

# Ciddi Solunum Sıkıntısına Neden Olan Dev Enterik Kist

## *Serious Respiratory Distress Caused by Giant Enteric Cyst*

Atıla Türkyılmaz<sup>1</sup>, Yener Aydın<sup>1</sup>, Mine Çelik<sup>2</sup>, Atilla Eroğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Erzurum

**Yazışma Adresi:** Dr. Atıla Türkyılmaz, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 25240 Erzurum.

Tel: 0. 442. 3166333/2181, Faks: 0. 442. 3166340, e-posta: atilat@atauni.edu.tr, atilaeroglu@hotmail.com

### Özet

Enterik kistler nadir görülen konjenital mediastinal lezyonlardır. Genellikle gastrointestinal sistemle ilişkili olan yuvarlak veya tübüler, epitelle döşeli yapılardır. Embriyonik dönemde primitif foregut gelişimindeki bir anormallikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Tüm enterik kistlerin %7-10'u toraks yerleşimlidir. Toraks yerleşimli enterik kistler tüm mediastinal kistlerin %1-2'sini oluşturur. Genellikle sağ arka mediastende yerleşen bu kistlerin tamamen izole olması oldukça nadirdir. Arka mediastende dev kistik lezyonu olan 17 günlük erkek çocuk solunum sıkıntısıyla müracaat etti. Sağ posterolateral torakotomiyle çıkarılan düzgün sınırlı lezyon enterik kist olarak raporlandı. Bu çalışmada, infantta ciddi solunum sıkıntısına neden olan dev izole enterik kist literatür verileri ışığında tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Retroperitoneal paraganglioma, Tanı, Cerrahi

### Abstract

Enteric cysts are rare congenital mediastinal lesions. They are usually hollow or tubular, epithelium-lined structures attached to the gastrointestinal tract. During the embryonic stage, enteric cysts are supposed to derive from an anomaly in primitive foregut development. Of all enterogenic cysts, 7% to 20% are located in the chest. Thoracic enteric cysts are 1-2% of mediastinal cysts. These cysts are commonly located in the right posterior mediastinum and rarely isolated. A 17-day-old male baby presented with respiratory distress and was diagnosed with a large posterior mediastinal cystic mass. The cyst was completely excised through a right posterolateral thoracotomy. Histopathological study of the cyst was consistent with enteric cyst. In this report, a baby with serious respiratory distress arising from a giant isolated enteric cyst was discussed in the light of literature data.

**Keywords:** Retroperitoneal paraganglioma, Diagnosis, Surgery

## Giriş

**E**nterik kistler posterior mediastene yerleşen nadir konjenital lezyonlardır [1-4]. Gastrointestinal sistemle en az bir noktadan iştirakli, iyi gelişmiş düz kaslardan oluşan bir duvar ve gastrointestinal döşeyici epitel içermesiyle karakterizedir [2]. Kistler genellikle asemptomatik olmasına rağmen, büyük boyutlara ulaşarak semptomatik hale gelebilir. Tedavisi cerrahi rezeksiyondur.

## Olgu Sunumu

17 günlük erkek bebek, doğumundan beri olan öksürük ve nefes darlığı hikayesiyle kliniğimize müracat etti. Fizik muayenede sağ hemitoraks alt zonlarda matite ve solunum seslerinde azalma mevcuttu. Postero-anteriyor (PA) ve lateral akciğer grafileri, sağ orta ve alt zonlarda düzgün sınırlı kitle lezyonu ve mediastinal kayma gösterdi. Toraksın bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ alt ve arkada 45x54x55 mm ebatlı, kalın duvarlı, düzgün sınırlı kistik lezyon ve sola mediastinal kayma tespit edildi. Acilen postero-lateral torakotomi uygulandı. Hemitoraksın alt kısmını tamamen dolduran kist çevre dokulardan kolaylıkla diseke edildi (Resim 1). Kistin özefagus veya spinal kanalla herhangi bir iştiraki yoktu. Patolojik inceleme sonucu enterik kist olarak rapor edildi (Resim 2). Postoperatif 11. gün taburcu edilen olgunun, altı ay sonraki kontrolünde herhangi bir semptomu yoktu.

