

İLGİNÇ BİR SPONTAN PNÖMOTORAKS OLGUSU: SÖNMÜŞ BALON BELİRTİSİ

Oryal ERDİK¹, Tuba SANAL², Cevat CAN³

¹ Diyarbakır Asker Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, DİYARBAKIR

² Diyarbakır Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, DİYARBAKIR

³ Diyarbakır Asker Hastanesi, Patoloji Servisi, DİYARBAKIR

ÖZET

Acil Servis' de ciddi yaralanması olan bir hastada pnömotoraks varlığı saptandığında tedavisi planlanırken etyolojisi önemli olmamaktadır. Burada bir başka merkezde değerlendirilerek spontan pnömotoraks tanısı ile kliniğimize gönderilen 28 yaşındaki erkek hastada ekspansiyon kusuru nedeniyle uygulanan cerrahi işlem sırasında fark edilen, preoperatif radyolojik olarak saptanamamış kist hidatikten yola çıkarak radyolojik değerlendirmenin cerrahi işlemler için öneminden bahsedilmektedir.

Anahtar kelimeler: kist hidatik, sönmüş balon belirtisi, spontan pnömotoraks

SUMMARY

A Case with Interesting Spontaneous Pneumothorax: Deflated Balloon Sign

Pneumothorax may not always come to attention during the initial assessment of critically injured patients in emergency room. We present a 28 year old man who referred to our clinic as spontaneous pneumothorax. We performed surgical procedure because of expansion problem and realized intraoperatively that patient had hydatid cyst. We concluded that careful radiologic examination is an important issue in preoperative approaches.

Key words: deflated balloon sign, hydatid cyst, spontaneous pneumothorax

GİRİŞ

Kist hidatik, Echinococcosis türlerinden E. Granulosis ve E. multilocularis tarafından meydana getirilen paraziter zoonotik bir hastalıktır. Hastalık her yaşta görülmesine rağmen genç erişkinlerde daha sıklıkla ve cinsiyet ayrımı göstermemektedir. Şehirlere oranla kırsal kesimde, hayvancılıkla uğraşanlarda ve özellikle kontrolsüz hayvan kesiminin yaygın olduğu toplumlarda daha sık rastlanmaktadır⁽¹⁾. Hastalık sadece belirli bir bölgede sınırlı değil, Türkiye genelinde bir sorundur. Her yıl 2000-2500 yeni hasta ile karşılaşmaktadır ve görülme sıklığı 100.000 kişide 0.8-2 dir⁽²⁾.

OLGU SUNUMU

28 yaşında erkek hasta, altı saat öncesinde şiddetli öksürük sonrası ani başlayan nefes darlığı yakınmaları ile yakındaki diğer bir hastaneye sevk edilmiş. Yapılan fizik muayene ve radyolojik tetkikleri sonucunda sağda total pnömotoraks saptanması üzerine, göğüs cerrahisi uzmanı olmadığı için hastanemize sevk edildi. Acil serviste pnömotoraksın radyoloji ve fizik muayene bulguları ile teyid edilmesi üzerine acil toraks tüp drenajı uygulandı ve kliniğe yatırıldı. Takiplerinde hava kaçığının devam etmesi ve akciğer ekspansiyonunun tamamlanmaması

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Oryal Erdik. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi, Acıbadem, 34660 Üsküdar, İSTANBUL
Tel.: (0216) 325 72 50-1505
e-posta:erdik@atlas.net.tr

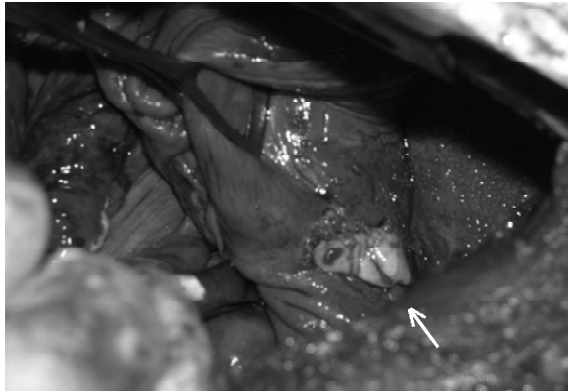
Alındığı tarih: 23.07.2006, revizyon sonrası alınma: 06.11.2006, kabul tarihi: 25.11.2006

