



Case Report / Olgu sunumu

Radyolojik Olarak Nekrotizan Pnömoni Ve Apseyi Taklit Eden İntralober Sekestrasyon

Intralobar Sequestration Mimicking Radiologically Necrotizing Pneumonia and Abscess

Hıdır Esme¹, Mehmet Karaduman¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Konya

Öz

Amaç: Pulmoner sekestrasyon anormal sistemik arter damarlanmasına sahip kistik, fonksiyone olmayan embriyonik akciğer dokusuyla karakterize konjenital bir malformasyondur. Klinik olarak bronşektazi, pnömoni, akciğer absesi ya da kaviter akciğer hastalıklarını taklit edebilen, tedavisinde cerrahi rezeksiyon gerektiren konjenital bir patolojidir.

Olgu: Burada sol akciğerin alt lob bazal segmentinde lokalize intralober sekestrasyon olan 11 yaşında kız çocuğu olgusunu rapor ettik. Radyolojik incelemede sol alt lobta akciğer absesi ile uyumlu görünüm mevcut idi. Akciğer absesi tanısıyla bazal segmentektomi uygulandı ancak intralober sekestrasyon olduğu tesbit edildi.

Sonuç: Burada radyolojik olarak nekrotizan pnömoni ve akciğer absesiyle karışan pulmoner sekestrasyon olgusu sunuldu ve literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: İntralober sekestrasyon, nekrotizan pnömoni, apse

GİRİŞ

Pulmoner sekestrasyon trakeobronşial havayolları ile belirgin bir bağlantısı olmayan, herhangi bir fonksiyon göstermeyen, kanlanmasını pulmoner arteriyel sistem yerine sistemik arterlerden alan anormal akciğer dokularıdır. Nadir konjenital anomaliler olup, tüm konjenital akciğer malformasyonlarının %0,15-6,4'ünü oluşturmaktadır.^[1,2] İntralober sekestrasyon akciğer parenkimi içine gömülü iken, ekstralober sekestrasyon adeta ayrı bir lob gibi kendi visseral plevrası ile örtülüdür. Her iki tipte de arteriyel kanlanma torasik veya abdominal aort ya

Abstract

Aim: Pulmonary sequestration is a congenital malformation characterised by cystic, non-functioning embryonic lung tissue with vascularisation of an abnormal systemic artery. It's a congenital pathology which requires surgical resection and can clinically mimic bronchiectasis, pneumonia, pyogenic lung abscess or cavitary lung diseases.

Case: We report a 11-year-old male patient with intralobar pulmonary sequestration located in the lower lobe basal segment of the left lung. Radiological investigation revealed lung abscess in the left lower lobe. Basal segmentectomy was performed with the diagnosis of lung abscess but intralobar sequestration was detected.

Result: In this presentation, pulmonary sequestration which is misdiagnosed as necrotizing pneumonia and lung abscess radiologically, has been discussed in the light of literature

Keywords: Intralobar sequestration, necrotizing pneumonia, abscess

da bunların herhangi bir dalından sağlanırken, venöz drenaj genellikle intralober sekestrasyonda pulmoner venlere, ekstralober sekestrasyonda ise azigos veya hemiazigos yoluyla sistemik venlere olmaktadır. İntralober sekestrasyonun %60-70'i, ekstralober sekestrasyonun %90'ı sol hemitoraksta lokalizedir.^[3,4] Bu yazımızda sık enfeksiyon geçirme hikayesi olan, 4 hafta boyunca çocuk hastalıklarında enfeksiyon tedavisi alan fakat radyolojik düzelme gözlenmeyen ve nekrotizan pnömoniye bağlı apse ön tanısıyla opere edilen çocuk hasta sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.



OLGU

11 yaşında çocuk hasta ateş, öksürük ve balgam çıkarma yakınmalarıyla çocuk hastalıklarına başvurmuş. Sık enfeksiyon geçirme hikayesi olan hastaya çekilen PA Akciğer grafisinde sol akciğerde nekrotizan pnömoni ön tanısıyla ikili antibiyotik tedavisi başlanmış (**Resim 1**).