## Tartışma

Mediastinal enterik kistler tüm enterik kistlerin % 7-20'sini ve tüm mediastinal kistlerin % 1-2'sini oluşturur [1-3,5]. Enterik kistler gestasyonun ikinci haftası esnasında foreguttan oluşurlar ve gastrointestinal kanal epiteliyle döşelidirler. Bazen kistle özefagus arasında bir ilişki mevcuttur. Enterik kistlerin etyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Vakuolizasyon, divertikülizasyon, kaudal duplikasyon ve split notokord teorileri ileri sürülmüş olup, en çok

kabul gören teori split notokord sendromudur [5,6].

Enterik kistlerin % 60'ı bir yaşın altındaki çocuklarda ve genellikle respiratuvar semptomlarla tespit edilir [7]. Çoğu kist visseral mediasteninin alt ve aşağı kısmına yerleşir. Olguların yaklaşık üçte ikisi sağ taraftadır [2]. Kistlere bazen hemivertebra, spina bifida, vertebral füzyon-kleft, skolyoz ve dermatolojik lezyonlar eşlik edebilir [1]. Ancak böyle konjenital lezyonlar mevcutsa, öncelikle akla nöroenterik kistler gelmelidir. Olgumuzda eşlik eden başka herhangi bir anomali yoktu.

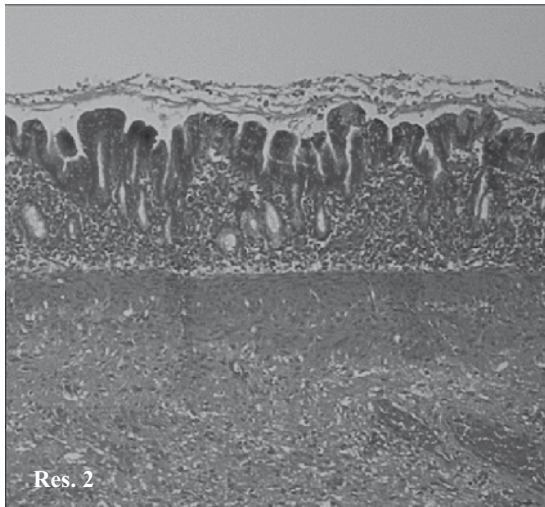
Klinikte asemptomatik olmasından, hayatı tehdit eden solunum sıkıntısına kadar geniş bir yelpaze karşımıza çıkabilir. Bazen infant ve küçük çocuklar semptomsuz olabilir. Dispne, stridor ve persistan öksürük en sık rastlanan semptomlardır [1-5]. Solunum sıkıntısı, genellikle yenidoğan ve küçük infantlarda, kistin bronş ve akciğer parankimine bası yapması sonucu görülür. Kistin peptik ülserasyonu, akciğer, plevra veya özefagus içine kanamaya neden olabilir [2]. Olgumuzda sadece öksürük ve solunum sıkıntısı mevcuttu.

Tanı yöntemleri non-invazif radyolojik teknikler, anjiyografi ve intraluminal lezyonları ekarte etmek için yapılan bronkoskopi ve özefagoskopidir. Kist genellikle başka bir nedenle çekilen rutin akciğer radyografisiyle saptanır. Akciğer radyografisinde, genellikle posterior mediastinal kitle olarak görülür. Özefagografi hem özefagusun kitlenin karşı tarafına yer değiştirdiğini, hem de intramural, ektramukozal bir kitleyi gösterir. BT kitlenin kistik natürünü ve büyüklüğünü doğrular. BT'de kist homojen, suya yakın dansitede, keskin kenarlı görülüp, kontrast materyalin intravenöz uygulanması sonrasında dansitesi değişmez. Sindirim sisteminin bazı kısımlarıyla ilişkisi olursa hava içerebilir. Son zamanlarda endoskopik USG, kist duvarının kas tabakası ile özefagusun muskularis propriyasının ilişkisini gösterebildiğinden bu lezyonların tanısında güvenilirliği kanıtlanmıştır [6]. Ayırıcı tanı bronkojenik kist, nöroenterik kist, duktus torasikus kisti, pankreatik psödokist, pulmoner sekestrasyon, meningosel ve hemanjiom gibi bütün kistik intratorasik lezyonları içerir [1,6,8].

