

Perikardiumun Multiloküler Mezotelyal İnküzyon Kistleri

Dr. Rezzan ERGUVAN-ÖNAL, Dr. Emine TÜRKMEN, Dr. Hasan GÖKÇE, Dr. N.Engin AYDIN

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, MALATYA

ÖZET

AMAÇ: Multiloküler mezotelyal inküzyon kistleri (benign kistik mezotelyomalar), çoğunlukla genç kadınlarda, pelvik peritonda ortaya çıkan lezyonlardır. Plevra, inguinal bölge, aortun adventisyası ve perikard gibi nadir yerleşim yerleri de bildirilmiştir. Bu yazıda, perikardiumdan kaynaklanan iki nadir olgu sunulmuş ve bu lezyonların klinik açıdan önemlerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Rutin olarak hematoksilen-eozin boyalı kesitler incelendi. Pansitokeratin, faktör VIII-ilişkili protein, vimentin ve epitelyal membran antijen için streptavidin-biotin tekniği ve substrat olarak diaminobenzidin kullanılarak immünohistokimyasal inceleme yapıldı.

SONUÇLAR: Her iki materyale ait kesitlerde benzer görünüm mevcut olup immünohistokimyasal incelemede vimentin, pansitokeratin ve epitelyal membran antijen ile pozitif boyanma gösteren mezotelyal hücreler ile dōşeli çok sayıda küçük kistik oluşumlar saptandı. Bu bulgular ışığında her iki olguya da 'multiloküler mezotelyal inküzyon kisti' tanısı kondu.

YORUM: Multiloküler mezotelyal inküzyon kistleri benign oluşumlar olmakla birlikte yavaş ve progresif gelişim gösteren, sıklıkla tekrarlayan lezyonlardır. Literatürde, ölümlle sonlanan birkaç olgunun mevcut olması nedeniyle, çoğunlukla rastlantısal olarak tanı alan bu oluşumların tanınması önemlidir. Mevcut yayınlar kısıtlı sayıda olguları içermekte olup ileride yapılabilecek daha geniş serileri içeren çalışmalarla prognostik önemleri daha net bir şekilde ortaya konulabilecektir.

Anahtar Sözcükler: Multiloküler mezotelyal inküzyon kisti, benign kistik mezotelyoma, perikardial kist, mezotelyal kist, perikardium.

GİRİŞ

Multiloküler mezotelyal inküzyon kistleri (MMİK) veya benign multikistik mezotelyomalar en sık genç kadınlarda, pelvik peritonda ortaya çıkar. Daha az sıklıkla üst abdomen, retroperitoneum, plevra, inguinal bölge, aortanın asendan intraperikardial segmentinin adventisyası ve perikardiumda bildirilmiştir². Bu yazıda nadir bir yerleşim yeri olan perikardiumdan gelişen iki MMİK olgusu sunulmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Spesimenler %10'luk formalin içinde fikse edilerek parafin bloklar içine gömüldü. Dokulardan

Geliş Tarihi: 03.01.2003
Kabul Tarihi: 20.03.2003

5'er µm kalınlığında kesitler alınarak hematoksilen-eozin ile boyandı. İmmünohistokimyasal incelemede streptavidin-biotin tekniği ve substrat olarak diaminobenzidin kullanıldı. Kullanılan antikolar şunlardı: Pansitokeratin (panCK), faktör VIII-ilişkili protein (F VIII-ilişkili protein), vimentin ve epitelyal membran antijen (EMA).

BULGULAR

Birinci olgu: Altmış yaşında bir erkek hasta, Haziran 2000'de solunum sıkıntısı şikâyetiyle İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'ne başvurdu. Koroner arter

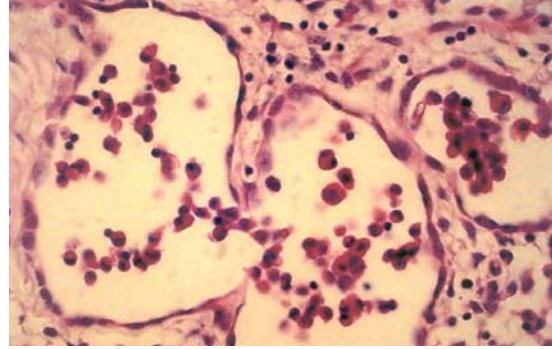
hastalığı ve perikardit tanılarıyla takipte olan hastanın Mart 2000'de kalp krizi geçirdiği, anjiyografi sonucunda koroner arterlerde obstrüksiyon saptanması üzerine koroner by-pass ameliyatına alındığı, ameliyat sırasında inferior yerleşim gösteren, perikardiuma yapışık, anevrizma benzeri bir oluşum saptandığı ve buradan eksizyonel biopsi alındığı belirlendi.

