

Nadir Görülen Bir Plevral Efüzyon: Psödoşilotoraks

A RARE PLEURAL EFFUSION: PSEUDOCHYLOTHORAX: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Dr. Soner SOLMAZ,^a Dr. İsmail HANTA^b

^aDahiliye Kliniği, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

^bGöğüs Hastalıkları AD, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, ADANA

Özet

Psödoşilotoraks, yüksek kolesterol seviyesi ve/veya kolesterol kristallerine sahip, kokusuz, sütsü görünümde bir plevral efüzyondur. Efüzyondaki lipidlerin, kronik plöreziye bağlı olarak gelişen plevral kalınlaşma ve kalsifikasyon neticesinde plevral mayide biriktiği kabul edilmektedir. Tüberküloz plörezi, kronik romatoid plörezi ve terapötik pnömotoraks, psödoşilotoraksın en sık nedenleridir. Etiyoloji, patogenezi, prognoz ve tedavileri tamamen farklı olan şilotoraks ile psödoşilotoraksın ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalı ve hastalar tüberküloz reaktivasyonu açısından yakından takip edilmelidir. Bu yayında, plevral mayi kültüründe tüberküloz üremesi saptanan, 70 yaşında psödoşilotorakslı bir erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şilotoraks; tüberküloz plörezi

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:478-481

Abstract

Pseudochylothorax is an odorless and milky pleural effusion with high levels of cholesterol and/or cholesterol crystals. Lipids in the effusion are suggested to accumulate in the pleural fluid as a result of pleural thickening and calcification due to chronic pleurisy. Tuberculous pleurisy, chronic romatoid pleurisy and theurapetic pneumothorax are the common causes of pseudochylothorax. The differential diagnosis of pseudochylothorax and chylothorax, which have completely different etiologies, pathogeneses and treatments, should be made and patients should be followed closely for tuberculosis reactivation. In this article, we presented a 70 years old man with pseudochylothorax in whose pleural fluid culture .

Key Words: Chylothorax; tuberculosis, pleural

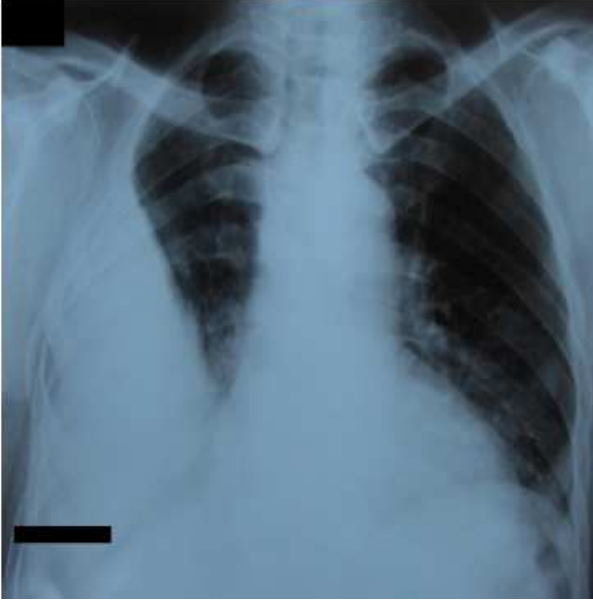
Psödoşilotoraks, sıklıkla kronik plöreziye bağlı olarak meydana gelen ve gelişimi için birkaç yıl gerektiren yüksek lipid seviyeli nadir görülen bir plevral efüzyondur.¹ Görünüm olarak; yüksek trigliserid seviyeli bir plevral efüzyon olan şilotoraksa benzer, ancak şilotoraksa özgü biyokimyasal parametrelere sahip olmayıp, yüksek kolesterol seviyesi ve/veya kolesterol kristalleri ile karakterizedir. Kolesterol plevral efüzyon veya şiliform plevral efüzyon olarak ta bilinen psödoşilotoraksın en sık 3 nedeni tüberküloz plörezi, kronik romatoid plörezi ve terapötik pnömotoraktır.^{2,3}