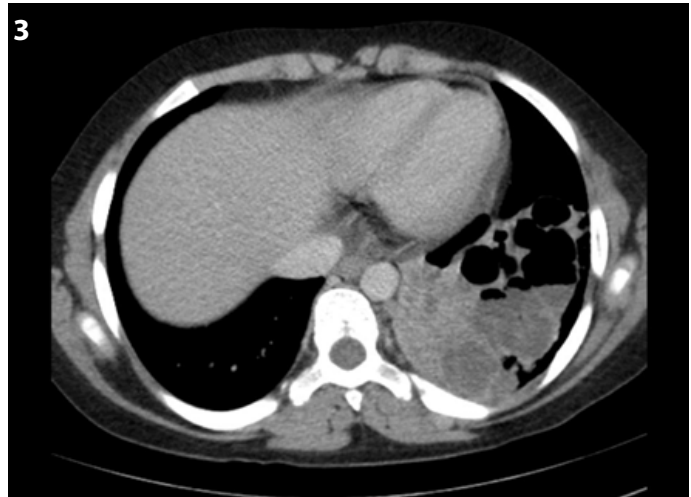
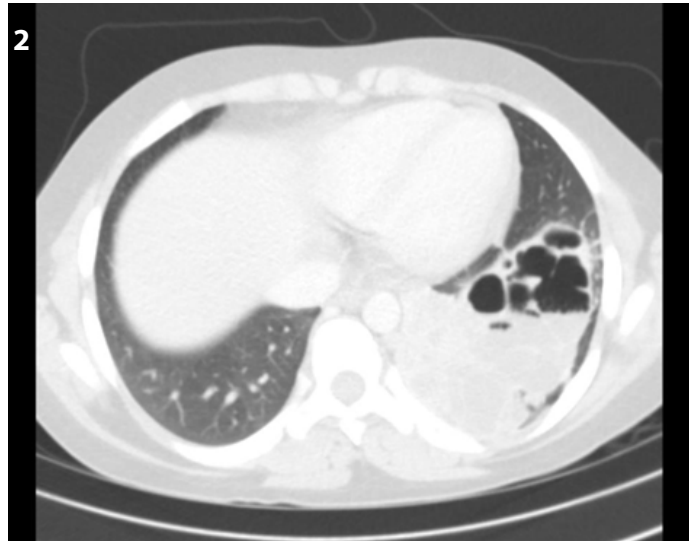


Resim 1. PA Akciğer grafisinde sol alt zonda pnömonik infiltrasyon ve dansite artışı

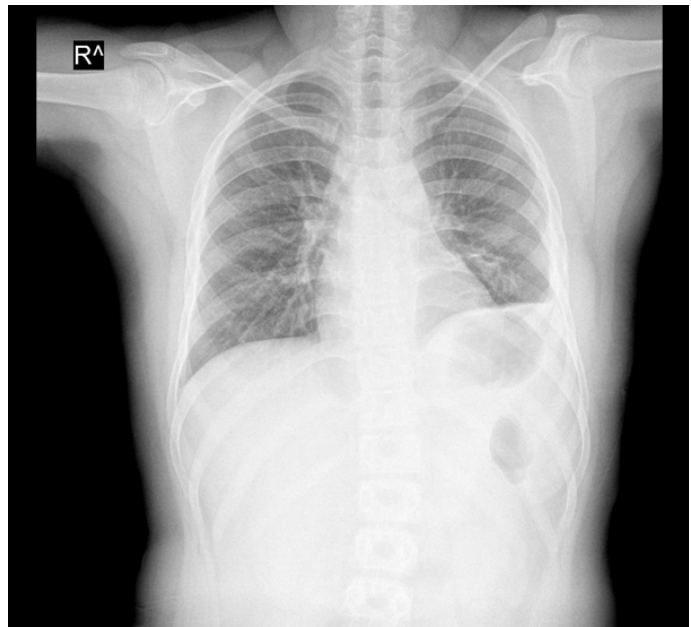
4 hafta süren antibiyotik tedavisi sonrası şikayetleri gerileyen yalnız radyolojik olarak düzelmeye gözlenmeyen hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilerek tarafımıza yönlendirilmiş (**Resim 2, Resim 3**).

Nekrotizan pnömoniye bağlı akciğer absesi düşünülen hasta, preop hazırlandı ve opere edildi. Operasyon sırasında sol alt lob bazal segment kistik yapılarla sahipti, inferior pulmoner ligaman serbestleştirildiğinde 1 cm çapında, pulsatil, direkt torasik aortadan kaynaklanan arteriyel damarlanması saptandı. Damar dönüldü ve damar stapleri kullanılarak kesildi. Alt lob süperior segment parankimi normal idi. Alt lob süperior segment korunarak sol alt lob bazal segmentektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede kronik inflamasyon, küboidal epitelyum ile döşeli alveol yapıları, kalın duvarlı damarlar ve kolumnar epitelyum ile döşeli kistik boşluk saptandı ve bu bulgular intralober sekestrasyon ile uyumlu bulundu.

Takiplerinde postoperatif 1. gününde şilöz vasıfta drenajı olması üzerine mayide trigliserit ve kolesterol çalışıldı. Kolesterol: 67 mg/dl, Trigliserit: 468 mg/dl olarak tespit edilen hastaya şilotoraks tanısı konulması üzerine oral alımı kesildi, periferik total parenteral nütrisyon (TPN) başlandı ve somatostatin 5 µgr/kg/saat başlandı. Postoperatif 4. gününde drenajlarının 100 cc altına düşmesi üzerine otolog kan ile plöredesis yapıldı ve yüksek proteinli yağsız diyet başlandı. Postoperatif 6. gününde drenajlarının azalması üzerine TPN önce yarı doza düşüldü daha sonra stoplandı. Toraks dreni çekildi. Postop 9. gününde kontrol PA akciğer grafisinin ekspanse olması üzerine taburcu edildi (**Resim 4**). Kontrollerinde herhangi bir patoloji saptanmadı.