Enterik kist teşhisi makroskopik görünümüne ek olarak, enterik epitel hattı ve duvarında farklı kas tabakası içermesi gibi tipik histopatolojik bulgularla konur [4]. Bu epitel peptik ülserasyon vakalarında, sıklıkla gastrik mukoza içeren sindirim traktının diğer



Res. 1



Res. 2

**Res. 1** — Sağ torakotomide enterik kistin görünümü.

**Res. 2** — Normal intestinal duvarı taklit eden enterik kistin mikroskopik görünümü (Hematoksilen eosin boyama; 40x).

kısımlarıyla benzer olabilir [6]. Duvarda kartilaj bulunmaz. Eğer kartilaj varsa çoğunlukla bronkojenik orjinli kist olduğuna inanılır.

Tedavi seçimi, komplikasyonları önlemek ve teşhisi doğrulamak için, asemptomatik hastalarda bile komplet eksizyondur. Aşağıdaki kriterlerin varlığında cerrahi yapılır: 1) semptomatik kist, 2) malinite şüphesi, 3) kistin enfekte olması, 4) trakeaya bası, 5) progressif büyüme, 6) çocuklarda olması, 7) atipik lokalizasyon veya karakteristikler [3]. Enterik kistin rezeksiyonu, posterolateral torakotomi veya torakoskopi ile yapılabilir. Herhangi

bir komplikasyondan sakınmak için, kist diseksiyonu çok dikkatli yapılmalıdır. Eğer tamamen rezeke edilirse rekürrens görülmez. Bu yüzden takip etmek önemlidir. Erken ve uzun dönem sonuçlar mükemmeldir. Biz sağ torakotomiyle kistik lezyonu total olarak eksize ettik.

Enterik kistler, sadece histopatolojik analizlerle teşhisi konulabilen ve genellikle cerrahi müdahale gerektiren, nadir klinik bir durumdur. Nadir olmasına rağmen, mediastinal kistik lezyonların ayırıcı tanısında enterik kistler göz önünde bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Altınok T, Topçu S, Kurul IC, Yazıcı U, Ağaçıran Y. Thoracic Enteric Cysts: Two Pediatric Cases Reported. *Turkish Respiratory Journal* 2003;4: 144-6.
2. Birmole BJ, Kulkarni BK, Vaidya AS, Borwankar SS. Intrathoracic enteric foregut duplication cyst. *J Postgrad Med* 1994;40: 228-30.
3. Zambudio AR, Lanzas JT, Calvo MJ, Fernandez PJ, Paricio PP. Non-neoplastic mediastinal cysts. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22: 712-6.
4. Menon P, Rao KL, Vaiphei K. Isolated enteric duplication cysts. *J Pediatr Surg* 2004;39: 5-7.
5. Iglesias Sentis M, Belda Sanchis J, Gimferrer Garolera JM, Catalan Biela M, Rubio Garay M, Ramirez Ruz J. Mediastinal enteric cyst: unusual clinical presentation and histopathology. *Arch Bronconeumol* 2004;40: 185-7.
6. Nakazawa N, Okazaki T, Miyano T. Prenatal detection of isolated gastric duplication cyst. *Pediatr Surg Int* 2005;21: 831-4.
7. Kim SK, Lim HK, Lee SJ, Park CK. Completely isolated enteric duplication cyst: case report. *Abdom Imaging* 2003;28: 12-4.
8. Berrocal T, Berrocal T, Torres I ve ark. Congenital anomalies of the upper gastrointestinal tract. *Radiographics* 1999;19: 855-72.