

## ARTICOLE ORIGINALE

# DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN CHISTUL BRONHOGEN CONGENITAL CERVICOMEDIASTINAL LA COPIL DE VÂRSTĂ FRAGEDĂ

## DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF CONGENITAL CERVICOMEDIASTINAL BRONCHOGENIC CYST IN THE INFANTILE CHILD

**Rezumat**

Chistul bronhogen congenital reprezintă o anomalie bronhopulmonară congenitală relativ rar întâlnită în practica medicală și chirurgicală la copil. În unele cazuri reieșind din particularitățile locoregionale, atitudinea formațiunii chistice față de structurile anatomice, un șir de aspecte clinico-evolutive ale maladiei, se impun unele greutăți în diagnosticul diferențial, situație exemplificată prin prezenta observație clinică.

Eva GUDUMAC<sup>1</sup>, V.BABUCI<sup>2</sup>, V.PETROVICI<sup>3</sup>,  
A. JALBĂ<sup>4</sup>, Aliona BÂRSAN<sup>5</sup>,

<sup>1</sup>- academician al A.Ș.R.M., dr.hab.în med., prof universitar, Om emerit

<sup>2</sup>- dr.hab. în med., conferențiar cercetător

<sup>3</sup>- medic specialist în morfopatologie

<sup>4</sup>- dr.în med., conferențiar universitar

<sup>5</sup>- dr.în med., medic specialist chirurg pediatru

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Laboratorul „Infecții chirurgicale la copii”

**Summary**

The congenital bronchogenic cyst represents a quite seldom bronchopulmonary congenital malformation in the medical and pediatric surgery practice. In some cases the peculiarities of localization, the attitude between cyst and anatomic structures, several clinical and evolutionary aspects create some difficulties in differential diagnosis – the situation exemplified in presented clinical case.

**Introducere**

Chistul bronhogen congenital reprezintă o anomalie bronhopulmonară congenitală relativ rar întâlnită în practica medicală și chirurgicală la copil. Conform principiilor etiopatogenetice se relevă mecanismul pe fundalul căruia se poate dezvolta leziunea malformativă dată – unele tulburări de diviziune ale plăcilor ventrale și dorsale ale tubului intestinal primitiv [2, 4, 8].

Mai multe studii definesc rolul metodelor contemporane instrumentale – tomografiilor computerizate și RMN în diagnosticul malformației date (sensibilitatea tomografiei computerizată este de 69,2% pe când a RMN - de 100% [5]. În unele cazuri reieșind din particularitățile locoregionale, atitudinea formațiunii chistice față de structurile anatomice, un șir de aspecte clinico-evolutive ale maladiei, se impun unele greutăți în diagnosticul diferențial.

În acest context prezentăm următoarea observație clinică.

*Pacienta M.*, născută pe 21.11.2006 (f/o 00262) se internează în clinica de chirurgie a nou-născuților pe 10.01.2007 pentru prezența unei formațiuni tumorale a regiunii cervicale pe dreapta (Fig.1).

Examenul clinic la internare relevă următoarele elemente patologice: formațiune tumorală cu dimensiunile de 5,0 x 6,0 x 4,0 cm în regiunea cervicală laterală supraclaviculară pe dreapta, de consistență dur-elastică puțin mobilă. Starea generală a pacientei stabilă gravă determinată de prezența unei bronhopneumonii bilaterale (semne de detresă respiratorie - dispnee, cianoză în strânsă legătură cu tentativele de alimentare).



Fig.1. Aspectul vizual al formațiunii tumorale cervicale.

Examenul radiologic pune în evidență o timomegalie majoră (Fig.2). Investigațiile de laborator arată accelerarea VSH, hiperleucocitoză. Tomografia computerizată axială efectuată cu pasul 5 mm confirmă prezența unei formațiuni tumorale de dimensiuni majore (4,3 x 4,0 x 6,0 cm), cu contururile șterse, cu o densitate de -2 - +11H, ce ocupa un spațiu din regiunea mediastinului anterior până în regiunea submandibulară dreaptă, cu deplasarea traheii spre stânga și a plămânului drept inferior și lateral (Fig.3).

