

Anjiografi ile Preoperatif Tanı Konan Intrapulmoner Sekestrasyon Olgusu

INTRAPULMONARY SEQUESTRATION DIAGNOSED PREOPERATIVELY BY MEANS OF ANGIOGRAPHY

Sadi KAYA*, Zeki YILDIRIM**, Çiğdem BİBER**, İsmail LEVENTOĞLU*, Yurdanur ERDOĞAN**, Güven ÇETİN*

Atatürk **Göğüs Hastalıkları ve *Göğüs Cerrahisi Merkezi, ANKARA

ÖZET

Otuz bir yaşında kadın hasta, son 3 yıldan bu yana kış aylarında artan öksürük, balgam çıkarma, sol yan ağrısı ve ateş yükselmesi nedeniyle hastanemize tetkik ve tedavi için gönderilmişti. Bronşektazi ön tanısıyla tetkik edilen hastada bronkografi normal bulundu. Daha sonra çekilen aortagrafi ile intrapulmoner sekestrasyon tanısı kondu. Sol alt lobektomi yapılan olguyu nadir görülmesi nedeniyle yayınlamayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner sekestrasyon, aortagrafi

Türkiye Klinikleri J Med Sci 1996, 16:172-174

SUMMARY

A thirty one-year-old female patient had intermittent fever, cough, sputum production and left side pain for 3 years was sent to our hospital for the diagnosis and treatment. The symptoms were being severe in winter. The disease was suspected as bronchiectasis and bronchography was performed. The result was normal. The aortagraphy showed intrapulmonary sequestration. The patient went left lower lobectomy we reported the case and reviewed the literature.

Key Words: Pulmonary sequestration, aortagraphy

Pulmoner sekestrasyon (PS) akciğerlerin gelişimsel anomalilerinden biridir. Akciğer dokusu içinde ya da dışında ventilasyona katılmayan bronşlarla ilişkisiz genellikle sistemik dolaşımdan beslenen gelişmemiş bir akciğer dokusu içeren oluşum PS olarak bilinmektedir (1-3). Nadir bir anomalidir. Tanısı genellikle geç konur. Bronşektazi, tüberküloz (2), kist hidatik, akciğer kanseri gibi hastalıklarla karışabilir. Bizim olgumuzda da başlangıçta bronşektazi düşünülmüş ancak bronkografi normal bulunmuştur. Yapılan aortagrafiyle torasik aortadan kanlanan intrapulmoner sekestrasyon tanısı konulmuştur.

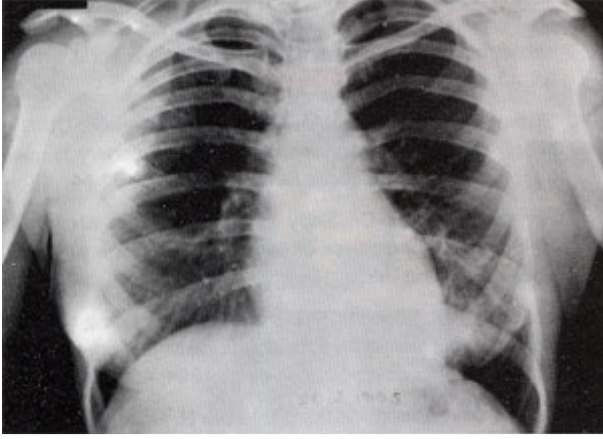
OLGU SUNUMU

NT, 31 yaşında kadın hasta, son 3 yıldan bu yana kış aylarında artan öksürük, balgam çıkarma, sol yan ağrısı ve ateş yükselmesi nedeniyle hastanemize ileri tetkik için gönderilmişti. Anamnezde 10 yaşındayken