70 yaşında bir erkek hasta, 2 aydır artarak devam eden halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı şikayetleri nedeniyle Temmuz 2005'te hastanemize başvurdu. Sigara içmeyen hastanın, 6 sene önce tüberküloz ile temas öyküsü olduğu tespit edildi. Hastanın muayenesinde sağ hemitoraks solunuma az katılıyor, sağ infraskapul alanda matite alınıyor ve solunum sesleri duyulmuyordu. Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 51 mm/s, C-reaktif protein (CRP): 107 mg/L ve serum laktat dehidrogenaz (sLDH): 1023 U/L'di. Posteroanterior göğüs röntgeninde sağ hemitoraksta plevral efüzyon ile uyumlu görünüm vardı (Resim 1). Toraksın bilgisayarlı tomografisinde, sağ akciğer üst lobtan başlayarak alt loba kadar uzanan plevral sıvı koleksiyonu ve plevral kalınlaşma tespit edildi (Resim 2). Torasentezde, plevral sıvı sütsü görünümde ve kokusuzdu. Mikroskopik incelemede yoğun kolesterol kristalleri görüldü. Plevral mayinin pH: 8, dansite: 1013,

Geliş Tarihi/Received: 27.03.2006 Kabul Tarihi/Accepted: 12.06.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Soner SOLMAZ
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
1. Dahiliye Kliniği, ADANA
ss.solmaz@myynet.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Posteroanterior göğüs radiografisinde; sağ alt-orta zonu tutan homojen opasite ve sağ hemitoraksta hafif volüm kaybı görülmektedir.



Resim 2. Toraksın bilgisayarlı tomografisinde; sağ hemitoraksta plevral sıvı koleksiyonu ve plevral zarlarda kalınlaşma görülmektedir.

glukoz: 103 mg/dL, protein: 6.0 g/dL, LDH: 2387 U/L, kolesterol: 552 mg/dL, trigliserid: 310 mg/dL, bakteri kültürü, aside rezistan bakteri (ARB) ve lipid elektroforezi şilomikron açısından negatif, plevral biyopsi tanısal değildi. Bu bulgularla psödoşilotoraks tanısı konulan ve takibe alınan

hastanın, 2 ay sonraki kontrolünde plevral mayide adenozin deaminaz (ADA)'ının 132 mg/mL, ARB ile tüberküloz-polimeraz zincir reaksiyonu (TBC-PCR) sonucunun pozitif olması ve plevral mayi tüberküloz kültüründe üremenin tespit edilmesi üzerine hasta, tüberküloz reaktivasyonu olarak değerlendirildi ve antitüberküloz tedavi başlandı.

Psödoşilotoraks, plevral efüzyonlar arasında nadir olarak görülmektedir ve şilotorakstan çok daha az rastlanmaktadır.⁴⁻⁶ Yapılan bir çalışmada, 53 non-travmatik yüksek lipid efüzyonlu bir serinin sadece 6 (%11)'sında psödoşilotoraks tespit edilmiştir.⁶

Psödoşilotoraks, yüzyıldan fazla zamandır tanınmasına rağmen patogenezi halen tam olarak bilinmemektedir.⁷ Geçmişte efüzyondaki lipid orijininin dejenere olan kırmızı ve beyaz kan hücrelerinden kaynaklandığı ileri sürülmüşse de bugün, serum lipoproteinlerinin veya plevra dokusunda sentezlenen lipidlerin, tutulan plevranın kalınlaşması ve kalsifiye olması neticesinde, plevral boşluğun dışına olan transferinin bozulması ile plevral mayide biriktiği kabul edilmektedir.^{3,6-8}

Etiyolojide, tüberküloz plörezi bu olguda olduğu gibi en sık görülen nedendir. Psödoşilotoraksın diğer sık görülen nedenleri arasında terapötik pnömotoraks, kronik romatoid plörezi ve travmalar yer almaktadır. Genel olarak; plevrada kalın bir tabaka oluşmasına yol açan her türlü plevra fibrozisinde psödoşilotoraks gelişebileceği belirtilmektedir (Tablo 1).¹⁻³

