

# Harap akciğer (iki olgu sunumu)

İrfan Yalçınkaya\*, Bülent Özbay\*\*

**Özet:** Dörtbuçuk yıl içinde harap olmuş akciğer tanısı ile sol pnömonektomi uyguladığımız biri 19 yaşında erkek, diğeri 45 yaşında kadın iki olgunun klinik, radyolojik ve cerrahi bulguları sunulmuştur.

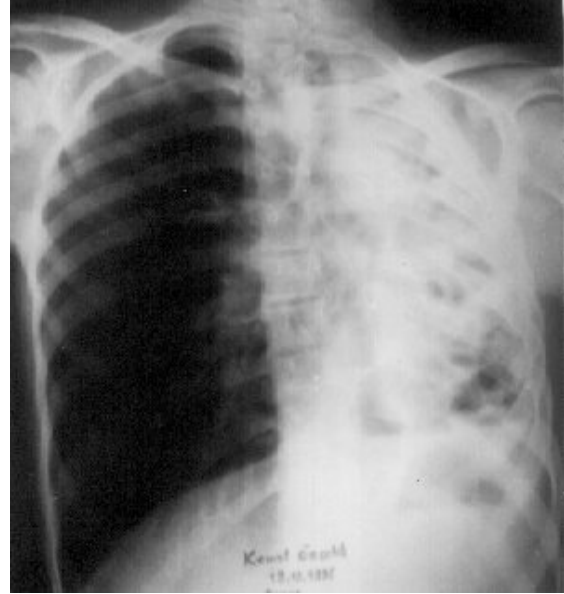
**Anahtar kelime:** Harap akciğer

“Harap akciğer” terimi, pulmoner enfeksiyöz hastalıklara sekonder oluşan yaygın akciğer harabiyetini tanımlar. Etiyolojide başta gelen neden tüberküloz olmakla birlikte bazı yaygın pulmoner süpürasyonlarda tedaviye rağmen akciğerde yaygın harabiyete yol açabilir. Asemptomatik olarak kalabilen bu hastalarda yaklaşık on yıl kadar sonra tekrarlayıcı pulmoner enfeksiyon epizodları, aspergillozis yerleşimi ile gelişme riski oldukça artabilen hemoptizi ve irreversibl respiratuar yetmezliğe kadar gidebilen progressif dispne gibi ciddi rahatsızlıklara neden olur (1).

Bütün bu komplikasyonların ortadan kaldırılabilmesi ancak cerrahi tedavi ile mümkündür. Dörtbuçuk yıllık süre içerisinde hastanemizde harap akciğer tanısı ile cerrahi girişim uyguladığımız iki olgu klinik, radyolojik ve cerrahi özellikleri açısından sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

**Olgu 1:** Ondokuz yaşında erkek hasta. Öksürük, nefes darlığı, kan tükürme ve göğüs ağrısı şikayetleri olan hasta, çocukluğundan beri sık sık akciğer enfeksiyonu geçirmiş. Hastada yarık damak anomalisi de mevcut. Medikal tedavilerden yarar görmeyen hastanın son zamanlarda nefes darlığı ileri derecede artmış ve öksürmekle birlikte kan gelmeye başlamış. Kaşektik görünümü olan hastada çomak parmak da mevcut. Standart akciğer grafisinde ve bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğerin tamamında kistik bronşektazik alanlar ve kronik fibrotik değişiklikler saptandı. (Resim 1, 2). Sol plöroptnöminektomi uygulanan hastanın postoperatif dönemde sorunu olmadı (Resim 3). Patolojisi, akciğerde akut atak gösteren kronik nonspesifik iltihap olarak gelen hastanın akciğer parankim kesitlerinde geniş fibrozis alanları ve kistik yapılar izlendi. Hastanın daha sonraki kontrollerinde klinik şikayetleri tamamen düzeldi.



