

125 Plörezili Olgunun İncelenmesi

Erkan Ceylan, Bülent Özbay, Kürşat Uzun, Mehmet Gencer, Abdullah Gülsün, İsmail Zehir

Özet: Ocak 1996 ve Mayıs 1998 tarihleri arasında kliniğimizde yatan ve diğer kliniklerde yatarak tedavi görmekte iken kliniğimizce konsülte edilen toplam 125 plörezili olgu incelendi. Olguların 81'i (%64.8) erkek, 44'ü (%35.2) kadındı. Plevra sıvısının transuda-eksuda ayırımında Light kriterleri kullanıldı. Olguların 95'i (%76) eksuda, 30'u (%24) transuda özelliğindedi. Etyolojik açıdan değerlendirildiğinde olguların %28'inin tüberküloz (tbc) plörezisi, %32'sinin malign plörezisi, %12'sinin parapnömonik plörezisi, %4'ünün pulmoner emboliye bağlı plörezisi, %24'ünün de transudatif plörezisi olduğu görüldü. Malign plörezili 40 olgunun 16'sının (%40) epidermoid karsinom olması dikkat çekiciydi.

Olguları yaş gruplarına göre incelediğimizde malign plörezili olguların %70'ini 50-69 yaş grubundaki olgular oluşturmaktaydı. Tüberküloz plörezili olguların %82.85'ini 29 yaş ve altı olgu grubu oluşturmaktaydı. 50 yaş ve üstü tüberküloz plörezisi olgusu %5.7 olarak tespit edilmiştir.

Plörezili olgularımızda plevra iğne biyopsisiyle %28, transtorasik iğne biyopsisiyle %1.6, sitolojik tetkikle %7.2, periferik lenf nodu biyopsisiyle %3.2, bronkoskopik biyopsi ile %9.6, torakotomi ile %0.8 oranında tanı elde ettik. Olguların %24'ünde klinik, radyolojik ve transudatif özelliklere dayanılarak tanı konuldu. Klinik ve laboratuvar sonuçları ile %12 olguda parapnömonik efüzyon tanısı konuldu. Plörezili olguların %6.4'ünde tedaviden tanıya gidilerek tanı konuldu.

Plevra sıvısı olan olgularda tüm tanı yöntemlerinin hastanın kliniğine göre dikkatlice seçilmesi ve gerektiğinde invaziv işlemlerin kullanılmasının tanı oranlarını yükselttiği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Eksuda, malign plörezisi, plörezisi, transuda, tüberküloz plörezisi.

Giriş

Plevral efüzyonlar, çok çeşitli hastalıklarla beraber bulunabilir. Plevral efüzyonların görüldüğü hastalıklar incelendiğinde göğüs içi hastalıkların ana sebep olduğu görülmüş olup, sistemik hastalıklar ve göğüs dışı nedenlerle de sıklıkla plevral efüzyon oluştuğu belirtilmiştir (1). Plevral efüzyonlu tanı almamış hastalar değerlendirileceği zaman yanıt bekleyen ilk soru efüzyonun eksuda mı-transuda mı olduğudur. Transuda-eksuda ayırımı için en iyi kriter Light kriterleridir (2,3). Bazen bir transudanın eksuda gibi değerlendirildiği olabilmektedir. Böyle durumlarda transuda-eksuda ayırımında serum-plevral sıvı albumin gradiyenti, kolesterol değerleri, interferon-gama, Adenozin deaminaz, karsinoembriyonik antijen-125, amilaz ve bazı asidite gibi parametreler bakılabilmekle beraber spesifik değildir (4,5,6,7,8).

Eğer hastanın eksudatif plevral efüzyonu varsa ilave testler efüzyonun karakterini belirleyecektir. Eksudatif plevral efüzyon için ayırıcı tanıda kullanılan laboratuvar testleri arasında beyaz küre sayısı ve ayırımı, glukoz, amilaz, LDH, adenozin deaminaz seviyeleri yer almaktadır. Plevra sıvısının sitolojik incelenmesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD, VAN

