

Akciğer Grafisinde Sağ Üst Zonda Kitle Lezyonu Saptanan 37 Yaşında Asemptomatik Erkek Olgu: Tanınız nedir?

37 Years Old, Asymptomatic Male Patient With Chest x-Ray Mass Lesion in the Right Upper Zone: What is your diagnosis?

Fatih Alaşan¹, Elif Nisa Ünlü², Ali Nihat Annakkaya¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Otuz dört yaşında erkek hasta iş yerinde kontrol için çekilen akciğer grafisinde anormal bulgular saptanması üzerine polikliniğimize başvurdu. Asemptomatik olan hastanın bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Fiberglastan polyester imal eden değişik fabrikalarda 20 yıldır çalışıyordu. On beş paket-yıl sigara anamnezi mevcuttu ve halen aktif olarak kullanıyordu. Fizik muayenesinde inspeksiyon doğaldı ve dinlemekle sağ infraskapul alanda sekretuar kaba raller mevcuttu. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Hastanın rutin kan tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde 5 yaşında iken at arabası kazası atlattığını ve karın bölgesi üzerinden aracın tekerleğinin geçtiğini, bu nedenle karaciğer operasyonu geçirdiğini belirtti. Ailede tüberküloz hastası ve tüberküloz temas öyküsü yoktu. Tüberkülin deri testi 14 mm ölçüldü. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda klavikula altı bölgede para hiler yerleşimli sınırları düzgün ve lobülasyon gösteren 3-4 cm çapında kitle görüldü (Resim 1). Kitle çevresinde hiperlusen bir alan dikkati çektiği için ekspiryum filmi istendi. Ekspiratuar grafide kitle çevresindeki lokal havalanma artışı olan bölge daha belirgin olarak izlendi (Resim 2).

Değişik mesleki maruziyetler ve sigara anamnezi olan olguda bronşial obstrüksiyona sekonder lokal hava hapsi düşünülerek kontrastlı bilgisayarlı akciğer tomografisi istendi. Tomografide sağ üst lob anteriorda kitle görünümü veren lezyon ve bu lezyonun anteriorunda periferik lokal hava hapsi (Resim 3) görülmesi üzerine bronkoskopi kararı ile tetkiklere devam edildi.

Videobronkoskopik incelemede, sağ üst lob anterior segment giriminin atrezik olması dışında anormallik görülmedi (Resim 4).



Resim 1. Sağ akciğer üst zonda klavikula altı bölgede para hiler yerleşimli sınırları düzgün ve lobülasyon gösteren 3-4 cm çapında kitle-sel opasite.

Alındığı Tarih / Received Date: 05.06.2014
Kabul Tarihi / Accepted Date: 15.07.2014
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Available Online Date: 27.01.2015

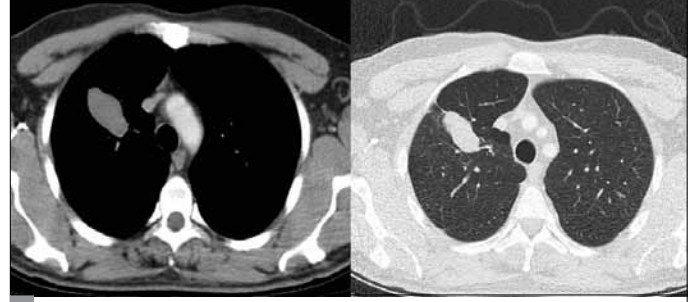
Yazışma Adresi / Address for correspondence
Ali Nihat Annakkaya, Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
Düzce, Türkiye
E-posta / E-mail: annakkaya@gmail.com

© Copyright 2015 Turkish Respiratory Society (TRS)
Eurasian J Pulmonol 2015
DOI: 10.5152/ejp.2014.47966

• Available online at www.eurasianj pulmonol.com



Resim 2. Ekspiratuar grafide kitle çevresindeki lokal havalanma artışı bölgesi daha belirgin olarak izlendi.



Resim 3. Sağ üst lob anteriorda kitle görünümünde içi mukus ile dolu dilate bronş ve lezyonun anteriorunda periferik lokal hava hapsi izlendi.



Resim 4. Sağ üst lob apikal ve posteriorun açık olduğu anterior segment giriminin atrezik olduğu görüldü.

Bu olguda tanınız nedir?

