

Soliter pulmoner nodül olarak ortaya çıkan bir pulmoner sekestrasyon olgusu

Seyfettin GÜMÜŞ¹, Ömer DENİZ², Fatih ÖRS³, Ergun TOZKOPARAN², Orhan YÜCEL⁴, Hayati BİLGİÇ², Kudret EKİZ²

¹ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara,

² Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara,

³ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara,

⁴ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZET

Soliter pulmoner nodül olarak ortaya çıkan bir pulmoner sekestrasyon olgusu

Sistemik bir arterden beslenen, normal trakeobronşiyal ağaçla bağlantısı olmayan ve fonksiyon görmeyen akciğer dokusu varlığına pulmoner sekestrasyon denilmektedir. Bilgisayarlı tomografide, hemen hemen tamamına yakını alt lob yerleşimli, komşuluğunda lokal amfizematöz değişikliklere sahip, genellikle kistik değişikliklere sahip olan veya olmaksızın ayrı bir kitle lezyonu şeklinde görülür. Sol üst lob apikoposterior segmentte yerleşmiş, klasik radyolojik görünümünden farklı olarak düzgün sınırlı soliter pulmoner nodül olarak ortaya çıkan, postoperatif patolojik incelemesi sonucu pulmoner sekestrasyon olduğu anlaşılan intralober pulmoner sekestrasyon olgusunu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Soliter pulmoner nodül, sekestrasyon, intralober.

SUMMARY

A case of pulmonary sequestration presenting as solitary pulmonary nodule

Seyfettin GÜMÜŞ¹, Ömer DENİZ², Fatih ÖRS³, Ergun TOZKOPARAN², Orhan YÜCEL⁴, Hayati BİLGİÇ², Kudret EKİZ²

¹ Department of Emergency Medicine, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey,

² Department of Chest Diseases, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey,

³ Department of Radiology, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey,

⁴ Department of Chest Surgery, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Seyfettin GÜMÜŞ, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 06018 Etlik, ANKARA - TURKEY

e-mail: sgumus@gata.edu.tr

Pulmonary sequestration is a rare, usually a cystic mass which is composed of nonfunctioning pulmonary tissue that does not communicate with the tracheobronchial tree. In computed tomography pulmonary sequestration is seen as usually a discrete mass lesion, with or without cystic changes, associated with local emphysematous areas located in lower lobes. We present a case of pulmonary sequestration located in apicoposterior segment of left upper lobe and presented as a solitary pulmonary nodule having smooth margins different from the classical radiological appearance of pulmonary sequestration.