Yazışma adresi: Dr. Erkan CEYLAN

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD, VAN

plevra biyopsisi ile alınan parietal plevranın histopatolojik değerlendirilmesi, plevra sıvısının ve biyopsi materyalinin kültürü başvuru alan metodlar arasındadır (9,10). Plevra sıvısının bakteriyolojik tetkiklerinin tanıya katkısı düşüktür. Plevral efüzyonlu hastada bu laboratuvar tetkiklerine rağmen tanı konulamamışsa ayırıcı tanıya gitmek için bilgisayarlı göğüs tomografisi(BT), manyetik rezonans görüntüleme, plevra sıvısının histokimyasal çalışmaları, bronkoskopi, plöroskopi, torakoskopi, ve açık akciğer biyopsisi yapılabilir (2). Ülkemizde plevra sıvılı olguları çoğunlukla pulmoner enfeksiyon, tüberküloz ve malign plöreziler oluşturmaktadır.

Kliniğimizde yapılan bu çalışmada 125 plörezili olgu; tanı metodları, bölgemizde plörezilerin etyolojik değerlendirilmesi ve yaş gruplarına göre görülme sıklığı açısından değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Ocak 1996 ve Mayıs 1998 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatarak tetkik ve tedavi gören ve diğer kliniklerde yatarak tedavi görmekte iken kliniğimizce konsülte edilen 125 plörezili olgu çalışma kapsamına alındı.

Çalışmaya alınan vakaların hepsine herhangi bir tedavi uygulanmadan önce Light kriterlerine göre transuda-eksuda ayırımı yapıldı.

Plevra sıvısı örneklerinde Biyokimya A.D'da Tecnicon RA XT marka otoanalizör cihazı ile Light kriterlerinin tüm parametreleri çalışılmıştır.

Kapalı plevra biyopsisi için Abrams ve Ramel iğne biyopsi seti kullanılmıştır. Plevra biyopsi materyali %10'luk formole konarak patolojik incelemeye gönderilmiştir. Ayrıca plevra sıvısının bakteriyolojik ve sitolojik incelenmesi yapılmıştır. Olgularda endikasyon durumuna göre fiberoptik bronkoskopi, BT, lenf bezi biyopsisi, balgam ve bronş lavajı sitolojisi, transtorasik iğne biyopsisi ve torakotomi uygulanmıştır.

Tablo I. Malign plörezili olguların yaşlara göre dağılımı.

Yaş grubu	Toplam olgu sayısı	%
10-19	1	2.5
20-29	1	2.5
30-39	5	12.5
40-49	3	7.5
50-59	15	37.5
60-69	13	32.5
70 ve üzeri	2	5
TOPLAM	40	100

Tablo III. Olgularımızın tanıları ve görülme oranları.

Hastalık	Olgu sayısı	%
Tüberküloz plörezisi	35	28
Parapnömonik plörezisi	15	12
Transudatif plevra sıvısı	30	24
Konjestif kalp yetmezliği	25	20
Kronik böbrek yetmezliği	3	2.4
Diyabetik nefropati	1	0.8
SLE nefropatisi	1	0.8
Pulmoner emboli plörezisi	5	4
Malign Plöreziler	40	32
Epidermoid Ca metastazı	16	12.8
Küçük hücreli karsinom metastazı	6	4.8
Lenfoma metastazı	5	4
Adeno Ca metastazı	4	3.2
Malign mezotelyoma	3	2.4
*ALL metastazı	1	0.8
**KLL metastazı	1	0.8
Timik Ca metastazı	1	0.8
Ösefagus Ca metastazı	1	0.8
Mide Ca metastazı	1	0.8
Mesane Ca metastazı	1	0.8
TOPLAM	125	100

*ALL: Akut lenfositik lösemi. ** KLL: Kronik lenfositik lösemi.

Tablo II. Tüberküloz'lu olguların yaşlara göre dağılımı.

Yaş grubu	Toplam olgu sayısı	%
10-19	4	11.42
20-29	25	71.42
30-39	3	8.57
40-49	1	2.85
50-59	1	2.85
60-69	--	--
70 ve üzeri	1	2.85
TOPLAM	35	100

Bulgular

İncelemeye alınan 125 olgunun 81'i (%64.8) erkek, 44'ü (%35.2) kadın hastalardan oluşmaktaydı. Olguların yaş ortalaması 44.83±19 idi. Transuda özelliğinde plevra sıvısı olan olguların 25'inde konjestif kalp yetmezliği, 3'ünde kronik böbrek yetmezliği, birinde SLE nefropatisi, birinde diyabetik nefropati tanısı konmuştur.

