

# Travmatik Akciğer Yalancı Kisti ve Apikal Herniasyonu

Bülent TUNÇÖZGÜR, Levent ELBEYLİ, Maruf ŞANLI, Hikmet YILDIZ

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, GAZİANTEP

Künt toraks travması sonrası, pulmoner kontüzyon ve intrapulmoner hemoraji sıklıkla görülebilen olaylardır. Ancak travmatik akciğer yalancı kisti ve bunun göğüs duvarından herniasyonu oldukça nadir görülebilecek bir travma komplikasyonudur. Genellikle konservatif tedavi yeterli olmaktadır, ancak bazen cerrahi tedavi gerekmektedir. Travmadan sonra oluşan akciğer yalancı kistinin göğüs duvarından herniasyonu olan olgumuzu ender görülebilecek ilginç bir komplikasyon olduğu için sunmayı amaçladık.

GKDC Dergisi 1998; 6: 276-278

## Giriş

Künt toraks travması sonrası akciğer parankim yaralanmalarında sıklıkla, pulmoner kontüzyon, intrapulmoner hemoraji ve nadiren de travmatik akciğer yalancı kistleri meydana gelir. Travmatik akciğer yalancı kistleri, akciğer ve toraks duvarının elastikiyetinin fazla olması nedeniyle çocuklarda ve genç erişkinlerde daha sık görülür (1). Ancak bu kistlerin toraks duvarından fıtıklaştığının bildirildiğini saptayamadık, ilginç bir olgu olması ve ender görülebilecek bir travma komplikasyonu olması nedeniyle yayınlamayı amaçladık.

## Olgu Sunumu

72 yaşında erkek hasta, iki yıl önce geçirdiği serebral iskemik atak sonrası sağ hemipleji gelişmiş. Altı ay önce düşme sonucu künt toraks travması ve klavikula fraktürü gelişmiş.

## Traumatic Lung Pseudocyst And Apical Herniation

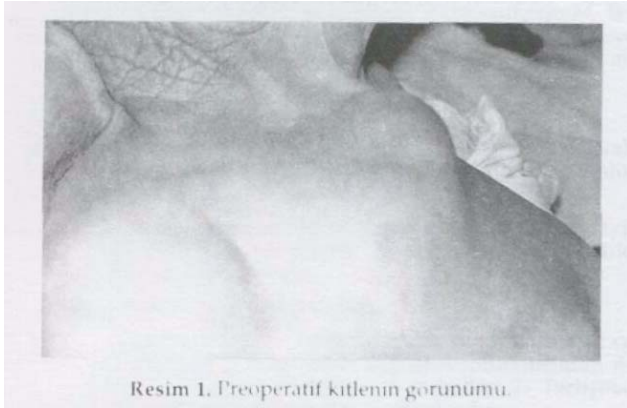
After blunt thoracic trauma, pulmonary contusion and intrapulmonary hemorrhage can be seen frequently. But traumatic lung pseudocyst and herniation is an extremely uncommon complication to related the trauma. In these cases conservative management is usually enough, but sometimes they are needed surgical management. We purpose to report traumatic lung pseudocyst from chest wall because of an interesting complication can be seen infrequently.

Hemotoraks veya pnömotoraks olmamış. Konservatif tedavi uygulanan hasta da bir süre sonra sağ klavikula üzerinde şişlik ve ses kısıklığı başlamış.

Hastanın fizik muayenesinde, sağda klavikula altından servikal bölgeye uzanan yaklaşık 10x10 cm boyutunda yumuşak, bastırınca kaybolan kitle saptandı (Resim 1). Bu kitle ve sağ hemipleji dışında başka patolojik bulgu saptanmadı. PA akciğer grafisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı bulguları dışında özellik yoktu. Toraks CT' de sağ hemitoraks apikalde toraks içinde başlayıp servikal bölgeye uzanan hava kisti saptandı (Resim 2). Ayrıca plevral kalınlaşma mevcuttu. Olgunun rutin biyokimyasında ise hipoproteinemi saptandı.

Hastaya sağ posterolateral torakotomi kesisiyle 4. Kot yatağından toraksa girildi. Viseral plev-

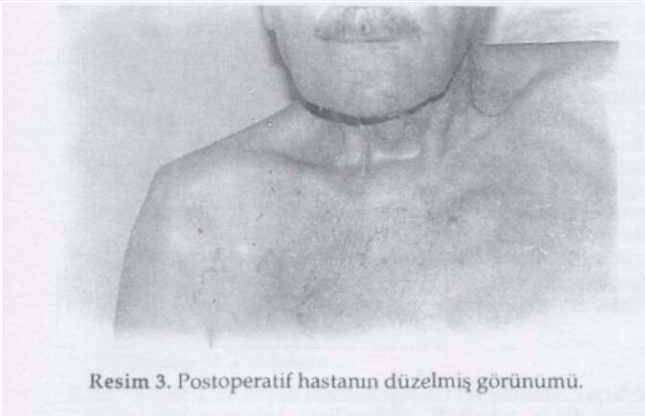
ranın kupulada pariyetal plevraya yapışık olduğu ve viseral plevranın kalınlaştığı saptandı. Yapışıklık ayrıldığında akciğer apeksinde 2x4 cm' lik alanda kalınlaşma ve bir noktada 0.5 cm çapında bronş ağzı saptandı. Bu bölge wedge rezeksiyonla rezeke edildi. Toraks duvarında ise klavikula kenarında 1x1 cm boyutlarında fistül ağzı saptandı. Bu alan non absorbabl sütürlerle kapatıldı ve operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde patolojik durum tamamen düzeldi ve hipoprote-nemiye bağlı cilt altı seröz drenaj dışında problemi olmadı (Resim



