

AZ RASTLANAN PLEVRA SIVILARI

Erhan TABAKOĞLU

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, EDİRNE.

DRESSLER SENDROMU

Miyokard infarktüsü, kardiyak cerrahi, künt göğüs travması, perkütan sol ventrikül iğne girişimi, pace maker uygulanması gibi miyokard veya perikardın hasarından sonra gelişir (1). Perikardit, plörit ve parankim infiltrasyonu ile karakterizedir. Sıklığı infarktüs sonrası %1 civarındadır, perikardı içeren kardiyak cerrahilerden sonra %30'dan daha fazla görülür. Patogenez bilinmemektedir, ancak perikard hasarına immünolojik cevap olduğu düşünülmektedir. Kalbe karşı oluşmuş antikorlar bir çok hastada gösterilmiştir (2). Klinik tablo hasardan tipik olarak üç hafta sonra gelişir, ancak üç gün ve bir yıl sonrada gelişebildiği bildirilmiştir. Ateş ve göğüs ağrısı iki önemli semptomdur. Birçok hastada perikardial frotman duyulur. Hastaların %50' sinde parankim enfiltrasyonu izlenir. Laboratuarda lökositoz ve sedimantasyon yüksekliği vardır. Vakaların üçte ikisinde plevral sıvı vardır, bilateral ve çoğu vakada az miktardadır. Sıvı eksuda karakterindedir, glikoz ve pH değerleri normaldir. Bazı olgularda pH 7,4 den büyük olabilir (3). Plevral sıvıda hücre sel dağılımı değişkendir, polimorfonükleer lökositler veya mononükleer hücreler görülebilir, daha kronik vakalarda lenfositler daha fazla saptanır (3-4). Nadiren hemorajiktir (3). Aspirin, indometasin gibi nonsteroid antiinflamatuar tedaviye genellikle yanıt vardır. Çok ciddi vakalarda kortikosteroidler gerekli olabilir.

CERRAHİ SONRASI PLEVRAL EFÜZYONLAR

Üst batın cerrahi girişimleri

Üst abdomen cerrahi uygulamalarından iki-üç gün sonra %70 hastada lateral dekübit filmde sıvı tespit edilir (5). Efüzyon genellikle az miktardadır vakaların ancak %20'sinde lateral dekübit filmde sıvı 10mm'yi geçer. Üst abdomen operasyonlarından sonra postoperatif

atelektazi geçiren hastalarda ve serbest karn içi sıvı olan vakalarda daha sıktır. Splenektomi sonrası genellikle fazla miktarda plevral sıvı oluşur. Efüzyonlar kendiliğinden rezorbe olur. Koroner arter bypass cerrahisinden sonra plevral sıvı oluşma ihtimali %40 kadar yüksektir. Efüzyon sıklıkla solda yada bilateraldir, yalnız sağ yanda olması nadirdir. Tanı amaçlı girişim önerilmez (4). Eğer plevral sıvı çok fazlaysa ve uzun süre devam ediyorsa, hemotoraks, konjestif kalp yetmezliği, enfeksiyon, pulmoner emboli, Dressler sendromu veya şilotoraks düşünülmelidir (6). Akciğer transplantasyonu: Operasyondan sonra lenfatiklerle boşaltılamayan sıvının boşaltılması ilk günlerde göğüs tüpü ile sağlanır. Akut ve kronik rejeksiyon, enfeksiyon, lenfoproliferatif hastalık gibi komplikasyonlardan sonra sıklıkla plevral sıvı oluşur (7).

Kemik iliği transplantasyonu: Plevral sıvının %0.4 oranda görüldüğü bildirilmiştir. Allogenik transplantasyon yapılan çocuklarda görülür. Transüda karakterindedir, göğüs tüpü takmayı gerektirecek kadar fazla olabilir. Organ reddi reaksiyonu olarak akut veya kronik vakalarda da gözükülebilir (8).

