

Tansiyon pnömotoraksı taklit eden dev bül

Giant bullae mimicking tension pneumothorax

Ahmet Erbey¹, Menduh Oruç², Atalay Şahin¹, Fatih Meteroğlu¹

ÖZET

Tansiyon pnömotoraksı direkt ön-arka akciğer grafisinde; bir hemitoraksı tamamen dolduran geniş radyolusenite, diyafram konturünü düzleştirmiş, mediastinal yapıları karşı tarafa itmiş ve hatta trakeaya bası yapmış olarak görünür. Dev bül de, bir hemitoraksı tamamen dolduran geniş radyolusensi artışı, mediastinal shift, diyafragmada düzleşme ve trakeaya bası yapacak kadar tansiyon pnömotoraksı taklit edebilir. Olgumuz, dev akciğer bülü olan 61 yaşında erkek hasta. Bu olguda dev bül, tansiyon pnömotoraks olarak teşhis edilip tüp torakostomisi uygulandı. Dev bülün tansiyon pnömotorakstan ayırımı bazen güç olabilmektedir. Birbirlerine benzer bu iki klinik tablonun tedavî yaklaşımları tamamen farklıdır. Bundan dolayı anamnez, fizik muayene, radyolojik incelemede doğru tanı için dikkatli olunmalı, özellikle tedavi yaklaşımı belirlenmeden önce ayırıcı tanı için BT (Bilgisayarlı Tomografi) ile değerlendirilmesi göz ardı edilmemelidir.

Anahtar kelimeler: Tansiyon pnömotoraks, dev bül, bilgisayarlı tomografi, tüp torakostomi.

GİRİŞ

Tansiyon pnömotoraksta, intraplevral boşluğa devamlı hava girer, tahliye olmayan serbest havadan dolayı intraplevral basınç, atmosfer basıncından çok daha büyük hale gelir ve plevral boşlukta tansiyona neden olur. Hastada taşikardi ve anksiyete ile birlikte respiratuvar distres bulguları gelişir. Dispne ve göğüs ağrısı şikâyetleri basit pnömotorakstan daha belirgin olup, hastada hipotansiyon, trakeal deviyasyon ve periferik siyanoz gelişebilir.¹ Bu tür durumlarda artmış intraplevral boşluğun acil dekompresyonu yapılmalıdır.

Amfizem, terminal bronşiolerin distalindeki hava yollarının belirgin fibrozis olmaksızın, duvar harabiyeti ile birlikte anormal kalıcı genişlemesidir. Harabiyet respiratuvar havayollarının üniform bir şekilde olmamasıdır; asinüs ve komponentlerinin

ABSTRACT

Giant bullae may mimic tension pneumothorax radiologically so that it may expand completely to hemithorax, increase of radiolucency mediastinal shift, flattening of diaphragm and printing on trachea. Sixty one year old male patient with giant bullae misdiagnosed as tension pneumothorax and underwent to tube thoracostomy. The differential diagnosis of giant bullae and tension pneumothorax may be confusing. The therapeutic approaches of these two radiologically similar entities differ significantly. Thus proper physical assessment and radiological examination is crucial in the differential diagnosis and computed tomography examination should be performed before the adjustment of therapy. *J Clin Exp Invest* 2012; 3(4): 548-551

Key words: Tension pneumothorax, giant bullae, computed tomography, tube thoracostomy

düzgün görünümü bozulmuştur veya tamamen kaybolmuş olabilir. Sentriasiner amfizem ve panasiner amfizem dışında üçüncü bir amfizem tipi distal veya paraseptal amfizem olup asinüsün distalindeki alveol kanalları, keseleri ve alveollere ait amfizemdir. Fibroz septalara veya plevraya yakındır. Dev büller ise distal veya paraseptal amfizemde görülüp, sağlıklı akciğer dokusu kompresyonlarına neden olabilmektedir. Klinik ve radyolojik olarak mediastinal shift tablosuna neden olan dev bül olgusunun tansiyon pnömotorakstan ayırımı güç olabilir.

