

Complicated Pericardial Cyst: A Case Report

Dr. Mudar I. Abdullatif* 

(Received 15 / 2 / 2025. Accepted 26 / 3 / 2025)

□ ABSTRACT □

Pericardial cysts are uncommon, most commonly located at the cardiophrenic angle or, rarely, in the posterior or anterior superior mediastinum. They usually do not cause symptoms and are found incidentally. Symptomatic pericardial cysts present with dyspnea, chest pain, or persistent cough. Chest X-ray, echocardiography, and chest computed tomography or magnetic resonance imaging are useful diagnostic tools. CT scan is considered as best modality for diagnosis and delineation of the surrounding anatomy. Pericardial cysts are usually benign but complications may arise eventually in case of compression of the structures adjacent to the heart, inflammation, haemorrhage or rupture of the cyst. Compression of the right sided cardiac chambers may result in elevated venous pressures with engorged superficial veins of the upper and lower extremities, ascites, hepatomegally and may result in right sided heart failure. We describe a patients with complicated pericardial cysts causing severe compression effects of the right side of the heart, who was treated with thoracotomy.

Keywords: Mediastinal mass, complicated Pericardial cyst, infection, arthritis, cushing syndrome.



Copyright :Tishreen University journal-Syria' The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

* Associate Professor - Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria.
Email: dr.mudar_abdullatif@yahoo.com

كيسة تامورية مختلطة: حالة سريرية

د. مضر عبد اللطيف* 

(تاريخ الإيداع 15 / 2 / 2025. قبل للنشر في 26 / 3 / 2025)

□ ملخص □

الكيسات التامورية تشوهات خلقية نادرة المصادفة، أكثر ما تتوضع عند الزاوية القلبية الحجابية، أو في حالات نادرة في المنصف الخلفي أو المنصف الأمامي العلوي. لا تسبب أعراض عادة إنما تكتشف بالصدفة. قد تشمل التظاهرات السريرية صعوبة التنفس، الألم الصدري، أو السعال المعند. يعتبر التصوير الطبقي المحوري الاستقصاء الأمثل للتشخيص وإيضاح البنى المحيطة وتعتبر صورة الصدر البسيطة والتصوير القلبي الصدوي والرنين المغناطيسي وسائل تشخيصية مفيدة. تعتبر الكيسات التامورية آفات حميدة و لكن بالنتيجة قد تتطور الاختلالات في حال انضغاط البنى القلبية المجاورة بسبب النزف أو الالتهاب أو تمزق الكيسة. يسبب انضغاط الحجرات القلبية اليمنى ارتفاع الضغوط الوريدية مع احتقان الأوردة السطحية في الأطراف العلوية والسفلية والحن والضمامة الكبدية وقد يسبب قصور قلب اليمن. نعرض في هذه المقالة حالة سريرية لمريض مع كيسة تامورية مختلطة سببت تأثيرات انضغاطية شديدة على الجانب الأيمن من القلب وقد تم علاجها جراحياً بفتح الصدر.

الكلمات المفتاحية: كتلة منصفية، كيسة تامورية مختلطة، خمج، التهاب مفاصل، تناذر كوشينغ.

مجلة جامعة تشرين - سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص CC BY-NC-SA 04



حقوق النشر

* أستاذ مساعد - شعبة جراحة القلب، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سوريا. dr.mudar_abdullatif@yahoo.com

الحالة السريرية:

حول الينا مريض بعمر 43 سنة يشكو من تعب عام ونقص وزن مع حرارة، ترافقت الأعراض مع زلة تنفسية جهدية III، زلة استلقائية، زلة ليلية انتيابية، سعال مزمن منتج لقشع أبيض، ألم بطني شرسوفي متكرر يخف على المسكنات ويزداد نتيجة الحركة والتعرض للبرودة، ألم بالخاصرتين مع تغير بلون البول، لون يرقاني لصلبة العين، إمساك مع غثيان دون إقياء. المريض مدخن 20 باكيت/سنة، يشرب الكحول بالمناسبات. في سوابقه المرضية قصة داء رثياني مشخص منذ 6 سنوات ومعالج بـ Prednisolone بجرعة 15 ملغ/يوم منذ سنة، داء كوشينغ دوائي، هشاشة عظمية وانهدامات فقرية، لا ضغط، لا سكري، لا ربو، لا أمراض درقية.

