

İlginç Bir Bronşektazi Olgusu

Fuat Sayır *, Ufuk Çobanoğlu*, Duygu Mergan*

Özet

Bronşektazi, bir veya daha fazla bronşta irreversibl ve anormal bir bronşial genişleme olarak tanımlanır. Gelişmekte olan ülkelerde sık görülür. Etiyolojisinde en sık enfeksiyonlar rol alır. Tedavisinde bronşektazik alana rezeksiyon uygulanır. Kronik, süpüratif bir hastalıktır. Biz, alt ve üst lobda bronşektazi ve orta lobda kompensatuar hipertrofi olan ve rezeksiyon uyguladığımız bir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Bronşektazi, enfeksiyon, rezeksiyon

Bronşektazi, bir veya daha fazla bronşta irreversibl ve anormal bir genişleme olarak tanımlanır; bir veya daha fazla bronş duvarının elastik ve kas yapılarının destrüksiyonu sonucu gelişir. İlk kez 1819'da Laennec tarafından tanımlanmıştır (1). Gelişmiş ülkelerde insidansı azalırken, gelişmekte olan ülkelerde halen büyük bir sorun olarak devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bakteriyel, viral, fungal enfeksiyonlar etiyojide ön planda iken, gelişmiş ülkelerde immün yetmezlik sendromları, genetik ve metabolik defektler ilk sırada yer alır.

Bronşektaziler sıklık sırasına göre sakküler (post enfeksiyöz), silendirik, fuziform şekilli olarak sınıflandırılır. En sık alt lobların bazal segmentlerini tutar. Bronşektazi tanısı kesin olarak, bronkografi ile konulmakla birlikte; bu konvansiyonel yöntem artık pek kullanılmamakta, bunun yerini yüksek rezolüsyonlu göğüs tomografisi (HRCT) almış bulunmaktadır (2).

Bronşektazi tedavisi en az 6 aylık takip ve tedaviye rağmen yapılan tetkikler sonucu gerilemeyen, tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda, cerrahi olarak ilgili akciğer kısmının (segment, lob, tüm bir akciğer) rezeksiyon edilmesinden ibarettir.

Biz, alt ve üst lobda bronşektazi ve orta lobda kompensatuar hipertrofi olan ve rezeksiyon uyguladığımız bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

14 yaşında erkek hasta, çocukluk döneminde boğmaca geçirdiği ve bu hastalıktan sonra da sık sık akciğer iltihabının tekrar ettiği öğrenildi. Anamnezinde bir çok kez sağlık merkezinde bronşit tedavisi aldığı, hastaya ileri tetkik yaptırılmadığı ve düzensiz antibiyotik kullandığı anlaşıldı. Hastanın fizik muayenesinde yaşlarına göre zayıf ve gelişimsel olarak geri olduğu gözlemlendi. Günde bir bardaktan fazla balgam çıkardığı, sürekli yorgun olduğu ve derslerine uyum gösteremediği öğrenildi. Oskültasyonda sağda solunum seslerinin azaldığı saptandı. Hastada çomak parmak deformitesi gözlemlendi. Gelişen hemoptizi nedeniyle göğüs hastalıkları uzmanınca değerlendirildiği öğrenildi.

Direkt akciğer grafisi (Resim 1) ve Toraks tomografisinde (Resim 2, 3) sağ üst ve alt lobta kısmi bronşektazik alanlar tespit edilen hasta kliniğimizce interne edildi.



Resim 1. Direkt akciğer grafisinde üst ve alt zonlarda bronşektazik alanlar

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Van.

