

KONJENİTAL LOBER AMFİZEMDE DİREK GRAFİ VE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) BULGULARI (Vaka Takdimi)

Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU*, Dr. Mustafa ERKEN*, Dr. Hasan KOÇ**,
Dr. Salim GÜNGÖR***, Dr. Mehmet Emin SAKARYA*

*S.Ü.T.F. Radyoloji Anabilim Dalı, **S.Ü.T.F. Pediatri Anabilim Dalı, ***S.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Bu vaka takdiminde, solunum güçlüğü, siyanozu, pulmoner enfeksiyonu, sağ üst lobda konjenital amfizemi ve sola mediastinal şifti olan, 1,5 aylık yeni doğanda tanı ve tanı metodları tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Konjenital lobar amfizem, direk grafi, bilgisayarlı tomografi.

SUMMARY

Plain X-Ray Films and Computed Tomographic (CT) Findings in the Congenital Lobar Emphysema (A Case Report)

In this report, an 1,5 month infant, who has a heavy dyspnea, cyanosis, pulmonary infection, right upper lobar emphysema and mediastinal shift to left side is explained and the diagnosis methods are discussed.

Key Words: Congenital lobar emphysema, plain x-ray film, computed tomography.

GİRİŞ

Unilateral veya lobar konjenital amfizem, erken yada geç yaşlarda klinik bulgular vermektedir. Unilateral MacLeod (=Swyer-James) sendromunda klinik şikayetler ileri yaşlarda olabilirken, konjenital lobar amfizem şeklindeki olgularda klinik şikayetler genellikle ilk 6 ay içinde çıkmaktadır. Kalıcı akciğer değişimleri yapmasını önlemek ve tedavisi için, konjenital lobar amfizemin tanısının erken konulması önemlidir (1,2). Klinik ve radyolojik olarak sağ üst lobda konjenital lobar amfizem tanısı koyduğumuz olguda lobektomi yapılarak yeterli tedavi uygulanmıştır.

VAKA TAKDİMİ

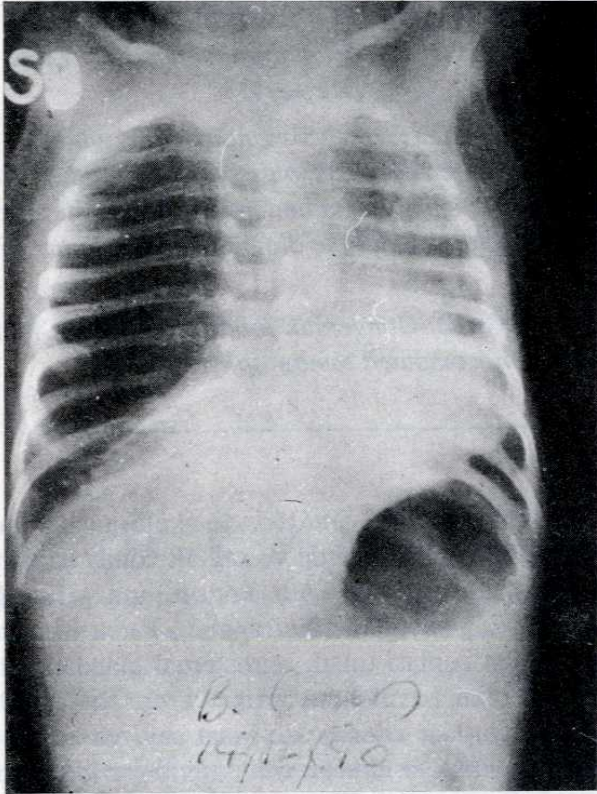
M.Ç., 1,5 aylık. Doğum ve doğum sonrası anamnezi normal olan bebekte, 4 gün sonra hızlı solunum, huzursuzluk ve morarma başlamış. Yapılan ilk muayenesinde bronkopnömoni ve kalp yetmezliği tanıları konularak tedavisi verilmiş. Fakat hastanın kliniğinin düzelmemesi üzerine 25 günlük iken 23.1.1990 tarihinde 9704 protokol No. ile çocuk servisine tanı ve tedavi amacı ile yatırıldı.

