

Trattamento di una cisti broncogenica con agoaspirazione transbronchiale

Treatment of a bronchogenic cyst by transbronchial needle aspiration



Laura Mancino (foto)
Roberto Mazzini*
Rolando Negrin
Loris Ceron*

UOC Pneumologia, Ospedale San Bortolo, Vicenza; * UOC Pneumologia ULSS 12 Veneziana

Responsabile ECM FAD:
Laura Mancino

Parole chiave

Cisti broncogenica • TBNA • Trattamento chirurgico

Key words

Bronchogenic cyst • TBNA • Surgical treatment

Accettato il 30-7-2010.



Laura Mancino
UOC Pneumologia,
Ospedale San Bortolo
via Rodolfi, 37
36100 Vicenza
laura.mancino@inwind.it

Riassunto

Il trattamento di una cisti broncogenica è controverso, potendo avvalersi generalmente di una escissione chirurgica tramite toracosopia, VATS o toracotomia^{1,2}. Nonostante alcune esperienze dimostrino come il trattamento endoscopico tramite agoaspirazione transbronchiale (TBNA) possa rappresentare una procedura efficace e definitiva³⁻⁵, segnalazioni di recidiva dopo asportazione chirurgica incompleta anche molti anni dopo l'intervento⁶ inducono a considerare il trattamento chirurgico radicale come la terapia di elezione². Riportiamo il caso di una cisti broncogenica a sede mediastinica da noi trattata con successo transitorio mediante agoaspirazione transbronchiale.

Summary

The treatment of bronchogenic cyst is controversial, as it may include surgical excision by thoracoscopy, VATS or thoracotomy^{1,2}. Although some reports show that the endoscopic approach with transbronchial needle aspiration (TBNA) may be an effective and definitive procedure³⁻⁵, some cases of recurrence after incomplete removal have been reported⁶, therefore complete surgical resection has been advocated as the treatment of choice². We report herein the case of a mediastinal bronchogenic cyst treated by transbronchial needle aspiration with complete although transient achievement.

Caso clinico

Una paziente di 52 aa è giunta alla nostra attenzione nell'aprile del 2008 per il riscontro casuale di una piccola formazione nodulare di circa 2 cm a densità sovra-liquida in regione sottocarenale posteriore, sul lato destro dell'esofago (Figura 1a); l'indagine TC era stata eseguita nel corso del follow-up dopo il trattamento radiante di una neoplasia infiltrante della vagina. Tale reperto era già stato segnalato in una precedente indagine del 2006 e si era mostrato metabolicamente silente alla PET-TC eseguita nel 2007. In anamnesi non emergevano altri elementi di rilievo; la paziente si presentava completamente asintomatica dal punto di vista toracico.

Veniva eseguita pertanto una broncoscopia, che permetteva di rilevare la presenza di una modesta compressione sulla pars membranacea all'origine del bronco intermedio, dove lo studio ecografico endobronchiale confermava l'esistenza di una formazione tondeggiante con parete sottile e regolare e contenuto transonico, fusa con la parete bronchiale (pars mem-

branacea), che in quel punto appariva assottigliata con scomparsa degli strati avventiziale e sottomucoso-fibromuscolare (Figura 2a e 2b). Si procedeva pertanto ad agoaspirazione transbronchiale (TBNA) di tale formazione, con raccolta di alcuni ml di liquido denso lattescente. L'esame microscopico del liquido mostrava un fondo proteinaceo ed ematico con globuli rossi talora lisati ed alcune cellule epiteliali cilindriche; il tutto appariva compatibile con la diagnosi di cisti broncogenica.

Il giorno successivo alla prima broncoscopia venivano eseguite una TC di controllo, che mostrava al posto della formazione paraesofagea destra una cavità areata, ed una broncoscopia nella quale residuava una piccola depressione a livello del bronco intermedio sulla parete posteriore. Una ulteriore TC di controllo eseguita dopo tre mesi dall'aspirazione della cisti era completamente normale (Figura 1b). Una TC toracica del dicembre 2009 (oltre un anno e mezzo dalla procedura endoscopica) evidenziava però la ricomparsa della stessa immagine radiologica, indicativa di una recidiva.

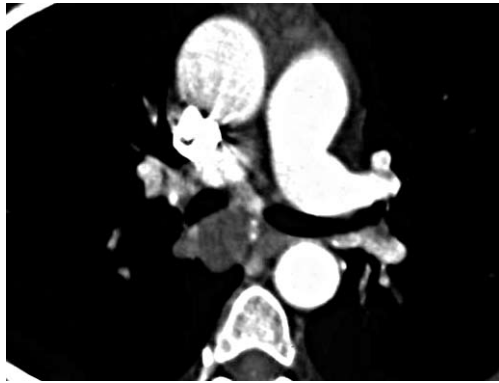


Figura 1a. Formazione a densità sovraliquida a contatto con il bronco intermedio.



