

## POSTERİOR MEDIASTENDE EKSTRALOBER AKCİĞER SEKESTRASYONU (OLGU SUNUMU)

### EXTRALOBAR PULMONARY SEQUESTRATION IN POSTERIOR MEDIASTINUM (CASE REPORT)

**Sadık YALDIZ**      **Figen K. TÜRK**      **Soner GÜRSOY**  
**Z. Tahsin YAPRAKÇI**      **Hakan POLAT**      **Oktay BAŞOK**

Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

**Anahtar sözcükler:** Sekestrasyon, ekstralober, akciğer

**Key words:** Sequestration, extralobar, lung

#### ÖZET

Bu çalışmada; 58 yaşında asemptomatik bir olguda, normal akciğer dokusundan tamamen ayrı, posterior mediasten yerleşimli ekstralober akciğer sekestrasyonu olgusu sunulmaktadır. Operasyonda; lezyonun, inen aorttan köken alan ve kendisini besleyen arter ile, paravertebral bölgede, yedinci torakal vertebra hizasında bir sap ile tutunduğu ve hemitoraks içerisinde yer değiştirdiği gözlemlendi. Sekestrectomi yapılan olgu, ilgili literatür eşliğinde gözden geçirildi.

#### GİRİŞ

Akciğer sekestrasyonları nadir konjenital anomaliler olup, tüm konjenital akciğer malformasyonlarının %0.15-6.4'ünü oluştururlar (1). Trakeobronşiyal hava yolları ile bariz bağlantısı olmayan, kanlanmaları pulmoner arteriyel sistem yerine sistemik arterlerden olan, akciğerlerin içinde veya dışında bulunan anormal akciğer dokularındır (2). Ekstralober pulmoner sekestrasyonlar kendi visseral plevraları ile çevrili olduklarından ayrı bir aksesuar lob görünümünde olup, sekestrasyonların yaklaşık 1/3'ünü oluştururlar (1,3). %80 olguda sol hemitoraksta ve alt lob ile

#### SUMMARY

In this paper, an extralobar pulmonary sequestration, completely separated from normal lung tissue and located in the posterior mediastinum in a 58-year-old asymptomatic patient was reported. At the operation, the mass was found to be attached with a stalk to the paravertebral region at the level of the seventh thoracic vertebra by a feeding artery originating from the descending aorta and was changing its position in the hemithorax. Sequestrectomy was performed and related literature was reviewed.

diafragma arasında lokalizedirler. Bununla beraber intradiafragmatik, perikardiyal, retroperitoneal ve nadiren mediastinal lokalizasyonlar bildirilmiştir (3).

Bu çalışmada posterior mediasten yerleşimli bir ekstrapulmoner sekestrasyon olgusu sunulmuş ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

#### OLGU

Dört ay kadar önce göğsünün sol tarafında ve sırtında ağrı yakınması başlayan 58 yaşındaki erkek hasta, akciğer grafisinde lezyon saptanması üzerine hastanemize sevk edilmiş.

Öz geçmişinde ve aile öyküsünde herhangi bir özellik saptanmadı. Fizik muayenede sol hemitoraks alt zonda solunum seslerinin azaldığı ve bu bölgede matite alındığı görüldü. Olgunun diğer sistem muayeneleri ve rutin laboratuvar incelemeleri normal olarak bulundu.

Posteroanterior akciğer grafisinde, solda kalbin arkasında izlenen yaklaşık 10 cm çapında üçgen şeklinde dansite artışı ve akciğer bilgisayarlı tomografisinde sol hemitoraks posterobazalde, diafragmanın üzerinde bir yumuşak doku kitlesi saptandı. Bronkoskopik muayene olağan bulundu. Ultrasonografi eşliğinde transtorasik biopsi planlandı ancak ultrasonografi esnasında lezyonun pozisyon ile tamamen yer değiştirdiği ve hareketli olduğu gözlemlendi. Lezyonun mediastinal bir tümör olabileceği düşünülerek, olguya sol posterolateral torakotomi uygulandı. Eksplo-rasyonda; posterior mediasten yerleşimli, normal akciğer dokusu ile hiç ilişkisi olmayan, seröz bir membranla çevrili sekestre akciğer dokusu saptandı (Resim 1).



**Resim 1.** Sekestre dokunun akciğerle ilgisi olmadığı izlenmektedir.

Lezyon, paravertebral bölgede, yedinci torasik vertebra hizasında bir pedikül ile inen aortaya tutunmakta ve toraks içerisinde yer değiştirebilmekteydi. Lezyonun pedikülü disseke

edildiğinde inen aortadan dal aldığı görüldü ve sekestrektomi yapıldı (Resim 2).



