



Tansiyon Pnömotoraksı Taklit Edebilen Dev Bül: Olgu Sunumu

A Giant Bulla Which May Mimic Tension Pneumothorax: A Case Report

Erkan AKAR, Tarık CANDAN

Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa

Özet

Dev büllöz amfizem, sıklıkla bir veya her iki hemitoraksın en az 1/3'ünü kaplayan apikal yerleşimli büller ile karakterize bir patolojidir. Daha çok sigara içen genç erkek hastalarda görülür. Hastaneye başvuru genellikle akut solunum yetersizliği nedeniyle olmaktadır. İleri derecede büyüyen bül, radyolojik olarak tansiyon pnömotoraks ile karışabilir. Sunduğumuz olgu, hiç sigara içme öyküsü olmayan 37 yaşında kadın hastaydı. Hastaneye başvuru şikâyeti, öksürük ve hırıltılı solunumdu, nefes darlığı olmamıştı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, mediasteni sağa iten sol üst lobda dev bül yapısı görülmesi üzerine torokotomi ile büllektomi yapıldı. Hastaneye yatışından beş gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Akciğer amfizemi; dev bül; pnömotoraks.

Summary

Giant bullous emphysema is characterized by apically located bullae involving at least 1/3 of one or both lungs. It is most common among young male smokers. Patients are usually admitted to the hospital with acute respiratory failure. Excessively enlarged bulla mistaken for tension pneumothorax during radiologic evaluation. A 37-year-old female patient with no history of smoking presented with cough and wheezing but no dyspnea. Bullectomy was performed with thoracotomy after computed tomography of the chest revealed a giant bulla in the left upper lobe, which displaced the mediastinum to right. The patient was discharged five days after admission.

Key words: Pulmonary emphysema; giant bulla; pneumothorax.

Giriş

Dev büllöz amfizem (DBA) bir veya iki hemitoraksın en az 1/3'ünü kaplayan bül olarak tanımlanır.^[1] DBA olguları genellikle sigara içen genç erkeklerde görülmekle beraber sigara içmeyen yaşlı hastalarda da görülür. İlerleyici bir klinik gösterdiklerinden, hastaneye başvuru genellikle solunum yetersizliğiyle olur.^[2] Tansiyon pnömotoraksı taklit eden dev büllü otuz yedi yaşındaki kadın hasta, literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

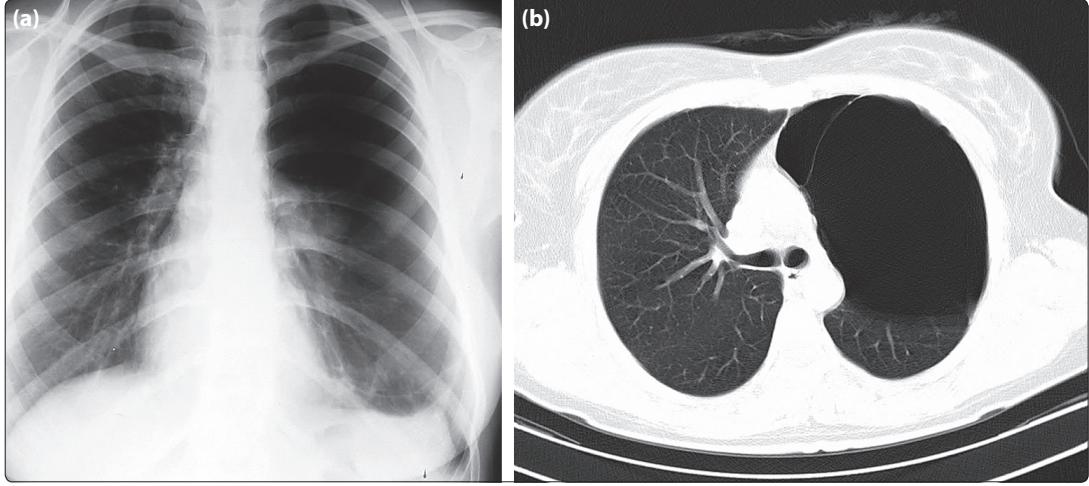
Olgu Sunumu

Otuz yedi yaşında kadın hasta, son yirmi gündür git-tikçe artan, öksürük ve hırıltılı solunum şikâyetleri ile kliniğimize sevk edildi. Sigara kullanımı ve geçirilmiş operasyon öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde, dinlemekle sol akciğer üst zonda solunum seslerinin azaldığı görüldü. Diğer sistem muayenelerinde ve laboratuvar incelemelerinde bir özellik tespit edilmedi. Solunum fonksiyon testinde (SFT), FVC %88,

İletişim: Dr. Erkan Akar.
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa
Tel: 0224 - 294 44 99

Başvuru tarihi: 31.03.2013
Kabul tarihi: 01.08.2013
Online baskı: 10.03.2015
e-posta: drerkanakar@hotmail.com





Şekil 1. (a) Posteroanterior akciğer grafisinde, özellikle sol üst zonda daha belirgin havalanma artışı vardı. (b) Toraks bilgisayarlı tomografide, sol taraf apikal bölgede hemitoraksın yarısına yakınına kaplayan, mediastinal yapıları sağa itip komşu akciğer dokusunda atelettaziye neden olan dev bül görüldü.

