

Orta Lob Sendromu; Sağ Akciğer Lezyonlarında Ayırıcı Tanılar Arasında Olmalı

Middle Lobe Syndrome: Differential Diagnosis Should be Made Between The Right Lung Lesions

Fatih Meroğlu¹, Mahsuk Taylan², Melike Demir², Burak Gül¹, Ali Birak¹

Özet

Sağ orta lob sendromu, sağ orta lobda inatçı ya da tekrarlayan atelektaziler ile karakterize olan bir tablodur. Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelerin etkisiyle erken tanı konulması sıklığı artmıştır. Burada, sağ orta lob tümörü ön tanısıyla tüm invazif girişimlere rağmen tanısı konulamayan 23 yaşındaki bayan hasta ile akciğer- karaciğer hidatik kist nedeniyle operasyona alınan ve operasyon esnasında orta lob sendromu tanısı konulan 15 yaşındaki olgularımızı sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Akciğer, hidatik kist, karaciğer, orta lob sendromu.

Abstract

The right middle lobe syndrome is clinical condition of the right lung middle lobe, characterized by persistent or recurrent atelectasis. Thanks to recent advancements in imaging techniques, early diagnosis has become more widespread. Herein, we present a 23-year-old female case with a suspected middle lobe tumor that was left undiagnosed, despite all invasive procedures and a 15-year-old male case of lung and liver hydatid cysts that was diagnosed with middle lobe syndrome during surgery.

Key words: Lung, hydatid cyst, liver, middle lobe syndrome.

Orta lobun izole atelektazisi 'orta lob sendromu' olarak bilinir. Orta lob sendromu kronik ve süperatif bir hastalıktır. Orta lobda diğer loblarla karşılaştırıldığında, daha kolay atelektazi görülmektedir. Bunu nedeni, orta lob bronşunun segment bronş-

larına bölünmeden önce rölatif olarak uzun boyu, bronş çapının dar olması, lob bronşunun lenf nodlarıyla çevrelenmiş olması ve lob bronşunun büyük çoğunlukla kötü drenaja neden olan intermediyer bronşun sağ köşesinden ayrılmış olmasıdır (1).

¹Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

¹Department of Thoracic Surgery, Dicle University, Faculty of Medicine, Diyarbakır, Turkey

²Department of Chest Disease, Dicle University, Faculty of Medicine, Diyarbakır, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 20.01.2016 **Kabul tarihi (Accepted):** 15.04.2016

İletişim (Correspondence): Fatih Meroğlu, Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

e-mail: drfatihmeroglu@hotmail.com



OLGU

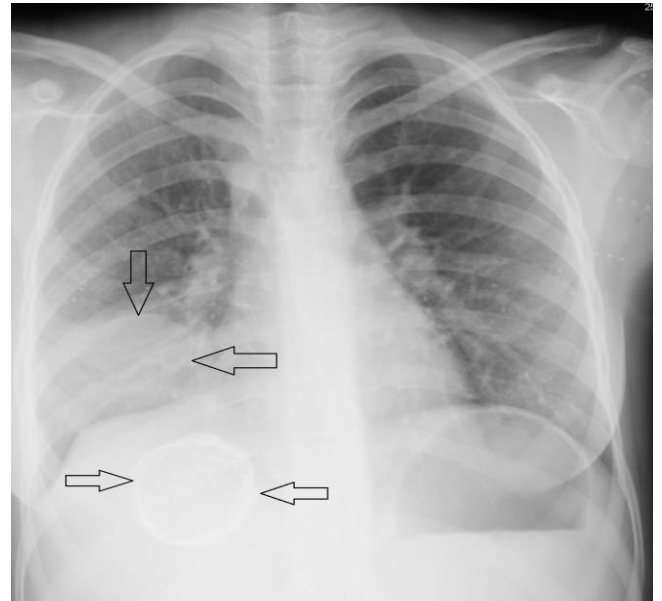
Olgu 1: Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve kilo kaybı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 23 yaşındaki bayan hasta yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde sağ göğüs ön duvar 4. ve 6. kotlar arasında akciğer sesleri azalmış ve yer yer ronküs alınıyordu. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Laboratuvarında; CRP: 11,9 mg/dl, Sedimantasyon: 35 mm/h, plevral sıvı LDH: 1051' ml/dl, total protein: 5,3 mg/dl, albumin; 2,9 mg/dl ve glikoz 50 mg/dl olup ek-süda vasfında idi. Ayrıca plevral sıvı periferik yaymada lenfosit hâkimiyeti vardı (lenfosit; % 90.91). Balgam ARB üç kez negatif idi. Hasta toraksa müdahale etmeye izin vermediği için plevral biyopsi yapılamadı. Akciğer grafisinde sağ orta zonda artmış infiltrasyon, bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) ise sağ orta lobda atelektazi, mediastinal ve hiler lenfadenomegali mevcuttu (Şekil 1). Dış merkezde çekilen PET-BT de; sağ akciğer hiler bölgede orta lob bronşunu saran ve orta loba uzanan, kostal ve mediastinal plevraya oturan 54x33 mm ebadında kitelde SUVmax 6,3, sağ paratrakeal, subkarinal sağ hiler lenf nodlarında SUVmax 7,5 olan FDG tutulumu mevcuttu. Hastanın fiberoptik bronkoskopisinde sağ orta lob bronş girişi hiperemik ve pürülan sekresyon geliyordu. Orta loba girilemedi. Orta lob girişinden lavaj alındı ve biyopsi yapıldı, ancak tanıya ulaşamadı. Bunun üzerine mediastinoskopi ile sağ 2 ve 4 nolu lenf nodlarında biyopsiler alındı. Frozen ve patolojik takip sonucu kazeifiye granülomatöz lenf adenitle uyumlu geldi. Anti-tüberküloz tedavi ile klinik düzelmesi olan hasta takibe alındı.



