

# Akciğer Bül Herniasyonu<sup>1</sup>

## BULLOUS HERNIATION OF THE LUNG

M. Cumhur SİVRİKOZ\*, Bülent TUNÇÖZGÜR\*\*, Maruf ŞANLI\*,  
Haşim ÜSTÜNŞOY\*\*, Metin TOPAL\*\*\*, Levent ELBEYLİ \*\*\*\*

\* Uz.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi AD,  
\*\* Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi AD,  
\*\*\* Arş.Gör.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi AD,  
\*\*\*\* Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi AD, GAZİANTEP

### Özet

Akciğer herniasyonu ilk olarak 1847 yılında tarif edilmiş ve bundan sonra 300'den az olgu kayıtlara geçmiştir. Bu olgular genellikle travma sonrası ve parankim herniasyonu şeklinde ortaya çıkmıştır. Sunduğumuz olgulardan ilkinde iyatrojenik etiyoloji sonucunda akciğerden köken alan bül yapısının herniasyonu söz konusudur. Diğer olguda ise travma sonrası servikal bölgeye uzanan hava kisti mevcuttur. Daha önce literatürde bu şekilde olguya rastlamadığımızdan ve uygulanan tüp torakostominin ender bir komplikasyonunu vurgulayabilmek için bu olguları sunmayı uygun gördük.

**Anahtar Kelimeler:** Tüp torakostomi, Akciğer herniasyonu, Bül

T Klin Tıp Bilimleri 2002, 22:80-81

### Summary

The first case of the lung herniation was described in 1847 and fever than 300 cases have been reported until now. These cases generally had been observed herniation of parenchyma after trauma. In the first case, there is a bullous herniation, cause of iatrogenic trauma on the anterior chest wall. In the other one, after blunt thoracic trauma, pseudocyst is hernia to the cervical area. Before now, we didn't find any similar case in the literature therefore and for emphasizing rare complication of a tube thoracostomy, we want to report these cases.

**Key Words:** Tube thoracostomy, Lung herniation, Bullae

T Klin J Med Sci 2002, 22:80-81

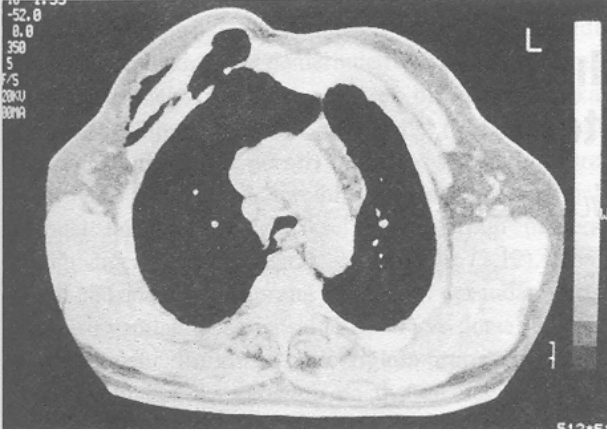
Akciğer herniasyonu nadir görülen bir patoloji olup daha çok travmaya sekonder oluşmaktadır (1). Sunduğumuz olgularda herniye olan yapı akciğer olmayıp, bül ve hava kistidir. Olgulara konservatif tedavi denendi, sonuç alınamaması üzerine cerrahi tedavi uygulandı. Ayrıca olgularımızdan birinde görülen tüp torakostominin ender görülen bir komplikasyonunu vurgulamak amacıyla bu olguları sunmayı uygun gördük.

### Olgu Sunumu

Altmışdokuz yaşında erkek hasta, 10 yıllık kronik obstrüktif akciğer hastalığı hikayesi mevcut. Olguya başka bir hastanede sağ spontan pnömotoraks tanısı konularak sağ 2. interkostal aralıktan kostokondral birleşkeye yakın bir mesafeden tüp torakostomisi uygulanmış. Olgu kliniğimize sualtı drenajı ile başvurdu. Radyografide akciğerin ekspansiyonu üzerine tüp çekilerek hasta taburcu edildi. Olgu yaklaşık bir ay sonra, tüp takılan bölgede öksürükle ve nefes alıp vermekle büyüyüp küçülen şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede, eski tüp torakostomi yerinde derin nefes almakla ve öksürmekle artan protrüzyon tesbit edildi. Ön-arka akciğer radyografisinde amfizematöz akciğer yapısı dışında patolojik görünüm tespit edilmedi. Kompüterize toraks tomografisinde sağ akciğer apeksinde büllöz

yapıların varlığı ve toraks dışına protrüze olan yapının büllöz yapı olduğu görüldü (Şekil 1). Hastaya 6 ay süreyle medikal tedavi uygulandı. Ancak konservatif tedaviden sonuç alınamaması ve herniasyon hacminin artması nedeniyle hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Sağ posterolateral torokotomiyle 5. interkostal aralıktan toraksa girildi. Üst lob anterior segmentte 5x6 cm'lik büllöz yapının 1cm çapındaki toraks defektinden dışarıya protrüze olduğu saptandı. Bül stepler kullanılarak eksize edildi ve toraks defekti gore-tex greft kullanılarak kapatıldı. Komplikasyon gelişmeyen olgu sorunsuz olarak izlenmektedir.