Parapnömonik plörezi 15 olguda gözlenmiş olup, bu olgularımızdan birinde ampiyem gelişti ve bu olguya kapalı toraks drenajı uygulandı. Olgularımızın 40'ında (%32) malign plörezi tespit edilmiş olup, bunların 27'si (%67.5) erkek, 13'ü (%32.5) kadın olup yaş ortalamaları 53.91±17 olarak tespit edilmiştir. Malign plörezili olguların yaşlara göre dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi malign efüzyonlu olguların %70'ini 50-69 yaş grubundaki olgular oluşturmaktadır. 10-19 ve 20-29 yaş grubundaki birer olgu da Hodgkin lenfoma saptanmıştır.

Tüberküloz plörezi tanısı alan 35 olgunun 29'u (%82.85) erkek, 6'sı (%17.14) kadın olup yaş ortalamaları 25.65±16 olarak bulunmuştur. Tüberküloz plörezili olguların yaşlara göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo II'de görüldüğü gibi olgularımızın %82.84'ünü 29 yaş ve olgu grubu oluşturmaktadır. 50 yaş ve üstü tüberküloz plörezili olgularımızın yüzdesi ise %5.7'de kalmıştır.

Plevral sıvılı olgularımızda tespit edilen tanılar Tablo III'de gösterilmiştir.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi olguların %72'sini malign plörezi, tbc plörezi ve parapnömonik plörezi olguları oluşturmaktadır. Epidermoid karsinoma bağlı plöreziler ve küçük hücreli karsinoma bağlı plöreziler malign plörezili olguların %55'ini oluşturmaktadır.

Tablo IV. Plörezili olgulardaki tanı metodları.

Tanı Metodu	Olgu sayısı	%
Plevra iğne biyopsisi	35	28
Periferik lenf bezi biyopsisi	4	3.2
Transtorasik iğne biyopsisi	2	1.6
Plevra sıvısı sitolojisi	9	7.2
Tedaviden tanıya gitme	8	6.4
Transuda özelliğinde plörezi	30	24
Parapnömonik plörezi	15	12
Bronkoskopi	12	9.6
Torakotomi	1	0.8
Diğer tanı metodları	9	7.2
TOPLAM	125	100

Tablo IV'de olgularımıza uygulanan teşhis metodları, olgu sayısı ve kullanım sıklığı oranları gösterilmiştir.

Tablo V. Malign ve Tbc plörezili olgularda plevra biyopsi iğnesi ile tanı değerleri.

Plevra		Malign Plevra Sıvısı		Tbc Plevra sıvısı		
Biyopsisi	Olgu sayısı	Biyopsi yapılan	Plevra biyopsisi ile tanı konan	Olgu sayısı	Biyopsi yapılan	Plevra biyopsisi ile tanı konan
51	40	16	7 (%43.75)	35	35	28 (%80)

Tablo V'de malign plörezi ve tüberküloz plörezili olgulardaki plevra biyopsisi ile elde edilen tanı değerleri verilmiştir.

Tablo IV'de görüldüğü gibi olguların %28'inde plevra iğne biyopsisi ile, %7.2 olguda plevra sıvısı sitolojisi ile tanıya gidilmiştir. Plevra biyopsisi, bronkoskopi, sitoloji ile %44.8 olguda tanı konulmuştur. Tablo V'de ise malign plörezili olgularda plevra biyopsisi ile tanı koyma oranı %43.75, tbc plörezili olgularda plevra biyopsisi ile tanı koyma oranı ise %80 olarak tespit edilmiştir. Plevra biyopsisi ile malign plörezi ve tbc plörezili olgulardaki tanı koyma oranı ise %68.62'dir.