üzerine 8 nci günde ameliyata karar verildi (Resim 1). Ameliyat sırasında fissürde visseral plevraya ince fibrin bantlarla tutunmuş 3x4 cm boyutlarında membranöz bir yapı varlığı saptandı (Resim 2). Ayrıca alt lobun posteriorundaki rüptüre olmuş kistik yapıdan bronşiyal hava kaçağı mevcuttu. Cerrahi işlem olarak kistektomi ve kapitonaj uygulandı.

Ameliyat sonrasında hasta ile yapılan görüşmede daha öncesine ait herhangi bir yakınması veya hayvan teması olup olmadığı araştırıldı. Hasta iki yıl önce köpek eğitimi ile uğraştığını, 18 ay önce askerliğe giriş muayenesi sırasında akciğer grafisinin çekildiğini ve herhangi bir bulgu saptanmadığını belirtti ve yaklaşık 4 ay önce tek bir şiddetli öksürük sonrasında ağzına bir miktar renksiz ve tadı tuzlu-acı sıvı geldiğini ifade etti. Postoperatif patolojisinin kist hidatik ile uyumlu gelmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları kliniğiyle birlikte değerlendirilerek 3 ay süreyle albendazol 400 mg/gün kullanıldı. Halen postoperatif 36 ncı ayında olan olgunun herhangi bir yakınması olmayıp radyolojik takiplerinde bulguları normal olarak seyretmektedir.



Resim 1: Toraks tüp drenajının sekizinci gününde PA akciğer radyografisinde akciğer ekspansiyonunun tamamlanmadığı radyolojik olarak görülmektedir.



Resim 2: Ameliyat sırasında fissürde saptanan 3x4 cm boyutlarındaki germinatif membran.

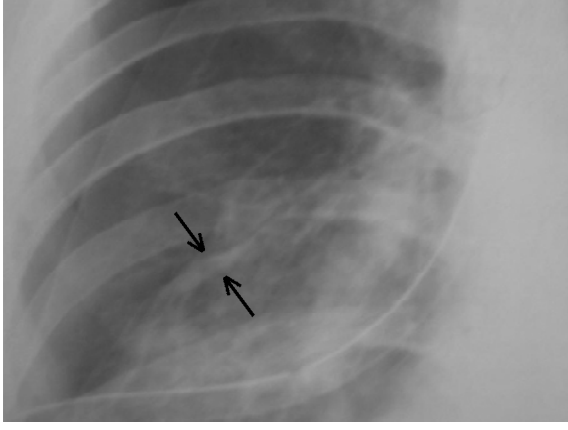
TARTIŞMA

Kozmopolit bir helmint olan *E.granulosis*'in erişkin formu kedi ve köpek gibi evcil hayvanların ince bağırsağında onlara zarar vermeksizin yaşar. Hastalık, helmintin larva formunun alınmasıyla meydana gelir. Dışkıyla atılan ve haftalarca canlı kalabilen larvalar koyun, sığır ve insan gibi memeliler tarafından alındığında daha çok karaciğer ve akciğer, daha az olarak beyin, böbrek, omurilik gibi organları tutar ve buralarda kistik yapılar oluşturur. Yerleştiği organa göre belirtiler veren hastalığın kesin tedavisi ancak cerrahi prosedürlerle ile kistlerin uzaklaştırılması ile mümkündür. Kistler bazen rüptüre olurlar ve anafilaktik reaksiyonlara kadar varan komplikasyonlara neden olarak kişinin yaşamını tehlikeye sokabilir⁽¹⁾.

Olgunun diğer hastanedeki ilgili branş uzmanı tarafından spontan pnömotoraks tanısıyla sevk edilmesi üzerine acil toraks tüp drenajı ve takibinde sekizinci günde ekspansiyon kusuru nedeniyle cerrahi işlem uygulanmasına karar verildi. Ancak hava kaçağı kontrolü için yapılan eksploratris torakotomi sırasında yapılan intraoperatif değerlendirmede iki akciğer lobu arasında akciğer dokusuna ince fibrin bantlarla tutunmuş 3x4 cm boyutlarındaki içi boşalmış germinatif membran ile karşılaşıncı, kist hidatik yönünden cerrahi prosedür uygulandı.