Key Words: Solitary pulmonary nodule, sequestration, intralobar

GİRİŞ

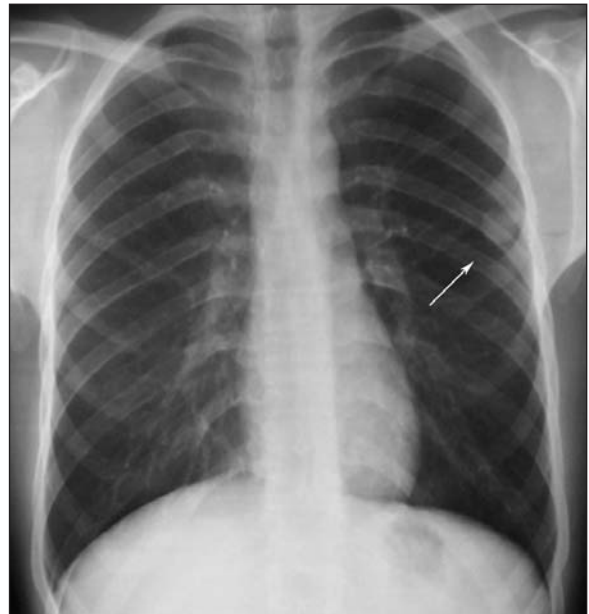
Pulmoner sekestrasyon (PS) terimi literatürde ilk kez 1946 yılında Pryce tarafından kullanılmıştır. Bütün akciğer malformasyonlarının %0.15-6'sını oluşturan nadir görülen konjenital bir anomalidir (1). Genel popülasyonda beklenen insidans %2'nin altındadır (2). Sistemik bir arterden beslenen, normal trakeobronşiyal ağaçla bağlantısı olmayan ve fonksiyon görmeyen akciğer dokusu varlığına PS denilmektedir. İntralober ve ekstralober olmak üzere iki gruba ayrılır. İntralober PS, etrafı normal akciğer dokusuyla çevrili, ayrı bir visseral plevrası olmayan, daha sık görülen, genellikle çocukluk ve erişkinlik döneminde tanı konan, diğer konjenital anomalilerle ilişkisi az olan, cinsiyet dağılımı eşit olan, genellikle torasik aortadan beslenen ve venöz drenajını pulmoner venlere yapan sekestrasyonlardır. Ekstralober PS ise, normal akciğer dokusunun dışında kendine ait visseral plevrası olan, genelde infant ve erken çocukluk döneminde tanı konan, erkeklerde daha sık görülen, çoğunlukla sol alt lobda meydana gelen, %60 oranında diğer konjenital malformasyonlarla birlikte olan, tipik olarak abdominal aortadan beslenen ve sistemik venöz drenaja sahip sekestrasyon grubudur (1-7). Kesin tanısı akciğerin bu anormal bölgesini besleyen sistemik arterin gösterilmesiyle konur. Tedavisi, cerrahi ile lezyonun tam olarak çıkarılmasıdır (1,3,4,6,8). Cerrahi için çok büyük riski olanlarda ise tedavi, besleyici sistemik arterin anjiyografik embolizasyonudur (1,4).

Biz, literatürde rastlamadığımız, hem sol üst lob apikoposterior segmentte yerleşmiş, hem de klasik radyolojik görünümünden farklı olarak düzgün sınırlı soliter pulmoner nodül (SPN) olarak ortaya çıkan intralober PS olgusunu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında erkek hastanın, altı aydır halsizlik ve üç aydır sol yan ağrısı yakınmaları vardı. Askerlik görevini yapmakta iken Verem Savaş Dispanseri tarafından yapılan taramada çekilen PA akciğer grafisinde kuşkulu lezyon saptanması üzerine hastanemize sevk edildi. Fizik muayene bulguları normal saptandı; hastanın ateşi;

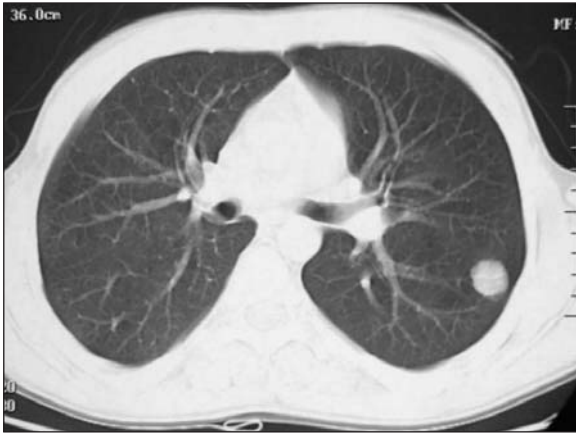
36°C, nabızı; 63 vuru/dakika, TA; 100/65 mmHg, solunum sayısı; 16/dakika idi. Öz geçmişinde ve yakın aile anamnezinde bir özellik yoktu. Bir paket/yıl sigara öyküsü vardı. Tam kan, tam idrar, sedimentasyon ve rutin biyokimya incelemeleri normal sınırlarda tespit edildi. PA ve lateral akciğer grafilerinde sol hemitoraksta üst zonda SPN ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 1,2). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de; sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte, periferik yerleşimli, yaklaşık 2 x 2 cm çapında, düzgün kontürlü, sferik SPN ile uyumlu görünüm saptandı. Mediastende patolojik boyutlarda lenfadenopati yoktu ve tanımlanan görünüm haricinde infiltrasyon ve kitle saptanmadı (Resim 3). Hasta balgam çıkaramadığı için alınan mide suyu asido-alkalo rezistan basil (ARB) negatif olarak değerlendirildi ve kültüründe üreme olmadı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon gözlenmedi. Bronş lavajı ARB negatifti ve kültüründe üreme olmadı. Bronş lavajı sitolojik incelemesi malignite yönünden negatif olarak raporlandı. Kist hidatik için yapılan ELISA testi negatif bulundu. Batın ultrasonografi (USG) incelemesi normaldi. Olgu-