Tartışma

Plevral efüzyonlar çok çeşitli hastalıklarla beraber bulunabilmekle beraber öncelikle plevra ve akciğer hastalıkları sonucu oluşur. Diğer organ hastalıkları ve sistemik hastalıkların seyrinde de plevral efüzyonlar görülebilir. Plevra boşluğu, visseral ve paryetal plevra arasında yer alan ve 18-20µm genişliğinde ve içinde 0.3ml/kg hipoonkoik plevra sıvısı bulunan potansiyel bir boşluktan meydana gelmektedir (10,11,12). Normalde bu potansiyel boşlukta solunum esnasında her iki plevra yaprağının birbiri üzerinde kaymasını sağlayan 10-15cc bir sıvı bulunmaktadır. Plevral sıvı içeriği normalde; serum değerinden düşük protein konsantrasyonu (<2gr/dl) ve serumla eşdeğer pH ve glukoz düzeyi içerir (13,14,15).

Plevral efüzyonlu tanı almamış bir hastada ilk yapılacak işlem efüzyonun transuda-eksuda ayırımıdır. Transuda-eksuda ayırımı için en iyi ve kolay Light kriterleridir. Biyokimyasal testlerden hiçbiri %100 doğruluk göstermez. Bu yüzden bazen bir transudanın eksuda gibi değerlendirildiği olmaktadır. Eğer hastada klinik olarak transuda düşünülüyor ve hastanın plevral sıvısı Light kriterlerine göre eksuda özelliğindeyse, transuda-eksuda ayırımında serum plevral sıvı albumin gradiyentinin ve kolesterol değerlerinin ölçülmesi yararlı olacaktır. Eğer hastanın eksudatif plevral efüzyonu varsa ilave testler efüzyonun karakterini belirleyecektir.

Plevral sıvının dış görünüşü ve kokusuna dikkat edilmelidir. Bütün eksudaların örnekleri bakteriyel kültür için gönderilmelidir. Eksudatif plevral efüzyon için ayırıcı tanıda kullanılan laboratuvar testleri arasında beyaz küre sayısı ve ayırımı, plevral sıvı sitolojisi, adenozin deaminaz, glukoz ve amilaz seviyeleri yer almaktadır(4,5,6,7).

Eğer plevra tüberkülozundan şüphe ediliyorsa plevra iğne biyopsisi endikedir. Torakoskopi malign plevral efüzyon ve tüberküloz plörezisinde yüksek tanısal değere sahiptir (1,16). Paryetal plevranın iğne biyopsisi ile değerlendirilmesinde bugün sıklıkla abrams, cope, ramel iğne biyopsi setleri teşhiste kullanılmaktadır. Plevra biyopsisi ile tüberküloz ve fungal enfeksiyonlara bağlı plörezilerde tanı koyma oranı yüksektir (17,18). Plevra biyopsisi ile tüberkülozda %60-80 oranında tanı konulabilir (19,20). Malign plevra sıvılarında ise tanı koyma oranı %40'dır (17). Biz çalışmamızda abrams ve ramel iğne biyopsi seti kullandık. Çalışmamızda tüberküloz plörezili olguların %80'ine, plevra biyopsisi yapılan malign plörezili olguların ise %43.75'ine plevra biyopsisi ile tanı koyduk. Malign plörezisi tanısı konulan hastaların bronş biyopsisi, periferik lenf nodu biyopsisi, transtorasik biyopsi gibi tetkiklerle tanı desteklenmiştir. Malign mezotelyomalı 3 olgunun tanısı direk plevra biyopsisi ile konmuştur.

Plevral efüzyonlu hastada bu laboratuvar tetkiklerine rağmen tanı konulamamışsa, ayırıcı tanıya gitmek için bilgisayarlı göğüs tomografisi, magnetik rezonans görüntüleme, plevra sıvısının immünohistokimyasal çalışmaları, direkt gazlikit kromatografisi, kromozom analizleri, bronkoskopi, plöroskopi ve açık akciğer biyopsisi yapılabilir (4).