OLGU SUNUMU

61 yaşında erkek hasta, son 3 aydır istirahatte dahi giderek artan ve son 3 gündür eforunu iyice kısıtlayan, ciddi düzeyde nefes darlığı şikayetiyle tekerlekli sandalyede polikliniğimize başvurdu. Alı-

¹ Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır, Türkiye

² Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

Correspondence: Ahmet Erbey,

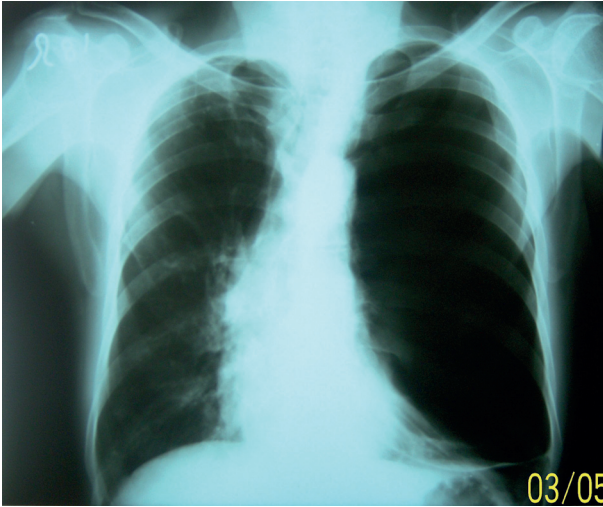
Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır, Türkiye Email: ahmeterbey@ymail.com

Received: 09.12.2011, Accepted: 01.01.2012

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2012, All rights reserved

nan anemnezinde yaklaşık 7 yıldır nefes darlığının olduğu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı ile medikal tedavi aldığı öğrenildi. Nefes darlığı şikayetine ek olarak kuru öksürük, çarpıntı ve hafif düzeyde yutma güçlüğü mevcuttu. Özgeçmiş sorgulamasında 35 yıl günde 1 paket sigara içmiş ve son 3 yıldır sigara içmiyordu. Fizik muayenesinde dudak hafif siyanoze ve hasta takipneik görünümde idi. Kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 104/dk, ritmik, ateş 36,6°C ve solunum sayısı 26/dk düzenli idi. Boyunda juguler venöz dolgunluk mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde göğüs ön-arka çapı hafif artmış, sol hemitoraksın solunuma katılımı azalmış, dinlemekle solda solunum sesleri alınmıyor, sağ bazalde ince ralleri mevcut ve ekspiryum uzamış idi. Kardiyak sistem muayenesinde: S1(+) ve S2(+), ritmik- taşikardik ve diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

Kan sayımında; beyaz küre 9400/mm³, hemoglobin 17,8 g/dL, hematokrit %52, trombosit sayısı 272000/mm³ olarak bulundu. Kan biyokimyası normal idi. Çekilen postero-anterior akciğer grafisinde solda akciğer parankimi gözlenmiyor, diyaframda düzleşme, mediastende sağa deviyasyon ve sol hemitoraksı tamamen dolduran radyolusenside artış gözlemlendi (Resim 1).

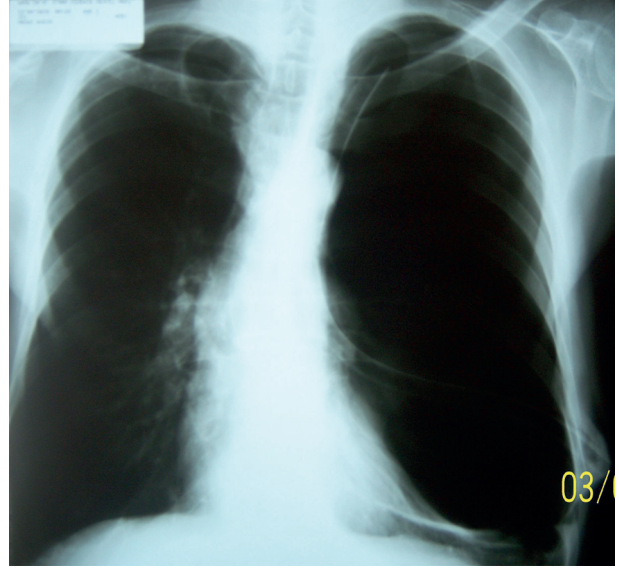


Resim 1. Dev bülün PA akciğer grafisindeki görünümü.