Resim 1. Postero anterior akciğer grafisinde soliter pulmoner nodül izlenmekte.



Resim 2. Lateral akciğer grafisinde soliter pulmoner nodül izlenmekte.



Resim 3. Toraks bilgisayarlı tomografide soliter pulmoner nodül izlenmekte.

dan SPN etyolojisini aydınlatılmak için göğüs cerrahisi konsültasyonu alındı ve olguya kist hidatik ön tanısıyla operasyon planlandı. Torakotomi ile sol üst lobda saptanan 2 x 2 cm'lik nodüle wedge rezeksiyon uygulandı ve perioperatif patoloji konsültasyonu istendi. Elde edilen materyalin makroskopik incelenmesinde malignite saptanmaması üzerine operasyon sonlandırıldı. Eksizyonel biyopsi örneğinin mikroskopik incelemesi intralober pulmoner sekestrasyon (Kesitlerde akciğer parankimi bulguları gösteren iyi sınırlı nodüler lezyon izlenmektedir. Gümüşleme yöntemiyle yapılan inceleme-

de lezyonda yaygın olarak retikülin liflerinde artış, bazıları hiperplastik görünümde damar yapıları ve düzensiz bronş alveol çatıları görülmektedir) olarak raporlanmıştır.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumuyla nadir görülen klinik bir antite olan PS'nin SPN şeklinde ortaya çıkabildiği gösterilmiştir. Literatürde SPN şeklinde ortaya çıkan bir PS olgusuna rastlanmamıştır. PS'lerin hemen hemen tamamına yakını alt loblarda yerleşmektedir. Literatürde rapor edilen olguların sadece %5'i alt lob dışında yerleştiği için, alt lob dışındaki lezyonlarda alternatif tanıların araştırılması gerektiği önerilmektedir (1). Bu olguda sol üst lob apikoposterior yerleşimli bir lezyon olduğu için özellikle ayırıcı tanıda tüberkülozmayı düşündürmekteydi. Ancak mide suyu ARB ve bronş lavajı ARB negatifti ve bunların kültürlerinde üreme olmadı.

Intralober PS'lerin büyük çoğunluğu yıllarca asemptomatik kalabilir ve rutin çekilen akciğer grafilerinde tesadüfen saptanabilmektedir. Bazı olgularda göğüs ağrısı, plöretik ağrı ve tekrarlayan infeksiyonlara bağlı ateş, öksürük, balgam çıkarma gibi nonspesifik şikayetler görülmektedir (1,2). Nadir olarak hemoptiziyle ortaya çıkan olgular da mevcuttur (2). Bu olguda da altı aydır süren halsizlik ve son üç aydır ortaya çıkan sol yan ağrısı şikayetleri mevcuttu.

PS'nin patogenezi hakkında literatürde birçok teori mevcuttur. Gelişim sırasında normal akciğer tomurcuğunun altında aksesuar akciğer tomurcuğunun gelişmesi ve embriyogenez sırasında da bu oluşumun genellikle aortadan besleyici damarını geliştirmesi ve normal trakeobronşiyal ağaçtan bağımsız bir akciğer dokusunun oluşması hipotezi en çok kabul gören hipotezdir (1,9,10). Etiyoloji ile ilgili bazı olguların tekrarlayan infeksiyonlar gibi edinsel nedenlere bağlı olabileceği iddiaları ortaya atılsa da konjenital nedenin daha ağırlıkta olduğu gösterilmiştir (11). Bu olgunun da tekrarlayan pnömoni öyküsünün olmaması konjenital olduğunu düşündürmektedir.