Pe fondul unui tratament preoperator se determină o ameliorare vădită clinic și pe 27.01.07 cu diagnosticul de higrom



Fig. 2. Radiografie toracică preoperatorie, incidența de față.  
1 - Timomegalie. 2 - Bronhopneumonie bilaterală

cervical se intervine chirurgical prin abord supraclavicular cervical pe dreapta. La revizie s-a depistat o formațiune chistică cu pereții denși, localizată sub mușchiul sterno-cleido-mastoidian, fundul fiind localizat în mediastin, conținutul lichid transparent (fig.4).

Formațiunea adera intim la trahee, vasele magistrale regionale cervicale, nervii vag și diafragmal. S-a reușit mobilizarea, enuclearea și înlăturarea radicală a formațiunii chistice cervicale.

Examenul histopatologic reliefează prezența unei formațiuni tumorale chistice, pereții căreia erau constituiți din țesut conjunctiv lax și fibros, tapetat cu epiteliu cubic sau ciliat unistratificat, pe alocuri – pluristratificat, în unele zone erau prezente procese proliferative endofite cu aspect polipos sau papiliform (fig.5). Tunica proprie a mucoasei era îngroșată pe contul unor procese proliferative, circumscrisă de o rețea vasculară accentuată. În diverse zone ale peretelui chistic au fost observate fibre musculare haotice sau ordonate în fascicule



Fig. 4. Aspect intraoperator al formațiunii chistice cervicale pe dreapta.

cu aspect circular și longitudinal. În unele zone subepiteliale puteau fi întâlnite structuri bronhogene primitive alungite sau fuziforme ce comunicau cu lumenul chistic, având aspect arborescent, fiind tapetate cu același tip de epiteliu (fig.6). De asemenea a fost constatată prezența țesutului mezenchimal nediferențiat cu prezența unor elemente sferocelulare.

**Concluzie morfopatologică:** chist bronhogen.

Evoluția postoperatorie imediată și la distanță a fost fără complicații. Copilul a fost externat pe 07.02.2007 în vederea continuării unui tratament medical al bronșitei. Examenle repetate postoperatorii evidențiază starea clinică și biologică perfectă a pacientului, fapt care ne-a sugerat să prezentăm acest caz.

Așa cum demonstrează observația clinică prezentată conduita diagnostică și terapeutică implică câteva precauții: obligativitatea unei control rigid imagistic (ecografie, tomografie computerizată, RMN), radicalitatea operației primare în tumora dată, necesitatea unor controale periodice (clinice, ecografice, radiologice).

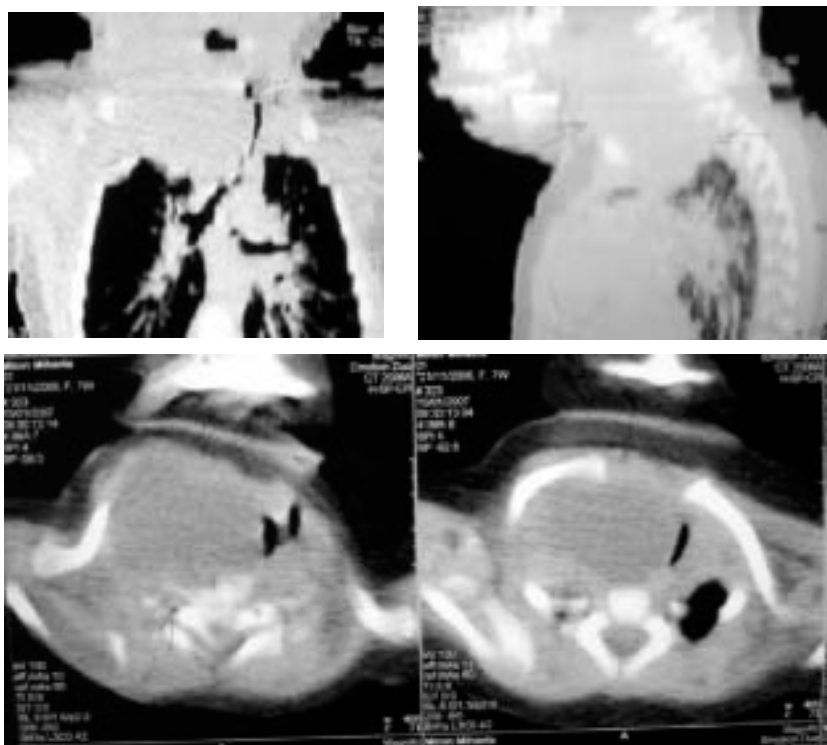


Fig. 3. CT axială preoperatorie a pacientei M. (Explicații în text).