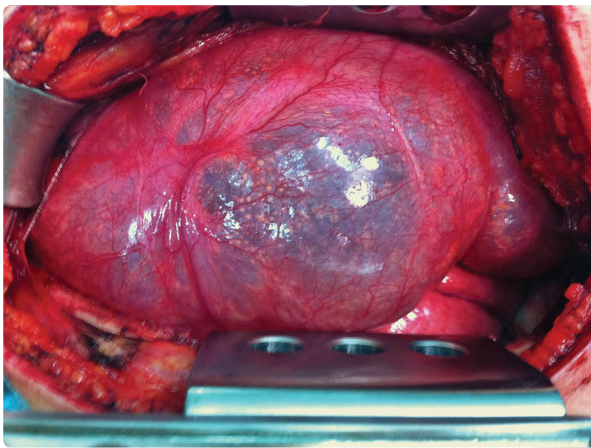
FEV1 %83, FEV1/FVC %95 idi. Posteroanterior akciğer grafiğinde (PA), özellikle sol üst zonda daha belirgin havalanma artışı vardı (Şekil 1a). Bülün mediastinal yapıları karşı tarafa ittiği görüldü. Bu bulgular ile büllöz amfizem olarak değerlendirilen hasta kliniğe yatırıldı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT), sol taraf apikal bölgede hemitoraksın yarısına yakınına kaplayan, mediastinal yapıları sağa itip komşu akciğer dokusunda atelettaziye neden olan 16 cm boyutunda dev bül görüldü (Şekil 1b). Hasta cerrahi tedavi seçenekleri yönünden değerlendirilerek sol torakotomi kararı alındı. Çift lümenli endotrakeal tüp ile entübe edilerek sol üste gelecek şekilde yatırıldı. Beşinci interkostal aralıktan toraksa girilerek dev bül total olarak çıkartıldı (Şekil 2). Ameliyat sonrası takiplerinde so-

run yaşanmayan hasta, yatışının beşinci günü şifa ile taburcu edildi. Olgu sunumu için kendisinden hasta onamı alındı.

Tartışma

Dev büllöz amfizem sıklıkla bir veya iki hemitoraksın en az 1/3'ünü kaplayan ve genellikle akciğerlerin üst bölgesinde yerleşimli büller ile karakterize bir patolojidir.^[1] DBA genellikle sigara içen genç erkek hastalarda görülürken aynı zamanda daha yaşlı sigara içmeyen hastalarda da görüldüğü bildirilmiştir.^[1,3] Büllerin genelde akciğerin apeksinde ve asimetric yerleşimli olduğu görülmektedir.^[2] Büllöz akciğer hastaları genellikle semptomsuzken DBA klinik olarak ilerleyici nefes darlığı ile karakterizedir.^[2,4] Akut solunum yetersizliği ile hastaneye başvurular daha çok olmaktadır. İleri derecede büyüyen bül, diyafragma konturünde düzleşmeye, mediastinal yapıları karşı tarafa iterek mediastinal shifte, aynı taraftan sağlam kalmış akciğer dokusunun total atelettazisine neden olarak bu tablonun oluşmasında etken olmaktadır. Olgumuz otuz yedi yaşında kadın hastaydı ve hiç sigara içme öyküsü yoktu. Hastaneye başvuru şikâyeti ise öksürük ve hırıltılı solunumdu. Hiç nefes darlığı olmamıştı.

Büllöz akciğer hastalıklarında, dev büller oluştuğunda tekrarlayan pnömotorakslar görülebilir.^[4] Burada önemli olan dev bül ile pnömotoraks ayırımını yapabilmektir. Çünkü bu hastalarda sıklıkla bül ile pnömotoraks karıştırılabilmekte ve yanlışlıkla dren takılması söz konusu olabilmektedir.^[5] Dev bülün tansiyon pnömotorakstan ayırımının güç olduğu bu tür olgularda,



Şekil 2. Posterolateral torakotomi ile toraksa girildiğinde, üst lob kaynaklı dev bül yapısı görüldü. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir (www.kehadergi.com).

hasta toraks BT ile değerlendirilmelidir. Bizim olgumuzda, çekilen toraks BT sonucuna göre dev bül olduğu düşünülmüş ve tüp torakostomi uygulanmamıştı.

