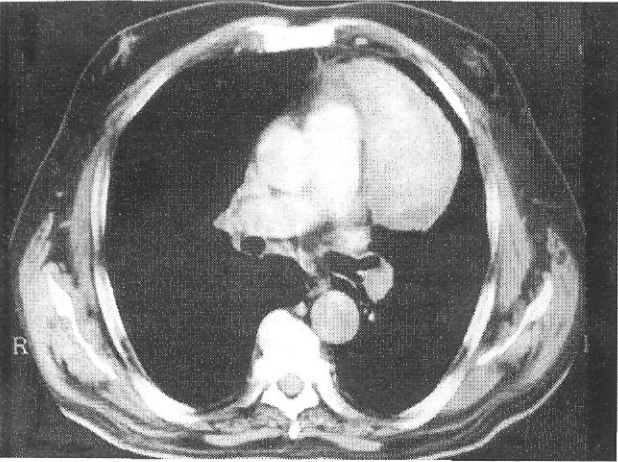
Floroskopik bakıda, kitlenin boyutunun solunum veya pozisyon ile değişmediği görüldü. Kitle kalbin sol üst konturundan ayrılamıyordu. Supin pozisyonda pre-kontrast ve post-kontrast olarak yapılan BT'de, keskin konturlu kitlenin mediasten yerleşimli ve kalp odacıkları ile ilişkisiz olduğu belirlendi. Yumuşak doku dansitesindeki kitlenin atenüasyon değeri 40-60 HÜ olarak ölçüldü. İntravenöz kontrast madde enjeksiyonu ile boyanma saptanmadı (Resim 2). Lezyon içeriğinin karakterizasyonu ve lokalizasyonun daha iyi demonstrasyonu için yapılan MRG'de, kalbin superior ve sol lateralinde yer alan kitlenin

pulmoner konuş düzeyine kadar yükseldiği, ve T1 ağırlıklı kesitlerde izointens (Resim 3), T2 ağırlıklı kesitlerde ise hiperintens (Resim 4) olduğu görüldü.

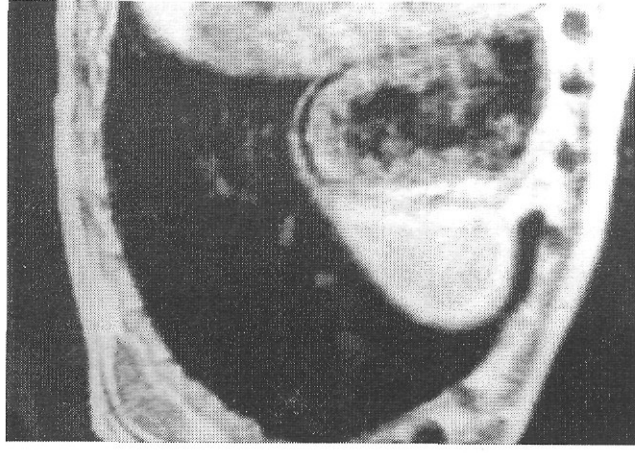
Kist torakoskopik olarak çıkarıldı ve patolojik olarak incelendi. Duvarı bol miktarda kollajen ve dağınık elastik lifler içeren bağ dokusundan oluşan kistin içeriği tek sıralı mezotelial hücreler ile döşeli idi. Kist koyu kıvamlı seröz materyal ile doluydu ve perikardial kist tanısı konuldu.



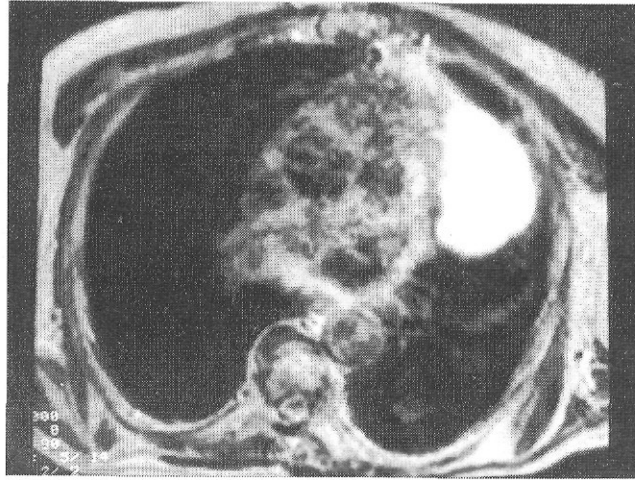
Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisinde, kalp sol kenarı komşuluğunda, kalbin sol kontur ve sol hilusu silen, düzgün keskin konturlu, homojen dansitede, konveks opasite izleniyor.



