

POSTTRAVMATİK PULMONER PSÖDOKİST

POSTTRAUMATIC PULMONARY PSEUDO CYST

Dr. Ömer SOYSAL*, Dr. Akın KUZUCU*, Dr. Ramazan KUTLU**

SUMMARY: Pulmonary pseudocysts are lesions which develop rarely after blunt non-penetrating thoracic trauma, and heal spontaneously within 1-4 months without requiring a specific treatment. History of thoracic trauma together with chest X-rays revealing cavitory lesion usually lead to the diagnosis. In some of the cases the presence of pulmonary contusion and hematoma may hide the cystic lesion. Computed tomography plays an important role in the early diagnosis of the lesions. In this case report a case of pulmonary pseudocyst is presented of which the diagnosis was made by computed tomography and required surgical treatment since there was no spontaneous resorption.

Key words: Traumatic pulmonary pseudocyst.

Künt toraks travmalarında akciğer parankiminde oluşan hasar kendini sıklıkla kontüzyon veya hematoma şeklinde gösterir. Bir kaviter lezyon veya psödokist oluşumu nadir görülen bir olaydır. Posttravmatik psödokistler çoğunlukla çocuklarda ve gençlerde gelişir ve kist içinde belirgin bir epitelyal duvar olmaması ile karakterizedir. Psödokistik hematoma, travmatik akciğer kavitesi, travmatik pnömatosel, psödokistik hematoma olarak da adlandırılır. Pulmoner hematoma ve psödokistler genellikle benign klinik seyirlidir ve destekleyici tedavi dışında herhangi bir girişime gerek kalmadan spontan rezorbe olurlar.

Bu çalışmada 6 ay takip sonrası cerrahi tedavi uygulanan bir posttravmatik pulmoner psödokist olgusu sunuldu.

OLGU

18 yaşında erkek hasta, trafik kazası sonucu sağda gelişen pnömotoraks nedeniyle başka bir merkezde tüp torakostomi yapılmış fakat masif hava kaçağı olması üzerine bronş rüptürü şüphesi ile kliniğimize sevk edilmişti. Hastanın solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı ve kanlı balgam yakınmaları vardı. Ayrıca sol femoroinguinal bölgede yumuşak doku kaybı ve venöz travma mevcuttu; ancak bu lezyonlar tamir edilmişti. Fizik muayenede her iki akciğerde özellikle bazalde solunum sesleri azalmıştı. Akciğer sağda pnömotoraksın devam ettiği, solda da pnömotoraksın varlığı saptandı. Ayrıca sağ 8. kot ve sol klavikula fraktürü vardı. Sol hemitoraksa da tüp torakostomi uygulandı. Takipte her iki akciğer de ekspanse oldu ancak solda akciğer kontüzyonu veya atelektazi ile uyumlu görünüm mevcuttu. Yatışından itibaren hastanın hemoptizi yakınmaları vardı. Bunun

üzerine hastaya 3 kez (1., 2. ve 4.günler) bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide sol akciğer üst lob ve alt lob superior segmentten az miktarda kan drene olmaktadır. Koagulum ve sekresyon temizlendi. Bronş rüptürü yoktu. Sağ akciğer normal olarak değerlendirildi. Solunum sıkıntısı düzelen ve herhangi bir enfeksiyon gelişmeyen hasta göğüs tüplerinin alınmasını takiben yatışının 10. günü taburcu edildi. Kontrolde akciğer grafisinde kontüzyon ile uyumlu görünümün devam etmesi üzerine ikişer ay ara ile 3 kez bilgisayarlı toraks tomografisi (BT) çekildi. Bu BT'lerde ; sol akciğerde ince duvarlı, solid komponentleri olan büyüğü 7 cm. çaplı, birbiri ile ilişkili olabileceği düşünülen 2 adet kistik parankimal lezyon saptandı. Lezyon 6 ay içinde küçülme olmaksızın sebat etti ve zaman içinde daha kistik bir görünüm kazandı (Resim). Hasta travmayı izleyen 6 ayın sonunda operasyona alındı. Alt lob superior ve üst lob posterior segmentlerde 8x10x15 cm boyutunda, içerisinde süngerimsi, sert hematoma olan lobule kaviter lezyonun içi temizlendi ve kapitone edildi. Patolojik inceleme kronik inflamasyon ve organize hematoma olarak raporlandı Postoperatif sorunu olmadı. Halen poliklinik takibinde olan hastanın radyolojik bulguları tamamen normale döndü.