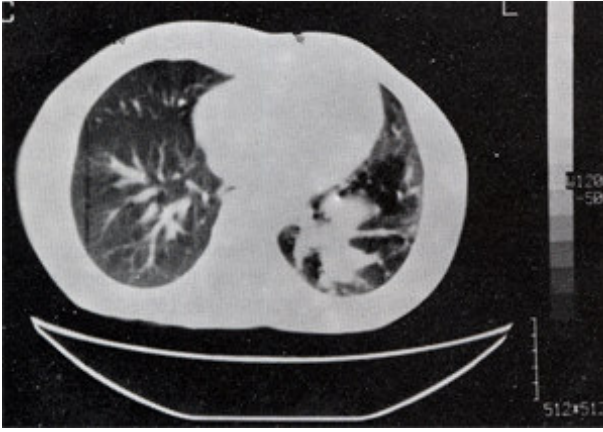
pnömoni geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede sol akciğer bazal bölgede arkadan dinlemekle inspiratuvar raller duyuluyordu. Başka patolojik muayene bulgusu yoktu. Rutin laboratuvar muayeneleri normaldi. Solunum fonksiyon testleri ve kan gazları analizi normaldi. Bronkoskopide endobronşial lezyon yoktu. Postero-anterior akciğer grafisinde (P-A grafi); sol akciğerde hacim kaybı, solda alt zonda lineer retiküler dansite artışı ve havalanma kaybı izlendi (Şekil 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT); sol alt lobda havalılık kaybı ve amfizematöz değişiklikler olarak rapor edildi (Şekil 2). Bronkografide bronşektazi izlenmedi, sol alt lobda sekestrasyonla uyumlu bölgede bronş yapılarının yer değiştirdiği fark edildi. Hastaya aortagrafi yapıldı. Aortagrafide, torasik aortadan çıkan bir arterin sol alt loba girdiği ve geç fazda inferior pulmoner vene direne olduğu görüldü. Bu bulgunun intrapulmoner sekestrasyonla uyumlu olduğu bildirildi (Şekil 3). Cerrahi tedavi planlanan olguya sol torakotomi yapıldı. Gözlemede alt lobda yapışıklıklar ve hastanın geçirdiği enfeksiyonlara sekonder olarak gelişmiş olan destrüktif değişiklikler izlendi. Torasik aortadan diafragmanın hemen üzerinden ayrılan ve alt loba giren arter bulunarak bağlandı. Sol alt lobektomi yapılan olguda postoperatif her-

Geliş Tarihi: 24.7.1995

Yazışma Adresi: Dr. Sadi KAYA
Atatürk Göğüs Cerrahisi Merkezi,
ANKARA



Şekil 1. Olgunun akciğer grafisinde sol alt zonda tanımlanan görüntüsü.



Şekil 2. Olgunun BTT görünümü.

hangi bir komplikasyon gözlenmedi, hasta sağlık ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

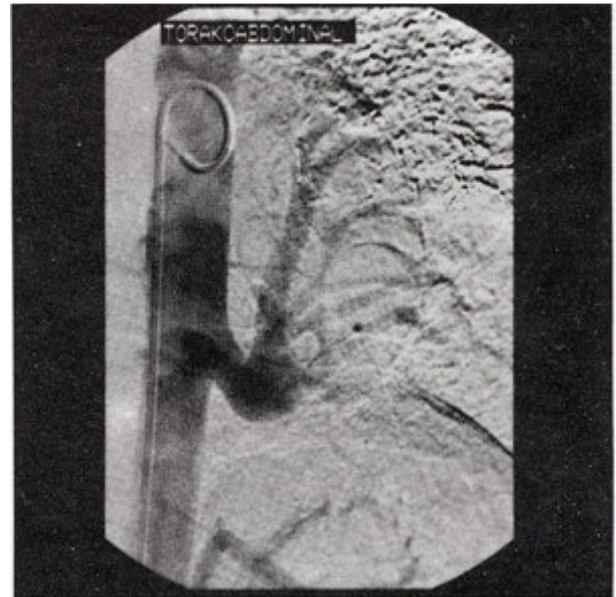
PS akciğerlerin bütün konjenital anomalileri içinde % 7'den daha az oranda görülür (2). İntralober ve ekstralober olarak iki tip tanımlanmıştır. İntralober sekestrasyon visseral plevranın içinde, ekstralober sekestrasyon visseral plevranın dışında yer alır ve kendine ait plevra ile sarılıdır. İntralober sekestrasyon % 14, ekstralober sekestrasyon ise %50 oranında görülür (1-3). İntralober sekestrasyon en fazla alt lob posterior segmentte yerleşir (1). Aberan arter ortalama %75 oranında aortadan orijin alır (3). Daha az oranda da interkostal arterlerden kaynaklanır. Bunun yanında koroner anjiyografi sırasında tesadüfen tanı konan ve sol koroner arterin circumflex dalından beslenen sporadik bir olgu yayınlanmıştır (4). Venöz dönüşü genellikle pulmoner venler yoluyla olur (1). İntrapulmoner sekestrasyon diğer sistem anomalileriyle birlikte değildir. Fakat 1987 yılında

Yüksel ve ark. tarafından periferik bronkojenik kist ile birlikte görülen intrapulmoner sekestrasyon olgusu (5) ve Grewal ve ark. tarafından da mediastinal kist ile birlikte görülen bir olgu (3) bildirilmiştir. Ekstrapulmoner sekestrasyon ise genellikle diafragma defekti, pektus ekskavatus, başka akciğer anomalileri, barsak duplikasyonları, konjenital kalp anomalileri gibi anomalilerle birlikte görülür (1,2). Birlikte görülen anomalilerin semptomatik olması durumunda rastlantısal olarak tanı konduğu için intrapulmoner sekestrasyona göre daha erken yaşta tanı konmaktadır (1).