Transudatif efüzyonlar; plevral yüzeyde hidrostatik ve onkotik basınç dağılımı bozukluğu sonucu oluşan plevral sıvının oluşum hızı, absorpsiyon hızını aşmış olduğu zamanlarda gelişir. Bu efüzyonların karakteristik özelliği düşük hücre ve düşük protein konsantrasyonlarında olmasıdır. Konjestif kalp yetmezliği transudatif efüzyonların ve bilateral efüzyonların en sık karşılaşılan sebebidir. Konjestif kalp yetmezliğinde uygulanan diüretik tedavi ile transuda özelliğindeki sıvının eksuda gibi algılanma olasılığı vardır. Hepatik hidrotoraksta, ürinotoraksta, peritoneal dializ sırasında ve nefrotik sendrom'lu bir çok hastada biriken sıvılar transudatif karakterlidir. Transudatif efüzyonun gelişiminde plevral membranlar intaktır. Eğer altta yatan problem

düzeltilirse efüzyon reabsorbe olur (21,22). Plevral efüzyon genellikle sağda oluşur. Sol tarafta oluşan plevra sıvılı olgularda ise pulmoner emboli komplikasyonunu düşünmek gerekir (23). Çalışmamıza alınan transuda özelliğindeki 30 olgunun yaş ortalaması 58.9±6 olarak bulundu. Plevra sıvısı olguların 24'ünde(%80) sağda, 5'inde(%16.6) bilateral ve 1(%3.3) olguda da plevra sıvısı solda tespit edilmiştir.

Dış kaynaklı yayınlarda eksudatif efüzyonların birinci sıklıktaki nedeni parapnömonik efüzyonlardır. İkinci sıklıktaki nedeni ise malign efüzyonlardır (5). Ülkemizde ise tüberküloz plörezisi görülme sıklığı %3 ile %70 arasında değişen oranlarda farklı sonuçlar bildirilmektedir (24,25). Hastaneye başvuran plevral efüzyonlu hastaların %25'inde neden malignitedir. İlk torasentez ve plevral biyopsi ile tanı konulamayan eksudatif efüzyonlar takip edildiklerinde %33-70 oranında malignensi gösterilmiştir. Malign plevral efüzyonlar genellikle masif miktarlardadır, hızlı artar ve boşaltma sonrasında da hızlı dolma özelliği gösterir. Malign efüzyonların en sık sebebi akciğer ve meme kökenli adenokanserlerdir. Daha sonra lenfomalar ve gastrointestinal sistem malignensileri gelir (26). Çalışmamızdaki 40 malign plörezili idi, bunların 16(%40)'ı epidermoid karsinom, 6(%15)'sı küçük hücreli karsinom, 4 (%10)'ü adeno karsinom, 3(%7.5)'ü malign mezotelyoma, 5(%12.5)'i lenfoma, 6 (%15) diğerleri tespit edildi. Malign mezotelyomalı olgularımızın bölgesel değerlendirilmesi yapıldığında iki olgu Hakkari'den bir olgu Erçiş'den gelmekte idi. Hakkari'den gelen bir olgu uzun yıllar Yozgat'ta yaşamıştı. Plevra biyopsisi ile 7 (%43.75) olguya malign plörezisi tanısı kondu. Yine bu sonuçlarda klasik bilgilerden farklı olarak malign mezotelyoma 3(%42.85), epidermoid karsinom 2(%28.57), küçük hücreli karsinom ve lenfoma ise 1(%14.28) olguda tespit edilmiştir. Bu değerler çalışmamıza alınan malign efüzyonlu olguların az olması ile beraber çalışmamızdaki malign mezotelyoma ve epidermoid karsinom oranının yüksekliği ile orantılıdır. Mezotelyomalar ise malign efüzyonların çok az bir kısmını oluşturur (27). %10'luk bir kısımda ise primer tümör tüm tetkiklere rağmen bulunamaz. Malign efüzyonların %90'ı eksuda %10'u transuda niteliğindedir. Malign sıvılar seröz, serohemorajik veya hemorajik olabilir. Seröz sıvılar lenfatik obstrüksiyon veya atelektaziye bağlı gelişirken, kanlı sıvılar plevranın doğrudan doğruya tutulduğunu düşündürür. Malign plevral efüzyonların en sık

nedeni primer akciğer malignensileridir. Tüm akciğer kanserli vakaların yaklaşık %10'unda plevra metastazı meydana gelmektedir (4, 28, 29, 30).