TARTIŞMA

Pulmoner psödokist, nonpenetre künt toraks travması sonrası nadir olarak ortaya çıkan bir lezyondur. Olguların %85'i 30 yaş altındadır (1). Olgumuz da 18 yaşındaydı. Genç hastalarda elastik toraksın kompresyonu sonucu hava yollarının daralması ve sıkışması patlayıcı ve yırtıcı bir kuvvete yol açar ve bu etki ile intrapulmoner bir kavite oluşur (2). Bir diğer oluşum mekanizması parankimal laserasyon ve minimal vasküler yaralanma sonucu oluşan hemorajinin, akciğer dokusunun disseksiyonu ile oluşturduğu intrapulmoner hematoma bronşial bir açılım ile psödokistik bir görünüm kazanmasıdır (3).

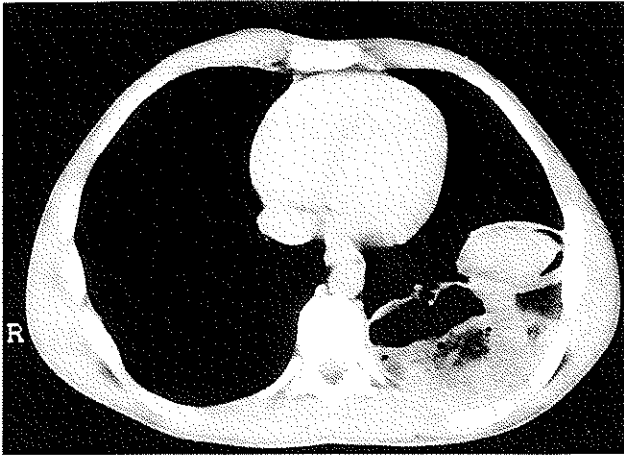
En sık karşılaşılan semptom hemoptizi, göğüs ağrısı ve

* İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi

** Radyoloji Anabilim Dalı

Yazışma Adresi: Dr. Ömer SOYSAL

Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi GKDC ABD, Malatya



RESİM . Travmadan altı ay sonra pulmoner psödokistin BT görünümü. Lobüle, içinde solid hematoma kitlesi izlenen lezyonda altı ay sonunda küçülme olmamıştır.

öksürüktür (3, 4). Hastamızda da bilateral pnömotoraksın düzelmesini takiben öne çıkan klinik semptom hemoptiziydi. Psödokist genellikle travmadan sonraki ilk 12 saat içinde gelişir ancak bazen günler sonra da ortaya çıkabilir. Bazı olgularda PA akciğer grafide pulmoner hematoma ve kontüzyon nedeniyle kistik oluşum saptanamayabilir. Bazı otörler yaralanmadan birkaç gün sonra çekilecek bir BT'de, PA akciğer grafide görülemeyen kistik oluşumların, net bir şekilde ortaya konabileceğini vurgulamışlardır (3, 5). Olgumuzda da PA akciğer grafi tanısız değildi ve kontüzyona ait infiltratif görünüm dışında bir kistik oluşum görülmedi. Ancak kontüzyonun sebat etmesi nedeniyle çekilen BT'de solid komponentleri olan düzgün kenarlı ince bir duvara sahip, lobüle kistik yapı gözlemlendi. Toraks travmalarında BT'nin daha sık kullanılır olması ile psödokistlerin erken tanısı mümkün olacaktır. Böylece psödokist olgularında, daha sonra doğabilecek tanısız sorunların ortaya çıkması ve gereksiz tedavi yöntemlerinin uygulanması önlenecektir. Travmatik psödokistlerin sanıldığı kadar nadir lezyonlar olmadığı ileri sürülmüştür (5). Künt toraks travmalarında BT'nin kullanımı, psödokistlerin gerçek insidansının da saptanmasını sağlayacaktır.

