

## Taşiaritmi ile birlikte görülen dermoid kist: Olgu sunumu

*Dermoid cyst presenting with tachyarrhythmia: a case report*

Murat Öncel,<sup>1</sup> Mustafa Çalık,<sup>2</sup> Güven Sadi Sunam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya, Türkiye

Bu yazıda, öksürük, nefes darlığı ve çarpıntı yakınması ile başvuran ve taşiaritmi nedeni ile kardiyoloji polikliniğinden kliniğimize mediastinal kitle ön tanısı ile sevk edilen 45 yaşında bir kadın olgu sunuldu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ hemitoraks orta mediastende, 7x6 cm boyutlarında hava-sıvı seviyesi veren düzgün, lobüle sınırlı, yer yer kalsifikasyon içeren kistik kitle saptandı. Sağ arka yan torakotomi insizyonu ile beşinci kaburgalar arası aralıktan toraksa girildi. Gözlemede üstte vena kava superior üzerinden başlayıp alt loba ulaşan mediasten kitlesi tespit edildi. Kitle eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu saç, kıkırdak ve yağ bezlerini içeren dermoid kist olarak değerlendirildi. Bu olgu, mediasten kistlerinde kardiyak aritmi nadir rastlanan bir bulgu olması nedeniyle sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Dermoid kist; taşiaritmi; torakotomi.

In this article, we report a 45-year-old female patient who was admitted with the complaints of cough, dyspnea and palpitation and referred to our clinic from Cardiology Outpatient Clinic due to tachyarrhythmia with a preliminary diagnosis of mediastinal mass. Thoracic computed tomography (CT) showed a smooth, lobulated contour and locally calcified cystic mass with a size of 7x6 cm in the right-sided middle mediastinum showing air-fluid level. The thorax was explored from the fifth intercostal space with a right posterolateral thoracotomy incision. Exploration revealed a mediastinal mass originating from vena cava superior at the upper part and reaching the lower lobe. The mass was excised. The result of the histopathological examination was reported as a dermoid cyst containing hair, cartilage and sebaceous glands. We present this case as cardiac arrhythmia is a rare sign of mediastinal cysts.

**Key words:** Dermoid cyst; tachyarrhythmia; thoracotomy.

Mediastinal teratomlar ender görülen germ hücre tümörlerinden olup sıklıkla ön mediastende yerleşir.<sup>[1]</sup> Mediastinal kitleler genellikle asemptomatiktir ve çekilen grafilerde tesadüfen görülür.<sup>[2,3]</sup>

Akciğer veya mediasten bası bulguları ile plevral aralığa rüptüre olarak plörezi, pnömotoraks ve çok ender olarak olgumuzda olduğu gibi orta mediastene yerleşip, kardiyak sorunlar oluşturabilirler.<sup>[3]</sup>

### OLGU SUNUMU

Elli dört yaşında kadın olgu, bir aydır süregelen öksürük, derin nefes aldığı anda meydana gelen ağrı ve son bir haftadır kalp çarpıntısı yakınması ile

kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede nabız 105 atım/dk, TA: 120/75 mmHg, solunum sayısı: 20/dk, vücut ısısı 37 °C idi. Dinlemek ile sağ hemitoraksta solunum sesleri sola göre nispeten azalmış durumda idi. Rutin laboratuvar incelemelerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Arka-ön akciğer grafilerinde orta mediastende kalbe yakın olan bir kitle görüldü (Şekil 1). Kitlenin boyutları: 7x5x6 cm lobüle, sınırları düzgün, hava-sıvı seviyesi veren yer yer bağ dokusu kalsifikasyonlar içeren bir yapı oluşturmakta idi (Şekil 2). Sağ akciğer hacminde azalma olup elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi tespit edildi.



Available online at  
www.tgkdc.dergisi.org  
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.4731  
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 27 Temmuz 2010 Kabul tarihi: 02 Ağustos 2011

Yazışma adresi: Dr. Murat Öncel, Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 42075 Selçuklu, Konya, Türkiye.

Tel: 0332 - 224 38 00 e-posta: moncel01@hotmail.com

Solunum fonksiyon testlerinde restriktif bir bozukluk vardı. Yapılan ekokardiyografik incelemede kitlenin perikard ile fibröz yapışıklıklarının olduğu ancak invazyon olmadığı tespit edildi.

Mevcut bulgular ile hasta mediastinal kistik kitle ön tanısı ile ameliyata hazırlandı. Arka-yan torakotomi ile 5. kaburgalar arası aralıktan toraksa girildi. İçi 7x6 cm sıvı dolu lobüle sınırlı kitle orta mediastende perikard ile komşu ve birbirine fibröz bantlarla tutulmuş, minimal sağ atriyum civarında dolun bozukluğu oluşturmayan bası şeklinde idi. Fibröz bantlar dikkatli bir şekilde uzaklaştırıldı, vena kava superior açığa çıkartıldı, invazyon yoktu, azigoz ven korundu ve kistik kitle tam olarak çıkarıldı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelenmesinde saç, kıvırdak doku ve yağ bezlerine rastlandı, patoloji sonucu dermoid kist olarak bildirildi.

