

Plevral efüzyonun ender nedenleri: İki olgu sunumu

The rare causes of pleural effusion: Two case reports

Gülcihan ÖZEK¹, Başak UÇAN², Saniye GİRİT³, Münevver HOŞGÖR², Özgür CARTI¹, Demet CAN³,
Güliden DİNİZ⁴

¹Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji ve Onkoloji Kliniği, ²Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, ³Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Allerji Kliniği, ⁴Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, İzmir

ÖZET

Efüzyon çoğunlukla akciğerin enfeksiyöz hastalıklarından kaynaklanır ve sıklıkla pnömoni ve tüberkülozla ilişkilidir. Akciğer dışı nedenlere bağlı efüzyon sık değildir. Nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmasıyla başvuran, pnömoni ve parapnömonik plörezi tamsı alan ve hastalık seyri sırasında malignite saptanan 2 olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı, plörezi, malignite

ABSTRACT

Pleural effusion in childhood is usually caused by infectious diseases of the lung and generally related with pneumonia and tuberculosis. Effusion due to non-pulmonary factors is not common. We present two cases who referred with dyspnea and chest pain, with clinical diagnosis of pneumonia, in whom malignancies were detected during the course of the illness.

Key words: Childhood, pleurisy, malignancy

Alındığı tarih: 13.07.2011

Kabul tarihi: 22.07.2011

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Saniye Girit, Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
saniyegulle@mynet.com

GİRİŞ

Çocukluk çağında plevral efüzyon başta pnömoni olmak üzere genellikle akciğerin enfeksiyöz hastalıklarından kaynaklanır. Akciğer dışı nedenlere bağlı plevral efüzyon sık değildir ⁽¹⁾. Erişkinde plevral efüzyon etiolojisinde ilk üç sırada yer almasına karşın çocuklarda maligniteye bağlı plevral efüzyonlar ender olarak karşımıza çıkar ⁽²⁾.

Akciğerin primer tümörleri çocukluk çağı ve adenosanda çok enderdir. Akciğerin primer tümörleri literatürde olgu sunumlarıyla sınırlı olduğundan sıklığını tahmin etmek zordur. Akciğer kaynaklı tümörlerin ilk başvuru bulguları arasında ateş, hemoptizi, hışıltı, öksürük, göğüs ağrısı, dispne ve plevral efüzyon yer alır ⁽³⁾.

Aşağıda nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmasıyla

la başvuran, fizik muayenede plevral efüzyon saptanan, izlemlerinde akciğer dışı malignite tanısı alan iki hasta; çocuklarda plevral efüzyon etiolojisinde maligniteye dikkati çekmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Olgu I: On dört yaşında kız hasta, nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınması nedeniyle başvurduğu sağlık merkezinde pnömoni ve parapnömonik plörezi ön tanısı almış ve hastanemize sevk edilmişti. Öyküsünde 5-6 aydır çabuk yorulma ve halsizlik yakınmalarının olduğu, son bir haftadır sol omuz ve göğüs ağrısı başladığı, öz ve soygeçmişinde özellik olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; ağırlık: 38 kg (10-25 p), boy: 163 cm (90 p), ateş; 36,5°C, KN: 100/dk., solunum sayısı 25/dk. olarak saptandı. Oskültasyonda

sol akciğer orta ve alt zonda solunum sesleri alınmıyordu. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Radyolojik değerlendirmesinde akciğer grafisinde; mediasten sağa itilmiş, sol hemitoraksta hava seviyesi veren opasite, üstte parankimin izlenemediği havalanma artışı, plörezi ve pnömotoraks saptandı (Resim 1). Toraks USG'de sol plevral kavitede aksilla düzeyine kadar devam eden multiseptalı, yoğun içerikli plevral efüzyon (ampiyem?) izlendi. Kalınlığı interkostal aralık düzeyinde 55,4 mm, kostofrenik sinüs düzeyinde 61,5 mm ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde lökosit sayısı; 9600/mm³, ESR:79 mm/h, CRP: 5.8 mg/dL olarak bulundu. Torasentez ile alınan plevral mayinin biyokimyasal bulguları eksüda özelliğindedir. Mikroskopik incelemede %52 lenfosit saptandı. Patojen mikroorganizma üremedi.