Dev büllerde, kan gazları normal değerlerde olabilir ve solunum fonksiyon testleri genellikle bül bir akciğerin 1/3'ünü kaplayınca kadar normal bulunabilir. Sağlıklı akciğer bölümlerini sıkıştırarak kadar dev büllü olgularda, SFT'de obstrüktif yanı sıra restriktif patern de görülebilir.^[6] Olgumuzda SFT değerleri normal olarak değerlendirildi.

Günümüzde bu tür hastalıkların tedavisindeki en uygun yaklaşım cerrahi olarak gözükmektedir ve DBA tedavisinde açık torakotomi veya video eşliğinde yapılan torakoskopi (VATS) ile büllektomiler uygulanmaktadır. Yapılan bir çalışmada, DBA de cerrahi tedavi uygulanan 22 olgunun sonuçları geriye dönük olarak incelenmiştir.^[7] Buna göre, bülün bir hemitoraksın 1/3'ünden fazlasını kaplayıp etrafındaki akciğer dokusuna bası bulguları olduğunda, FEV1 olması gereken değer %50'sinden daha az olduğunda ve bül non-büllöz akciğer içinde yerleşmiş olduğunda, volüm azaltıcı pnömoplasti, daha etkili olmaktadır. DBA hastalarının solunum rezervlerinin iyi olmaması açık cerrahi sırasında veya sonrasında morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Bu nedenle son yıllarda çok daha az invaziv bir yöntem olan VATS ile bül eksizyonu üzerinde durulmaktadır. Hacıbrahimoglu ve ark.,^[8] büllöz akciğer hastalığı tanısı almış toplam 40 hastanın 26'sını torakotomi, 14'ünü VATS ile ameliyat etmişler. Tüm hastalara büllektomi ve bunu takiben cerrahi plöridez uygulamışlar. Torakotomi grubunda on hastada, VATS grubunda ise üç hastada uzayan hava kaçağı, torakotomi ve VATS gruplarında ise bir hastada ampiyem komplikasyonlarının geliştiğini görmüşler. Çalışmalarının sonucunda, VATS'ın erken ameliyat sonrası dönemde solunum fonksiyonlarında hafif azalma ve kozmetik açıdan torakotomiye alternatif ve uygun endikasyonlar konusunda üstün bir yöntem olarak

önermişlerdir. Biz olgumuzda, VATS deneyimimizin yetersiz olmasından dolayı torakotomi yapmayı daha uygun bulduk. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadık.

Sonuç olarak, DBA nadir görülmekle beraber önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Büllerin lokalizasyonu ve diğer akciğer parankim alanlarının değerlendirilmesinde BT çok gereklidir. Tedavide, cerrahın deneyimine göre birbirlerine üstünlükleri olmakla beraber torakotomi veya VATS yapılabilir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Waseem M, Jones J, Brutus S, Muniyakk J, Kapoor R, Gernsheimer J. Giant bulla mimicking pneumothorax. *J Emerg Med* 2005;29(2):155-8. [CrossRef](#)
2. Gökçe M, Saydam O, Altın R, Kart L. Giant bulla mimicking tension pneumothorax. *Tuberk Toraks* 2009;57(4):435-8.
3. Laros CD, Gelissen HJ, Bergstein PG, Van den Bosch JM, Vanderschueren RG, Westermann CJ, et al. Bullectomy for giant bullae in emphysema. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;91(1):63-70.
4. Fraser RS, Müller NL, Colman N, Pare PD. *Diagnosis of diseases of the chest*, 4 th ed. Philadelphia: Saunders, 1999:2240.
5. Waitches GM, Stern EJ, Dubinsky TJ. Usefulness of the double-wall sign in detecting pneumothorax in patients with giant bullous emphysema. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174(6):1765-8. [CrossRef](#)
6. Dikensoy Ö, Şirikçi A, Tunçözgür B, Topçu A, Bayram M, Filiz A. Giant bullous emphysema and current treatment options. *Solunum* 2001;3:72-5.
7. Snider GL. Reduction pneumoplasty for giant bullous emphysema. Implications for surgical treatment of non-bullous emphysema. *Chest* 1996;109(2):540-8. [CrossRef](#)
8. Hacıbrahimoglu G, Çelik M, Şenol C, Örki A, Arman B. Büllöz akciğer hastalıklarının tedavisinde video yardımcı torakoskopik cerrahi ve torakotominin karşılaştırılması. *Solunum* 2002;4:23-5.