Çekilen akciğer filmlerinde, kalbin sola yer değiştirdiği, sol akciğerde ve sağ alt zonda havalanmanın azaldığı, sağ kalb konturunun silindiği görüldü. Sağ akciğerde diafragma kadar uzanan, orta ve üst zonları tutan, retrosternal alandan sola herniye olan havalanma artışı vardı. Bu alanda vasküler yapılar izlenmekte fakat sayı ve kalınlık olarak azaldığı görülmekteydi. Lateral grafide retrosternal alanın genişlediği ve yoğunluğunun azaldığı, mediasten ve kalbin arkaya yer değiştirdiği gözleniyordu (Resim 1,2).

Sol akciğerdeki havalanma azlığı pnömonik infiltrasyon ve sol alt lob atelektazisi olarak değerlendirildi. Sağ akciğer orta ve üst zondaki havalanma artışının, sağ üst lobun kompensatris amfizemine bağlı olabileceği düşünüldü. Pnömoni tedavisine rağmen sağ üst lobdaki havalanma artışının düzelmediği görüldü. Daha ileri tetkik amacı ile hastaya BT incelemesi yapıldı.

Toraks incelemesinde, mediasten ve toraks sola yer değiştirmişti. Sağ hemitoraksta üst lob aerasyonu artmış, retrosternal alandan sola herniye olmaktadır. Lob vasküler yapı dağılımı ve periferik uzanımı

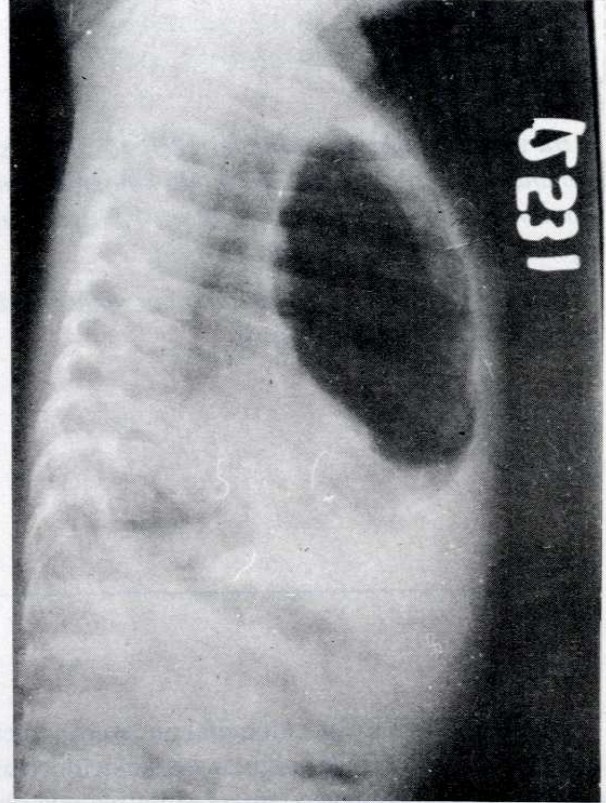
azaldığı, lob içinde lokal havalı alanların olmadığı görüldü (Resim 3,4). Sağda orta ve alt lob hacminde azalma ve nonhomojen infiltrasyon vardı. Her iki lobun vasküler yapıları sık ve perifere kadar izlenmekteydi. Sol akciğerde, lingulada ve alt lob medialinde hacim azalması ve yoğunluk artışı vardı (Resim 4,5).



Resim 1: Mediasten ve kalpte sola yer değiştirme, sağ akciğer üst lobda amfizem, sola uzanım, vaskülaritede azalma, sağ alt lobda atelektazik yapı.

Direk ve IV. kontrast madde verilerek yapılan kesitlerde hiler bölgede patolojik bulgu saptanmadı.