MEİGS SENDROMU

Batında selim over kitlesi, asit ve plevral sıvı ile karakterize bir hastalıktır. Sonraları aynı tablonun overin kistik selim tümörlerinde, uterusun selim tümörlerinde (fibromyom), ve overin düşük dereceli malign tümörlerinde metastaz yapmaksızın oluştuğu gösterilmiştir (1). Asit tümörün fazla miktarda sıvı salgılamasıyla oluşur. Sıvı transdiafragmatik geçişle plevral aralığa ulaşır. Meigs sendromlu hastalarda kilo kaybı vardır. Vakaları dissemine bir malineden ayırmak gereklidir. Plevral sıvı %70 sağ tarafta, %20 bilateraldir. Eksüda karakterinde, nadiren kanlıdır. Tanı pelvik kitlenin çıkarılmasını takiben iki hafta içinde plevral sıvı ve asitin kaybolmasıyla konur (1).

Yazışma Adresi: Yard. Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, EDİRNE.

Tel.: (0284) 235 76 41

ENDOMETRİOSİS

Endometrial dokunun toraks yerleşimi ile oluşur. Plevral tutulum %75 katamenial pnömotoraks, %15 hemotoraks şeklindedir. Menstrüasyonun ilk 72 saati içinde omuz ve göğüs ağrısı, dispne yakınmaları ortaya çıkar. Tipik olarak tekrar eder (9). Ciddi endometriosis varlığında masif asid bildirilmiştir. Plevral efüzyon saptanabilir. Genellikle sağ yanda bilateral de olabilir, sıvı kanlı yada çikolata görünümünde eksüda karakterindedir. Serum karsinoembrijenik antijen seviyesi yükselmiş olabilir. Tedavide gonadotropin releasing hormon agonistleri kullanılır. Genellikle etkisizdir, bir çok vakada total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-oferektomi uygulamak gerekir (10). Tanıda malignite ve tüberkülozla karışabilir (11).

OVER HİPERSTİMULASYON SENDROMU

Ovulasyon indüksiyonun ciddi bir komplikasyonudur. Eksojen human chorionic gonadotropinlerin verilmesinden 2-3 hafta sonra karın ağrısı, distansiyon, kuru öksürük dispne ile başlar. Masif over genişlemesi, multiple kistler, hemokonsantrasyon ve üç boşlukta sıvı toplanmasıyla karakterizedir. Patofizyolojisi tam açıklanamamıştır kapiller permeabiliteyi arttıracak, overlerden salgılanan vasoaktif bir ajana bağlı olduğu düşünülmektedir. Renal yetmezlik, hipovolemik şok, tromboembolik ataklar, akut solunum yetmezliği sendromu ve ölümler sonlanır. Plevral efüzyon genellikle bilateral ve eksüda karakterindedir. Hamile bayanlarda tanı zordur, pulmoner emboliyle karışabilir (12). Tedavide damar volümünü, elektrolit dengesini korumak ve emboli profilaksisi yapılmalıdır (13).

EKSTRAMEDULLAR HEMATOPOEZ

Ciddi kronik anemisi olan hastalarda plevranın ektramedullar hematopoezine bağlı olarak plevral efüzyon gelişebilir. Torasentezde kanlı bir plevral sıvı mevcuttur. Sıvıda granülositik, eritroid seri hücreleri ve megakaryositler görülür. Tedavi zordur talk plöredezisi faydalı olabilir (6). Tedavide düşük doz radyoterapi de denenebilir (14).

YELLOW NAIL SENDROMU (SARI TIRNAK HASTALIĞI)

Deforme sarı tırnaklar, lenfödem ve plevral sıvı hastalığın triadıdır. Lenfatik damarların hipoplazisi ile plevral sıvı

oluşur. Plevral sıvı vakaların yarısında bilateraldir ve masif olabilir. Lenfositik bir sıvıdır. Plevral kalınlaşma görülebilir. Tanı sadece plevral sıvı ile seyreden vakalarda zordur. Spesifik bir tedavisi yoktur efüzyon fazla ve semptom veriyorsa; plöredez, paritel plörektomi veya plöroperitoneal şant tedavide uygulanabilir (6).

