

Endobronşiyal migrasyon gösteren mermi çekirdeğine bağlı bronşektatik akciğer apsesi

Bronchiectatic lung abscess caused by an endobronchial migrating bullet core

Bülent Mustafa Yenigün,¹ Murat Şahin,¹ Serkan Enön,¹ Ali Abbas Yılmaz,² Adem Güngör¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Ankara, Türkiye

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Penetran göğüs travmaları tüm toraks travmalarının %25-30'unu kapsamaktadır. Endobronşiyal yabancı cisimler, bronşektazi etyolojisinde rol oynayan nadir nedenlerdendir. Yirmi sekiz yıl önce ateşli silah yaralanmasına maruz kalan 67 yaşında erkek hasta uzun süre asemptomatik takip edildi ve semptomatik hale geldikten sonra eşlik eden patolojiler nedeni ile planlanan cerrahi girişim ertelenmek zorunda kalındı. Ateşli silah yaralanması sonucunda uzun dönemde bronşektazik alanlar oluşması oldukça nadirdir. Tedavi seçeneği olarak, cerrahi zamanının ve endikasyonunun belirlenmesi, morbidite ve mortalite oranının azaltılması için önemlidir.

Anahtar sözcükler: Akciğer apsesi; penetran göğüs travması; pulmoner rezeksiyon.

Bronşektazi tek bir hastalığın tanımı değil, değişik hastalıklar sonucunda ortaya çıkan anatomik bir bozukluk, patolojik bir son noktadır. Bronşektazi etyolojisinde endobronşiyal yabancı cisim nedeni ile mekanik obstrüksiyon çok nadir görülür.^[1] Toraks travmalarının tüm travmalar içindeki oranı %25-30'dur. Bunun %70'i künt, %30'u penetran travmalardır. Penetran göğüs travmalarının büyük kısmını kesici delici alet yaralanmaları (KDAY) ve ateşli silah yaralanmaları (ASY) oluşturur.^[2] Penetran toraks travmaları çocuk ve yaşlı nüfusta daha az görülür iken genç erişkinlerde daha sık görülür ve görülme sıklığı gittikçe artmaktadır. Kesici delici alet yaralanmalarında toraks küçük bir alandan düşük basınç ve mekanik bir güç ile zarar görmektedir. Ancak ASY'de basınç fazladır ve bu basınç etraf dokulara daha fazla zarar vermektedir.

Penetrating chest traumas account for 25-30% of all thoracic traumas. Endobronchial foreign bodies play a role in the etiology of bronchiectasis rarely. A 67-year-old male patient, who had a gunshot injury 28 years ago, was followed as asymptomatic for a long time and scheduled surgical approach was delayed due to his comorbidities after the symptoms appeared. Formation of bronchiectatic areas as a result of gunshot wounds is rare in the long-term. It is critical to determine the time of surgery and indication as a treatment of choice to reduce morbidity and mortality.

Key words: Lung abscess; penetrating chest trauma; pulmonary resection.

Penetran etki ile meydana gelen toraks travmalarında akciğerde hava kaçağı, kanama ve pulmoner interstisyel amfizem gelişebilir.^[3,4]

OLGU SUNUMU

Altmış yedi yaşında erkek hasta; nefes darlığı, öksürük ve balgam yakınmaları ile kliniğimize konsülte edildi. Fizik muayenesinde akciğer oskültasyonunda sağ akciğer üst zonda solunum seslerinde azalma ve wheezing saptandı. Laboratuvar değerleri olarak; beyaz küre: 12100/mm³, Hb: 10.3 g/dl, sedimentasyon: 60 mm/h, BUN: 68.69 mg/dl, kreatin: 4.8 mg/dl, açlık kan şekeri: 218 mg/dl olarak bulundu. Öz geçmişinde 28 yıl önce ASY öyküsü olan ve 10 yıldır kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı ile diyaliz programında izlenen olguda ayrıca hipertansiyon ve