Makroskopik olarak spesimen kirli beyaz renkte, 2x1.5x0.8 cm boyutlarda bir doku parçasıydı. Dokunun bir yüzeyi düzgün, diğer yüzeyi ise düzensiz yapıda izlendi.

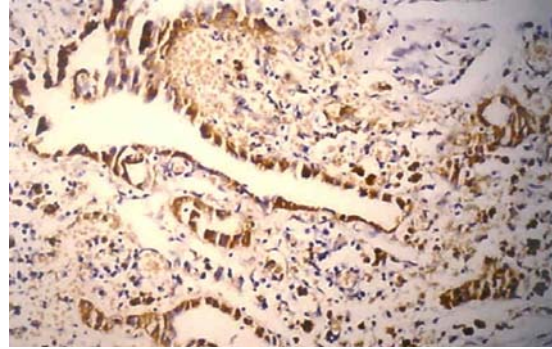
İkinci olgu: Yedi yıldır çarpıntı ve bayılma şikâyeti olan 21 yaşında bir kadın hasta, son bir ayda şikâyetlerinin artması üzerine Nisan 2002'de Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği'ne başvurdu. Fizik muayenesinde aort odağında 3/6° sistolik üfürüm olduğu, ekokardiografik inceleme sonucunda sağ atriumda ve sol kalp boşluklarında dilatasyon, 3°-4° aort yetmezliği, 1° mitral yetmezliği ve 1°-2° triküspid yetmezliği belirlendiği, hastanın Nisan 2002'de ameliyata alındığı ve ameliyat sırasında perikardiuma yapışıklık gösteren kistik bir kitle saptandığı, kist duvarının total olarak eksize edildiği öğrenildi.

Makroskopik olarak spesimen 3.5x3x0.2 cm boyutlarda, kirli beyaz-pembe renkte, cidarî yapıda doku parçasıydı.

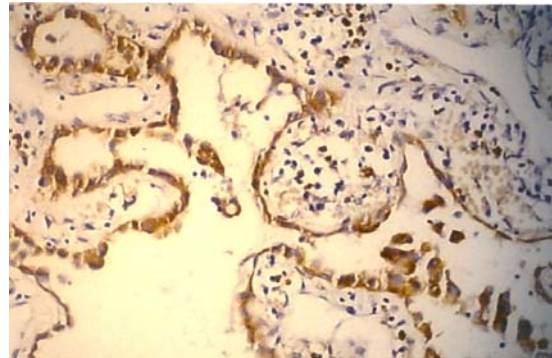
Mikroskopik olarak her iki spesimende de benzer görünüm mevcut olup, çok sayıda küçük kistik oluşumlar ve stromada lenfositik infiltrasyon izlendi. Kistlerin duvarını küboidal, yer yer yassılaştırmış hücrelerin döşediği görüldü. Bazı kistlerin lümenlerinde, döşeyici hücrelere çok benzeyen hücrelerin bulunduğu dikkati çekti (Resim 1). İmmünohistokimyasal incelemede hem kist duvarını döşeyen, hem de kist lümenlerindeki hücreler vimentin (Resim 2), panCK (Resim 3) ve EMA (Resim 4) ile pozitif boyanma gösterdi. F VIII-ilişkili protein ile boyanma saptanmadı. Bu bulgular ışığında her iki vakaya da MMİK tanısı konuldu.



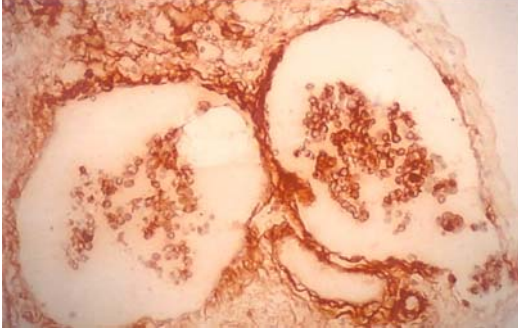
Resim 1. Duvarı küboidal, yer yer yassılaştırmış hücreler ile döşeli çok sayıda küçük kistik oluşumlar ve stromada lenfositik infiltrasyon. Kistlerin lümenlerinde, döşeyici hücrelere çok benzeyen hücrelerin bulunduğu görülmektedir (H.E.x400).



Resim 2. Kist duvarını döşeyen hücrelerde vimentin ile yoğun pozitif boyanma (vimentinx200).



Resim 3. PanCK ile yoğun pozitif boyanma gösteren mezotelial hücreler (panCKx200).