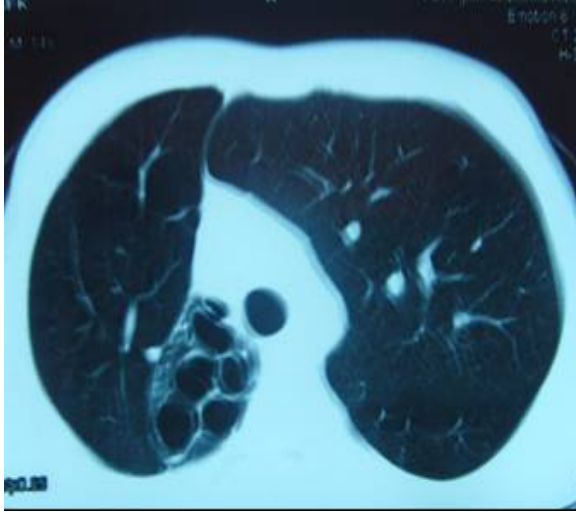
Yazışma Adresi: Dr. Fuat Sayır.

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Van.

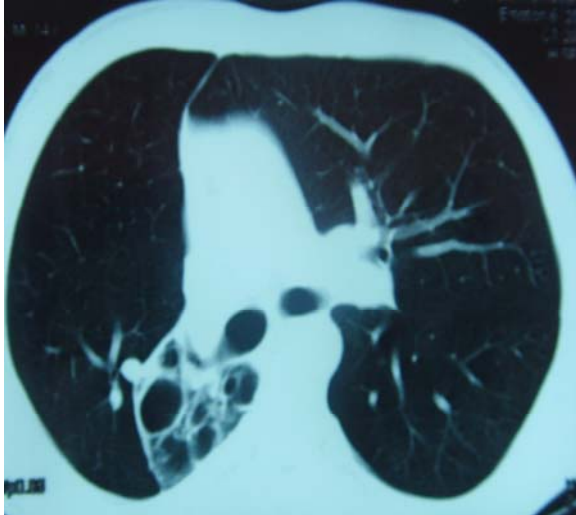
Maraş Cad. 65200 Van, TÜRKİYE.

Tel: 0 432 2164706 / 6231

E mail: sayirfuat@yahoo.com



Resim 2. Akciğer üst lob bölgesine uyan bronşektazik alan



Resim 3. Akciğer alt lob bölgesine uyan bronşektazik alan

Hasta yatırıldıktan sonra balgam kültürüne (*Moraxella Catarrhalis* ve *peptostreptococlar*) uygun antibiotik tedavisine başlandı. Kültür antibiyogramda hastanın çoğu antibiyotiğe dirençli olduğu saptandı. Hastaya 1 haftaya yakın antibiyoterapi, solunum fizyoterapisi (postural drenaj) ve mukolitik-ekspektoranlar verildi.

Standart posterolateral torakotomi kesisi ile 6. interkostal aralıktan toraksa girildi. Eksplorasyonda posteriora sağ alt ve üst lobların birleşmiş olduğu posterior mediastene ciddi anlamda yapışıklıkların olduğu gözlemlendi. Preoperatif çekilen direkt grafi ve tomografi görüntülerinden farklı olarak sağ orta lobun ileri derecede kompansatirif olarak hipertrofiye olduğu ve sağ hemitoraksı doldurduğu, buna karşın alt-üst lobların afonksiyone ve destrükte olduğu saptandı.

Sağ alt ve üst lobektomi sonrası kalan orta lobun toraksı doldurduğu gözlemlendi. Postoperatif dönemde (Resim 4) ilk günden itibaren ekspansiyon sorunu yaşanmayan hastanın drenajları çekilerek 8. gün taburcu edildi. Taburcu sonrası kontrolleri normal seyreden hastanın patoloji sonucu da bronşektazi olarak raporlandı.