Resim 2-3. Toraks BT'de sol akciğer alt lobta nekrotizan pnömoniye düşündürülen kaviter lezyonlar (Parankim ve mediastinal pencere)



Resim 4. Taburculuk öncesi PA akciğer grafisi

TARTIŞMA

İntralober sekestrasyon, %15 oranında asemptomatik olup akciğer graflerinde intratorasik bir kitle olarak tesadüfen fark edilebilir.

Ancak, çoğunlukla, yaşamın ilk iki dekadında semptomlar ortaya çıkar. En sık görülen klinik tablo, sunulan olguda olduğu gibi rekürren ya da kronik, lokalize pulmoner enfeksiyondur.^[4] Rekürren ateş, öksürük, terleme, plöritik ağrı ve pürülan balgam sıklıkla mevcuttur. Hastamızda ateş, öksürük ve balgam şikayetleriyle tekrarlayan pnömoni atakları vardı.

İntralober sekestrasyon değişik radyolojik görüntüler ile karşımıza çıkabilir. Wei ve Li,^[6] 2625 hastada yaptıkları çalışmada, toraks BT'de en fazla kitle lezyonu şeklinde (%49,01) görüldüğünü, bunun dışında kistik lezyon (%28,57), kaviter lezyon (%11,57) ve %7,96 oranında pnömonik infiltrasyon şeklinde görüldüğünü bildirmişlerdir. İntralober sekestrasyon içine mukus salgılanması, kistik oluşuma neden olarak çevre akciğerde basıya bağlı atelektazi oluşturabilir ve eklenen enfeksiyon, sekestrasyon bölgesine de yayılarak bir bronşiyal bağlantıya sebep olabilir.^[4] Hastamızda BT'de çok sayıda kaviteleşmiş apse görünümüne sahip nekrotizan pnömoni görüntüsü mevcut idi.

Toraks BT, hem anormal akciğer parankimini hem de sekestrasyonu besleyen anormal damarları gösterebilir. Ancak BT, doğumsal kistik adenomatoid malformasyon, amfizem, akciğer apsesi, bronşiektazi ya da maligniteden ayırım için yeterli olmayabilir.^[7] İntralober sekestrasyondan şüphelenilen olgularda arteriyel dallanmanın ve venöz dönüşün tam olarak gösterildiği anjiyografi önerilmektedir. Olgumuzda klinik ve radyolojik olarak apse düşündüğümüz için arteriyel beslenme açısından ileri radyolojik incelemeler yapılmadı.

İntralober sekestrasyonun kesin tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Olgular asemptomatik olsa da hastayı sık enfeksiyon, hemorajik komplikasyonlar ve malignite gelişme riskinden korumak için elektif şartlarda operasyon önerilmektedir. Extralober sekestrasyon için sekestektomi, intralober sekestrasyon için ise lobektomi/segmentektomi daha sık olarak uygulanır.^[6] Biz hastamızda torakotomi ile sol alt lobun süperior segmentini koruyarak bazal segmentektomi işlemi uyguladık.

SONUÇ

Sonuç olarak intralober sekestrasyon, rekürren pulmoner enfeksiyonlarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Enfeksiyonları ve gelişebilecek komplikasyonları önlemek ve parankim koruyucu cerrahiye sağlayabilmek amacıyla erken dönemde cerrahi tedavi uygulanmalı ve bu hastalarda dikkatli preoperatif görüntüleme ve planlama yapılmalıdır.

ETİK BEYANLAR

Aydınlatılmış Onam: Bu çalışmaya katılan hasta(lar)dan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Frazier AA, Rosado de Christenson ML, Stocker JT, Templeton PA. Intralobar sequestration: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1997;17(3):725-45.
2. Gonzalez D, Garcia J, Fieira E, Parabela M. Video-assisted thoracoscopic lobectomy in the treatment of intralobar pulmonary sequestration. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;12(1):77-9
3. Safa N, Çakan A, Çağırıcı U, ve ark. İntralober akciğer sekestrasyonu (olgu sunumu). *İzmir Göğüs Hastanesi Derg*. 1997;11:109-15
4. Şahin E, Kaptanoğlu M, Nadir A, ve ark. Ender bir sekestrasyon olgusu. *Toraks Derg*. 2004;5:216-9.
5. Sırmalı M, Aydın E, Ağaçıran Y, ve ark. Sağ alt lobda lokalize intralober pulmoner sekestrasyon olgusu. *Solunum Hastalıkları*. 2004;15:55-8.
6. Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2625 cases in China. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2011;40:39-42.
7. Raemdonck DV, Boeck KD, Devlieger H, et al. Pulmonary sequestration: a comparison between pediatric and adult patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001;19:338-95.