Hastaya tansiyon pnömotoraks tanısı ile göğüs tüpü takıldı. Ancak çekilen kontrol göğüs grafisinde sol hemitorakstaki artmış radyolusenside azalma, açılmış akciğer dokusu gözlenmedi (Resim 2).

Hastaya bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi. Sol hemitoraksı dolduran, mediasteni sağa iten, sol

hilusun alt ve üst komşuluğunda kompresif, atelektatik akciğer dokusuna neden olan ve trakeayı da bariz bir şekilde sağa iten dev bül gözlemlendi (Resim 3).

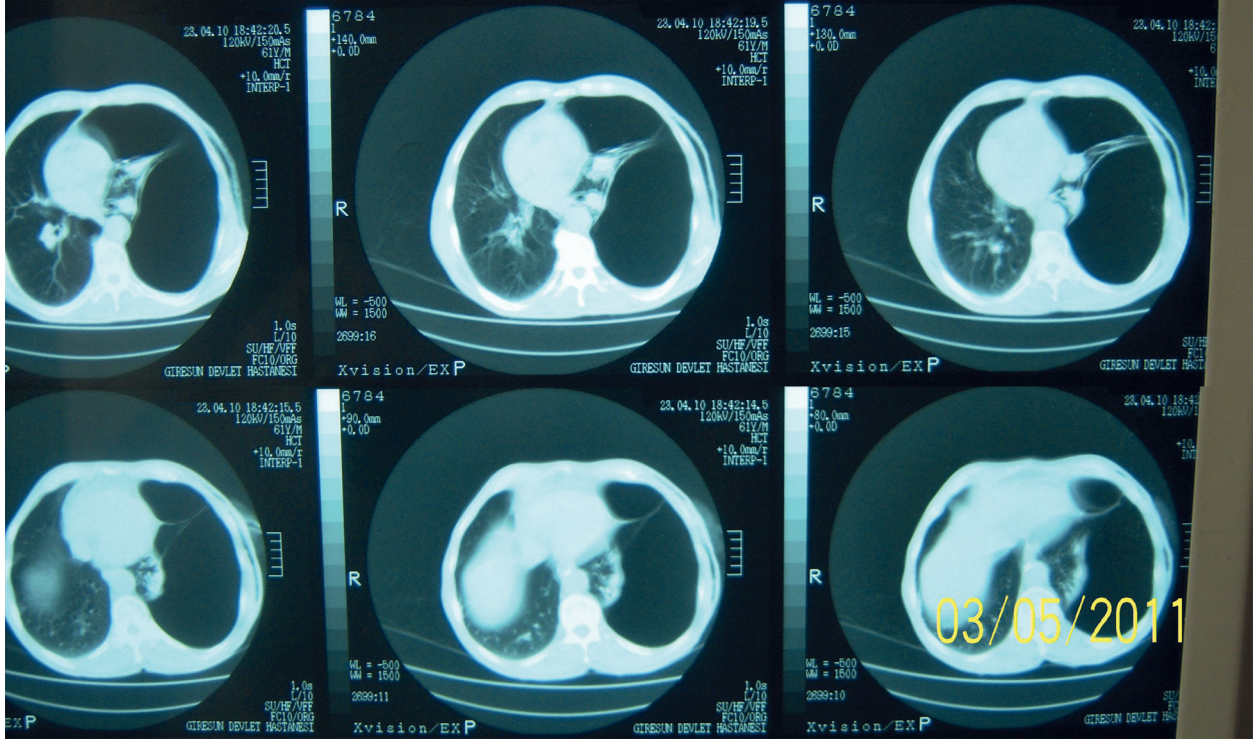


Resim 2. Tüp torakostomi sonrası PA akciğer grafisindeki görünüm

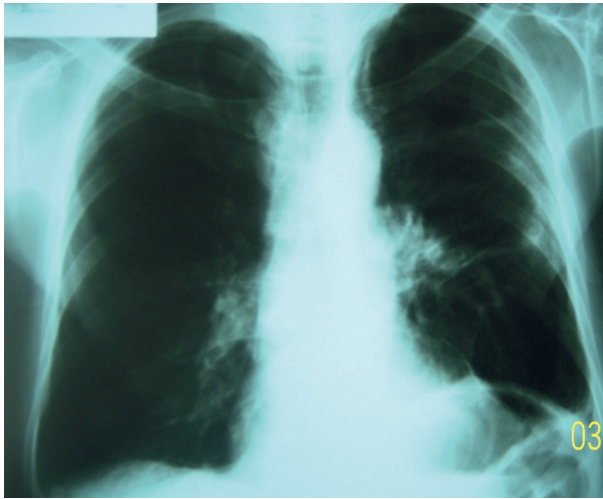
Bakılan arteriyel kan gazlarında; pH 7.36, PO₂ 68 mmHg, PCO₂ 42 mmHg, HCO₃ 24mmol/L, SO₂ %89 idi. Yapılan solunum fonksiyon testlerinde; FVC 2.28L, FEV-1 1.01L, FEV-1/FVC %44 idi.