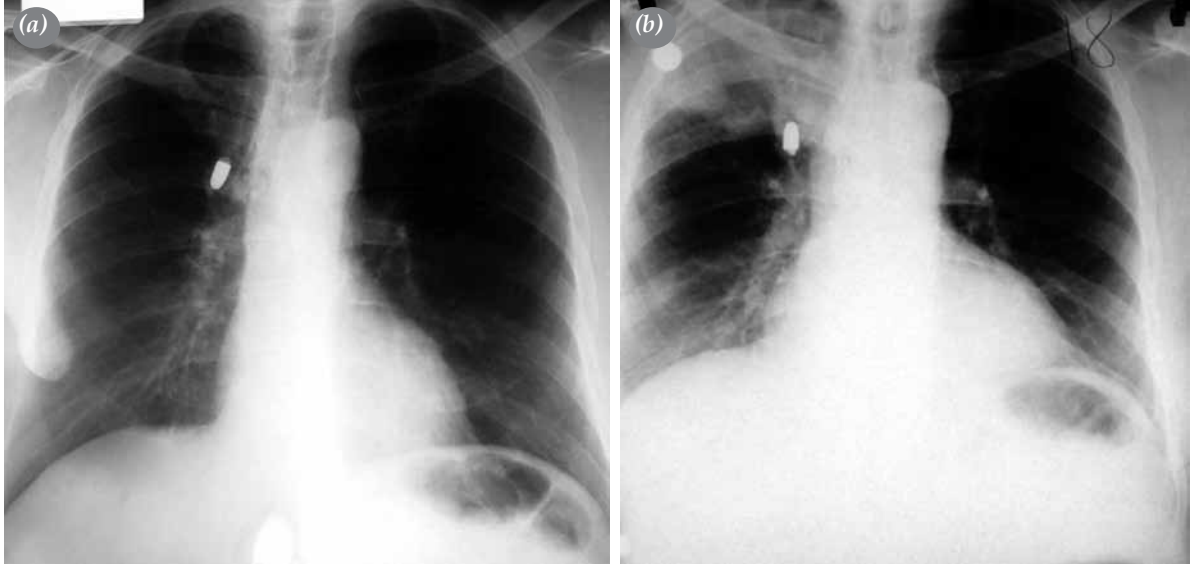


Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.4954
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 18 Ekim 2010 Kabul tarihi: 12 Mart 2011

Yazışma adresi: Dr. Bülent Mustafa Yenigün. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 06100 Sıhhiye, Ankara, Türkiye.

Tel: 0505 - 355 71 61 e-posta: drbulent18@hotmail.com



Şekil 1. (a) Hastanın yedi yıl önceki kontrol arka-ön akciğer grafisi mermi çekirdeği ucu aşağı tarafta izlenmekte, parankim hasarı görülüyor. (b) Konsülte edilen arka-ön akciğer grafisi mermi çekirdeği yer değiştirmiş ve sağ akciğer üst zonda pnömonik gölge koyuluğu mevcut.

diabetes mellitus da var idi. Arka-ön akciğer grafisinde sağ üst zonda pnömonik infiltrasyon ve sağ orta zon hiler bölgede yabancı cisme ait metalik opasite izlendi (Şekil 1b). Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ üst lob bronş ağzında yabancı cisim, distalinde kistik bronşektazi ve apse oluşumunun eşlik ettiği plevral efüzyon izlenmekte idi (Şekil 2).

Olgu yedi yıl önce de aynı klinik tablo ile değerlendirilmiş, eşlik eden patolojilerin getirdiği yüksek morbidite ve mortalite riski olması ve akciğer patolojisinin antibiyoterapiden fayda görmesi nedeni ile cerrahi girişimden vazgeçilmiş idi.

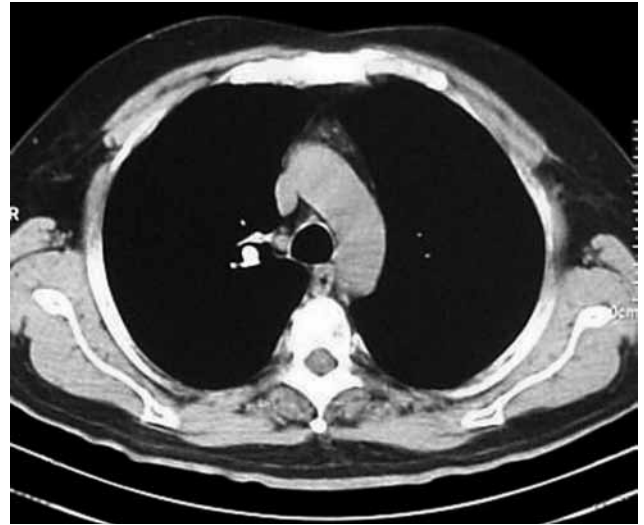
Olgunun önceki arka-ön akciğer grafisi ve toraks BT'si ile yenileri karşılaştırıldığında mermi çekirdeğinin peribronşiyal mesafede yer değiştirdiği, endoluminal uzanım gösterdiği, distaldeki akciğer parankim değişikliklerinin geri dönüşümsüz (irreversible) vasıf aldığı gözlemlendi (Şekil 1a-b, 2a, 3).