Figura 1b. Stesso taglio TC dopo la TBNA.

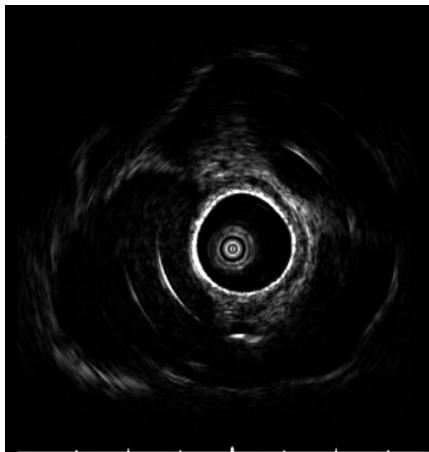


Figura 2a. Immagine ecoendoscopica della cisti, fusa con la parete bronchiale, assottigliata in corrispondenza.

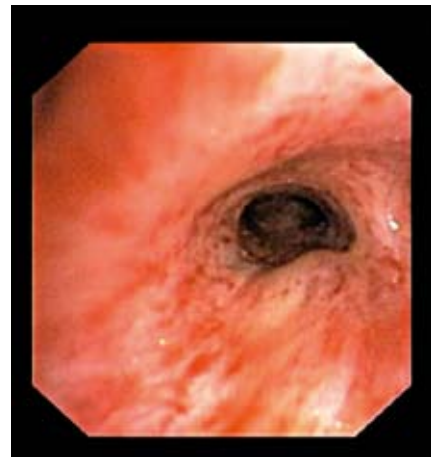


Figura 2b. Immagine endoscopica: è visibile una modesta compressione sulla parete posteriore del bronco intermedio.

Discussione

Le cisti broncogene rappresentano rare anomalie congenite dovute alla separazione di porzioni localizzate dell'albero tracheobronchiale dalle normali vie aeree durante il processo di ramificazione (origine dal foregut)⁷; circa il 77-85% di esse è localizzato nel mediastino, il rimanente nel parenchima polmonare.

Il 77-85% delle cisti broncogene è localizzato nel mediastino, il rimanente nel parenchima polmonare.

Di quelle mediastiniche la metà si trova nel mediastino posteriore, un terzo nel medio e le rimanenti nel mediastino anteriore⁸. Le cisti broncogene mediastiniche di solito si presentano come masse chiaramente definite di densità omogenea situate nella regione

paratracheale destra, o appena inferiormente e leggermente a destra della carena. Nella maggior parte dei casi sono ovalari o rotonde; a differenza delle cisti broncogene polmonari, raramente comunicano con l'albero tracheobronchiale⁹. Dal punto di vista istologico la parete è tappezzata da un epitelio respiratorio o da un epitelio squamoso metaplasico con elementi muscolari lisci e qualche volta con ghiandole bronchiali sieromucose.

Di solito le cisti broncogene sono silenti sul piano clinico.

Di solito le cisti broncogene sono silenti sul piano clinico, tuttavia alcuni pazienti presentano una sintomatologia che è attribuibile alla posizione della formazione più che alle sue dimensioni (tosse, disfagia, dispnea)¹⁰; infatti le cisti situate nella regione carenale

possono determinare sintomi da compressione anche se di piccole dimensioni ¹¹.

Il sospetto diagnostico può essere formulato quando alla TC del torace si dimostra una attenuazione omogenea prossima alla densità dell'acqua (0-20 HU), anche se talora la densità può essere maggiore (89-99 HU) ¹². Importante è effettuare una diagnosi attenta, dal momento che la presenza di cellule maligne nel liquido di aspirazione, lo sviluppo di sintomatologia o l'aumento di dimensioni al follow-up richiedono un approccio chirurgico con rimozione mediante toracotomia.

Il trattamento per via trans bronchiale è in genere sicuro.

La dimostrazione della possibilità di trattare in modo miniminvasivo per via endoscopica una cisti broncogenica incoraggia a suggerire tale approccio come prima linea di intervento per le cisti mediastiniche situate a stretto contatto con le grosse vie aeree o per i casi recidivati dopo chirurgia, specie se esiste un elevato rischio per un reintervento ¹². Il trattamento per via trans bronchiale è in genere sicuro, non essendo riportate complicanze di rilievo; la letteratura riferisce invece un caso di mediastinite severa dopo agoaspirazione transesofagea di una cisti scambiata per un linfonodo metastatico ¹³.

L'opzione chirurgica deve essere considerata il trattamento definitivo in tutti i casi di recidiva dopo un iniziale trattamento endoscopico.