Klinik olarak yıllarca semptomsuz kalabilir (2) veya rutin P-A grafide ya da başka nedenle çekilen anjiyografi (4) sırasında tanı konabilir. Ayrıca sık sık alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastanelere başvuran semptomatik hastalar da olabilir. Bizim olgumuz da 3 yıldan beri aralıklı olarak devam eden öksürük, balgam, ateş yükselmesi ve sol yan ağrısı ile başvurmuş bu nedenle PS tanısı almıştır.

PS tanısı kesin olarak anjiyografi ile konmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda doppler ultrasonografi (6, 7), MR anjiyografi (8) gibi noninvazif yöntemlerle PS tanısı başarıyla konmaktadır. Bu paralelde ultrasonografik olarak doğum öncesi subdiafragmatik ekstrapulmoner sekestrasyon tanısı konan bir olgu bildirilmiştir (9).

Bu olguların P-A grafilerinde posterior bazal segmentte sebat eden, hava içermeyen opasiteler izlenebilir. Fakat enfeksiyon nedeniyle komşu bronş yapılarına fistülizasyon ve buna bağlı hava sıvı seviyesi içeren kistik oluşumlar da görülebilir (1). Bizim olgumuzun P-A grafisi bu bulgularla uyumlu değildi. Hastamızın P-A grafi



Şekil 3. Aortografide aberan arterin aortadan çıkış yeri izlenmektedir.

bulguları skatrizasyon atelektazisinin yol açtığı değişikliklerle açıklanabilir.

Bronkografide bizim hastamızda olduğu gibi sekestre bölgede opak maddeyle dolu bronş yapıları izlenemez, çünkü bu bölgede olması gereken bronşlar yer değiştirmiştir (1).

Anormal arterin preoperatif gösterilmesi, ameliyat sırasında olabilecek fatal kanamaları önlemek bakımından önemlidir (1,7,10,11). Tedavide klasik olarak segmentektomi ya da lobektomi önerilmektedir (1). Olgumuza sol alt lobun tümüne yakını non fonksiyone olduğu için lobektomi yapılmıştır. Semptomatik olmayan olgularda ileri dönemlerde abondan hemoptizi gelişebileceği için cerrahi tedavinin geciktirilmemesi gerektiği bildirilmiştir (12). PS'un tedavisinde video-assisted torakoskopinin başarıyla uygulandığı bir olgu rapor edilmiştir (13).

KAYNAKLAR

1. Crafton J, Douglas AC. Respiratory disease. 4th ed. London. Blackwell scientific publication 1989. p.1069-72.
2. Javid A, Amir AU. Pulmonary sequestration: A case report and review. Respiratory Medicine 1994;88:65-66.
3. Grewal RG, Yip CK. Intralobar pulmonary sequestration and mediastinal bronchogenic cyst. Thorax 1994;49:615-6.
4. Silverman ME, White CS, Ziskind AA. Pulmonary sequestration arterial supply from left circumflex coronary artery. Chest 1994;106:948-9.
5. Yüksel M, Doğan R, Öztekin İ, Aydılek R. Periferik (extra-plevral) bronkojenik kist ile birlikte görülen intralober pulmoner sekestrasyon (olgu sunumu). Tüberküloz ve Toraks 1987;35:43-9.
6. Schlesinger AE, Pietro MA, Statter MB, Lally KP. Utility of sonography in the diagnosis of bronchopulmonary sequestration. Journal of Pediatric Surgery 1994;29:52-4.
7. Benya EC, Bulas Dİ, Seby DM, Rosenbuam KN. Cystic sonographic appearance of extra lobar pulmonary sequestration. Pediatric Radiol 1993;23:605-7.
8. Donovan CB, Edelman RR, Vrachliotis IE, Frank HA, Kim D. Bronchopulmonary sequestration with MR angiographic evaluation. A case report. Angiology 1994;45:239-44.
9. Baunin CH, Puget C, Guitard I, Rubie H, Robert A, Rolland M, Sarramon MF. Ante natal detection of sub diaphragmatic pulmonary sequestration: A case report. ER J Pediatr Surg 1994;4:173-5.
10. Saygı A, Çağlayan B, Bulca H, Tümer Ö, Çağlar T, Erem AR. Anjiyografi ile tanı konmuş bir intrapulmoner sekestrasyon olgusu. Solunum Hastalıkları 1992;3:425-30.
11. Küçükusta AR, Öztekin İ, Kılıçaslan Z, Kanca A. Bronkopulmoner sekestrasyon. GATA Bülteni 1988;28:335-64.
12. Rubin EM, Garcia H, Horowitz MD, Guerra JJ. Fatal massive hemoptysis secondary to intralobar sequestration. Chest 1986;89:954-5.
13. Watino O, Mensier E, Delcluse P, Ribet M. pulmonary sequestration treated by video-assisted thoracoscopic resection. Eau J Cardio-Thorac Surg 1994;8:155-6.