Bazı olgularda travmatik pulmoner psödokistin daha önceden var olan kaviter veya kistik lezyonlardan ayrımı zor olabilir. Bu durumda hastanın daha önce çekilmiş bir göğüs grafisi elde edilemiyorsa lokalizasyon ve kistin instabilitesi klinisyene yardımcı olur (3). Travmatik kistler hemen daima pulmoner kontüzyonun ortasında veya komşuluğundadır. Boyut, şekil ve duvarın yapısı diğer kistik lezyonlardan farklı olarak kısa zaman dilimlerinde değişiklik gösterir (3). Literatürde travmatik psödokistlerin çoğunun herhangi bir spesifik tedavi olmaksızın 1-4 ay içerisinde tedricen küçülerek tamamen resorbe oldukları bildirilmiştir (2-5). Kontüzyon veya hematoma enfeksiyon veya sepsis gelişim sıklığını arttırmadığı belirtilmektedir. Ancak psödokistlerde bronşial açılım kavitenin resorbe olmasını engelleyebilir.

Literatürde progresif büyüme gösteren, enfeksiyona neden olan ve abseleşen psödokist olguları bildirilmiştir. Kato ve arkadaşlarının semptomatik tedavi ile spontan rezorbe olan 12 olguluk serisine karşın, sekiz olguluk bir seride 3 olguda akciğer absesi geliştiği ve bunlardan ikisinde akciğer rezeksiyonu gerektiği, birinde perkutan drenaj uygulandığı belirtilmiştir (3, 6). Carroll ve arkadaşları sekonder enfeksiyon görülen ve biri mortal seyreden dört olgu yayınladılar (7). Yine dört olguluk bir seride bir olguda üç aylık takip, sonrası kistik lezyonda küçülme görülmemesi ve pnömonik infiltrasyonun devam etmesi nedeniyle orta lobektomiye gidildiği bildirilmiştir (4). Ganske ve arkadaşları psödokistlerde, enfeksiyonu ve kavitede progresif küçülme olmamasını cerrahi tedavi için iki geçerli endikasyon olarak vurguladılar (2). Olgumuzda da cerrahi tedaviye gerek duyulmuş ve hasta 6 aylık takip sonrası sebat eden, semptomatik dev kistik kitle lezyonu nedeniyle bu süre sonunda opere edilmiştir.

Akciğerin posttravmatik psödokistleri genellikle spesifik bir tedaviye gerek duymadan uzun süre akciğer grafileri ile takip edilebilir. Gerekli olgularda posttravmatik ilk birkaç günde çekilecek akciğer grafileri daha sonra yaş ancak tanısız bir karmaşayı önlemesi ve takip için referans olması açısından önem taşır. Psödokistlerin, resorbsiyonu gecikmiş vakalarda önemli komplikasyonlara neden olabileceği göz ardı edilmemelidir. Progresif bir küçülme gözlenmeyen veya enfeksiyon odağı olarak kalan lezyonlarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır.

KAYNAKLAR

- 1- Sorsdahl OA, Powell JW. Cavitary pulmonary lesions following non-penetrating chest trauma in children. AJR 95: 118-24, 1965.
- 2- Ganske JG, Dennis DL, Vanderveer JB Jr. Traumatic lung cyst: case report and literature review. J Trauma 21(6): 493-6, 1981.
- 3- Kato R, Horinouchi H, Maenaka Y. Traumatic pulmonary pseudocyst. Report of twelve cases. J Thorac Cardiovasc surg 97: 309-12, 1989.
- 4- Shirakusa T, Araki Y, Tsutsui M, Motonaga R, Iwanaga M, Ogami H, Matsuba K. Traumatic lung pseudocyst Thorax 42: 516-9, 1987.
- 5- Shin MS, Ho KJ. Computed Tomography evaluation of posttraumatic pulmonary pseudocysts Clin Imaging 17(3): 189-92, 1993.
- 6- Moore FA, Moore EE, Haenel JB, Waring BJ, Parsons PE. Post-traumatic pulmonary pseudocyst in the adult: pathophysiology, recognition and selective management. J Trauma 29(10): 1380-5, 1989.
- 7- Carroll K, Cheeseman SH, Fink MP, Umali CB, Cohen IT. Secondary infection of posttraumatic pulmonary cavitary lesions in adolescents and young adults: role of computed tomography and operative debridement and drainage. J Trauma 29: 109-112, 1989.