Hastaya sağ akciğer üst lobda konjenital lobar amfizem tanısı konuldu ve 21.12.1990 tarihinde göğüs cerrahisinde sağ üst lobektomi yapıldı. Piyezin patolojik incelemesinde alveollerde genişleme ve alveol duvarında parçalanma saptanarak radyolojik tanı doğrulandı (Resim 6). Operasyon sonrası hastada mediasten ve kalb normal lokalizasyonuna geldi. Basılan akciğer alanları açıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hastada, akciğer alanındaki düzelme direk grafi ile ortaya kondu (Resim 7). 2.1.1991 tarihinde iyileşmiş olarak taburcu edildi.

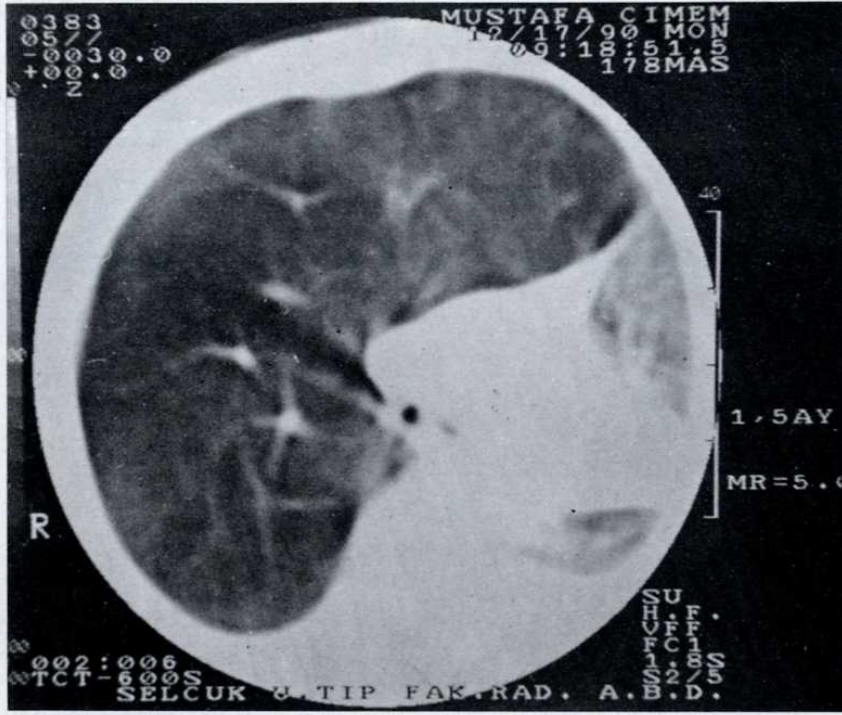


Resim 2: Retrosternal alanda genişleme, havalanmasında artış, mediasten ve kalbin arkaya yer değiştirmesi görülmektedir. Retrosternal pulmoner herni için tipiktir.