Hastaya mevcut bulgular ile cerrahi girişim planlandı. Ameliyat öncesi yapılan fiberoptik bronkoskopide sağ üst lob girişinden sonra bronş duvarına ankilobe olmuş mermi çekirdeği ile uyumlu metalik yabancı cisim gözlemlendi. Sağ posterolateral torakotomi uygulandı ve eksplorasyonda üst lobun tamamen konsolide ve retrakte olduğu izlendi. Üst lob bronşu tanımlanarak bronkotomi uygulandı, yabancı cisim üst lob bronş distalinde görüldü. Bronş etrafında sıkı granülasyon dokusunun gelişmiş olması ve yabancı cisim çıkarıldıktan sonra üst lobun yeterince havalanamayacağı düşünülerek lobektomi uygulandı (Şekil 4). Ameliyat

sonrası komplikasyon gelişmeyen hastanın uzun dönem takip patolojisi kanama, konjesyon, apse oluşumu özelliği taşıyan süpüratif nitelikte iltihabi hücre infiltrasyonu ve enflamasyon gösteren kistik bronşektazi, şiddetli granülasyon dokusunun eşlik ettiği bronş güdüğü olarak bildirildi. Olgu ameliyat sonrası 6. günde diyaliz programına devam edebilmesi için dahiliye kliniği yoğun bakım ünitesine sevk ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Penetran göğüs travmaları künt göğüs travmaları ile kıyaslandığında daha az masif ve daha az organ



Şekil 2. Hastanın yedi yıl önceki toraks bilgisayarlı tomografisi mediasten kesit görünümü.



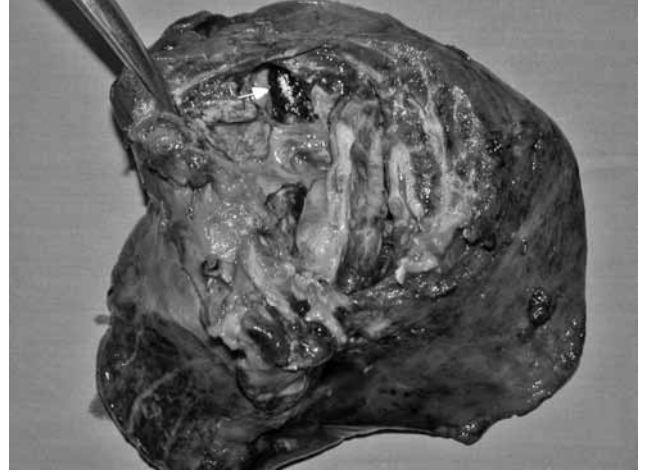
Şekil 3. Yabancı cisim distalinde kistik bronşektazi ve apse oluşumu görüntümü, parankimal kesit görüntüleri.

yaralanması maruziyeti nedeni ile mortalite oranı da düşüktür. Ancak ASY'de mortalite KDAY'ye göre iki kat daha fazladır. Trakeobronşiyal yaralanmalar penetran yaralanmalarda daha nadir izlenir. Rüptür olursa da genellikle patoloji ana bronşlardadır. Lob bronşlarında yaralanma oldukça nadirdir.^[2,5]

Toraks içindeki asemptomatik olan bir merminin çıkarılıp çıkarılmayacağı konusu her zaman tartışmalıdır. Ateşli silah yaralanmalarında merminin koterizasyon etkisi sonucu kalp, büyük vasküler yapılar ve geniş göğüs duvarı defekti yoksa KDAY'ye nazaran daha az ameliyata gerek duyulur. Ateşli silahlar ile meydana gelen toraks travması olgularında hemodinamik açıdan sorun yoksa rutin grafiler ile ön değerlendirme yapılır. Bu değerlendirmede bir patoloji saptanmaz ise olgu izleme alınır. Asemptomatik olan hastalarda metalik yabancı cisimler fibröz doku ile çevrili olduğundan, bu cisimlerin çıkarılması -2 cm'nin üzerinde olmadığı sürece-, çoğu yazar tarafından önerilmemektedir. Yabancı cisimlerin yerleşim yeri ve riskleri göz önüne alınarak bir karara varılmalıdır. Bazı hastalarda yabancı cismin vücut içinde kalması psikolojik rahatsızlıklar oluşturabileceğinden, cisimlerin vücuttan alınması için asıl önemli endikasyon bu psikolojik sorun olabilmektedir.^[6]

Bronşektazi; genellikle kronik bakteriyel enfeksiyonlarla ilişkili olarak, bronşların anormal ve geriye dönüşsüz tahribatı ve genişlemesi ile karakterize, progresif ve süpüratif bir patolojik durumdur.