Resim 2. Aksiyal planda postkontrast BT kesitinde, pulmoner konuş komşuluğunda düzgün konturlu kitlede boyanma izlenmiyor.



Resim 3. T1-ağırlıklı sagittal plandaki MRG kesitinde kalbin kranialinde yer alan, düzgün konturlu, izointens kitle izleniyor.



Resim 4. T2-ağırlıklı aksiyal plandaki MRG kesitinde düzgün konturlu kitle hiperintens olarak izleniyor.

TARTIŞMA

Perikardial kist ve divertiküller nadir olmak ile birlikte, perikard ve ön-orta mediastene ait diğer kitleler ile ayırıcı tanıları önemlidir. Olgular genellikle asemptomatik olmakla birlikte, en sık karşılaşılan semptom atipik göğüs ağrısıdır (7). Diğer bulgular arasında dispne ve persistan öksürük sayılabilir (8). Semptomlar oluşmaya başladığında kistin perkutan aspirasyonu cerrahi rezeksiyona iyi bir alternatiftir (9). Çoğu olguda iyi seyirli olmak ile birlikte perikardial kistlerin literatürde belirtilen komplikasyonları arasında kist içine kanama (10), kist rüptürü, kalbe baskı sonucunda hemodinamik değişiklikler (11, 12), bronş basısı, ventrikül duvarında erezyon (1), kardiyak tamponad (13) sayılabilir. Olgumuzda kuru öksürük şikayeti mevcut olup herhangi bir komplikasyon saptanmamıştır.

Konjenital ya da edinsel orijinli olabilen perikardial kistlerin %80'den fazlası sağ ön kardiyofrenik açıda yer alır (14).

Lambert tarafından tanımlandığı üzere perikardial solom bir seri birleşmemiş mezansimal lakünden gelişir. Perikardial boşluk bu lakünlerin füzyonu ile oluşmaktadır (15). Bu primitif perikardial lakünlerin birinin füzyon kusuru kist formasyonu ile sonuçlanabilir. Perikardial sölomik kist adı verilen bu kistler ince duvarlı, uniloküler ve endo veya mezotel ile dōşeli olup berrak sıvı içerirler. Bu kistler perikarddan gelişmeyip perikarda gevşekçe bağlıdır ve operasyonda kolayca sıyrılabilir.

Perikardın fibröz tabakasının bir parçasının yapısal zayıflığı sonucunda tunika serozadan herniasyon sonucunda perikardial divertiküller oluşur. Divertikülün perikardial boşluk ile ilişkisinin kesilmesi sonucunda kist gelişir (14).

Perikardial sölomik kist ve divertikül genellikle orta yaşlarda tesadüfen saptanır. Sağ ön lateral kardiofrenik açıldaki tipik lokalizasyon tanıda yardımcıdır. Solid tümörler ile ayırımında inspirasyon ve ekspirasyon sırasında kontur değişikliği önemlidir. Divertikül ile ayırıcı tanıda, divertiküllerde Trendelenburg veya sol lateral dekübitis pozisyonunda içindeki sıvının perikard boşluğuna boşalması sonucu boyutunun küçülmesi yardımcıdır (14).