Biz olguda kist rüptürünün iki aşamada meydana geldiğini değerlendirerek; birinci aşamada kistin bronşiyal sisteme rüptüre olduğuna ve kist sıvısı hava yollarına drene olduğu için hastanın ağzına tuzlu-acı sıvı geldiğini, ancak intraplevral boşluğa geçiş olmadığı için hidropnömotoraks meydana gelmediğini düşünüyoruz. İkinci aşamada ise rüptürün plevral boşluğa olduğunu, germinatif membranın akciğerdeki perikistik alandan ayrılarak plevral boşluğa düştüğünü ve kist içerisinde sıvı kalmadığı için direkt olarak pnömotoraksa neden olduğunu düşünüyoruz. Kaldı ki, olgu acil serviste değerlendirildiği zaman PA akciğer radyografisinde perikistik bölgede görüntü verecek belirgin inflamasyon, kalsifikasyon ve fibrozis gibi değişiklikler yoktu ve bu bölge kalp gölgesi ile perdeleniyordu. Postoperatif dönemde ise ameliyat öncesi çekilen PA akciğer radyografisi postoperatif dönemde fissürde germinatif membranın bulunduğu yer

dikkate alınarak radyoloji uzmanı tarafından yeniden değerlendirildi. Bu alanda sınırları zor seçilen, düzensiz sınırlı, yer yer daha fazla dansiteleri olan, sönmüş balon (deflated balloon) benzeri bölge saptandı (Resim 3).



Resim 3: İntraoperatif kist hidatik tespit edilmesi üzerine, postoperatif dönemde hastanın ameliyat öncesi çekilen PA akciğer radyografisi radyoloji uzmanı tarafından retrospektif olarak değerlendirilmiş, fissüre uyan alandaki sönmüş balon belirtisi işaretlenmiştir(okların arasında gösterilmiştir).

Germinatif membran normalde direkt radyografide görülemez. Ama rüptüre olup içerisindeki sıvı da drene olunca, duvarları birbirine yapışmış, duvar kalınlığı katlanmalar nedeniyle artmış ve sönmüş balon gibi radyolojik görüntü vermiştir. Bu spesifik bir bulgu değildir. Toraks içerisinde normalde bulunan damar ve büyük bronş yapıları da benzer görüntüyü yapabilir. Genelde hidatik kist için klasik kitaplar ve yayınlarda hava-sıvı seviyesi (air-fluid level), içi hava dolu kuru kist belirtisi (dry cyst sign), nilüfer çiçeği belirtisi (water-lily sign), tomografik olarak da ters yanmay belirtisi (inverse crescent sign) ve yarım ay belirtisi (crescent sign) radyolojik bulgular olarak yer almaktadırlar^(1,3,4). Bununla beraber Maden ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada⁽⁵⁾ ise tomografik inceleme sırasında saptanan bizim olgumuzdakine benzer sönmüş balon belirtisi (deflated balloon sign) varlığından bahsedilmektedir.

Kist rüptüre olup pnömotoraks, hidropnömotoraks veya hidrotoraks gelişince direkt radyografiyle tanı koymak çok zordur^(5,6). Bizim olgumuzda da kist içerisinde hava ve sıvı yoktu, içerişi boşalmış ve duvarları birbirine iyice yapışmıştı. Bu nedenle de spesifik hava-sıvı seviyesi veya içi hava ile dolu kuru kist belirtisi gibi radyolojik bulguları göstermemektedir.

Tüm kist hidatikler rüptür riski taşırlar, ancak pulmoner kist hidatikler rüptüre oluncaya kadar asemptomatiktir⁽⁷⁾. Travma, en sık rüptür nedenidir ve ayrıca plevral boşluğa rüptüre olan kist hidatikler genellikle pnömotoraks nedenidir⁽⁸⁾. Bizim olgumuzda pnömotoraksın kuvvetli öksürükle meydana gelmesinin, akciğerlerde hızlı hava girişi ve çıkışı sonucu oluşmuş bir travmaya bağlı olduğuna inanmaktayız.