Plevral sıvının sitolojik incelenmesi tanıya %66, plevral biyopsinin histolojik incelenmesi ise %46 oranında katkıda bulunur. Plevral sıvının sitolojik incelemesi plevra biyopsisinden daha sıklıkla tanı koydurur. Çünkü malign plevral efüzyonlu hastaların sadece %30'unda visseral plevra tutulmuştur ve plevra tutulumu sıklıkla düzensizdir. Plevral sitoloji ve plevra biyopsisinin birlikte uygulanması ise %73 oranında tanıya götürür. Tekrarlayan sitolojik incelemeler ve biyopsilerle tanıya ulaşma olasılığı arttırılabilir (31). Çalışmamızda plevra sıvı sitolojisi ile 9(%7.2) olguda tanı konulmuştur. Malign plörezilerde plevra biyopsisi ile 16(%43.75) olguda tanı konulmuştur. Malign plörezilerde plevra biyopsisi ve plevra sıvısı sitolojisi ile beraber tanı koyma oranımız ise %50.95 olarak tespit edilmiştir.

Ülkemizde tüberküloz plörezili olgular, tüm tüberkülozların %9'unu, tüm plörezili olguların ise %3'ünü oluşturmaktadır. Tüberküloz plörezi Mycobacterium tuberculosis'in plevral boşluğa yayılması sonucu, tbc basillerinin proteinlerine karşı bir hipersensivite reaksiyonu sonucu gelişebilir. Tüberküloz plörezi genellikle gençlerde görülür ve primer enfeksiyondan hemen sonra ortaya çıkar. Bu nedenle genellikle pulmoner tüberküloza ait klinik bulgular saptanamaz. Klinik bulgular genellikle sinsi başlangıçlı olmasına karşın akut başlangıçlı olgularda sıklıkla görülmekte ve bakteriyel pnömونيye taktil eder şekilde klinik vermektedir. Olguların %95'inde seröz veya seröfibrinöz, %10'undan azında ise serohemorajik plevral sıvı toplanır. Tüberküloz plörezi daima eksuda özelliğindedir (28,31,32,33). Genel olarak tüberküloz plörezi bakteriyolojik tetkiklerin tanıya katkısı düşüktür. Tüberküloz plörezili olguların bakteriyolojik incelemesinde 2 olguda ARB (+)'liği bulundu. Çalışmamızda olgularımızın %82.85'ini 29 yaş ve daha genç altı olgu grubu oluşturmaktaydı. Bu olgularımızın 18'ini(%51.42) asker hastalar oluşturmaktaydı. 50 yaş ve üstü tüberküloz plörezili olgularımızın yüzdesi ise %5.7'de kalmıştı.

Plörezilerde; klinik şüphe, akciğer grafisi, bakteriyolojik tetkikler, deri testleri, doku biyopsileri ile tanıya gidilir. Plevral sıvıda CEA, adozin deaminaz, gama interferon gibi markerlerin bakılması tanıya yardımcı testlerdir. Olgularımızda plevra biyopsisi ile 35(%28),

transtorasik iğne biyopsisi ile 2(%1.6), sitolojik tetkikle 9(%7.2), periferik lenf nodu biyopsisiyle 4(%3.2), bronkoskopik biyopsi ile 12(%9.6), torakotomi ile 1(%0.8) olguda tanı konmuştur. Plevra biyopsisi malign ve tbc plörezi olmak üzere 51 olguya yapılmıştır. Malign plörezili olgulardan plevra biyopsisi yapılan 26 olgudan 7(%43.75)'sine tanı konmuştur. Tbc plörezi olgularının hepsine plevra biyopsisi yapılmış olup 28(%80)'ine plevra biyopsisi ile tanı konulmuştur. Olguların %24'ünde tanı radyolojik, klinik bulgular ve transudatif özellik dolayısıyla konuldu. Klinik ve laboratuvar sonuçları ile %12 olguda parapnömonik efüzyon tanısı konuldu. Olgularımızdan 8'inde tedaviden tanıya gidilerek tanı konuldu. Bu 8 olgu tüberküloz plörezi olup sekizinde de yapılan plevra biyopsi sonuçları kronik fibrinoid plörit olarak rapor edilmiştir.

Sonuç olarak: plevral efüzyonlu olgularımızın önemli bir oranını tüberküloz plörezi olguları oluşturmaktadır. Bölgemizde sosyoekonomik durumun iyi olmaması ve tüberküloz plörezili olgularımızın çoğunluğunu asker hastalarımızın oluşturması kalabalık ortamlarda yaşanması ve hijyen şartlarının yerine getirilmemesi ve dolayısıyla direkt temasın fazlalığı ile açıklanabilir.