Konjenital bronşiyal atrezi

Akciğer grafisinde görülen nodül ve kitlelerin, hasta asemptomatik olsa bile malignite riski açısından değerlendirilmesi gerekir. Genç-orta yaşta olan olguda sigara içme öyküsüne ek olarak mesleki bazı maruziyetlerin olması erken yaşta akciğer kanseri riskini arttırmaktadır. Olguda öksürük, dispne ve hemoptizi semptomları yoktu. Ancak akciğer grafisinde görülen lokal hava hapsi bulguları check-valve mekanizmasına neden olmuş bir endobronşiyal lezyonu akla getirmekteydi. Bu aşamada, varsa eski akciğer grafileri ile karşılaştırma yapmak önemli bir seçenektir. Bilgisayarlı akciğer tomografisi, bronkoskopi ile saptanan sağ üst lob anterior segment orifisinin atrezik görünümü ile birlikte yorumlandığında, bu olgudaki kitle görünümünün içi mukus ile dolu dilate bronşa ait olduğu düşünüldü. Lezyonun periferindeki lokal hava hapsi ile birlikte, bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları **konjenital bronşiyal atrezi** için tipikti.

Bronşiyal atrezi, lobar, segmental veya subsegmental bronşların ke-sintiye uğrayarak kör bir şekilde sonlanması ile karakterize, periferik mukus impaksiyonu (bronkosel, mukozal) ve obstrükte akciğer segmentinde hiperinflasyonun eşlik ettiği konjenital bir anomalidir ve ilk kez 1953'te tariflenmiştir (1).

En sık sol üst lob apikoposterior segment bronşunda görülür. Bunu sağ üst, orta ve alt lobun segmental bronşları takip eder (2, 3). Genellikle asemptomatik olup insidental olarak saptanır. Semptomatik olduğunda klinik bulgular hafif dispne ve wheezing ile tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarına kadar geniş bir spektrumu içerir. Tanı, ortalama 17 yaş civarında konur ve erkeklerde daha fazla görülür (4).

Klasik radyografik görüntüsü, hilustan hiperlügen parankime doğru uzanan ve dallanmalar gösteren tübüler veya nodüler opasite şeklindedir. Mukus impaksiyonları "eldiven parmağı görünümü" oluşturabilir. BT, tanı için daha sensitif bir yöntem olup, bulgular tipik olduğunda tanı koydurucudur. BT ve MR ile lezyonun vasküler olmadığı gösterilebilir ve vasküler patolojiler dışlanabilir (5, 6).

Ayırıcı tanıda mukus impaksiyonunun görülebildiği alerjik bronkopulmoner aspergillozis veya kistik fibrozis gibi hastalıklar yanı sıra, ilgili segment veya lobun hiperlügen görünümüne sebep olabilecek bronkosel, konjenital lobar amfizem, konjenital kistik adenomatoid malformasyon, bronkojenik kist, bronkopulmoner sekestrasyon ve Swyer-James-MacLeod sendromu bulunmaktadır (4).

Hasta Onamı: Hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - A.N.A.; Tasarım - N.Ü.; Denetleme - A.N.A.; Kaynaklar - N.Ü., F.A.; Malzemeler - F.A., N.Ü.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - F.A., N.Ü.; Analiz ve/veya yorum - N.Ü., F.A.; Literatür taraması - N.Ü., F.A.; Yazıyı yazan - A.N.A., N.Ü., F.A.; Eleştirel inceleme - A.N.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Ramsay BH. Mucocoele of the lung due to congenital obstruction of a segmental bronchus; a case report;relationship to congenital cystic disease of the lung and to congenital bronchiectasis. Dis Chest 1953; 24: 96-103. [\[CrossRef\]](#)
2. Meng RL, Jensik RJ, Faber LP, Matthew GR, Kittle CF. Bronchial atresia. Ann Thorac Surg 1978; 25:184-92. [\[CrossRef\]](#)
3. Müller NL, Fraser RS, Colman N, Pare P. Developmental and hereditary lung disease. In: Radiologic diagnosis of diseases of the chest. Philadelphia, Pa: Saunders, 2001;125-128.
4. Rajagopala S, Devaraj U, Swamy S, Kumar A. Muroid impaction in a 15-year-old with bronchial atresia. Respir Care 2012; 57: 471-3. [\[CrossRef\]](#)
5. al-Nakshabandi N, Lingawi S, Müller NL. Answer to case of the month 72. Congenital bronchial atresia. Can Assoc Radiol J 2000; 51: 47-8.
6. Finck S, Milne EN. A case report of segmental bronchial atresia: radiologic evaluation including computed tomography and magnetic resonance imaging. J Thorac Imaging 1988; 3:53-7. [\[CrossRef\]](#)