## Discuții

Chistul bronhogen cu localizare atipică constituie o formă anatomo-clinică evolutivă rar întâlnită la copil, varianta pe care noi am întâlnit-o a fost cea cervicală. Aspectele clinice prezentate au constituit rememorarea unei alte istorii clinice asemănătoare, rezolvate chirurgical și descrisă de noi în literatura de specialitate, atunci când s-a constatat un higrom cervical.

Este cunoscut faptul, că între săptămâna a 3-a și a 6-a a perioadei embrionare intestinul primitiv se divizează dorsal în esofag și ventral în trahee. Separația incompletă generează fistula traheo-esofagiană. Tulburările de dezvoltare ale părții ventrale a intestinului primar pot genera anomalii ca chisturi bronhogene, fistule traheo-esofagiene, sechestrării pulmonară și lobi traheali. Totodată duplicațiile esofagiene și chisturile neuro-enterogene provin din placa dorsală. (1, 9, 10).

Deci rămâne mai puțin clar dacă nu există și alte alternative modificărilor embriologice ca prezența factorului genetic, altor complicații, nu se exclude o agresiune externă asupra organogenezei fătului între-o anumită perioadă critică etc.

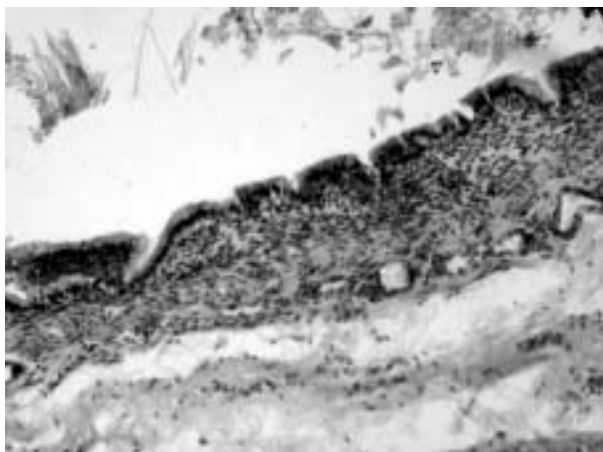


Fig.5. Microfoto. Chist bronhogen. Proliferări epiteliale polipase endofite.

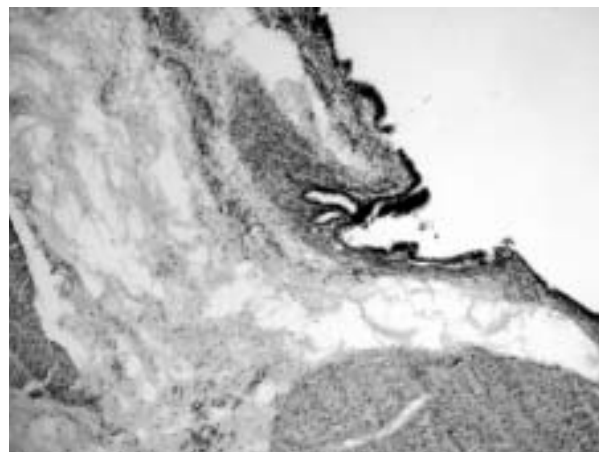


Fig.6. Microfoto. Ramificări de tip arborescent în aria peretelui chistic tapetat cu epiteliu cubic și ciliat.

Studiile denotă, că chisturile bronhogene sunt localizate de-a lungul traheii, intrapulmonar, în cavitatea pleurală sau intradisfragmal [7]. În literatura de specialitate sunt descrise și chisturi bronhogene localizate în: spațiul retroperiotneal [3], intraabdominal [6].