Bronşektazinin patogenezinde iki süreç önemlidir: 1- Bronşların tıkanması veya anormal genişlemesi, 2- Kronik inatçı enfeksiyon. Bu süreçlerden biri öncelikle



Şekil 4. Rezeksiyon sonrası mermi çekirdeği görünümü ve konsolide akciğer dokusu.

başlayabilir. Tıkanma veya genişleme ile normal klirens mekanizmaları bozulur, böylece sekonder enfeksiyonlar gelişir.^[1]

Kronik dönemde gelişebilecek bronşektazinin nedeni; küçük bir alanda rüptürü olan hastalarda ventilasyon ve akciğer ekspansiyonunun normal olması bu hastalarda bronşun iyileşme aşamasında darlık gelişerek distal akciğerin ekspansiyonunu engellenmesidir. Çökmüş (kollabe) akciğerde enfeksiyon yok ise ve hastanın solunum kapasitesi yeterli ise bulgu vermeden ancak bir sonraki akciğer grafisinde tanı konulabilir. Atektazik akciğer zamanla ekspanse olarak normale dönebilir. Enfeksiyon gelişir ise pnömoni veya akciğer apsesi bulguları ortaya çıkar. Distal akciğerin durumu BT ile değerlendirilebilir. Bronkoskopi tanı koydurucudur. Bronş tamiri veya rezeksiyon kararı distalde enfeksiyon olup olmamasına göre karar verilir.^[7]

Olgumuzda ise ASY direkt olarak bronş hasarına yol açmamış, parankimden peribronşiyal alana yer değiştirerek endoluminal tıkanıklığa yol açmış ve sonucunda bronşektazi zemininde de akciğer apsesine neden olmuştur.

Distal akciğer sağlam ise stenotik bölge rezeke edilerek uç uca anastomoz yapılır. Ancak distal akciğerde geriye dönüşsüz tahribat var ise rezeksiyon yapılmalıdır. Cerrahi tedavi gerektiren hastalarda laserasyon genellikle primer tamir ile kapatılmaktadır. Ancak büyük damar yaralanması, bronş yaralanması veya tamir edilemeyecek kadar geniş laserasyonlarda kama rezeksiyondan pnömonektomiye kadar rezeksiyonlar yapılabilir.^[7,8]

Ateşli silah yaralanmasına bağlı yabancı cismin zaman içerisinde yer değiştirmesi ve buna bağlı bronşektazi, bronşektazi etyolojisinde oldukça nadir bir nedene bağlı olması, ciddi eşlik eden hastalıklara ve

uygulanan akciğer rezeksiyonuna rağmen komplikasyonsuz şifa ile taburcu edilmesinden dolayı olgumuzun ilginç olduğu düşünüldü.

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. Cohen M, Sahn SA. Bronchiectasis in systemic diseases. *Chest* 1999;116:1063-74.
2. Özçelik C. Penetran göğüs yaralanmaları. In: Yüksel M, Kalaycı G, editörler. *Göğüs cerrahisi*. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2001. s. 465-84.
3. Gürses A, Turna A. Toraks travmalarında kalp ve akciğer fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi. In: Yüksel M, Çetin G, editörler. *Toraks travmaları*. 1. baskı. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003. s. 15-21.
4. Madiba TE, Thomson SR, Mdlalose N. Penetrating chest injuries in the firearm era. *Injury* 2001;32:13-6.
5. Wood DE, Karmy-Jones R, Vallieres E. Tracheobronchial trauma. In: Pearson FG, Cooper JD, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Patterson CA, Urschel HC, editors. *Thoracic surgery* 2nd ed. Churchill Livingstone; 2002. p. 1818-31.
6. Williams CG, Haut ER, Ouyang H, Riall TS, Makary M, Efron DT, et al. Video-assisted thoracic surgery removal of foreign bodies after penetrating chest trauma. *J Am Coll Surg* 2006;202:848-52.
7. Lang-Lazdunski L, Mouroux J, Pons F, Grosdidier G, Martinod E, Elkaïm D, et al. Role of videothoracoscopy in chest trauma. *Ann Thorac Surg* 1997;63:327-33.
8. Huh J, Wall MJ Jr, Estrera AL, Soltero ER, Mattox KL. Surgical management of traumatic pulmonary injury. *Am J Surg* 2003;186:620-4.