Resim 4. Hastanın postoperatif akciğer grafisi

Tartışma

Akciğerin kronik süperatif hastalarına sekonder olarak zamanla bronşlarda genişleme ile karakterize, geri dönüşümü olmayan ve lokal antimikrobiyal savunmayı ve mukosilyer aktiviteyi azaltan bronşektazi; gelişmiş ülkelerde istisnalar dışında (kistik fibrozis gibi) çok az görülür (2). Ancak ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelere kontrol altına alınmayan enfeksiyonların bir komplikasyonu olarak, postenfeksiyöz bronşektazi başta olmak üzere sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (3). Bizim olgumuzda da etiyoloji, çocukluk çağında geçirilen sık enfeksiyonlara dayanmaktaydı. Bronşektazi etiyolojisinde immün yetmezlik veya immün supresyon, astım ve reaktif hava yolu hastalıkları, yine ülkemizde önemli bir oranda etkili olan tüberküloz, gastroözofageal reflü hastalığı, sağ orta lob sendromu, metabolik defektler gibi nedenler rol oynar (2, 4).

Olgumuzda olduğu gibi bronşektazinin bir çok patolojiden ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Bunlardan birisi de kongenital kistik adenomatoid malformasyondur (KKAM). Lober amfizemden sonra en sık görülen konjenital kistik akciğer hastalığı olup, tüm konjenital akciğer lezyonlarının %25 kadarını oluşturur (5). Genellikle unilateral bir lobda olup nadiren multiloberdir. Direkt radyografide boyutları küçükten büyüğe değişen ve mediastinal şift

yapabilen multipl kistler görülür. Buna rağmen KKAM olarak değerlendirilen olguların yaklaşık %25'i başka kistik hastalıklardır (6). Bu olguların ayırıcı tanısında konjenital lobar amfizem, pulmoner sekestrasyon, konjenital diyafragmatik herni, bronkojenik kist ve interstisyel amfizem gibi kistik akciğer hastalıkları düşünülmelidir.

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken postenfeksiyöz bronşiyolitis obliteransın bir varyantı olan Swyer James Sendromu (SJS), çocukluk çağında meydana gelen pek çok stimulusun sonucu olarak oluşabilir. Bu stimuluslar; radyasyon terapisi, kızamık, pertussis, hidrokarbon aspirasyonu, tüberküloz ve sıklıkla bir adenoviral enfeksiyondur (7). Bunlara ek olarak pek çok yayında yabancı cisim aspirasyonunu takiben oluşan SJS tanımlanmıştır. Bu pulmoner nedenler bronşiyolitis obliterans ve sonunda akciğer parankiminin destrüksiyonuna yol açan bir bronşit ve bronşiyoliti başlatır. Bronşlarda ve bronşiyollerde skarlaşma ve stenoz meydana gelir. Genellikle erişkinde asemptomatik olmasına rağmen hastaların öksürük, kronik ve tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar, azalmış egzersiz toleransı ve hemoptizi yakınmaları olabilir. Olguların %60'ının çocuklukta sık tekrarlayan enfeksiyon atakları geçirdiği belirtilmiştir. Radyolojik olarak tek taraflı hava hapsi, hiperlüksensi ve hiperinflasyon bulguları, küçük ya da normal boyutlarda akciğer, pulmoner damarların sayısında ve boyutlarında azalma karakteristik özellikleridir. SJSÖ deki iki ana patofizyolojik defekt unilaterale bronşektazi ve aynı tarafta pulmoner arterin hipoplazisidir. Bu durum, kontralateral bronşiyal arteriyel kan akımında artışa neden olabilir. Başka çalışmalar ise, bronşiyal arteriyel dolaşımdaki hemodinamik ve morfolojik değişikliklerin bronşektaziden kaynaklandığını göstermektedir (8). Radyografilerde genellikle tek lob veya tek akciğere sınırlı hiperlüksensi görülürken bronkografi ve radyonüklid görüntüleme sıklıkla bilateral ve yamalı tutulum gözlenir.