Şekil 1: BT' de sağ orta lobda atelektazi, mediastinal ve hiler lenf nodları ile plevral sıvı.

Olgu 2: Göğüs ağrısı ve öksürük şikâyeti ile kliniğimize başvuran 15 yaşındaki bayan hasta yatırıldı. Fizik muayenede her iki akciğer solunuma eşit katılıyordu. Sağ göğüs ön taraf midklavikular hat 4. ve 5. kotlar arasında akciğer sesleri azalmıştı. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Laboratuvarında; WBC: 8,500/mm³, CRP: 1,5 mg/dl, *Echinococcus granulosus* IgG:1/100 idi. Arka-ön

akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonda konsolidasyon, karaciğer lojuna uyan bölgede ise yaklaşık 4x4,5 cm ebadında, keskin sınırlı ve çeperi kalsifik lezyon görüldü (Karaciğer hidatik kisti ön tanısıyla kist içeriği aspire edilmişti) (Şekil 2). Toraks BT de, trans-diyafragmatik geçiş gösteren karaciğer hidatik kisti ve sağ akciğer orta lobda rüptüre hidatik kistle uyumlu lezyon mevcuttu (Şekil 3). Hastaya 7 gün antibiyoterapi, solunum fizyoterapisi ve mukolitik-ekspektoranlar verildi ve 8. gün operasyona alındı. Ameliyat öncesi rijid bronkoskopi yapıldı, sağ orta lob bronş girişinde sekresyon olduğu ve bronşun tam açık olmadığı görüldü. Torakotomide ise orta lobun atelektatik olduğu ve orta lob bronşu mediastene yakın alıtta bası yapan 1x1 cm'lik lenf adenopati görüldü (Şekil 4). Orta lobdaki kist çıkarıldı. Ardından kardiyofrenik sinüse yakın yerden 1 cm'lik kesi ile açıldı. Karaciğerdeki kist içi tekrar boşaltıldı. Karaciğer kist ağzı bir numara vicryl ile kapatıldı. Ancak orta lobun ekspansiyon olmadığı atelektatik olması üzerine intra-operatif yüksek basınçla ventile edildi. Yüksek basınca rağmen orta lobun ekspansiyon olmadığı görüldü. Bunun üzerine orta lobektomiye karar verildi. Hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi.