Klinik olarak, hastaların çoğu asemptomatiktir.^{5,6} Semptomatik olan hastalarda alta yatan hastalığın belirti ve bulgularının dışında çoğu kez plevra kalınlaşmasına bağlı olarak nefes darlığı ve göğüs ağrısı bulunur. Fizik muayenede ise aynı tarafta matite, vibrasyon torasik ve solunum seslerinde azalma meydana gelir.⁸ Radyolojik olarak, plevral mayi genellikle az-orta miktarda ve tek taraflı, plevral zarlar ise kalınlaşmış ve kalsifiye olarak tespit edilir.^{3,5,8} Bizim olgumuzda da halsizlik, kilo kaybı, nefes darlığı gibi non-spesifik semptomlar mevcut olup, fizik muayene ve radyolojik bulguları benzer şekilde idi.

Tablo 1. Psödoşilotoraks nedenleri.

Sık nedenler	
•	Tüberküloz plörezi
•	Terapötik pnömotoraks
•	Kronik romatoid plörezi
•	Travma
Diğer nedenler	
•	Yetersiz tedavi edilen ampiyem
•	Hemotoraks
•	Akciğer kanseri
•	Alkolizm
•	Sifiliz
•	Kist hidatik
•	Diabetes mellitus
•	Hodgkin hastalığı
•	Kalp yetmezliği
•	Nefrotik sendrom

Ayırıcı tanıda, plevral efüzyonu olan bir hastada, torasentezde bulanık ya da sütsü görünümde bir plevral mayi ile karşılaşıldığında, psödoşilotoraks ile beraber düşünülmesi gereken diğer 2 durum şilotoraks ve ampiyemdir. İlk yapılması gereken plevral mayinin santrifüjüdür.⁶ Santrifüj sonunda hücre artıklarının çökmesine bağlı olarak üstte temiz bir süpernatant oluşursa tanıda ampiyem, eğer bulanıklık devam ederse şilotoraks ve psödoşilotoraks düşünülmelidir.³ Görünümleri dışında etiyoloji, patogenezi, prognoz ve tedavileri tamamen farklı olan şilotoraks ve psödoşilotoraksı, birbirinden ayırmak ta genellikle

zor değildir (Tablo 2).^{6,8} Gerçek şilotoraks, genellikle malignensi (özellikle lenfoma) veya travma nedeni ile torasik kanalın hasarı ya da blokajı sonucu oluşur.² Gerçek şilotoraksta plevral efüzyon akutur, plevral zarlar normaldir.³ Psödoşilotoraksta ise plevral efüzyon kronik (genellikle 5 yıldan uzun), plevral zarlar kalınlaşmış ve bazen kalsifiyedir.^{3,6} Gerçek şilotoraks yüksek trigliserid seviyesine sahiptir (genellikle >110 mg/dL) ve trigliserid seviyesi <50 mg/dL ise genellikle tanı dışlanabilir. Psödoşilotoraksta ise kolesterol seviyesi >200 mg/dL'dir ve mikroskopik incelemede sıklıkla tipik romboid şekilli kolesterol kristalleri görülür.⁶ Trigliserid ve kolesterol seviyesinin beraber yüksekliği olgumuzda olduğu gibi her iki efüzyonda da görülebileceğinden ayırıcı tanıda her zaman güvenilir değildir. Bu nedenle, şilotoraks kuşkusu halen devam ediyorsa, plevral mayinin lipoprotein analizi mutlaka yapılmalıdır. Çünkü lipoprotein analizinde şilomikronlar sadece şilotoraksta görülür ve tanı koydurucudur.^{3,6} Bu olguda da lipoprotein analizinde şilomikron saptanmamıştır. Plevral biyopsi, altta yatan etiyolojik tanıyı gösterme ihtimalinin düşük olması nedeniyle ilk planda düşünülmemelidir.⁹