Resim 1. Olgu 1'in preoperatif akciğer grafisi

**Olgu 2:** Kırkbeş yaşında bayan hasta. 6-7 yıldır öksürük ve balgam çıkarma şikayeti olan hastanın son aylarda balgamında ara sıra kan geliyordu. Daha önce düzensiz tüberküloz tedavisinde alan hasta 20 yıl önce zatürre geçirmiş. Standart akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde Olgu 1'e benzeyen bulgular vardı. Fiberoptik bronkoskopisinde endobronşial lezyona rastlanmayan hastanın bronş lavajında ARB görülmedi. Hastaya sol pnömonektomi uygulandı. Postoperatif sorunu olmayan hastanın patolojisi bronşektazi olarak rapor edildi.

Her iki olgunun anesteziinde de çift lümenli endotrakeal tüp kullanıldı. Ayrıca ameliyat esnasındaki gözlemde, akciğer etrafı yapıları ileri derecede yapışık olup atrofik görünümde, kistik ve fibrotik alanlarla kaplı, havalanması az ve aşırı miktarda pürülan sekresyonla dolu olarak saptandı.

## Tartışma

Harap akciğer (destroyed lung) daha çok radyolojik bir tanımlama olup tek bir büyük kavite ya da multipl kaviteli opasiteler şeklinde bir görünüm saptanır (1). Her iki olgumuzda da radyolojik olarak saptanan bu bulgular harap akciğeri düşündürdü.

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, \*Göğüs Cerrahisi ve

\*\*Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, VAN

**Yazışma adresi:** Yrd.Doç.Dr. İrfan Yalçınkaya

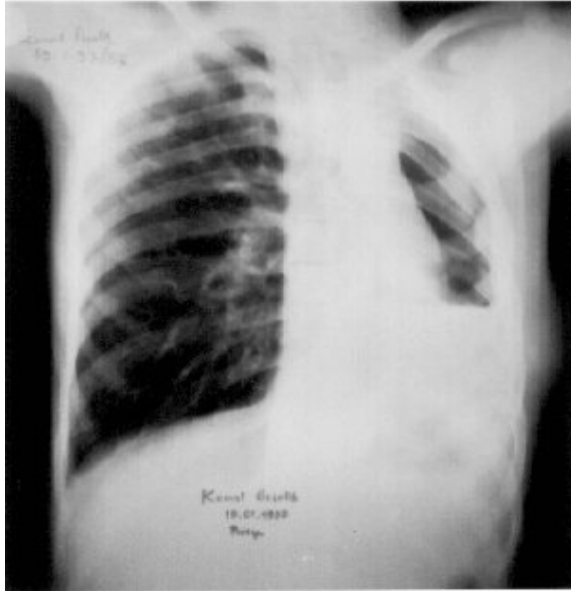
Tıp Fakültesi Hastanesi

Göğüs Cerrahisi Kliniği 65200, VAN

E-mail: drirfanyalcinkaya@hotmail.com



Resim 2. Sol akciğerin tamamında kistik bronşektazik alanlar ve kronik fibrotik değişiklikler



Resim 3. Olgu 1'in postoperatif akciğer grafisi

Akciğerde yaygın harabiyete yol açan nedenler arasında en başta tüberküloz gelmekte olup onu bronşektazi, kronik interstisiyel pnömoni, organize pnömoni, aspergillozis gibi kronik pulmoner enfeksiyonlar izlemektedir (2-4). İki olgumuzda da etyoloji nonspesifik rekürren pulmoner enfeksiyondur. Bir olgumuzda konjenital yarı damak anomalisi, diğer olgumuzda da geçirilmiş pnömoni olması dikkat çekicidir. İlk olgumuzda saptanan konjenital anomali ve doğuştan itibaren pulmoner enfeksiyonun varlığı, sol akciğerde de konjenital kistik bronşektazi gibi bir konjenital anomalinin olabileceğini de düşündürmüştür.