Malign plörezilerden malign mezotelyoma ve epidermoid karsinoma bağlı plörezilerin fazla olması, çalışmamızda malign efüzyonlu olgu sayısının az olması ile beraber, çalışmamızdaki malign mezotelyoma ve epidermoid karsinom oranının yüksekliği ile orantılıdır.

Olgularımızda, özellikle tüberküloz olgularında daha yüksek değerlerde olmak üzere, plevra iğne biyopsisi ile yüksek oranda tanı koyduruculuğunun bulunması bize plevral efüzyonu bulunan olgularda hastanın kliniği göz önünde bulundurularak gerektiğinde invaziv işlemlerden kaçınılmaması gerektiğini göstermiştir.

Investigation of 125 Cases with Pleurisy

Abstract: 125 cases with the diagnosis of pleurisy were investigated both inpatients who were treated in our clinic and who were treated in other clinics by our consultations between January 1996 and May 1998. There were 81 (64.8%) male and 44(35.2%) female patients. Light criteria was used in the differentiation of pleura fluid as exsudative or transudative. There were 95(76%) exudative pleural fluid cases and 30(24%) transudative pleural fluid. There were 28% tuberculous pleurisy, 32% malign pleurisy, 12% parapneumonic pleurisy, 4% pleurisy related to pulmonary emboli and 24% transudative pleurisy according to etiologic evaluation. 16(40%)

of 40 malign pleurisy cases were interestingly epidermoid carsinom.

In the investigation of cases according to age groups, 70% of malign pleurisy cases were 50-69 years of age groups. 82.85% of tuberculous pleurisy cases were 29 years of age and below. 5.7% of them were 50 years of age and above.

We confirmed the diagnosis by pleural needle biopsy, cytologic investigation, periferic lymph node biopsy, bronchoscopic biopsy and thorcotomi according to percentations of diagnostic techniques, diagnosis was made by 28% needle biopsy, 1.6% transthoracic biopsy, 7.2% cytologic investigation, 3.2% periferic lymph node biopsy, 9.6% bronchoscopic biopsy and 0.8% thoracotomi. 24% of cases were diagnosed according to clinical, radiological and transudative features. 12% of cases were diagnosed as parapneumonic effusions according to clinical and laboratory results. 6.4% of cases diagnosed as pleurisy according to treatment results.

Diagnostic percentages are increased because diagnostic methods and invasive processes according to patients clinics are decided carefully.

Key words: *Exsudative, malign pleurisy, pleurisy, tuberculous pleurisy, transudative.*

