

Inficerede bronkogene cyster kan forårsage recidiverende luftvejsinfektioner

Eva Bjerre Søndergaard¹, Dyre Kleive² & Mette Siemsen¹

KASUISTIK

1) Thoraxkirurgisk Klinik, Rigshospitalet
2) Kirurgisk Afdeling, Bærum Sygehus, Norge

Bronkogene cyster er medfødte og dannes ved en abnorm knopskydning af det trakeobronkiale træ i første trimester. Der er i litteraturen beskrevet bronkogene cyster cervikalt, abdominalt og selv intrakutant på skalpen. Den hyppigste lokalisation er i thorax, med to tredjedele i mediastinum og en tredjedel i lungeparenkymet. Cysten diagnosticeres oftest i den tidlige barndom pga. persisterende luftvejssymptomer – pneumonier, stridor, hoste, dyspnø – der medfører røntgen af thorax eller computertomografi (CT). Hos voksne er bronkogene cyster et sjældent og oftest tilfældigt fund, sekundær inficering er usædvanlig [1, 2]. Inden for et halvt år er fire patienter blevet opereret pga. inficerede bronkogene cyster. Vi præsenterer her to af sygehistorierne.

SYGEHISTORIER

I. En 19 år gammel kvinde blev indlagt på et lokalsygehus pga. smerter i epigastriet, febrilia og dyspnø. Patienten var to år tidligere blevet indlagt med samme symptomer. En eksplorativ laparoskopi, der blev foretaget på mistanke om appendicitis, viste normale for-

hold. En CT, der blev foretaget ved genindlæggelsen, viste inficeret cyste/absces i mediastinum klos på diafragma (**Figur 1**). Patienten blev overflyttet til en thoraxkirurgisk afdeling og opereret akut. Ved torakotomi fandt man en stor pusfyldt cyste på 6 cm i diameter indkilet i det nedre lungeligament klos på diafragma og øsofagus. Cysten blev fjernet in toto. Histologisk undersøgelse viste inficeret bronkogen cyste.

II. En 62 år gammel mand blev udredt med CT og bronkoskopi på et lokalsygehus pga. recidiverende pneumonier gennem tre år. Patienten havde en cyste foran carina, der komprimerede venstre hovedbronchus. Ved elektiv torakotomi fandt man en 3 × 2 × 2 cm stor pusfyldt cyste indkilet mellem venstre a. pulmonalis, venstre hovedbronchus, trachea og arcus aorta. Pga. beliggenheden og adhærensener blev cysten spaltet og partielt excideret. Histologisk undersøgelse viste en inficeret bronkogen cyste.

BRONKOGENE CYSTER

En bronkogen cyste er oftest unilokulær, indeholder

FIGUR 1

A. Røntgenoptagelse af thorax hos patienten i sygehistorie I. Der ses en proces mediallyt og basalt i højre hemithorax.
B. Computertomografi af samme patient viser en inficeret cyste beliggende i vinklen mellem diafragma og mediastinum.



klar væske og er beklædt med pseudolagdelte cylinderepitel med cilier. I cystevæggen ses bruskøer og mukøse kirtler. Evt. symptomer er afhængige af den anatomiske lokalisation, der igen er afhængig af det embryologiske stadie ved knopskydningen. På en røntgenoptagelse af thorax ses den som en kavitet, men den kan være skjult i et breddeøget mediastinum. Da cysten oftest er asymptomatisk, kendes den sande incidens ikke. Asymptomatiske cyster kan blive symptomatiske ved at vokse, blive inficeret eller undergå malign transformation. Bronkogene cyster giver hyppigst respiratoriske symptomer, men symptomerne kan ligne andre akutte tilstande, f.eks. akut abdomen som hos patienten i sygehistorie I, akut myokardieinfarkt og trykpnemothorax. Hvis det er muligt, tilstræbes der komplet excision, da der er beskrevet enkelte tilfælde af recidiv, omend det er ekstremt sjældent [3, 4]. En bronkogen cyste, der har været asymptomatisk i decennier, kan pludselig blive symptomatisk ved vækst eller infektion som hos patienten i sygehistorie II.