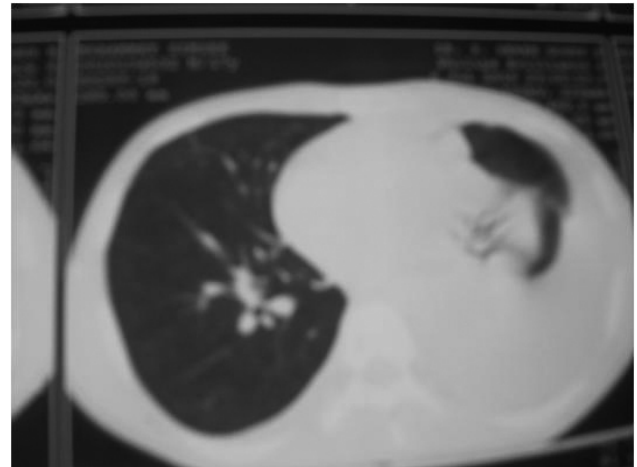
Laboratuvar ve klinik bulgularıyla başlangıçta toplum kökenli pnömoniye sekonder plörezi geliştiği düşünüldü ve tedavi olarak Seftriakson 2 g/gün başlandı. Çocuk cerrahisi kliniği ile konsülte edilen olgunun konsültasyon sonucunda sol akciğer üst bölümde pnömotoraks olduğu ve sol altta seviye veren sıvının "rüptüre olmuş hidatid kist" lehine yorumlanabileceği belirtildi. Radyolojik olarak da perfore kist hidatid olabileceği düşünüldü. Akciğer



Resim 1. Akciğer grafisinde mediasten sağa itilmiş, sol hemitoraksta hava seviyesi veren opasite ve üst kesimde parankimin görülmeyeceği havalanma artışı görülmektedir.

grafisi izlemi ile plevral sıvının artması üzerine torasentez yineleni ve elde edilen serohemorajik sıvının eksüda vasfında olduğu görüldü. Bunun üzerine hastaya tüp torakostomi uygulandı. İzlemede drenaj ve çoklu antibiyotik tedavisine yanıt alınamadı. Radyolojik bulguların düzelmemesi ve akciğer ekspansiyonun sağlanamaması nedeniyle yatışının 20. günü dekortikasyon uygulandı. Patoloji sonucunda plevral kaynaklı "Ewing Sarkom" tanısı konuldu. Kemoterapiye başlanan olgu halen izleminin 6. ayındadır.

Olgu II: On altı yaşında erkek hasta, son bir haftadır nefes darlığı hafif öksürük yakınmasıyla acil servise başvurdu. Üç gün önce başvurduğu sağlık merkezinde pnömoni tanısıyla oral antibiyotik tedavisi başlanan olgunun öz ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde; genel durum orta, ağırlık: 60 kg (50p), boy:175 cm (50-75 p), aksiller ateş 37 derece, solunum sayısı 42/dk., nabız: 98/dk., TA:100/60 mmHg. Oskültasyonda solda solunum sesleri azalmış, kardiyovasküler sistem muayenesi olağan olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemesinde: Hb 4,8 gr/dL, lökosit: 2860/mm³, trombosit: 69000/mm³, PA akciğer grafisinde; sol hemitoraksta diffüz opasite artışı mevcut ve mediastinal yapılarda sağa şift izlendi. Sol ana bronş proksimal kesim, sağ ana bronşa kıyasla ince kalibrasyonlu olup, hava



Resim 2. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol hemitoraksta yaygın plevral sıvı dansitesi, sol üst lobda mediastinal plevra uzanan plevral kitle lezyonu görülmektedir.

pasajı ile sonlanmakta idi. Bu seviyede obstrüksiyon oluşturan kitlesel lezyon düşünüldü. Toraks BT'de sol hemitoraksta yaygın plevral sıvı, sol üst lobda mediastinal plevraya uzanan plevral kitle lezyonu saptandı (Resim 2). Nefes darlığı nedeniyle acil toraks tüpü takılan olgudan alınan plevral sıvıda yaygın atipik malign hücreler saptandı. Toraks BT eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin patolojik incelemesinde malign mezenkimal tümör saptandı. Tümör hücreleri desmin, vimentin ve sarkomerik aktin diffüz pozitif immün reaktivite göstermekteydiler. Periferik yaymasında %10 ve kemik iliği aspirasyon incelemesinde %83 blast saptandı. Tüm bulgular birleştirilerek, kemik iliği tutulumu yapmış evre IV rabdomyosarkom tanısı konuldu. Kemoterapi ve ışın tedavisi alan olgu halen takibinin 10. ayında ve remisyonudadır.

TARTIŞMA

Akciğerin primer tümörleri çocukluk çağı ve adolönsanda çok enderdir. En sık görülenleri bronşiyal adenom ve karsinoid tümördür, ancak inflamatuvar psödötümör ve metastatik kanserler de azımsanmayacak oranda görülebilir (4).