Resim 1. Preoperatif kitlenin görünümü.



Resim 2. Olgudaki travmatik akciğer kistinin toraks CT'deki görünümü.



Resim 3. Postoperatif hastanın düzelmiş görünümü.

## Tartışma

Literatürü araştırdığımızda kunt ve penetre travma veya operasyon sonrası toraks duvarından akciğer herniasyonunun bildirildiğini görmekteyiz. Akciğer herniasyonu, akciğerin pariyetal ve viseral plevra ile birlikte, toraks boşluğunu çevreleyen yapılardan, çoğunlukla servikal alandan dışarıya anormal protrüzyonudur (2). Biz de olgumuzun fizik muayenesi ve PA akciğer grafisinden sonra akciğer hernisi olarak düşündük. Ama toraks CT sonrası servikal bölgeden protrüze olan yapının içinde akciğer değil yalnızca hava olduğu ve toraks boşluğunda da devam ettiği için travmatik akciğer hava kisti olarak düşünüldü.

Travmatik akciğer yalancı kistleri genellikle 30 yaş altında görülmektedir, Karakteristik semptomları hemoptizi, göğüs ağrısı, öksürük ve ateş yükselmesi olduğu bildirilmektedir (1). Olgumuzda belirtilen semptomların hiçbiri yoktu, yalnızca operasyon sonrasında kaybolan ses kısıklığı mevcuttu.

Scullion (3) travmatik akciğer herniasyonlarını yerleşimine göre servikal, torasik ve diafragmatik olarak sınıflamaktadır. Servikal bölgeden olan herniasyonun çok nadir olduğu ve genellikle travma nedeniyle değil, konjenital veya spontan olabileceğini bildirmektedir. Spontan olmasındaki en önemli etkenini ise kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlamaktadır. Olgumuzda orta derecede kronik obstrüktif akciğer hastalığı olmasına rağmen servikal bölgedeki herniasyon travmatik olarak meydana gelmiştir.

Shirakusa (1) ve ark genellikle hava kistlerinin konservatif tedavi ile travmadan 1 ay sonra kaybolduğunu bildirmektedirler, ancak sundukları 4 olgudan birinde 3 ay geçmesine rağmen kistin kaybolmaması üzerine orta lobektomi yapmak zorunda kaldıklarını yayınlamışlardır. Olgumuzda 6 ay geçmesine rağmen resorpsiyonun olmaması ve herniasyonun olması nedeniyle cerrahi tedaviye karar verildi. Sordash (4) ve ark. da yayınladıkları olgularda genellikle cer-

rahi tedaviye gerek kalmadığını, cerrahi tedavi uyguladıklarında travmatik kistin ince duvarlı subplevral yerleşimli olduğunu bildirmektedirler. Cerrahi tedavide, kistin oluştuğu akciğer kısmına wedge rezeksiyon ve klavikula fraktürü sonucu oluşan toraks duvarındaki defekte primer tamirin yeterli olduğu düşünüldü.

**Yazışma Adresi:** Yrd. Doç. Dr. Bülent TUNÇÖZGÜR  
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Kalp Damar Cerrahisi A.D.  
Şahinbey Hastanesi  
Kolejtepe 27070, GAZİANTEP  
Tel: 0 342 336 54 00  
Fax: 0 339 86 85  
Email:  
tuncozogur@alpha.bim.gantep.edu.tr

Literatürde inceleyebildiğimiz diğer bildirilerde travmatik akciğer kistlerinin toraks duvarı dışına protrüze olduğuna rastlanmadı. Bu yüzden ilginç olduğu düşünülmektedir.

#### **Kaynaklar**

1. Shirakusa T, Araki Y et al. Traumatic lung pseudocyst. Thorax 1987; 42: 516-519.
2. Fisch AE, Brodey PA, Salman BJ, Mail JC. Post-thoracotomy lung herniation. Br J Radiol 1978; 51: 688-690.
3. Scullion DA, Negus R. Case report: Extrathoracic herniation of the lung with a review of the literature. The Br J Radiol 1994; 67: 94-96.
4. Sorsdahl OA, Povvell JW. Cavitory pulmonary lesions following non-penetrating chest trauma in children. Am J Roentgenol 1965; 95:118-124.