L'evenienza di recidive dopo trattamento endoscopico va sempre tenuta presente; essa potrebbe essere secondo Galluccio almeno in parte spiegata da una incompleta aspirazione, cosicché la guida ecografica, permettendo una totale oblitterazione della cavità, potrebbe migliorare la prognosi a distanza ¹⁴. Ciò non coincide con la nostra esperienza, nella quale una recidiva si è verificata nonostante l'apparente aspirazione completa (Figura 1b), mentre per contro in un altro caso descritto ⁵ non si è avuta ricrescita dopo due anni nonostante una aspirazione non completa. È pertanto verosimile che la tendenza alla recidiva dipenda più dal-

la struttura della cisti (es. la ricchezza in ghiandole bronchiali) piuttosto che dalla completezza dell'intervento.

Il trattamento endoscopico di una cisti broncogenica potrebbe quindi essere proposto come primo approccio, o come tentativo di "salvataggio" nei casi recidivati dopo chirurgia; l'opzione chirurgica deve tuttavia essere considerata come il trattamento definitivo in tutti i casi di recidiva dopo un iniziale trattamento endoscopico.

Bibliografia

- 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 Gossot D, Izquierdo RR, Girard P, et al. *Thoracoscopic resection of bulky intrathoracic benign lesions*. Eur J Cardiothorac Surg 2007;32:848-51.
- 3 Wang KP, Nelson S, Scatarige J, et al. *Transbronchial needle aspiration of mediastinal mass. Therapeutic implications*. Thorax 1983;38:556-7.
- 4 Dhand S, Krinsky W. *Bronchogenic cyst treated by endobronchial ultrasound drainage*. Thorax 2008;63:3865a.
- 5 Kramer MR, Shitrit D, Grubstein A. *Endobronchial aspiration of bronchogenic cyst: a first report of long-term follow-up*. Eur J Cardiothorac Surg 2005;27:151.
- 6 Hasegawa T, Murayama F, Endo S, et al. *Recurrent bronchogenic cyst 15 years after incomplete excision*. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2003;2:685-7.
- 7 Kirwan WO, Walbaum PR, Mc Cormack RJM. *Cist intrathoracic derivatives of the foregut and their complication*. Thorax 1973;28:424-8.
- 8 Suen HC, Mhatisen DJ, Grillo HC, et al. *Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts*. Ann Thorac Surg 1993;55:476-81.
- 9 De Nunzio MC, Evans AJ. *Case report: the computed tomographic feature of mediastinal bronchogenic cyst rupture in to the bronchial tree*. Br J Radiol 1994;67:589-90.
- 10 Efthymiou CA, Weeden DF. *Bronchogenic cyst imitating chronic asthma*. Ann R Coll Surg Engl 2007;89:W9-10.
- 11 Ribet ME, Copin MC, Gosselin B. *Bronchogenic cysts of the mediastinum*. J Thorac Cardiovasc Surg 1995;109:1003-10.
- 12 Nakata H, Nakayama C, Kimoto T, et al. *Computed Tomography of mediastinal bronchogenic cyst*. J Comput Assist Tomogr 1982;6:733-8.
- 13 Annema JT, Veselić M, Versteegh MI, et al. *Mediastinitis caused by EUS-FNA of a bronchogenic cyst*. Endoscopy 2003;35:791-3.
- 14 Galluccio G, Lucantoni G. *Mediastinal bronchogenic cyst's recurrence treated with EBUS-FNA with a long-term follow-up*. Eur J Cardiothorac Surg 2006;29:627-9.

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

TEST ECM FAD

Autoapprendimento senza tutoraggio

Tempo previsto per l'apprendimento: 1 ora = 1 credito

VERIFICA DI AUTOAPPRENDIMENTO

1) Le cisti broncogene sono:

- a. neoformazioni benigne
- b. neoplasie
- c. anomalie congenite
- d. artefatti radiologici

2) Le cisti broncogene si trovano più frequentemente:

- a. nel mediastino medio
- b. nel mediastino posteriore
- c. nel mediastino anteriore
- d. nel parenchima polmonare

3) Le cisti broncogene possono presentarsi con i seguenti sintomi:

- a. tosse
- b. dispnea
- c. asintomatiche
- d. tutte le precedenti

4) Il trattamento per via endoscopica delle cisti broncogene è preferibile:

- a. nel caso di recidiva chirurgica
- b. nel caso di elevato rischio chirurgico
- c. nel caso di contatto con le grosse vie aeree
- d. in tutti i casi precedenti

5) Le cisti broncogene dopo trattamento per via endoscopica recidivano:

- a. mai
- b. sempre
- c. talvolta forse per la non completa aspirazione
- d. nessuna delle precedenti