Benign bir seyir gösterdiğinden ve tüberküloz plörezi sonucu gelişmiş psödoşilotoraks dahil tüm psödoşilotorakslar steril olduğundan çoğunlukla tedaviye gerek yoktur.³ Ancak eski filmlerle kıyaslandığında plevral mayide ve plevral kalınlaşmada belirgin artış olması, plevral mayi hacminin semptomlara yol açacak miktarda fazla olması ve etiyolojide tüberküloz saptanması durumunda terapötik

Tablo 2. Şilotoraks ve psödoşilotoraksın ayırıcı tanısı.

Özellik	Psödoşilotoraks	Şilotoraks
Seyir	Kronik (genellikle 5 yıldan uzun)	Akut
Etiyoloji (ensık)	Tüberküloz plörezi, romatoid plörezi ve terapötik pnömotoraks	Malignensiler (özellikle lenfomalar) ve travma
Plevral zarlar	Kalınlaşmış ve kalsifiye	Genellikle normal
Torasik kanal	Normal	Hasarlı ya da obstrükte
Trigliserid düzeyi	Genellikle <50 mg/dL	Genellikle >110 mg/dL
Kolesterol düzeyi	>200 mg/dL	Genellikle <200 mg/dL
Kolesterol/Trigliserid	>1	<1
Kolesterol kristalleri	Sıklıkla var	Yok
Şilomikronlar	Yok	Var

torasentez veya plevral dekortikasyon yapılabilir.^{3,6,9}

Sonuç olarak, torasentezde bulanık ve sütsü görünümde bir mayi ile karşılaşıldığında ayırıcı tanıda ampiyem ve şilotoraks ile birlikte psödoşilotoraks da akılda tutulmalıdır. Uzun zamandır plevral mayisi olan, radyolojide kalınlaşmış ve kalsifiye olmuş plevral zarlara sahip hastalarda öncelikli olarak psödoşilotoraks düşünülmelidir. Ülkemiz koşullarında, tüberküloz öyküsü olsun ya da olmasın tüm psödoşilotorakslı hastaların plevral mayi örneği mutlaka tüberküloz kültürüne gönderilmeli ve hastalar tüberküloz reaktivasyonu açısından yakından takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Noguera C, Monteagudo M, Vila M, Cabezuelo A, Mariscal D, Berlanga E. Recent-onset tuberculous pleurisy presenting as pseudochylothorax. *Am J Med* 2002;113:166-8.
2. Hillerdal G. Chylothorax and pseudochylothorax. *Eur Respir J* 1997;10:1157-62.
3. Fındık S, Atıcı AG, Uzun O, Erkan L. Psödoşilotoraks Tanısı Konulan Hastalarımızın Klinik, Radyolojik ve Plevral Mayi Özellikleri. *Toraks Dergisi* 2004; 5:171-6.
4. Klimczak A, Szczepek B, Szopinski J. [Pseudochylothorax during the course of rheumatoid arthritis] *Pneumonol Alergol Pol* 1999;67:558-63.
5. Erkan ML, Atıcı AG, Fındık S. A Case of Pseudochylothorax. *Turkish Respiratory Journal* 2001;2:23-5.
6. Light RW. Chylothorax and pseudochylothorax. In: Light RW, ed. *Pleural diseases*. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. p.284-98.
7. Song JW, Im JG, Goo JM, Kim HY, Song CS, Lee JS. Pseudochylous pleural effusion with fat-fluid levels: report of six cases. *Radiology* 2000;216:478-80.
8. Tabak L. Şilotoraks, psödoşilotoraks. Ekim N, editör. *Plevra Hastalıkları*. 1. Baskı. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003. p. 285-94.
9. Garcia-Pachon E, Fernandez LC, Lopez-Azorin F, Padilla-Navas I. Pseudochylothorax in pleural effusion due to coronary artery bypass surgery. *Eur Respir J* 1999;13:1487-8.