Bu olgu sunumunda düşünülmesi gereken patolojilerden birisi de Pulmoner hipoplazidir ve değişen oranlarda azalmış ya da az gelişmiş akciğer dokusu ile karakterizedir (9). Pulmoner arter agenezisi ve hipoplazisi tek bir lezyon olarak ortaya çıksa da sıklıkla konjenital kalp anomalileri ile birlikte seyretmektedir. Sekonder pulmoner hipoplazinin en sık nedeni diyafragma hernileridir. Primer tek taraflı pulmoner hipoplazide hastalar asemptomatik olabilir iken çocuklarda çoğunlukla bronkopulmoner enfeksiyonlara eğilim artmıştır. Bazı hastalarda

ekstrapulmoner anormalliklere bağlı semptomlar söz konusudur (9).

Bronşektazinin kesin tanısı, klasik bir bilgi olarak, bronkografi ile konmakla birlikte, günümüzde terkedilmekte olan bu yöntemin yerini bilgisayarlı tomografi ve yüksek çözünürlüklü kompütörize tomografi (HRCT) almıştır (2). Bronşektazi tanısında HRCT'nin duyarlılığı %63-97, özgüllüğü ise %75-100 olarak bildirilmektedir (1-48).

Bronşektazi tedavisinde uygun olgularda esas tedavi metodu cerrahidir. Annet ve arkadaşlarının çalışmalarında (29) cerrahi grupta mortalite oranı %8 iken, cerrahi olmayan, medikal grupta mortalite oranı %31 olarak bildirilmiştir.

Bronşektazinin prognozu için değişik serilerde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Ancak modern tedavi ile ortalama yaşam süresi 55 yıla kadar yükselmiştir (2). Günümüzde hastalar daha çok kor pulmonale nedeniyle kaybedilmektedir.

Olgumuz mevcut patolojinin birçok konjenital akciğer hastalığı ile karışabilecek lokalizasyonda ve radyografik görüntüde olmasına karşın operasyon sırasında ve patolojik olarak bronşektazi tanısı alması nedeniyle ilginç bulunarak sunulmuştur.

An Interesting Case Report of Bronchiectasis

Abstract

Bronchiectasis is defined as an abnormal irreversible enlargement in one or more bronchi. It is common in developing countries. The most common etiological agents are infections. Its treatment is surgical resection. It is a chronic suppurative disease. We aimed to present our case who was undergone upper and lower lobe resection of the lung resulting in compensatory hypertrophy of the middle lobe.

Key words: Bronchiectasis, infection, resection

Kaynaklar

1. Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, et al. Fishman's Pulmonary Disease and Disorders. Third edition, McGraw-Hill, NY 1998; 2045-2070.
2. Sayır F. Bronşektazide cerrahi tedavi sonuçlarımız. The Eurasian Journal of Medicine 2007; 39:109-111.
3. Karakoc GB, Yılmaz M, Altıntaş DU, Kendirli SG. Bronchiectasis. still a problem. Pediatr Pulmonol 2001; 32:175-178.

4. Doğru D, Nik-Ain A, Kiper N, et al. Bronchiectasis: the consequence of late diagnosis in chronic respiratory symptoms. *J Trop Pediatr* 2005; 51:362-365.
5. Aziz BD, Langer JC, Tuuha SE, et al. Perinatally diagnosed asymptomatic congenital cystic adenomatoid malformation: To resect or not? *J Pediatr Surg* 2004; 39:329-34.
6. Parikh D, Samuel M. Congenital cystic lung lesions: Is surgical Resection essential? *Pediatr Pulmonol* 2005; 40:533-537.
7. Kogult MS, Swischuk LE, Goldblum R. Swyer-James syndrome (unilateral hyperlucent lung) in children. *Am J Dis Child* 1973; 125:614-618.
8. Viamonte M Jr, Parks RE, Smoak WM. Guided catheterization of the bronchial arteries. *Radiology* 1965; 85:205-229.
9. Roque AS, Burton EM, Boedy RF, et al. Unilateral pulmonary agenesis without mediastinal displacement. *South Med J* 1997; 90:335-337.
10. Annet LS, Kratz JM, Crawford FA. Current results of treatment of bronchiechtasis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982; 83:546-550.