القيم المخبرية عند القبول			
النتيجة	نوع التحليل	النتيجة	نوع التحليل
16	تعداد الكريات البيض WBC	24	البولة الدموية
92%	نسبة العدلات	54	سكر الدم
11.6	خضاب الدم	96	CRP
380	تعداد الصفائح PLT	75	ALT
0.8	الكرياتينين	100%	PT
		1	INR

أظهر الفحص السريري وجود وذمات محيطية في الأطراف السفلية مع علامات لوجود حبن وضخامة كبدية / 3 أصابع تحت الحافة الضلعية / ممضة بالجس . العلامات الحيوية مستقرة (الضغط الدموي 13/8، النبض 88، الإشباع الأكسجيني للدم 98 %، الحرارة 37.3). كانت القيم المخبرية لتعداد الطريات البيض مرتفعة على حساب العدلات مع ارتفاع قيمة البروتين الارتكاسي CRP وارتفاع معتدل بالخمائر الكبدية (الجدول المقابل)

أظهر التصوير بالأشعة فوق الصوتية للبطن وجود ضخامة كبدية متجانسة حيث يقيس قطر الفص الايمن للكبد 19 سم امام الكلية اليمنى مع اتساع لمعة الأوردة فوق الكبد والوريد الاجوف السفلي ونقص ارتكاسه لحركات التنفس مع وجود سائل حر في البطن حول الكبد وحول العرى المعوية وفي جيب موريسون وفي الحوض.

أظهر التصوير بالأشعة فوق الصوتية للقلب أذينة يسرى سوية الأبعاد، بطين أيسر ذو حركية جيدة على كافة الجدران (% 55 – 60 EF)، لا ارتفاع بضغوط نهاية الانبساط، صمامات سوية، أجواف اليمنى منخخصة بشدة خاصة البطين الأيمن، لوحظ وجود تشكل عالي الصدوية على حساب التامور يضغط على البطين الأيمن والأذينة اليمنى بشكل أقل، أجواف سفلي محتقن يقيس 27 ملم وغير متفاعل.

أجري تصوير طبقي محوري للصدر أظهر وجود آفة تامورية كيسية ضاغطة على البطين الايمن كبيرة الحجم تقيس حوالي 9 سم x 7 سم x 4 سم ناقصة الكثافة ومتجانسة مع محفظة متمسكة ذات حدود منتظمة وتعزز المادة الظليلة بشكل خفيف دون وجود انصباب تاموري حر .



تصوير طبقي محوري للصدر يظهر كيسة تامورية
كبيرة أمام البطين الايمن

تم استئصال الكيسة جراحيا من خلال فتح صدر أمامي جانبي أيمن في الورب الخامس حيث وجد محتوى الكيسة بشكل سائل كثيف لزج بلون يميل للأبيض مع جدار ثخين التهابي المظهر واستوصل القسم الأكبر من التامور المحيط بالكيسة وكان التعافي بعد الجراحة بدون أي اختلاطات وخلال أسبوعين بعد الجراحة لوحظ تحسن سريري واضح مع تراجع الأعراض السريرية وتراجع الوذمات. لم تظهر العينات المرسلة من محتوى الكيسة وجدارها موجودات هامة حيث لم يعثر على نمو جرثومي وأظهرت الخزعات علامات التهابية لا نوعية دون علامات خباثة

النتائج والمناقشة:

تمثل الكيسات التامورية حوالي 7% من كتل المنصف وهي آفات سليمة تتوضع غالبا على الجهة اليمنى وتتفاوت بالحجم بين 1 سم الى 5 سم أو أكثر [1,2,3] وغالبا ما تكون هذه الآفات صامتة سريريا وتكتشف بالصدفة عند اجراء صورة شعاعية للصدر أو تصوير قلبي صدوي ومن النادر أن تسبب أعراض انضغاطية أو تسبب السطام القلبي [1,2]. سببت الكيسة لدى هذا المريض اعراض وعلامات لقصور قلب أيمن وبسبب وجود قصة علاج بالستيروئيدات القشرية لعلاج التهاب المفاصل مع وجود قصة لارتفاع حرارة مرافق لظهور الأعراض مع صيغة مخبرية التهابية فقد اتجه الشك نحو كيسة مخموجة وكان القرار بالاستئصال الجراحي الواسع. ان ما يميز هذه الحالة السريرية النادرة هو

الحجم الكبير للكيسة مما سبب أعراض شديدة لدى المريض مع ترافقها بعلامات التهابية سريرية ومخبريا ومن هنا كانت الحاجة للتدخل الجراحي عبر فتح الصدر.

References:

- [1] Sandeep Kumar Kar*, Tanmoy Ganguly, Current concepts of diagnosis and management of pericardial cysts, Indian Heart Journal 69 (2017) pp. 364 - 270.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5485391/>
- [2] Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, Brucato A, Gueret P, Klingel K, Lionis C, Maisch B, Mayosi B, Pavie A, Ristic AD, Sabaté Tenas M, Seferovic P, Swedberg K, Tomkowski W; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2015 Nov 7;36(42):2921-2964. doi: 10.1093/eurheartj/ehv318. Epub 2015 Aug 29. PMID: 26320112; PMCID: PMC7539677.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7539677/>
- [3] M.Q. Najib, H.P. Chaliki, A. Raizada, J.L. Ganji, P.M. Panse, R.L. Click , Symptomatic pericardial cyst: a case series, Eur J Echocardiogr, 12 (2011), p. E43.
<https://academic.oup.com/ehjcardiology/article-abstract/12/11/E43/2396998?redirectedFrom=fulltext>