DISKUSSION

Symptomatiske cyster bør fjernes. Generelt anbefales fjernelse af asymptomatiske cyster for at sikre diagnosen og hindre fremtidige komplikationer, men konservativ behandling kan overvejes ved betydende komorbiditet eller høj operativ risiko. Det er ofte

muligt at fjerne bronkogene cyster – især asymptomatiske – ved torakoskopi og derved minimere det operative traume. *Kirmani et al* fandt i en gennemgang af litteraturen, at op til 45% (31 ud af 74) af tilfældigt opdagede bronkogene cyster bliver symptomatiske, og at der fandtes maligne celler i 0,7% af de fjernede cyster. De konkluderede, at konservativ behandling er acceptabel med tæt klinisk kontrol [5].

En inficeret bronkogen cyste er en sjælden, men mulig diagnose ved recidiverende luftvejsinfektioner eller andre uafklarede infektioner med smerter i thorax. Fund af bronkogene cyster bør altid konfereres med en thoraxkirurgisk afdeling.

KORRESPONDANCE: Eva Bjerre Søndergaard, Thoraxkirurgisk Klinik, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: evabjerre@live.dk

ANTAGET: 10. oktober 2011

FØRST PÅ NETTET: 12. december 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. De Giacomo T, Diso D, Anile M et al. Thoracoscopic resection of mediastinal bronchogenic cysts in adults. *Eur J Cardiothorac Surg* 2009;36:357-9.
2. Moz U, Gamba P, Pignatelli U et al. Bronchogenic cysts of the neck: a rare localization and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009;29:36-40.
3. Tarpy SP, Kornfeld H, Moroz K et al. Unusual presentation of a large tension bronchogenic cyst in an adult. *Thorax* 1993;48:951-2.
4. Efthymiou CA, Kefaloyannis EM, Thorpe JA. Massive bronchogenic cyst mimicking ischaemic chest pain. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008;34:1260-1.
5. Kirmani B, Kirmani B, Sogliani F. Should asymptomatic bronchogenic cysts in adults be treated conservatively or with surgery? *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010;11:649-59.

Storkarsvaskulitis påvist ved PET/CT hos patient med initialt formodet cancer

Kim Francis Andersen¹, Jens Skøt², Jens Bülow¹ & Charlotte Suetta¹

Storkarsvaskulitis er en inflammatorisk lidelse, der er karakteriseret ved granulomatøs panarteritis i aorta og dens grene. Histopatologisk ses der fortykket tunica adventitia, fokal infiltration af leukocytter i tunica media og hyperplasi af tunica intima. Det inflammatoriske infiltrat indeholder T- og B-lymfocytter, aktiverede dendritceller, makrofager og kæmpeceller. Terminologisk omfatter betegnelsen både kæmpecellearteritis og Takayasu arteritis. Om end de sidstnævnte tilstande traditionelt bliver betragtet som værende adskilte klinisk, anatomisk og epidemiologisk, er de kliniske manifestationer og patologiske fund ofte overlappende. På baggrund af en ofte

uspecifik symptomatologi er der for dem begge diagnostiske udfordringer, da initiering af relevant behandling er essentiel for at undgå den betydelige ledsagende morbiditet. Her præsenteres en sygehistorie, hvor man ved hjælp af billeddiagnostik med ¹⁸F-fluorid-fluoro-2-deoxy-D-glukose (¹⁸F-FDG)-positronemissionstomografi/computertomografi (PET/CT) fik afgørende information i udredningen af, hvad der viste sig at være storkarsvaskulitis.

SYGHESTORIE

En 59-årig tidligere rask kvinde blev indlagt i hospitalsregi pga. hoste, åndenød, opkastninger, træthed

KASUISTIK

1) Klinisk Fysiologisk/nuklearmedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital
2) Medicinsk Afdeling C, Reumatologifunktionen, Gentofte Hospital