

Pnömoni ile birlikte karşı akciğerde primer spontan pnömotoraks

Pneumonia presenting with contra-lateral primary spontaneous pneumothorax

Kuthan Kavaklı, Hasan Çaylak, Orhan Yücel, Ersin Sapmaz, Sedat Gürkök

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Akciğer hastalıklarının tanısında birinci basamak tanı aracı akciğer grafisidir. Akciğer grafisinin değerlendirilmesi genellikle klinisyen hekim tarafından yapılmaktadır. Eşlik eden patolojilerin gözden kaçmaması için grafinin bütün olarak değerlendirilmesi önemlidir. Bu yazıda, sağ alt lobta pnömoni ve parapnömonik plevral efüzyonu ile birlikte karşı tarafta pnömotoraksın eşlik ettiği 18 yaşında erkek bir olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Plevral efüzyon; pnömotoraks; pnömoni.

Chest X-ray is the firstline diagnostic tool to diagnose pulmonary diseases. Chest X-rays are usually interpreted by the treating physicians. It is important to examine the X-rays as a whole to avoid any missing of the concomitant pathologies. In this article, we present an 18-year-old male case of pneumonia in the right lower lobe and parapneumonic pleural effusion presenting with contralateral pneumothorax.

Key words: Pleural effusion; pneumonia; pneumothorax.

Asemptomatik hastalarda tarama amacı ile semptomatik hastalarda ise tanı koymak için çekilen akciğer grafisi en çok istenen incelemeler arasında yer alır. Grafinin değerlendirilmesi ise genellikle incelemeyi isteyen hekim tarafından yapılmaktadır. Grafinin yanlış değerlendirilmesinde klinisyen hekimin deneyimi önemli faktördür. Özellikle radyografik incelemelerin değerlendirilmesinde; belirli bir ön tanıya yönelik sınırlı bir inceleme yapmak yerine, incelemeler sistematik olarak değerlendirilmeli ve olası eşlik eden bir patoloji gözden kaçırılmamalıdır. Bu yazıda, sağ akciğer alt lobda pnömoni ön tanısı ile akciğer grafisi değerlendirilir iken karşı hemitoraksta bulunan pnömotoraksın gözden kaçırıldığı bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

On sekiz yaşındaki erkek olguya, halsizlik, sağ yan ağrısı, yüksek ateş, öksürük ve balgam yakınmaları ile başvurduğu sağlık kuruluşunda yapılan fizik muayene, biyokimyasal ve radyolojik incelemeler neticesinde sağ akciğerde lobar pnömoni tanısı konulmuş idi. Bu aşama-

da sağ akciğer alt lobdaki pnömoniye odaklanan hekim karşı hemitorakstaki pnömotoraksı gözden kaçırmış ve hastanın ayaktan tedavisini planlamış idi. İkili antibiyotik (klaritromisin 500 mg 2x1 ve sefuroksim 500 mg 2x1) tedavisi başlanan olgu yakınmalarının geçmemesi üzerine beş gün sonra yeniden hastaneye başvurmuş ve yatırılmış idi. Fizik muayenede; genel durumu orta, solunumu sıkıntılı ve takipneik olarak değerlendirilen hastanın akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi incelemelerinde sağ hemitoraksta orta lobu kısmen ve alt lobu tama yakın tutan ve plevral efüzyonun eşlik ettiği infiltrasyon ve sol spontan pnömotoraks tespit edilmiş idi (Şekil 1, 2). Bunun üzerine antibiyotik tedavisi planlanan hasta tüp torakostomi açısından değerlendirilmek üzere kliniğimize sevk edildi. Hasta kliniğimize yatırılarak sol tüp torakostomi uygulandı. Sağ taraftan yapılan torasentez ile alınan mayinin biyokimyasal ve mikrobiyolojik analizi neticesinde hastaya komplike olmayan parapnömonik efüzyon tanısı konuldu ve ertesi gün semptomatik rahatlama sağlamak için sağ plevral kateter (pleuracan) uygulandı. Sol tüp torakostomi



Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.2958
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 5 Mart 2008 *Kabul tarihi:* 24 Haziran 2008

Yazışma adresi: Dr. Sedat Gürkök, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 06010 Etilik, Ankara, Türkiye.