Dev bül tanısı konulan, preoperatif hazırlıkları tamamlanan hastaya sol postero-lateral torakotomi yaklaşımı ile dev bül rezeksiyonu yapıldı. Ekspolasyonda üst lob anterior, segmentten köken alan yaklaşık 15x20 cm ve üst lob apiko-posterior segmentten köken alan yaklaşık 25x30 cm boyutlarındaki 2 adet dev bül, sağlam akciğer parankimi korunarak, stapler yardımıyla wedge rezeksiyonu ile eksizye edildi.

Büller eksizye edildikten sonra alt lobun tamamı ve sağlam kalan üst lob akciğer parankimi tamamen açıldı. Sol akciğer üst lobun anterior segmentin mediasten yüzünde, hilusa komşu bölgede yaklaşık 1,5-2 cm çapında subplevral nodül palpe edildi. Nodül eksizye edildi ve frozene gönderildi. Frozen sonucu benign antrakotik reaktif lenf nodu olarak rapor edildi. Postoperatif takibinde sol akciğeri açılan, mediastinal shifti ve diyafram konturu düzelen hastanın göğüs tüpü 5. gün çekildi. Akciğeri ekspansiyon olan ve ameliyat öncesindeki şikayetleri düzelen hasta postoperatif 7. gün şifa ile taburcu edildi (Resim 4).