Diagnosticul cu certitudine al chistului bronhogen poate fi confirmat numai prin examen histopatologic, când este prezent epiteliul respirator (Page McAdams H.et al., 2000). În unele cazuri chiar și histologic chisturile bronhogene pot fi confundate cu duplicaturile chistice ale esofagului, care de asemenea pot fi tapetate cu epiteliu ciliat [9]. Prezența structurilor cartilajinoase este caracteristică numai pentru chisturile bronhogene [7].

Evoluția clinică a acestei malformații congenitale este determinată de prezența detresei respiratorii, durere toracică, semne de compresie a organelor adiacente, evoluția asimptomatică a bolii se întâlnește în 42% din cazuri [7].

Diagnosticul preoperator al chistului bronhogen congenital cu localizare cervicomediastinală rămâne dificil, deseori fiind confundat cu alte formațiuni tumorale congenitale. Concluzia generală a studiului nostru este aceea, că în situația prezenței unei tumori este necesară explorarea atentă și completă a pacientului trecând în revistă toate sursele posibile de diagnostic.

Tratamentul de elecție al chistului bronhogen este cel chirurgical - înlăturarea radicală a formațiunii chistice. Urgențarea intervențiilor chirurgicale este determinată de gradul de compresie al organelor adiacente vitale sau de asocierea complicațiilor. Complicațiile preoperatorii sunt de gravitate variabilă, mergând de la tulburări respiratorii apărute imediat la naștere. Pronosticul postoperator al chisturilor bronhogene cervicale este bun cu vindecare în proporție de 100% și dacă diagnosticul preoperator este corect stabilit.

### Concluzii:

1. Chistul bronhogen congenital cervicomediastinal deține o frecvență redusă, semnul clinic dominant fiind prezența unei tumori.

2. Pentru a-l obiectiviza intrauterin și imediat la naștere este obligator examenul clinic, ecografic completat la necesitate cu tomografia computerizată, RMN și cel histopatologic.

3. Tratamentul chirurgical de exereză totală a chistului bronhogen asigură suprimarea focarului tumoral, a complicațiilor, oferind bolnavilor confort și încredere.

### Bibliografie

1. Chapman K.R., Rebeck F.S. Spontaneous disappearance of a chronic mediastinal mass. Chest. 1985. 87: 235 – 236.
2. Cuillier F., Bideault J., Daguindeau D. et al. Bronchogenic cyst. [www.TheFetus.net](http://www.TheFetus.net).
3. Haddadin W.J., Reid R., Jindal R.M. A retroperitoneal bronchogenic cyst: a rare cause of a mass in the adrenal region. J.Clin.Pathol. 2001. 54: 801 – 802.
4. Hantous-Zannad S., Charrada L., Mestiri I., Fennira H., Horchani H., Kammoun N., Kilani T., Ben Miled-M'rad K. Radiological and clinical aspects of bronchogenic lung cysts: 4 case reports. Rev. Pneumol. Clin. 2000. 56(4):249-54.
5. Kanemitsu Y., Nakayama H., Asamura H., Kondo H., Tsuchiya R., Naruke T. Clinical features and management of bronchogenic cysts: report of 17 cases. Surg. Today. 1999. 29 (11): 1201 - 5.
6. Murley G.D., Lenz T.R. Bronchogenic cyst, intraabdominal. Rocky Mt. Med. J. 1979. 76: 243 – 4.
7. Page McAdams H., Kirejczyk W.M., Rosado-de-Christenson M.L., Matsumoto S. Bronchogenic cyst: imaging features with clinical and histopathologic correlation. Radiology. 2000. 217: 441 – 446.
8. Tireli GA, Ozbey H, Temiz A, Salman T, Celik A. Bronchogenic cysts: a rare congenital cystic malformation of the lung. Surg Today. 2004. 34 (7): 573 - 6.
9. Батаев С-Х.М., Разумовский А.Ю. Бронхоэктогенные образования заднего отдела средостения. Удвоение пищевода. Дет.хир. 2000. №1. С.44 – 47.
10. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.Ф. Опухоли и кисты грудной полости у детей. М. 1975.