Radyolojik olarak PS'lerin, komşuluğunda lokal amfizematöz değişiklikleri içeren, genellikle kistik özelliklere sahip olan veya olmaksızın ayrı bir kitle lezyonu şeklinde görüldüğü bilinmektedir (1,7). Sunulan olgunun en önemli özelliklerinden biri düzgün sınırlı ve yuvarlak görünümlü SPN olmasıydı. PS'ler için neredeyse tipik olan alt lob yerleşimi dışında sol üst lob apikoposterior yerleşimi olması da göz önüne alındığında, bu iki özelliği taşıyan PS olgusuna literatürde rastlanmamıştır. Olgu PS için tipik özellikleri taşımadığı için ön tanıda daha çok tüberküloz, kist hidatik gibi SPN ayırıcı tanı-

sında rol alabilecek diğer nedenler düşünülmüştür (12). Bu sebeple, PS tanısı için gerekli olan, anormal oluşumu besleyen sistemik arterin gösterilmesine yönelik aortografi, BT anjiyografi ve manyetik rezonans anjiyografi tetkikleri yapılmamıştır. PS ön tanısı olsaydı, besleyici sistemik arterin gösterilmesine yönelik çok önemli bir yeri olan spiral BT anjiyografinin yapılması gerekirdi. Yapılan dört olguluk bir seride spiral BT anjiyografi ile PS tanısı konduğu bildirilmiştir (3). Bu olgunun ise postoperatif patolojik incelemesi sonucu PS olduğu anlaşılmıştır.

Sonuç olarak; tipik görünüm ve yerleşim özelliklerini taşımasa da, SPN etyolojisini araştırırken PS'nin de akılda bulundurulması gerektiğini düşünmekteyiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bildirilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Cooke CR. Bronchopulmonary sequestration. *Respiratory Care* 2006; 51: 6.
2. Şahin E, Kaptanoğlu M, Nadir A, Elagöz Ş, Atalar M, Durkaya S. A rare case of sequestration. *Toraks Dergisi* 2004; 5: 216-9.
3. Franco J, Aliaga R, Domingo ML, Plaza P. Diagnosis of pulmonary sequestration by spiral CT angiography. *Thorax* 1998; 53: 1089-92.
4. Veerappan GR, Lettieri CJ. Bronchopulmonary sequestration. *J Postgrad Med* 2003; 49: 280-1.
5. Doğru D. Congenital lung diseases in adulthood. *Toraks Dergisi* 2004; 5 (Suppl 1): 1-7.
6. Özvaran MK, Üskül TB, Ersoy Y, Düzgün S, Altuntaş N, Ergin H. The diagnosis of intralobar sequestration with magnetic resonance angiography. *Solunum* 2002; 4: 34-7
7. Osma E. Respiratory system radiology, normal and pathology. 2000: 151-52.
8. Baysal T, Kaya A, Kutlu R, Sığırıcı A. Pulmonary sequestration: helical CT demonstration. *Tuberk Toraks* 2001; 49: 265-8
9. Sipahi S, Gürsu RU, Köksal C et al. A case of intralobar pulmonary sequestration and the review of the literature. *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31: 168-71.
10. Corbett JH, Humphrey GME. Pulmonary sequestration. *Paediatr Respir Rev* 2004; 5: 59-68.
11. Saygı A. Intralobar bronchopulmonary sequestration. *Chest* 2001; 119: 990-2.
12. Yılmaz A, Damadoğlu E, Aybatlı A. Diagnostic approach to solitary pulmonary nodule. *Tuberk Toraks* 2005; 53: 307-18.