Yetmişiki yaşında KOAH hikayesi olan erkek olguya, künt toraks travması nedeniyle oluşan klavikula fraktürü sonrasında konservatif tedavi uygulanmış. Kliniğimize klavikula üzerinde şişlik ve ses kısıklığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede servikal bölgeye uzanan 10x10 cm'lik, öksürükle artan, palpasyonla kaybolan yumuşak kıvamda kitle mevcuttu. Kompüterize toraks tomografisi incelemesinde sağ hemitoraks apikalinde, toraks içinden başlayıp servikal bölgeye uzanan hava kisti mevcuttu (Şekil 2). Uyguladığımız konservatif tedaviye cevap vermemesi üzerine cerrahi tedaviye başvuruldu. Operasyonda akciğer apeksinde 2x4 cm'lik alanda kalınlaşma ve üst lob parankiminde bir noktada 0.5 cm'lik



Şekil 1. Tüp torakostomi sonrası bül herniasyonu olgusu.



Şekil 2. Travma sonrası servikal hava kisti olgusu.

bronş ağzı saptandı. Bu bronş ağzından servikal bölgeye hava giriş çıkışı olduğu tesbit edildi. Parankim bölgesi wedge rezeksiyonla çıkartıldı. Toraks duvarında, klavikula kenarındaki 1x1 cm'lik fistül ağzı nonabsorbabl dikişle primer onarıldı.

### Tartışma

Akciğer herniasyonunda etiyoloji konjenital ve kazanılmış olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu sınıflamaya göre travma hikayesi etiyojide önemli bir oranı oluşturmaktadır (1). Sunduğumuz olgularda olay küt travma ve iyatrojenik travma sonrasında ortaya çıkmıştır. Travma ile oluşan lokal iskemi ve denervasyon hasarına bağlı interkostal kas atrofisinin herniasyona zemin hazırladığı Goodman ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (2). Mevcut defekt üzerine ilave olan yüksek intratorasik basınç ve KOAH paterni herniasyon oluşma olasılığını artırmaktadır (3,4). Sunduğumuz olguların her ikisinde de KOAH hikayesinin olması literatürle uygunluk göstermektedir.

Akciğer herniasyonunda diğer bir sınıflama, anatomik sınıflandırmadır. Servikal, interkostal ve diaframatik bölgeden oluşan herniasyon olguları tarif edilmiştir (5). İnterkostal herniasyonda Latisimus dorsi, Trapezius ve Romboid kasları nedeniyle anterior duvar posterior duvardan zayıftır. Ayrıca kostokondral birleşkeye yaklaştıkça interkostal kas yapısında zayıflama görülmektedir (3,4). Sunduğumuz olgulardan ilkinde herniasyon anterior interkostal bölgeden oluşmuştur ve dikkat çekici diğer nokta ilk tüp takma işleminin interkostal kasların zayıf olduğu kostokondral birleşkeye yakınlığıdır. Diğer olguda ise herniasyon servikal bölgeden oluşmuştur.

Bu konuda yapılan çalışmalar, konservatif tedavi ile semptomatik olmayan olgularda sonuç alınabileceğini göstermiştir. Semptomatik olgularda ve komplikasyon gelişen olgularda cerrahi tedavinin küratif olduğu kabul edilmektedir. Cerrahi tedavide toraks defekti, kas dokusu ve sentetik destek materyalleri ile kapatılmıştır (1,4,6). Her iki olguda da 6 aylık konservatif tedaviye cevap alınamadı ve bu süre zarfında hernie olan hacmin artması üzerine, olgular semptomatik olmamasına rağmen opere edildi. Olguların uzun dönem takiplerinde herhangi bir problemle karşılaşılması.

### KAYNAKLAR

1. Erik R, La Hei, Cedric W. Deal. Intercostal lung hernia subsequent to harvesting of the left internal mammary artery. Ann Thorac Surg 1995; 59: 1579-80.
2. Goodman P, Balachandran S, Guinto FC Jr. Post-operative atrophy of postero-lateral chest wall musculature:CT demonstration. J Comput Assist Tomogr 1993; 17: 63-6.
3. Montgomery JG, Lutz H. Hernias of the lung. Ann Surg 1925; 82: 220-31.
4. Gary S, Allen, Ronald P. Fischer. Traumatic lung herniation. Ann Thorac Surg 1997; 63: 1455-6.
5. Hiscore DB, Digman GJ. Types and incidence of lung hernias. J Thorac Cardiovasc Surg 1955; 30: 335-42.
6. Scullion DA, Negus R, Al-Kutoubi A. Case report:Extrathoracic herniation of the lung with a review of the literature. The British Journal of Radiology 1994; 67: 94-6.

Geliş Tarihi: 30.03.2001

Yazışma Adresi: Dr.M.Cumhuri SİVRİKOZ  
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Göğüs Kalp Damar Cerrahi AD  
27070, Koleytepe, GAZİANTEP

<sup>†</sup>Toraks Derneği Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi 2000'de Poster olarak sunulmuştur.