Tel: 0312 - 357 92 39 e-posta: drhasanturuf@yahoo.com



Şekil 1. Sağ akciğer alt lobda pnömoni ve sol spontan pnömotoraksın aynı anda görüldüğü akciğer grafisine ait görüntüm.

sonrası tam reekspansiyon sağlandı. Plevral kateterden toplam 900 cc seröz vasıflı mayi drene edildi. Genel durumu düzelen ve herhangi bir yakınması kalmayan hastanın toraks tüpü ve plevral kateteri ameliyat sonrası 5. günde çekildi. Kontrol akciğer grafisinde sağ kaburga diyafragmatik sinüste minimal küntlük tespit edilen hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

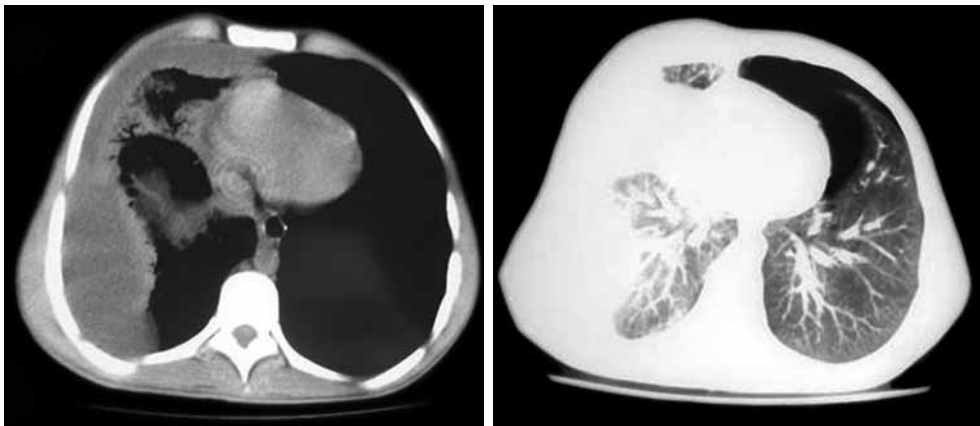
Akciğer grafisi, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzmanları başta olmak üzere diğer branş hekimleri tarafından da sık kullanılan bir incelemedir. Genellikle

poliklinik ve klinik hastaları için istenen akciğer grafileri klinisyenler tarafından değerlendirilmektedir. Bazen kadın hastalarda, meme dokusu yoğunluğu nedeni ile yanlış pnömoni, meme dokusu bağları da yanlış soliter pulmoner nodül tanısı koydurabilmektedir. Yaşa bağlı meydana gelen fizyolojik değişiklikler de farklı yanlış tanılara neden olabilir.^[1] Grafileri değerlendirecek klinisyenler ne kadar deneyimli ve dikkatli olurlarsa, yanlış tanı koyma ihtimalleri de o derece azalmaktadır. Bizim olguda da dikkatsiz inceleme sonucu eksik tanı konulmuştur.

Film çekme sırasında hasta üstünde bulunabilen tüm yabancı cisimler grafi alanının dışında bırakılmalıdır. Aksi takdirde; toka, kolye, muska ve düğme gibi cisimler film üzerine süperpoze olmakta ve gereksiz yerlere incelemeler yapılmasına neden olmaktadır. Hastaya yapılacak her gereksiz inceleme; zaman ve para kaybına neden olmaktadır. Ayrıca yanlış incelemeler sonucu hasta ve hekim mağdur olabilmektedir.

Bronkoplevral fistül, pnömoni, pneumocystis jiroveci, HIV (Human immunodeficiency virus) enfeksiyonu veya tüberküloz gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan sekonder spontan pnömotoraks olguları bildirilmiştir.^[2-5] Bizim olgumuzda ilginç olan, pnömoni ve parapnömonik plevral efüzyon ile birlikte görülen pnömotoraksın farklı akciğerlerde olması, altta yatan bir hastalığa bağlı olmaması ve literatürde böyle bir birlikteliğin olmamasıdır.