Kaynaklar

1. Broaddus VC, Light R.W: Disorders of the pleura. İn: Murray JF, Nadel JA ed. Textbook of Respiratory Medicine. Phedelpia. WB. Saunders Company. 1994;2145-2164.
2. Balcı K: Göğüs Hastalıkları. Atlas Kitabevi: Konya, 1993;495-543.
3. Lillington GA: A. Diagnostic Approach to Chest Disease. Third edition. 1988; 347-368.
4. Light RW: Pleural disease. Third edition, Williams & Wilkins. Baltimore, 1995; 1-116.
5. Walker R: Pleural Effusions: Nonneoplastic. İn: Fishman AP ed. Pulmonary Diseases and disorders Companion Handbook. Second edition. Mc Graw-Hill Book Company, 1994: 267-273.
6. Costa M, Quiroga T, Cruz E: Measurement of Pleural Fluid Cholesterol and Lactate Dehydrogenase. Chest 1995;108:1260-1263.
7. Burgess L, Maritz F, Taljaard F: Comparative Analysis of the Biochemical Parameters Used to Distinguish Between Pleural Transudates and Exudates. Chest 107:1604-1609, 1995.
8. Aoki Y, Katoh O, Nakanishi Y, Kuroki S, Yamada HA: Comparison study of IFN-gamma, ADA and CA-125 as the diagnosis parameters in tuberculous pleuritis. Respir Med 88 (2): 139-143, 1994.
9. Kahraman C, Akçalı Y, Basri MH: Plevral efüzyonlu hastalarda parietal plevra iğne biyopsisinin tanısal değeri. Erciyes Tıp Dergisi 11: 200-205, 1989.
10. Uğurman F, Önde G: Plevra;Fizyoloji ve Fizyopatoloji. Solunum Hastalıkları 7:497-508, 1996.
11. Tetikkurt C: Plevral efüzyonlarda tanı kriterleri. İst Üniv İst Tıp Fak Mecm 56 (4): 117-119, 1993.
12. Akkaynak S: Solunum Hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevleri; 325-333, 1988.
13. Sahn SA: The pathophysiology of pleural effusions. Ann Rev Med. 41: 7-13, 1990.
14. Negrini D, Fabbro MD, Venturoli D: Fluid exchanges across the parietal peritoneal and pleural mesothelia. J Appl Physiol 74 (4):1779-84, 1993.
15. Misserocchi G, Venturoli D, Negrini D, Fabbri M: Model of plueral fluid turnver. J Appl Physiol 75 (4):1798-806, 1993.
16. R.W. Light. Diagnostic principles in pleural disease. Eur Respir J, 10:476-481,1997.
17. Köktürk O, Sezer A. Ö, Ekim N., Türктаş H: Plevral efüzyonlu 112 olgunun değerlendirilmesi. Gazi Tıp Dergisi 1 (2): 90-95, 1990.
18. Poe R.H, Israel R.H, Utell M.J ve ark: Sensivity, specificity and predictive valves of closed pleural biopsy. Arch. Intern Med. 144: 325, 1984.
19. Gök M, Özer F, İmecik O: Tüberküloz plözizilerde biyopsi kültürünün tanısal değeri. Tüberküloz ve Toraks 42 (1): 47-50, 1994.
20. Metintaş M, Özdemir N, Ekici M, Erginel S ve ark: Tüberküloz plözizili 40 olgunun değerlendirilmesi. Tüberküloz ve toraks. 42 (2): 91-97, 1994.
21. Winterbaver RH: Nonneoplastic pleural effusions. İn: Fishman AP ed. Pulmonary Diseases and Disorders.Mc Graw-Hill Book Company, 1988:2139-2170.
22. Kinasewitz G.T: Transudative effusions. Eur Respir J, 10: 714-718, 1997.
23. Gök H: Klinik kardioloji. Nobel tıp titapevleri: 213-236, 1996.
24. Atabey F, Yılmaz V, Can H, Haliloğulları M, Gürocak M: Plevral sıvıların ayırıcı tanısında Light kriterlerinin değeri. Solunum Hastalıkları 4:15-20, 1993.
25. Erk M, Demir T, Gemicioğlu B, Utku B, Yaman M: Plözizilerde tanı zorlukları. Solunum 16: 503-515, 1991.
26. Pleural Effusions: Neoplastic. İn: Fishman AP ed. Pulmonary Diseases and disorders Companion Handbook. Second edition. Mc Graw-Hill Book Company, 1994: 274-276.
27. Andrew Gottehrer, M.D.; David A. Taryle, Karolyn E. Reed, and Steven A: Sahn. Pleural Fluid Analysis in Malignant Mesothelioma.Chest 100:1003-1006, 1991.
28. Karakoca Y, Fındık S,Emri SA: Plevral efüzyon. Barış Yİ.(Ed) Solunum Hastalıkları : Temel Yaklaşım. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı yayını : Ankara , Kent Matbaası,1995;329-343.
29. Sahn SA: Pleural effusion in lung cancer. Clin Chest Med 14 (1) :189-200, 1993.
30. Richman P: Pleural Effusions: Neoplastic. İn: Fishman AP ed. Pulmonary Diseases and disorders

Ceylan ve ark.

- Companion Handbook. Second edition. Mc Graw-Hill Book Company, 1994: 274-276.
31. Kalaycıoğlu O, Demirel Y.S: Plevra Hastalıkları. İliçin G, Serhat Ü, Biberöđlu K, Akalın S, Süleymanlar G.(ed),Kocabaş A.(Bölüm Ed), Temel İç Hastalıkları Cilt 1. 1996;566-572.
32. J.Ferrer: Pleural tuberculosis. Eur Respir J, 10:942-947, 1997.
33. Felicia Relkin, MD., and at al: Pleural Tuberculosis and HIV infection Chest, 105: 1338-1341, 1994.