**Resim 2.** Sekestre dokuda pedikül ve damar yapısı izlenmektedir.

Operasyon sonu histopatolojik inceleme sonucu da sekestrasyon olarak rapor edildi.

#### TARTIŞMA

İzole mediastinal yerleşimli ve normal akciğer dokusu ile hiç ilişkisi olmayan sekestrasyon olgularına az rastlanıldığı bildirilmektedir (3). Kamiyoshihara, posterior mediastende tesadüfen saptadığı bir ekstralober akciğer sekestrasyonu olgusunu 2001 yılında yayınlamış ve şimdiye kadar sadece iki olgunun bildirildiğini söylemiştir (4). Sippel ve ark. (3) ve Ke ve ark. (5)'da, mediastinal malignite şüpheli birer olgularında, anterior mediastinal yerleşimli ekstralober sekestrasyon olgusu bildirmişlerdir. Olgumuzda da sekestre akciğer dokusu, Resim 1'de izlendiği gibi normal akciğer dokusundan tamamen ayrı, kendi visseral plevarası ile çevrili, içerisinde koyu mukoid vasıfta aberran akciğer dokusu içeren ve pedikül ile mediasten ile ilişkili bir görünümdeydi. O yüzden toraks içerisinde yer değiştirebilmekteydi. Pedikül disseke edildiğinde de yaklaşık yedinci torakal vertebra hizasında inen aortadan damarlandığı görüldü (Resim 2).

Akciğer sekestrasyonlarının zaman zaman tanı güçlüğü gösterebileceği bilinmektedir.

Bazen ekstrapulmoner sekestrasyonun, posteroanterior akciğer grafilerinde, ucu hilusa doğru uzanan üçgen biçiminde homojen kitle görüntüsü verebildiği bildirilmektedir (6). Olgumuzda da lezyonun damar içeren pedikül ile mediastene tutunması dolayısıyla, akciğer grafisinde kalbin arkasında üçgen şeklinde dansitenin olduğu düşünülmüştür. Bu görüntü ve lezyonun yer değiştirici özelliğinin, ultrason vs ile önceden saptanması, ekstralober bir sekestrasyonun tanısında yardımcı olabilir. Bir çalışmada ekstralober sekestrasyonun preoperatif tanısının zor olduğu ve 66 olgu içeren bir seride sadece 6 olguda (%9) pre operatif olarak ekstralober sekestrasyon tanısının konabildiği bildirilmiştir (1). Akciğerin bilgisayarlı tomografisi veya manyetik rezonans görüntülemesi tanıya yardımcı olabilir, ancak damarlar görülemeyecek kadar küçük olabileceklerinden, preoperatif incelemelerde sekestrasyon söz konusu olduğunda Doppler ultrasonografi veya MR anjiyografi ile aberran damarın görülebileceği bilinmektedir. Aberran damarın, genellikle diyafragma seviyesinde veya diyafragmanın altında, inen aortadan çıkması dolayısıyla bunun önceden bilinmesi, operasyon esnasında oluşabilecek ve bazen laparotomi bile gerektirebilecek damar yaralanmalarını da önleyecektir.

Klinik olarak, sekonder bir enfeksiyon gelişmedikçe veya bronşla, özofagusla ilişki olmadıkça bu lezyonların asemptomatik olabileceği bildirilmektedir. Bu olgularda tanı, genelde ileri yaşlarda ve tesadüfi olarak çekilen göğüs radyografileri ile konmaktadır. Burada önemli sorun asemptomatik olgularda ne yapılacağıdır. Birçok seride intra ve ekstralober sekestrasyonlarla ilgili olarak gelişen komplikasyonlar bildirilmiştir. Mantar

enfeksiyonu (7), tüberküloz (8), fatal hemoptizi (9), masif hemotoraks (10), kardiyovasküler problemler (11,12), benign tümörler (13) ve hatta malign dejenerasyon (14) bildiren raporlar mevcuttur. Olgumuzda lezyonun, pedikül dolayısıyla serbestçe yer değiştirebilmesi, torsiyon ve infarkt olasılığını da düşündürmüştür. Huang ve ark. (15) da ekstralober sekestrasyonlu bir olguda torsiyon ve infarkt geliştiğini bildirmişlerdir. Antikoagülan tedavi görmekte olan bir olguda da ekstralober pulmoner sekestrasyon içine masif hemotoraks bildirilmiştir (16). Tüm bu komplikasyonlar da göz önüne alındığında; olguların asemptomatik dahi olsalar cerrahi olarak tedavi edilmeleri gerektiğini düşünmekteyiz. İntralober sekestrasyonda, ilgili segment veya lobun rezeksiyonu, ekstralober sekestrasyonda da kitlenin eksizyonu uygulanmalıdır. Cerrahi girişimin teknik açıdan önem verilmesi gereken kısmı, sekestrasyonu besleyen damarın ortaya konması ve bağlanması takiben sekestektomi yapılmasıdır.