İLAÇLAR

Klinik olarak ilaca bağlı gelişen plevral sıvıları tespit etmek çok zordur. Tanıyı doğrulayacak spesifik bir laboratuvar testi yoktur. İlaç kesilince plevral reaksiyon genellikle düzeleceği için tanıyı koymak önemlidir. İlaça bağlı akciğer hastalıkları sık değildir. Birçok ilaca bağlı plevral reaksiyon sıklıkla parankim infiltrasyonu ile beraberdir. Semptomlar akut olarak; titreme, ateş, öksürük ve dispne gibi ilaç alımını takiben saatler içinde ortaya çıkarabilir. Akut reaksiyon ilacı daha önce kullanmış hastalarda ortaya çıkar. Nitrofurantoin ve procarbazine akut hastalık yapar. Sıklıkla kanda ve plevral sıvıda eozinofili vardır. Bazı ilaç kullanımlarında kronik seyir gözlenir, haftalar yada aylar içinde ortaya çıkar. Methysergide, dantrolene kronik plevral reaksiyonlar, efüzyon ve fibrosiz yapma eğilimindedirler. Nadir olarak ilaç almından 2-3 yıla kadar bir klinik bulgu vermeyebilir. Plevral değişiklikler tek veya iki taraflıdır. İlaç alımını kestikten sonra birçok vakada 6 aylık bir zamanda iyileşme gösterir. Ancak fibrotoraks bazı olgularda kalıcıdır (4). Plöro-pulmoner hastalık yaptığı kanıtlanmış ilaçlar Tablo I de gösterilmiştir.

Tablo I: Plevral sıvı sebebi olabilecek ilaçlar.

Toksik Plörit	İlaça Bağlı İyileşme	
	Kesin kanıtı	Muhtemel
Nitrofurantoin	Hydralazine	Carbamazepine
Dantrolene	Procainamide	D-Penicillamine
Methysergide	Isoniazid	Ethosuximide
Bromocriptine	Phenytoin	Ethylphenacetamide
Amiodarone	Chlorpromazine	Guanoxan
Procarbazine		Griseofulvin
Methotrexate		Mephenytoin
		Methyldopa
		Methylthiouracil
		Oral contraceptive
		Para-aminosalicylic acid
		Penicillin
		Phenylbutazone
		Propylthiouracil
		Primidone
		Reserpine
		Streptomycin
		Sulfonamides
		Tetracycline
		Troxidone

TUZAK AKCİĞERİ

Visseral plevranın inflamasyonu sonucu fibröz bir kabuk ile akciğerin etrafının sarılması ile oluşur. Bu zırh akciğerin tam anlamıyla ekspansiyonuna engel olur, plevral negatif basınç artar, bu nedenle kronik bir plevral efüzyon gelişir. Hastaların geçmişinde pnömoni, hemotoraks, pnömotoraks veya toraks operasyonu geçirme öyküsü vardır. Sıvı transüda eksüda sınırında bir sıvıdır. Bilgisayarlı tomografi ile kalınlaşmış plevra gösterilebilir. Torasentez sırasında intraplevral basıncın ölçülmesi tanıda yardımcıdır. Semptomu olmayan hastalarda klinik olarak takip edilebilir. Kesin tedavi torakotomi ile dekortikasyon tedavisidir (1).

RADYASYON TEDAVİSİ

Toraksa yapılan radyoterapi sonucu plevral efüzyon gelişebilir. Göğüs kanseri nedeniyle hemitoraksa 4000 ile 6000 rad radyoterapi alan hastaların %6' sında plevral efüzyon geliştiği bildirilmiştir. Plevral efüzyon radyoterapi tamamlandıktan 6 ay içinde ortaya çıkar, vakalara pnömonitis de eşlik eder. Plevral sıvı sınırlı kalma eğilimindedir. Aylar içinde yavaş yavaş rezorbe olur. Sıvı eksüda karakterindedir ve fazla miktarda mezotel hücreleri içerir. Önemli olan radyoterapi alan hastalarda gelişen plevral sıvının malignitenin metastazına bağlı olmadan da oluşabileceğini düşünmektir (6).

İATROJENİK PLEVRAL EFÜZYONLAR

İnternal jugular ve subklavian ven kateterizasyonlarında, translumber aortografik uygulamalar, son birkaç yıldır daha sık kullanılan nasogastrik ve nasoenterik beslenmede kullanılan küçük poliüretan yumuşak fleksibl tüplerin yanlış yerleştirilmelerinde ciddi plevral komplikasyonlara yol açabilirler. Endotrakeal tüpü yerleştirmekte kullanılan style denilen tel yol göstericilerde perforasyon sonucu komplikasyon gelişebilmektedir (15).

SİSTEMİK KAPİLLER GEÇİRGENLİK SENDROMU

Generalize ödem, ciddi hipotansiyon ve serumda paraproteinemi ile seyreden nadir bir hastalıktır. Plevral sıvıya sebep olabilir(16).