Resim 4. EMA ile pozitif boyanma (EMAx150).

TARTIŞMA

MMİK en sık pelvik peritonda yerleşim göstermekle birlikte perikardda da ortaya çıkabildiğini bildiren az sayıda yayın mevcuttur^{2,4-6}. McAllister ve Ferrans⁵ ile Sheppard ve Davis⁶ bu lezyonu tanımlamışlar; ancak spesifik bir isim vermeyip “perikardial kist” başlığı altında bahsetmişlerdi. McAllister ve Ferrans ayrıca, ‘perikardial kist’lerin çocukluktan yaşlılık dönemine kadar her yaşta görülebileceğini ama en sık üçüncü ve dördüncü dekadlarda ortaya çıktığını belirtmişti⁵.

Bu antitenin bir tümör mü, yoksa reaktif bir oluşum mu olduğu konusunda hâlâ tartışmalar olmakla birlikte, Enzinger ve Weiss³, lezyonların çoğul oluşunu, yayılma ve rekürrens göstermelerini ve adenomatoid tümöre dönüştüğünün bildirilmesini göz önüne alarak daha çok bir tümör olduğu görüşündedirler. Ayrıca Bierhoff ve Pfeifer¹, 50 yaşındaki bir erkek hastada, perikardiumun primer benign mezotelyal kistinden sekonder olarak dönüştüğünü düşündükleri, çok sayıda metastaz odağı içeren bir malign bifazik mezotelyoma olgusu bildirmişlerdir.

MMİK’lerin ayırıcı tanısında lenfanjioma, malign kistik mezotelyoma, uniloküler mezotelyal kist ve perikardiumun divertikulumu yer alır². Lenfanjomada stromal lenfoid agregatlar ve duvarda düz kas demetleri görülür^{2,3}. Hücrelerin EMA ve sitokeratin ile pozitif boyanması da MMİK’i lenfanjomadan ayırtmakta yardımcı olur^{3,6}. Lenfanjomada endoteli döşeyen hücreler her

zaman olmamakla birlikte F VIII-ilişkili protein ile pozitif boyanma gösterir³. Malign mezotelyomada hücrel atipi gösteren yaygın mezotelyal proliferasyon bulunur. Uniloküler mezotelyal kist genellikle sağ kosto-diafragmatik bölgede veya üst mediastende yerleşir. Küçük, uniloküler bir kist olup perikardium ile bağlantısı bulunmaz. Perikardiumun divertikulumu da uniloküler bir kisttir². Öte yandan McAllister ve Fenoglio⁴, yazarların çoğunun perikardial kist ve perikardial divertikulumun aynı antite olduğu konusunda hemfikir olduklarını belirtmektedir.

MMİK benign bir oluşumdur^{3,4}. Yavaş fakat progresif seyir gösterir, sık rekürrensle seyrederek ve ölümle sonlandığı bildirilen birkaç olgu mevcuttur². Genellikle asemptomatiklerdir. Rutin radyolojik incelemeler sırasında ya da nekropside rastlantısal bir bulgu olarak ortaya çıkarlar. Bununla birlikte, McAllister ve Fenoglio’nun serisinde perikardial kisti olan hastaların 1/3’ünden daha fazlasının semptomatik olduğu bildirilmektedir. En sık rastlanan semptomun ise prekordial veya substernal göğüs ağrısı olduğu belirtilmektedir⁴. MMİK’lerde uygulanan tedavi şekli cerrahi eksizyondur³.

McAllister ve Fenoglio’nun serisinde 82 perikardial kist olgusu bildirilmiştir. En sık lokalizasyonun sağ kalp olduğu, yaklaşık ¼’inin sol kalpte saptandığı, %8’inin de anterior-superior veya posterior mediastene projekte olduğu belirtilmiştir. Kistlerin boyutunun 2-3 cm’den 16 cm veya daha büyük boyutlara ulaşabildiği rapor edilmiştir. Bununla birlikte, kistlerin çoğunun uniloküler, yalnızca %20’sinin multiloküler olduğu belirtilmiştir⁴.

Perikardiumun MMİK’leri nadir oluşumlardır. McAllister ve Fenoglio’nun serisindeki dört perikardial kist olgusu otopsi sırasında rastlantısal olarak saptanmış olup diğer 78 hastanın hayatta ve sağlıklı oldukları bildirilmiştir. Bu hastalarda iki yıllık takip süresince rekürrens saptanmadığı ve hastalarda semptom bulunmadığı belirtilmiştir⁴.