Ekstralober sekestrasyonlarla birlikte sıklıkla diğer konjenital anomalilerin de görülebileceği bildirilmektedir. Bunlar içinde en sık diafragma hernileri olmakla birlikte (%30), diğer eşlik eden anomaliler kardiyovasküler malformasyonlar, bronkojenik kist, pektus ekskavatum ve ön bağırsak malformasyonlarıdır (1). Olgumuzda sekestrasyon dışında malformasyon saptanmamıştır.

Sonuç olarak; posteroanterior akciğer grafilerinde kalp arkasında üçgen şeklinde dansite artışı ve toraks ultrasonu ile hemitoraks içerisinde yer değiştirebilen pediküllü bir lezyonda ekstrapulmoner sekestrasyon olasılığının hatırdan tutulması gerektiğini düşünürüz.

**KAYNAKLAR**

1. Savic B, Birel FJ, Tholen W, Funke HD, Knoche R. Lung sequestration: a report of seven cases and review of 540 published cases. *Thorax* 1979; 34: 96-101.
2. Çakan A. Bronkopulmoner sekestrasyonlar. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 1990; 4: 82-4.
3. Sippel JM, Ravichandran PS, Antonovic R, Holden WE. Extralobar pulmonary sequestration presenting as a mediastinal malignancy. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 1169-71.
4. Kamiyoshihara M, Kawashima O, Sakata S, Ishikawa S, Morishita Y. Extralobar pulmonary sequestration in posterior mediastinum. *Scandinavian Cardiovascular Journal* 2001; 35: 157-8.
5. Ke FJ, Chang SC, Su WC, Perng RP. Extralobar pulmonary sequestration presenting as an anterior mediastinal tumor in an adult. *Chest* 1993; 104: 303-4.
6. Touloukian RJ. Developmental abnormalities of the airways and lungs-Thoracic surgery in childhood. In: Baue AA, Geha AS, Hammond GL, Laks H, Naunheim KS (eds). *Glenn's thoracic and cardiovascular surgery*. Connecticut: Appleton & Lange; 1991: 179-91.
7. Freixinet J, de Cos J, Rodriguez de Castro F, Julia G, Romero T. Colonisation with *Aspergillus* of an intralobar pulmonary sequestration. *Thorax* 1995; 50: 810-1.
8. Elia S, Alifano M, Gentile M, Somma P, D'Armiento FP, Ferrante G. Infection with mycobacterium tuberculosis complicating a pulmonary sequestration. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 566-7.
9. Rubin EM, Garcia H, Horowitz MD, Guerra JJ. Fatal massive hemoptysis secondary to intralobar sequestration. *Chest* 1994; 106: 954-5.
10. Avishai V, Dolev E, Weissberg D, Zajdel L, Priel IE. Extralobar sequestration presenting as massive hemothorax. *Chest* 1996; 109: 843-5.
11. Fabre OH, Porte HL, Godart FR, Rey C, Wurtz AJ. Long-term cardiovascular consequences of undiagnosed intralobar pulmonary sequestration. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 1144-6.
12. Kimbrell B, Degner T, Applebaum H. Pulmonary sequestration presenting as mitral valve insufficiency. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1648-50.
13. Paksoy N, Demircan A, Altiner M, Artvinli M. Localised fibrous mesothelioma arising in intralobar pulmonary sequestration. *Thorax* 1992; 47: 837-8.
14. Gatzinsky P, Ofing S. A case of carcinoma in intralobar pulmonary sequestration. *Thorac Cardiovasc Surg* 1988; 36: 290-1.
15. Huang EY, Monforte HL, Shaul DB. Extralobar pulmonary sequestration presenting with torsion. *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 218-20.
16. Guska S. Hemothorax caused by bleeding inside extralobar pulmonary sequestration in a patient on anticoagulation therapy. *Med Arh* 2004; 58: 55-8.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Sadık YALDIZ  
Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Yenişehir / İZMİR  
Tel : (0.232) 433 33 33 / 295  
E-mail: sadikyaldiz@ttnet.net.tr