Harap akciğere bağlı masif hemoptizi, sekonder fungal enfeksiyonlar, sekonder amiloidozis ya da pulmoner-sistemik şant gibi komplikasyonlar nedeniyle pnömonektomi mutlaka gereklidir.

Harap akciğer aynı zamanda kronik bir enfeksiyon odağı olduğu gibi solunum işine herhangi bir katkısı olmamakta ve hatta sağlam akciğere yönelmesi gereken havayı çalmaktadır. Operasyonun amacı komplikasyonların önlenmesi ve hastanın yaşam kalitesinde iyileştirme sağlamaktır. Olgularımızda masif olmasa da hemoptizi, kronik öksürük ve bol pürülan balgam çıkarma, medikal tedaviye rağmen tekrarlayan enfeksiyon atakları ve solunum sıkıntısı mevcudiyeti gecikmeden cerrahi uygulanmasını gerekli kıldı.

Kronik enfeksiyon nedeniyle pnömonektomi uygulanan hastalarda komplikasyon riski hayli yüksektir. Bilhassa geçirilmiş tüberkülozlu olgularda, harap akciğerin sağ taraf olması halinde, preoperatif ampiyem varlığında ve pulmoner fonksiyonları kritik seviyedeki olgularda postoperatif erken ve geç komplikasyon oranı oldukça yüksektir (2-5). Tüberküloza bağlı harap akciğer ve kronik ampiyemde ekstraplevral pnömonektomi tavsiye edilmektedir. Fakat bu zor ve potansiyel olarak tehlikeli bir işlemdir. Harap akciğer nedeniyle pnömonektomi uygulanmış 118 olguluk bir seride, postoperatif dönemde mortalite % 5.9 iken, major morbidite % 11.9 olarak bulunmuştur. Tüberküloz nedeniyle cerrahi girişim uygulanan grupta mortalite ve morbidite oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (2). 25 olguluk diğer bir çalışmada 1 olguda mortalite görülürken, 8 olguda ampiyem ve 3 olguda da bronkoplevral fistül bildirilmiştir. Bu hastaların 10'unda da torakoplasti uygulanmak zorunda kaldığı belirtilmektedir (3). Olgularımızın ikisinde de postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi.

Nadir olarak karşımıza çıkan, fakat ciddi komplikasyonlara yol açabilen harap akciğerde tam ve kalıcı bir çözüm elde etmek için rezektif cerrahi mutlaka gereklidir. Pnömonektomi yüksek mortalite ve morbidite riski taşımaya karşın, gelişebilecek çok ciddi komplikasyonlardan korunmak ve hastanın klinik olarak tüm yakınmalarını ortadan kaldırmak için tek seçenektir.

### The destroyed lung (report of two cases)

**Abstract:** Two cases one of whom is a 19 year-old male and the other 45 year-old female, in whom we performed left pneumonectomy with the diagnosis of destroyed lung within 4.5 years, are presented with their clinical, radiological, and surgical findings.

**Key word:** Destroyed lung

### Kaynaklar

1. Carette MF, Blanchon F, Milleron B, Brocard H. [Destroyed lung (author's transl)]. Sem Hop 55(17-18):843-53, 1979. (abstr)

2. Halezeroglu S, Keleş M, Uysal A, et al. Factors affecting postoperative morbidity and mortality in destroyed lung. *Ann Thorac Surg* 64:1635-8, 1997.
3. Massard G, Dabbagh A, Wihlm JM, et al. Pneumonectomy for chronic infection is a high-risk procedure. *Ann Thorac Surg* 62:1033-7, 1996.
4. Kao B, Riquet M, Bellamy J, Debesse B. [The destroyed lung. Apropos of 46 surgical patients]. *Rev Pneumol Clin* 45(6): 237-42, 1989. (abstr)
5. Inui K, Reshad K, Takahashi Y, Shindo T, Takashima Y, Wada H. [Pneumonectomy for destroyed lung or chronic tuberculous empyema]. *Kekkaku* 67(11): 705-8, 1979. (abstr)