WALDENSTROM MAKROGLOBULİNEMİSİ

Normalde IgM (makroglobulin) yapımı ile görevli B-lenfosit klonlarının neoplastik bir hastalığıdır. Adenomegali, hepatosplenomegali görülür kanda artmış makroglobuline bağlı hiperviskozite oluşur. Hastalık nadiren plevrayı tutarak plevral sıvıya neden olabilir(17).

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ

Otozomal resesif geçişli sorumlu geni 16. kromozomda saptanan bir hastalıktır. Ağrılı plevral sıvı ataklarıyla seyredebilir. 175 vakalık bir seride peritonit, artrit yanında plörit %32 vakada tespit edilmiştir (18). Plörit atağı geçiren olguların çoğunda büyük eklemleri tutan artrit ve artraji beraberdir. Eklem ağrısı tipik olarak 12- 24 saat içinde kaybolur. Ateş 40°C kadar yükselebilir 12- 48 saat devam eder. Remisyonlarla seyredir prognozu iyidir (9).

KAYNAKLAR

1. Light RW: Pleural effusion due to miscellaneous diseases. In Pleural Diseases. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1995:224-241.
2. Engle MA, Zabriskie JB, Senterfit LB, ve ark. Post pericardiotomy syndrome: A new look at and old condition. Mod Concep Cardiovasc Dis 1975;44: 59-64.
3. Stelzner TJ, King TE Jr, Antony VB, ve ark. The pleuropulmonary manifestations of postcardiac injury syndome. Chest 1983;84:383-388.
4. Winterbauer RH. Nonmalignant Pleural Effusions. In:Fishman AP eds. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. 3 nd eds.New York, McGraw-Hill 1998:1:89:1422-1426.
5. Nielsen PH, Jepsen SB, Olsen AD: Postoperative pleural effusion following upper abdominal surgery. Chest 1989;96:1133-1135.
6. Light RW, Broaddus VC. Pleural Effusion. In: Murray JF, Nadel JA, eds. Textbook of respiratory Medicine 3nd eds. Philadelphia, W.B. Saunders Company 2000;2:74:2031-2037.
7. Medina LS, Siegel MJ, Bejarano PA, ve ark. Pediatric lung transplantation: Radiographic-histologic correlation. Radiology 1993;187:807-810.
8. Seber A, Khan SP, Kersey JH: Unexplained effusions: Association with allogeneic bone marrow transplantation

- and acute or chronic graft-versus-host disease. *Bone Marrow Transplant* 1996;17:207-211.
9. Fraser RS, Müller NL, Colman N, Pare PD. Diagnosis of Diseases of the Chest. 4 rd ed. Philadelphia WB Saunders. 1999;4:69:2766-2769.
 10. Muneyyirci-Delale O, Neil G, Serur E, ve ark. Endometriosis with massive ascites. *Gynecol Oncol* 1998;69:42-46.
 11. Flanagan KL, Barnes NC. Pleural fluid accumulation due to intra-abdominal endometriosis: a case report and review of the literature. *Thorax* 1996;51:1064.
 12. Roden S, Juvin K, Homasson JP ve ark. An uncommon etiology of isolated pleural effusion. The ovarian hyperstimulation syndrome. *Chest* 2000; 118: 256-8.
 13. Mukherjee D, Lange P, Sferry C, ve ark. Dyspnea, cough, and chest pain in a 35year-old pregnant women. *Chest* 1995;107: 1460-1462.
 14. Oren I, Goldman A, Haddad N ve ark Ascites and pleural effusion secondary to extramedullary hematopois. *Am J Med Sci* 1999; 318: 286-288.
 15. Roubenoff R, RavichWJ: Pneumothorax due to nasogastric feeding tubes:Report of four cases, review of the literature, and recommendations for prevention. *Arch Intern Med* 1989;149:184-188.
 16. Airaghi L, Montori D, Santambrogio L ve ark. Chronic systemic capillary leak syndrome. Report of a case and review of the literature. *J Intern Med* 2000; 247:731-735.
 17. Mansoor A, Wagner RP, DePalma L. Waldenstrom macroglobinemia presenting as a pleural effusion. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124:891-893.
 18. Barakat MH, Karnik AM, Majeed HW, ve ark. Familial Mediterranean fever (recurrent hereditary polyserositis) in Arabs a study 175 patients and review of the literature. *Q J Med* 1986;60:837.