Bakteriyel pnömonili hastaların %40'ında parapnömonik efüzyon gelişmekte ve yeterli tedavi edilmediğinde bunların %20'sinde komplike parapnömonik efüzyon ve ampiyem gelişmektedir.^[3,4] Bizim olgumuzda semptomların başlangıcından itibaren geçen süre 10 gün idi ve parapnömonik efüzyon henüz komplike değil idi. Sağ hemitoraks alt lobta aktif pnömonik



Şekil 2. Sağ akciğer alt lobda pnömoni, parapnömonik efüzyon ve sol spontan pnömotoraksın görüldüğü toraks tomografisine ait parankim ve mediasten pencerelerine ait kesit.

infiltrasyon ve plevral efüzyon ile birlikte sol primer spontan pnömotoraks var idi. Ancak pnömotoraks klinisyen tarafından gözden kaçırıldığı için uygulanan antibiyoterapiye istenen klinik yanıt alınamamış idi. Sol spontan pnömotoraks fark edildikten sonra sağ plevral efüzyonun kompresyon atelettazisi sonucu parankimin ekspansiyonuna engel olabileceği ve iyileşmeyi geciktireceği düşüncesi ile sağ hemitoraksa plevral drenaj uygulandı. Sol spontan pnömotoraksın tedavisi için tüp torakostomi uygulandı. Girişimler sonucu olguda üç gün içinde klinik düzelme gözlemlendi.

Primer spontan pnömotoraksın en sık nedeni apikal yerleşimli subplevral bir bülün patlamasıdır. Primer spontan pnömotoraks genellikle genç, uzun boylu ve ince yapılı (astenik) insanlarda ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülen hastalıktır.^[6] Ani başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı başlıca semptomlarıdır. Bizim olgumuz, yaş, fiziksel özellikler ve cinsiyet olarak klasik pnömotorakslı hastalara uymakta idi ancak başlangıçta, pnömotoraks ile ilişkili semptomlardan ziyade ateş, öksürük, balgam ve sağ yan ağrısı gibi pnömoni ile ilişkili semptomlar var idi. Literatür taramasında pnömoni ile birlikte karşı akciğerde pnömotoraksın birlikte görüldüğü bir olgunun bildirilmediği tespit edildi. Pnömoni ve primer spontan pnömotoraksın birlikte görülmesi birbirini etkileyen iki olaydan çok tesadüfen aynı anda görülen iki olayı aklımıza getirdi. Ancak yine bizim olgumuzdan yola çıkarak önemli olan; bu iki hastalığın birbirini etkileyerek mi ortaya çıktığının tartışılmasından çok, bu iki hastalığın tanısının konulması ve her ikisinin de etkili tedavisinin yapılmasıdır.

Sonuç olarak, akciğerlere ait iki patoloji aynı anda meydana gelebilir. Hastaların değerlendirilmesinde özellikle radyografik incelemeler yapılır iken belirli bir ön tanıya yönelik yapılan sınırlı bir inceleme, olası eşlik eden diğer patolojilerin atlanmasına yol açabilir. Tanıya

gider iken istenen incelemelerin değerlendirilmesinde öncelikle sistematik bir değerlendirme ve sonrasında ön tanıya yönelik değerlendirme yapmak, eşlik eden bir başka patolojinin gözden kaçırılmamasını sağlayacaktır. Böylelikle gereksiz inceleme ile zaman ve para kaybı engellenmiş olacaktır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Anne MC, Wallace TM. Radiographic evaluation of the lungs and chest. In: Shields TW, editor. General thoracic surgery. 6th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2004. p.115-44.
2. Sakurai J, Hiraki T, Mukai T, Mimura H, Yasui K, Gobara H, et al. Intractable pneumothorax due to bronchopleural fistula after radiofrequency ablation of lung tumors. J Vasc Interv Radiol 2007;18:141-5.
3. Selimović A, Mujčić E, Mesihović-Dinarević S, Saracević E, Hasanbegović E, Cerimagić Z, et al. Staphylococcus pneumoniae--complications. Med Arh 2007;61:59-61. [Abstract]
4. Pizarro P R, Valdés H C, Vitali C J. Unusual presentation of bilateral bullous Pneumocystis jiroveci pneumonia complicated with pneumothorax. Rev Chilena Infectol 2007;24:68-71. [Abstract]
5. Vázquez JL, Vázquez I, González ML, García-Tejedor JL, Repáraz A. Pneumomediastinum and pneumothorax as presenting signs in severe Mycoplasma pneumoniae pneumonia. Pediatr Radiol 2007;37:1286-8.
6. Willard AF, Kerry LP. Pneumothorax. In: Shields TW, editor. General thoracic surgery. 6th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2004. p. 794-805.