Çocukluk çağında akciğer kaynaklı malignitelerin bulguları pnömoniye benzer. Ateş, hemoptizi, hışıltı, öksürük, göğüs ağrısı, dispne ve plevral efüzyonla prezente olabilir ve sıklıkla başlangıçta pnömoni gibi tedavi edilebilir (5). Olgularımız da öncelikle pnömoni olarak değerlendirilmiştir.

Çocukluk çağında plevral efüzyonların en sık nedeni bakteriyel pnömonidir. Bundan sonra sırasıyla kalp yetmezliği, romatolojik hastalıklar ve metastatik intratorasik maligniteler gelir (6). Genelde akciğerin primer infeksiyonlarına, batın veya mediasteninin inflamatuvar hastalıklarına eşlik eder (7). Oluşum mekanizmasına ışık tutması açısından plevral sıvının eksüda-transüda şeklinde ayırt edilmesi önemlidir. Eğer sıvı eksüda ise, etiyolojik hastalığın tanısı için eksüdatif sıvıdan yola çıkılarak tanı sürecini başlatmak ve buna uygun tedavi yapmak gerekir. Aksine

sıvı transüda niteliğinde ise neden genellikle sistemik hastalığa bağlıdır (8). İnfeksiyonlar, maligniteler, romatolojik hastalıklar eksüdaya neden olur. Plevral sıvıdaki hücrelerin %50'sinden fazlası lenfosit ise bu durum etiyolojinin kronik seyirli olduğunu gösterir. Tüberküloz plörezi veya malign plevral sıvı bu özelliklere sahip olabilir. Sıvının hemorajik vasıfta olması malign plevral patoloji düşündürmelidir (9,10). İlk olgumuzda lenfosit hâkimiyeti vardı ve sıvı hafif hemorajikti. Ancak, mikroskopisinde malign hücre gözlenmemişti. Dekortikasyon sonrası patoloji raporuna göre tanı konulabilmişti. İkinci olgumuzda ise plevral sıvının hemorajik olması yanı sıra sıvı yaymasında ve patolojik incelemesinde yaygın mezotel hücresi ve atipik hücreler görülmüştü. Sonuç olarak, biyopsi ile kesin patolojik tanısı konuldu.

Çocukluk çağında plevral efüzyon ile başvuran olgularda infeksiyon ve enflamasyon ön planda düşünülmesine rağmen, özellikle tedaviye yanıt alınmadığında malignitenin düşünülmesi gereklidir. Sıvı analizinin iyi yapılması, hemorajik sıvılarda dikkatli olunması gereklidir. Plevral efüzyon tanısında ultrasonografi ve akciğer grafisi yeterlidir, ancak karmaşık olgularda toraks tomografisi daha detaylı bilgi edinmemizi, özellikle malignitelerde solid tümörü görmemizi sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Light RW. Diagnostic principles in pleural disease. *Eur Respir J* 1997;10:476-81. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.97.10020476> PMID:9042652
2. Miserocchi G. Physiology and pathophysiology of pleural fluid turnover. *Eur Respir J* 1997;10:219-25. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.97.10010219> PMID:9032518
3. Metintaş M, Özdemir N, Işıksoy S, et al. CT-guided pleural needle biopsy in the diagnosis of malignant mesothelioma. *J Comput Assist Tomog* 1995;19:370-4. <http://dx.doi.org/10.1097/00004728-199505000-00006>
4. Hamm H, Light RW. Parapneumonic effusion and empyema. *Eur Respir J* 1997;10:1150-56. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.97.10051150> PMID:9163661
5. Light WR, Broaddus VC: Pneumothorax. In: Murray JF, Nadel JA, eds. Textbook of respiratory medicine, Vol 2.4rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000: 2043-2060.

6. Ferrer J. Pleural tuberculosis. *Eur Respir J* 1997;10:942-7. PMID:9150338
7. Şenyiğit A, Işık B, Coşkunsel N, Anık H, Özbay B, Topçu F. 305 Plevral efüzyonlu vakanın incelenmesi. *Solunum Hastalıkları* 1996;7(3):395-404.
8. Picard E, Joseph L, Goldberg S, Mimouni FB, Deeb M, Kleid D, Raveh D. Predictive factors of morbidity in childhood parapneumonic effusion-associated pneumonia: a retrospective study. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29(9):840-3. <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0b013e3181dd1fc4> PMID:20386141
9. Laaksonen E, Silvasti S, Hakala T. Right-sided Bochdalek hernia in an adult: a case report. *J Med Case Reports* 2009;23(3):9291. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-3-9291> PMID:20062780 PMCID:2803814
10. Proesmans M, De Boeck K. Clinical practice: treatment of childhood empyema. *Eur J Pediatr* 2009;168(6):639-45. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-009-0929-9> PMID:19238438