## TARTIŞMA

Teratomlar ilk kez 1953 yılında Willis tarafından bir organ ya da dokuda gelişim gösteren üç germinal tabakadan oluşan anormal doku birikimi olarak tanımlanmıştır. Teratomlar multipotansiyel embriyolojik hücrelerden köken alan ve ön mediastende özellik ile geç ergenlik döneminde seyrek görülen benign germ hücreli tümörlerdir. Benign teratomlar sıklıkla ön mediastende yerleşmek ile birlikte parankim içinde ya da paravertebral alanda da yerleşebilirler. Yavaş büyürler ve başlangıçta semptom vermezler. Semptomatik olduklarında genellikle mediastinal organlara basılara, göğüs ağrılarına ve nefes darlığına, nadiren de bizim olgumuzda olduğu gibi kardiyak aritmilere neden olurlar. Literatürde aritmi ile seyreden olgu bildirilmemiştir. Klinik görünüm olarak



Şekil 1. Arka-ön akciğer grafisinde kitlenin görünümü.

trakeobronşiyal kompresyonlara bağlı öksürük, hışıltılı solunum ve nefes darlığı görülebilmektedir.<sup>[4]</sup>

Kitlenin plevral aralığa rüptürü sonucu pnömotoraks veya ampiyem de görülebilir.

Teratomlar incelenmiş ve histolojik olarak; (i) epidermoid kistler, (ii) dermoid kistler ve (iii) teratomlar olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.<sup>[1]</sup> Dermoid kistler sadece ektodermal tabaka elamanları olan deri, saç ve yağ bezlerinden oluşurlar. Genellikle kistik olur ve sıklıkla (%95) ön mediastende yerleşirler. Oysa ki olgumuzdaki kist orta mediastende yerleşmiş idi. Görülme oranı kadın ve erkeklerde eşit olup en fazla 20-30 yaşları arasında görülürler.<sup>[5]</sup> Kalsifikasyonlar en belirgin ve benign natürü gösteren bir bulgudur. Malign değişiklikler dermoid kistlerde çok enderdir (%1-2).<sup>[6]</sup> Dermoid kist rüptürleri nadiren görülür, plevral aralığa, perikarda ve trakeobronşiyal ağaca olabilir. Rüptür sonucu yayılan enzimler enflamasyon ve nekroz yapabilmektedir.<sup>[7]</sup> Olgumuzda kitlede bulunan hava-sıvı seviyesi rüptür düşündürdü ancak iç organlarda serbest sıvıya rastlanmadı, nekroz ve perikardiyal sıvı da görülmedi.

Genellikle asemptomatik olduklarından tesadüfen çekilen direkt akciğer grafisi ile tanı konulabilir. Akciğer radyografisi mediastinal kitleyi genellikle yuvarlak düzgün sınırlı ve homojen olarak tanımlamaktadır.<sup>[4]</sup> Bilgisayarlı tomografi (BT) invaziv olmayan bir yöntem olarak kist ile birlikte organ basılarını ve akciğer üzerine yaptığı ateletaziyi tanımlamaktadır.<sup>[8]</sup>



Şekil 2. Bilgisayarlı toraks tomografisinde yaklaşık 7x5 cm'lik kitlenin görünümü.

Tabii ki komşu organ ilişkisini en iyi gösterip kistin içeriğini tanımlayan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesidir.<sup>[8]</sup> Olgumuzda ameliyat öncesi yapılan hem ekokardiyografi ve toraks BT incelemesinin gerekli bilgiyi sağlaması hem de maliyet nedeni ile MRG incelenmesine gerek duymadık.

Endoskopi ve bronkoskopi ise kistin özofagus ile hava yolları arasındaki ilişkisini göstermesi açısından önemlidir.

Tedavi cerrahi olarak kitlenin çıkartılmasıdır. Cerrahi uygulaması torakotomi ya da median sternotomi ile yapılır. Genellikle kardiyak kitleler belirli boyutlara ulaştığında tamponad ve kardiyak bası bulguları vermektedir. Özellikle sağ atriyum ve ventriküle bası, perikard adezyonları diyastolik dolun bozukluğu göstererek taşiaritmi, hipotansiyon ve göğüs ağrısı oluşturmaktadır.<sup>[9]</sup> Olgumuzda ekokardiyografik tespitlerinde perikard adezyonu ve minimal atriyum basısı vardı. Olgumuzda kitle orta mediasten ve sağ tarafta yerleştiğinden dolayı en etkili yöntem olan sağ torakotomi uygulandı ve kitle total olarak çıkarıldı, ameliyat sonrası hastanın sinüs taşikardisi düzeldi. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi ve ameliyat sonrası altı aylık dönem sorunsuz idi.

#### **Çıkar çakışması beyanı**

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

#### **Finansman**

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Lewis BD, Hurt RD, Payne WS, Farrow GM, Knapp RH, Muhm JR. Benign teratomas of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983;86:727-31.
2. Yadav CM, Shah BK, Mature teratoma of posterior mediastinum. *Pak J Med* 2003;19:226-7.
3. Balcı AE, Eren Ş, Eren N. Erişkinlerde mediasten primer tümör ve kistleri: 61 olgunun değerlendirilmesi ve cerrahi sonuçları. *T Klinik Tıp Bilimleri* 2003;23:33-7.
4. Nichols CR. Mediastinal germ cell tumors. Clinical features and biologic correlates. *Chest* 1991;99:472-9.
5. Cohen AJ, Thompson L, Edwards FH, Bellamy RF. Primary cysts and tumors of the mediastinum. *Ann Thorac Surg* 1991;51:378-84.
6. Melcher AA. Malignant change in a mediastinal dermoid cyst. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1994;6:345-6.
7. Furukawa K, Takahata S, Ichimiya H, Tanaka M, Sata M. Video-assisted thoracoscopic resection of a mediastinal cyst: report of a case. *Surg Today* 1994;24:923-5.
8. Choi SJ, Lee JS, Song KS, Lim TH. Mediastinal teratoma: CT differentiation of ruptured and unruptured tumors. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:591-4.
9. D'Cruz IA, Feghali N, Gross CM. Echocardiographic manifestations of mediastinal masses compressing or encroaching on the heart. *Echocardiography* 1994; 11:523-33.