Perikardial kistler en sık olarak kardiofrenik açılarda lokalize yuvarlak kistik kitleler şeklinde görülür. Tipik bulguların varlığında tanı kolaydır. Ancak özellikle atipik mediastinal lokalizasyonu veya BT gibi görüntüleme

metodlarında kistik görünümün izlenmemesi durumlarında tanı zorlaşır. Literatürde mediastinal kistlerin su dansitesinin üzerinde atenüasyon değerine sahip oldukları taktirde BT'de kistik görünmeyeceğini bildiren yayınlar vardır (16,17). Perikardial kistler de bronkojenik kist veya timik kistler gibi viskoz veya yüksek dansiteli materyal ile dolunca BT' de solid kitleyi taklit edebilirler (17). Olgu muzda, BT'de yumuşak doku dansitesindeki kitlenin atenüasyon değeri 40-60 HÜ olarak ölçülmüştür. Manyetik rezonans görüntüleme, lokalizasyon ve tanı yanısıra kist içeriğinin karakterizasyonunda da değerlidir (6). Özellikle atipik lokalizasyonu perikardial kistlerde kistin tanı ve monitorizasyonunda MRG seçilmesi gereken görüntüleme yöntemidir (6). Olgumuzda bu yüzden yapılan MRG' de T2 ağırlıklı kesitlerde kistik natürü gösteren hiperintensite saptanmıştır.

Tanıda, perikardial kistler anjiom, lipom, nörojenik tümörler, sarkom, lenfoma, metastatik ve bronkojenik tümörler gibi pekçok solid tümörlerden, granülatöz lezyonlar ve abseden ayrılmalıdır (8). Perikardial kisten ayrılması gereken diğer kistler arasında bronkojenik kistler, foregut kistleri ve lenfanjiomlar sayılabilir. Ayrıca, diyafragmatik ve hiatal herniler ve kalp ve büyük damarların anevrizmaları da perikardial kist görünümünü taklit edebilir (8). Özellikle atipik lokalizasyonu veya komplike olmuş olgularda görüntüleme yöntemlerinin kombinasyonu ayırıcı tanıda yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. 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
2. Sugita T, Yasuda R, Mağara T, et al. Pericardial cyst in the midline position. *J Cardiovasc Surg* 1994;35:87-88
3. Gurlek A, Dagalp Z, Ozyurda U. A case of multiple perikardial hydatid cysts. *Int J Cardiol* 1992;36:366-368
4. Williamson BR, Spotnitz WD, Gay SB, Parekh S. Pericardial cyst. A rare mass abutting the aorta. *J Comput Tomogr* 1988;12:264-266
5. Unverferth DV, Wooley CF. The differential diagnosis of paracardiac lesions: pericardial cysts. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1979;5:31-40
6. Vinee P, Stover B, Sigmund G, et al. MR imaging of the pericardial cyst. *J Magn Reson Imaging* 1992;2:593-596
7. Jarzabkowski DC, Braunstein DB. Pericardial cyst: an insidental finding. *J Am Osteopath Assoc* 1998; 98:445-446
8. Feigin DS, Fenoglio JJ, McAllister HA, Madewell JE. Pericardial cysts. A radiologic-pathologic correlation and review. *Radiology* 1977; 125:15-20
9. Stoller JK, Shaw C. Enlarging, atypically located pericardial cyst. Recent experience and literature review. *Chest* 1986;89:402-405
10. Borges AC, Gellert K, Dietel M, et al. Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst. *Ann Thorac Surg* 1997;63:845-847
11. Engle DE, Tresch DD, Boncheck LI, et al. Misdiagnosis of a pericardial cyst by echocardiography and computed tomography scanning. *Arch Intern Med* 1983;143:351-352.
12. Ng AF, Olak J. Pericardial cystcausing right ventricular outflow tractobstruction. *Ann Thorac Surg* 1997;63:1147-1148.
13. Bava GL, Magliani L, Bertoli D, et al. Complicated pericardial cyst: atypical anatomy and clinical course. *Clin Cardiol* 1998;21:862-864.
14. Klatte EC, Yüne HY. Diagnosis and treatment of pericardial cysts. *Radiology* 1972; 104:541-544.
15. Lambert AV. Etiology of thin walled thoracic cysts. *J Thorac Surg* 1940;10:1-7
16. Westcott JL. Percutaneous needle aspiration of hilar and mediastinal masses. *Radiology* 1981 ;141:323-329
17. Brunner DR, Whitley NO. A pericardial cyst with high CT numbers. *AJR* 1984;142:279-280