Resim 3. Dev bülün toraks BT kesitleri



Resim 4. Cerrahi sonrası PA akciğer grafisi

Postoperatif 1. ayında yapılan kontrol muayenesinde dispnesinin olmadığı, muayenesi normal olan ve bakılan SFT değerlerinde de kayda değer düzeyde artış olduğu gözlemlendi. (FVC 3.48L, FEV-1 1.91L, FEV-1/FVC %55). Eksize edilen bül materyallerinin histopatolojik incelemesinde, bül formasyonu, konjesyon, inflamasyon, alveolar hasar olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Tansiyon pnömotoraksı taklit edebilen dev büller, bir hemotoraksı tamamen doldurabilir, diyafragma konturünde düzleşme, mediastinal yapıları karşı tarafa iterek mediastinal şifte, aynı taraftan sağlam kalmış akciğer dokusunun total ateletazisine neden olabilir.^{2,4} Dev bülöz amfizem bir veya her iki hemitoraksın en az 1/3'ünü ya da tamamını kaplayan apikal yerleşimli büller ile karakterize bir patolojidir. Bazı araştırmacılar tarafından "vanishing lung sendromu" tip1 bülöz amfizem veya primer bülöz hastalık olarak tanımlanmıştır.⁵ Dev bülöz amfizem klinik olarak ilerleyici nefes darlığı ile karakterizedir. Hastalar genellikle akut solunum yetmezliği baskı tablosu ile hastaneye başvururlar. İleri derecede büyüyen bül etrafındaki akciğer alanlarına yaparak bu tablonun oluşmasına neden olmaktadır.⁶ Bu tür büller genellikle paraseptal amfizemde görülmektedirler. Bu nedenle dev büllerin bazen direkt göğüs grafisinde tansiyon pnömotorakstan ayırımı güç olabilmektedir. Bu nedenle bu tür hastalarda sıklıkla bül ile pnömotoraks karıştırılabilmekte ve yanlışlıkla bül içerisine dren takılması söz konusu olabilir.⁶ Bu olgumuzda olduğu gibi ilk etapta direkt göğüs grafisine göre tansiyon pnömotoraks düşünülüp tüp torakostomisi uygulandı. Dev bülün tansiyon pnömotorakstan ayırımının güç olduğu bu tür olgularda, hasta toraks BT ile değerlendirilmelidir. Böylece To-

raks BT ile gereksiz tüp torakostomisinden de kaçınılmış olur. Ayrıca bülün içine tüp takılması sonucu bronkoplevral fistül, masif hava kaçağı ve solunum yetmezliği tablosunun derinleşmesi gibi komplikasyonların önüne geçilmiş olur.

Dev büllerde, kan gazları normal değerlerde olabilir ya da egzersizle hipoksi izlenebilir. Solunum fonksiyon testleri ise genellikle bül bir akciğerin 1/3' ünü kaplayınca kadar normal bulunabilir. Sağlıklı akciğer bölümlerini sıkıştıracak kadar dev büllü olgularda: SFT' de obstrüktif paternin yanı sıra restriktif patern de görülebilir.⁷ Bu tür hastalığın tedavisinde en uygun yaklaşım cerrahi tedavidir. Açık torakotomi veya video eşliğinde yapılan torakoskopi ile bü eksizyonu yapılmaktadır. Olgumuzda görüldüğü gibi dev bülün rezeksiyonu sonrası yapılan SFT' sinde restriktif paternin düzeldiği gözlenmiştir.

Dev büllöz amfizem nadir görülmekle beraber önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Bu hastalarda pnömotoraksın olup olmadığı, dev bülün ya da büllerin lokalizasyonu, boyutu ve diğer akciğer parankiminin değerlendirilmesi için Toraks BT mutlaka gereklidir. Bu tür hastalarda cerrahi tedavi yaşam kalitesini artıracak en etkili seçenektir.

KAYNAKLAR

1. Sharma N, Justaniah A M, Kanne JP, Gurnegly W, Mohammed T L H. Vanishing lung syndrome(giant bullous emphysema): CT findings in 7 patients and a literature review. J Thorac Imaging 2009;24(3):227-30.
2. Waseem M, Jones J, Brutus S, Munyak J, Kapoor R, Gensheimer J. Giant bulla mimicking pneumothorax. J Emerg Med 2005;29(2):155-8.
3. Stern EJ, Webb WR, Weinacker A, Muller NL. Idiopathic giant bullous emphysema (vanishing lung syndrome) imaging findings in nine patients. AJR Am J Roentgenol 1994;162(3):279-82.
4. Gökçe M, Saydam Ö, Altın R, Kart L. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2009;57(4):435-8.
5. Phillips GD, Trotman-Dickens B, Hodson ME, Geddes DM. Role of CT in the management of pneumothorax in patients with complex cystic lung disease. Chest 1997;112(1): 275-8.
6. Kupferschmid JP, Carr T, Fonger JD, et al. Chronic tension pneumothorax mimicking tension bulla. Chest 1993;04(6):1913-4.
7. Dikensoy Ö, Şirikçi A, Tunçözgür B, Topçu A, Bayram M, Filiz A. Giant bullous emphysema and current treatment options. Solunum 2001;3(2):72-5.