Kist hidatikler nadir olarak intraplevral boşluğa rüptüre olurlar. Bu durum, çeşitli serilerde farklılık göstermekle birlikte tüm rüptürlerin %1.5-6' sını oluşturur⁽⁶⁾. Germinatif membranın akciğerdeki perikistik alandan plevral boşluğa düştüğü olgular daha da seyrek⁽⁴⁾. Bizim olgumuzda da alt lob posterior kısmındaki perikistik dokudan plevral boşluğa düşen germinatif membran, benzer şekilde ameliyat sırasında fissürde visseral plevraya ince fibrin bantlarla bağlı halde bulundu.

Çocuklarda akciğerlerin elastikiyeti daha fazladır, rüptür komplikasyonları daha geç görülür, erişkinlerde ise akciğerin elastikiyeti fazla olmadığı için kist ileri boyutlara ulaşmadan rüptüre olabilmektedir⁽⁹⁾. Bu nedenle bizim olgumuzda da kist rüptürünün daha önce meydana geldiğini düşünmekteyiz.

Özellikle endemik bölgelerdeki ampiyem ve pnömotoraks olgularında etyolojik faktör olarak kist hidatik de düşünülmelidir⁽⁴⁾. Az miktarda plevra sıvısının saptanması, rüptür nedeniyle radyolojik bulguları ortadan kalkmış bir kist hidatiğin varlığına işaret edebilir⁽⁶⁾. Ancak bizim olgumuzda ne radyolojik olarak ne de ameliyat sırasında plevra sıvısı saptanmadı.

Sonuç olarak çeşitli hastalıklarda gerektiğinde uygulanacak cerrahi işlemler klasikleşmektedir. Ancak cerrahi işlemler uygulanacağı zaman, bizim olgumuzda olduğu gibi sönmüş balon belirtisi gibi spesifik bir anlamı olmayan şüpheli radyolojik bulguların varlığında daha temkinli davranılmalı, gerekirse tomografik inceleme ile daha iyi preoperatif hazırlık yapılmalıdır. Böylece hastaya en uygun cerrahi işlemin uygulanarak olabilecek zaman kaybının önüne geçilmiş olacağına ve ameliyat sonrası gerekli tıbbi tedavinin zamanında ve eksiksiz yapılarak komplikasyonların önlenebileceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Yüksel M, Kalaycı G. Akciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisi. In: Yüksel M, Kalaycı G, eds. Göğüs Cerrahisi. İstanbul: Bilmedya Grup, 2001: 647- 58.
2. Altıntaş N. Past to present echinococcosis in Turkey. Acta Tropica 2003; 105- 12.
3. Erdem CZ, Erdem LO. Radiological characteristics of pulmonary hydatid disease in children: less common radiological appearances. Eur J Radiol 2003; 45: 123- 8.
4. Aribas OK, Kanat F, Gormuş N, Türk E. Pleural complications of hydatid disease. J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 123: 492- 7.
5. Maden N, Oyar O, Tekin U, Ozer H. Ruptured pulmonary hydatid cyst and folded membrane on CT. Am J Roentgenol 1992; 158: 687.
6. Kabiri el H, Caidi M, al Aziz S, et al. Surgical treatment of hydatidothorax. Series of 79 cases. Acta Chir Belg 2003; 103: 401- 4.
7. Kuzucu A, Soysal O, Özgel M, Yologlu S. Complicated hydatid cysts of the lung: clinical and therapeutic issues. Ann Thorac Surg 2004; 77: 1200- 4.
8. Gunay K, Taviloglu K, Berber E, Ertekin C. Traumatic rupture of hydatid cysts: a 12 -year experience from an endemic region. J Trauma 1999; 46: 164- 7.
9. Halezaroglu S, Celik M, Uysal A. Giant hydatid cysts of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1997; 113:712- 7.