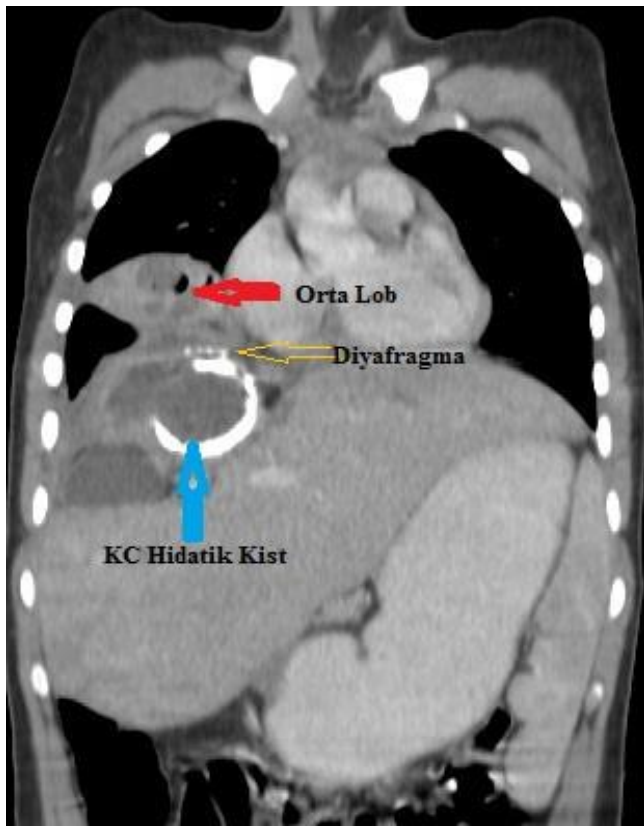


Şekil 2: Arka-ön akciğer grafisinde sağ orta zonda konsolidasyon, karaciğer lojuna uyan bölgede ise yaklaşık 4x4,5 cm ebadında, keskin sınırlı ve çeperi kalsifik lezyon.

TARTIŞMA

Sağ orta lob sendromunun, ilk kez 1948' de 12 hastada yapılan bir çalışma sonucu, büyümüş lenf bezlerinin orta lob bronşuna basısı sonucu ortaya çıktığı bildirilmiştir (2). O zamandan beri etiyoloji, patofizyoloji ve tedaviyi içeren çeşitli yönlerden bu hastalıkla ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Sağ orta lob sendromunun etiyolojisinde en sık

sebepler inflamasyon (%47), malign tümörler (%22), bronşektazi (%15), tüberküloz (%9), benign tümörler (%2) ve aspirasyon (%2) olarak sıralanmıştır (3,4). Pejhan ve ark.(3) on yılda orta lob sendromu nedeniyle opere ettikleri 23'ü kadın (% 57,5), 17'si erkek (%42,5) toplam 40 hastada etiyolojik faktörler üzerine çalışmalar yapmıştır. Orta lob kollapsı tüm hastaların bilgisayarlı toraks tomografisinde görülmüştür. Bronşektazi en yaygın patolojik bulgu (% 55) olarak tespit edilmiştir. Tüberküloz önemli bir sıklıkta olup hastaların % 20'sinde görülmüştür. Üç hastada ise hidatik kist saptanmıştır. Bizim hastalarımızın ilkinde tüberküloz ve ikinci olgumuzda ise akciğer ve karaciğer hidatik kistine sekonder gelişmişti.



Şekil 3: Toraks BT'de trans-diafragmatik geçiş gösteren karaciğer hidatik kisti ve sağ akciğer orta lobda rüptüre hidatik kistle uyumlu lezyon.



Şekil 4: Toraks BT'de orta lob bronşu mediastene yakın kısmında alttan bası yapan 1x1 cm'lik lenf adenopati.

Tanıda arka-ön ve lateral akciğer grafisi, BT ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografiği kullanılmaktadır (4,5). Bizde her iki olgumuz için akciğer grafisi ve BT ile tanıya gidebildik.

Bronkoskopi teşhis ve tedavide önemlidir. Orta lob girişi ve proksimalinin durumu bronkoskopi ile değerlendirilebilir. Granülasyon dokusu, tümör ve yabancı cismin neden olduğu bronşiyal obstrüksiyon kesin bir şekilde dışlanabilir. Aynı zamanda bronkoskopi kalan sekresyonların temizlenmesi ve mikrobiyolojik inceleme için lavaaja imkân tanır (6,7). İlk olgumuzda fiberoptik bronkoskopi ile tanıya gidilemedi. İkinci olgumuza da ameliyat esnasında rijid bronkoskopi yapıldı ve orta lob bronşunun dar olduğu görüldü.

Sağ orta lobda diğer loblarla karşılaştırıldığında, daha kolay atelektazi görülmektedir. Bunu nedeni orta lob bronşunun segment bronşlarına bölünmeden önce rölatif olarak uzun boyu, diğer loblarla karşılaştırıldığında çapının dar olması ve etrafının lenf nodlarıyla çevrelenmiş olmasıdır. Orta lob bronşu büyük çoğunlukla kötü drenaja neden olan intermediyer bronşun sağ köşesinden kaynaklanır. Diğer önemli bir faktör ise kollateral ventilasyonun yetersiz olmasıdır. Ayrıca inflamatuvar bir sürecin hızlı rezolüsyonunu engelleyen sağ orta lob çevresindeki komplet fissürler de önemli rol oynamaktadır (8,9). İlk olgumuzda BT'de hiler bölgede yaygın lenf nodları mevcuttu. İkinci olgumuzda orta lob bronşu üzerinde yaklaşık bir cm çapında lenf bezi mevcuttu.