Bu sunudaki birinci olgu otuz aydır, ikinci olgu sekiz aydır takipte olup halen hayattadırlar. Bu süre

İNİNDE REKÜRRENS SAPTANMAMIŞTIR. BU OLGULAR DA LİTERATÜRDEKİ OLGULARIN ÇOĞU GİBİ BAŞKA SEBEPLERDEN DOLAYI TAKİPTE İKEN TESADÜFEN TANILMIŞLARDIR. SONUÇ OLARAK MMİK'LERİN BENİGN OLUŞUMLAR OLMAKLA BİRLİKTE, YAYILMA VE REKÜRRENS GÖSTERMELERİ, ADENOMATOID TÜMÖRE VE MALIGN MEZOTELYOMAYA DÖNÜŞMELERİ, VE ÖLÜME YOL AÇABİLMELERİ NEDENİYLE DAHA FAZLA ÖNEM GÖSTERİLMESİ GEREKEN LEZYONLAR OLDUĞUNU VE PROGNOSTİK AÇIDAN ÖNEMLERİNİN NET BİR ŞEKİLDE ORTAYA KONABİLMESİ İÇİN GENİŞ SERİLERİ İÇEREN ÇALIŞMALAR YAPILMASI GEREKTİĞİNİ DÜŞÜNMEKTEYİZ.

Not: Bu çalışma 15-19 Ekim 2002 tarihleri arasında Pamukkale'de düzenlenen "Kemik ve Yumuşak Doku Tümörleri" konulu XVI. Ulusal Patoloji Sempozyumu'nda poster bildiri olarak sunulmuştur.

SUMMARY

Multilocular Mesothelial Inclusion Cysts of the Pericardium

PURPOSE: Multilocular mesothelial inclusion cysts are mesothelial lesions of which the majority occur in the pelvic peritoneum of young women. Rarely they can also occur in pleura, inguinal region, adventitia of the aorta, and pericardium. Two unusual cases originated from pericardium are presented in this report. The purpose of this study is to examine the clinical significance of these lesions.

METHODS: Hematoxylin-eosin stained slides were routinely examined. Immunohistochemical examination for pancytokeratin, factor VIII-related protein, vimentin and epithelial membrane antigen was performed using the streptavidin-biotin technique with diaminobenzidine as a substrate.

RESULTS: Histologically there were multiple small cystic formations lined by mesothelial cells

which were positive for vimentin, pancytokeratin and epithelial membrane antigen in both specimens yielding the diagnosis of multilocular mesothelial inclusion cysts.

CONCLUSION: Multilocular mesothelial inclusion cysts are benign processes that show a slow but progressive growth and frequent recurrences. A few cases with fatal prognosis have been reported. So it is important to recognize these lesions which are usually diagnosed randomly. Hence the available reports are limited, studies including larger series are needed to detect the prognostic significance of this rare entity.

Key words: Multilocular mesothelial inclusion cyst, benign cystic mesothelioma, pericardial cyst, mesothelial cyst, pericardium.

KAYNAKLAR

1. Bierhoff E, Pfeifer U: Malignant mesothelioma arising from a benign mediastinal mesothelial cyst. *Gen Diagn Pathol* 1996 Jun;142:1, 59-62.
2. Drut R and Quijano G: Multilocular Mesothelial Inclusion Cysts (so-called Benign Multicystic Mesothelioma) of Pericardium. *Histopathol* 1999; 34:5, 472-474 (correspondence).
3. Enzinger FM and Weiss SM: Chapter 30, Mesothelioma in *Soft Tissue Tumors*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book, Inc., 1995, 3rd edn., p 787-819.
4. McAllister, Jr., and Fenoglio JJ: Primary Tumors and Cysts of the Heart and Pericardium, in: Hartmann WH (ed): *Atlas of Tumor Tumor Pathology, Tumors of Cardiovascular System, 2nd Series, Fascicle 15*. Washington, D.C.: AFIP, 1978, p 1-71.
5. McAllister HA, Jr, and Ferrans VJ: Chapter 4, Heart, Pericardium and Major Vessels, in: Karcioğlu ZA and Someren A (eds): *Practical Surgical Pathology*, Lexington, Massachusetts/Toronto: The Collamore Press, D.C. Heath and Company, 1985, p 102-155
6. Sheppard M and Davies MJ: Chapter 6, Tumours of the Heart in *Practical Cardiovascular Pathology*. London: Arnold, 1998, p 149-171.

Yazışma Adresi:

Dr. Rezzan ERGUVAN-ÖNAL
Çöşnük Mah. Mehmet Buyruk Cad.
Reşat Turgut Sitesi B-Blok
No:75 Daire:26
44330 MALATYA
GSM: 0532 6852564
E-mail: rerguvan@yahoo.com