Pediyatrik hastalarda tedavide temel prensip altta yatan patolojinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaçla antibiyotik, postural drenaj, bronkodilatör tedavi ve alerjen etkenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik konservatif yaklaşım uygulanmaktadır (10). Yetişkin hastalarda ise mutlaka tanı konulmalı ve tanıya yönelik tedavi planlanmalıdır. İlk olgumuzda mediastinoskopi ile tanı konuldu ve etiyolojisine yönelik tedavi başlandı. Tedavi sonrası sağ orta lobda düzelme olduğu görüldü. İkinci olgumuzda ise kistotomi ameliyatı yapıldı. Ancak intra-operatif akciğerin ekspansiyon olmaması üzerine lobektomi uygulandı.

Sağ orta lob sendromunda, lobektomi bu hastalarda iyi bir tedavi seçeneğidir. Tüberküloz ve hidatik kist prevalansının yüksek olduğu orta doğu ülkelerinde bu iki hastalık orta lob sendromunun sebepleri arasında sayılmalıdır (3,4).

SONUÇ

Orta lob sendromu, sağ akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Orta lob sendromu tanısı alan gerek pediatrik ve gerekse

yetişkin hasta gruplarında olsun altta yatan patolojiye göre hareket etmek gerekmektedir. Ülkemiz şartlarında tüberküloz ve hidatik kist gibi enfeksiyöz sebeplerin orta lob sendromunun önemli sebepleri arasında olabileceği unutulmamalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - F.M., M.T., M.D., B.G., A.B.; Tasarım ve Dizayn - F.M., M.T., M.D., B.G., A.B.; Denetleme - F.M., M.T., M.D., B.G., A.B.; Kaynaklar - F.M., M.T., M.D.; Malzemeler - F.M., M.T., M.D.; Veri Toplama ve/veya İşleme - F.M., M.T., M.D.; Analiz ve/veya Yorum - F.M., M.T., M.D.; Literatür Taraması - F.M., M.T., M.D., B.G.; Yazıyı Yazan - F.M., M.T., M.D.; Eleştirel İnceleme - F.M., M.T., M.D.

KAYNAKLAR

1. Einarsson JT, Einarsson JG, Isaksson H, Gudbjartsson T, Gudmundsson G. Middle lobe syndrome; a nationwide study on clinicopathological features and surgical treatment. *Clin Respir J* 2009; 3:377-81. [\[CrossRef\]](#)
2. Graham EA, Burford TH, Mayer JH. Middle lobe syndrome. *Postgrad Med* 1948; 4:29-34. [\[CrossRef\]](#)
3. Pejhan S, Salehi F, Niusha S, Farzanegan B, Sheikhy K. Ten years' experience in surgical treatment of right middle lobe syndrome. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2015; 21:354-8. [\[CrossRef\]](#)
4. Meteroğlu F, Sahin A, Eren TS. Middle lobe syndrome: a retrospective analysis. *Türk Göğüs Kalp Damar* 2013; 21:718-22.
5. Onur BG, Can D, Asilsoy S, Gülle S, Alper H, Bak M. Kronik öksürükle başvuran olgularda sağ orta lob sendromu: retrospektif çalışma. *Toraks dergisi* 2006; 7:104-8.
6. Rock MJ. The diagnostic utility of bronchoalveolar lavage in immunocompetent children with unexplained infiltrates on chest radiograph. *Pediatrics* 1995; 95:373-7.
7. Kala J, Sahay S, Shah A. Bronchial anthracofibrosis and tuberculosis presenting as a middle lobe syndrome. *Prim Care Respir J* 2008; 17:51-5. [\[CrossRef\]](#)
8. Mitazaki A, Ashizawa K, Mori M, Ohtsu M. Right middle lobe atelectasis: chest radiographic and CT appearances correlating with the clinical features. *Acta Medica Nagasakiensia* 2003; 48:159-66.
9. Priftis KN, Mermiri D, Papadopoulou A, Anthracopoulos MB, Vaos G, Nicolaidou P. The role of timely intervention in middle lobe syndrome in children. *Chest* 2005; 128:2504-10. [\[CrossRef\]](#)
10. Ayed AK. Resection of the right middle lobe and lingula in children for middle lobe/lingula syndrome. *Chest* 2004; 125:38-42. [\[CrossRef\]](#)