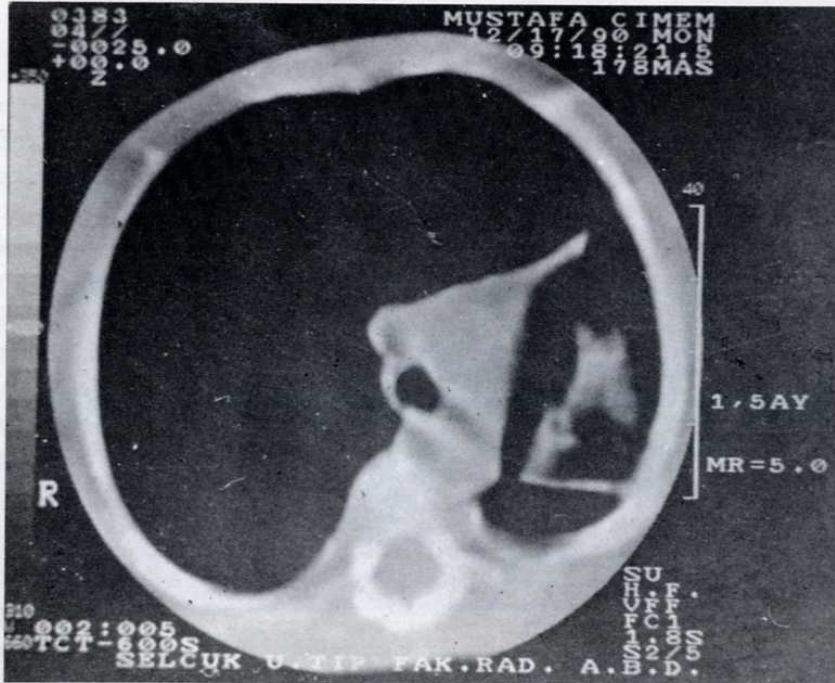
TARTIŞMA

Normal akciğer grafisindeki yoğunluk, pulmoner arter ve venlerden, bronşlar ve bronşial arterlerden, periferik arterioller ve venüllerden, septal yapılardan ve lenfatiklerden oluşmaktadır (1). Akciğer grafisinde tek taraflı yoğunluk azalmasında, o taraf kas ve iskelet sistemi anormalliği, damarlanmanın azalması, havalanmanın artması yada teknik hata sorumlu olabilir. Bi diğer neden konjenital kistik adenomatoid malformasyon (Swyer-James veya Mac Leod's Sendromu)dur (3).

Mac Leod's sendromunda, hasta tarafta bronşlarda hiposegmentasyon ve pulmoner arterde hipoplazi vardır, bronkovasküler arborizasyon azalmıştır (4). Başlangıçta asemptomatik olmakla beraber, enfek-



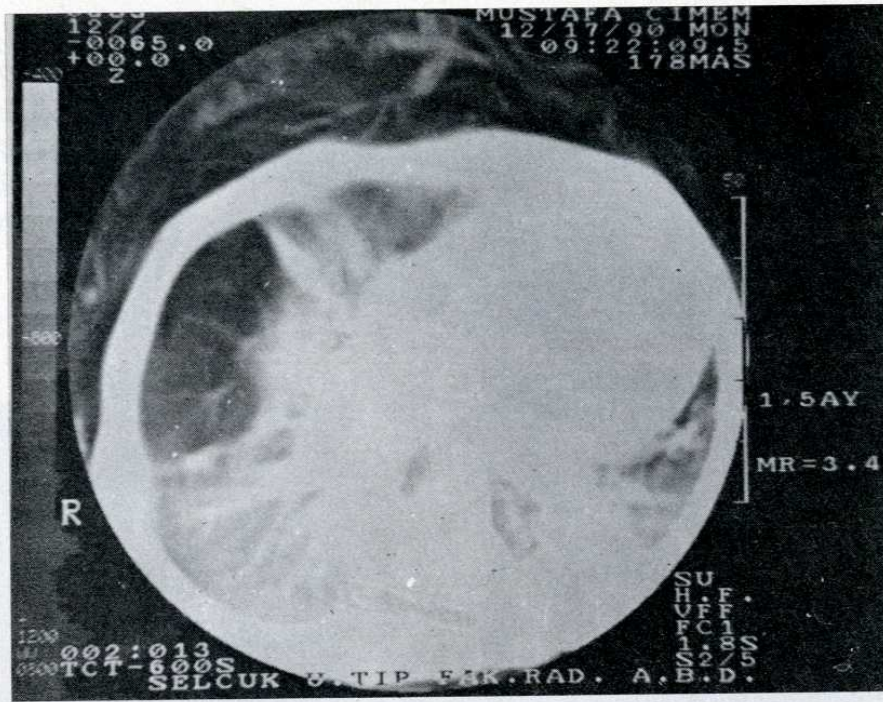
Resim 3: BT kesitinde sağ üst lobda havalanma artışı, vaskülaritede azalma, sola herni, sol üst lobda konsolidasyon.



Resim 4: BT kesitinde sola şift, sol üst lobda konsolidasyon.

siyon tablosu ile hasta doktora başvurur. Sendromun gelişmesinde bronşit, bronşiolit, bronşektazi gibi

nedenlerin hava yollarında obliterasyon yapmasının etkin olduğu bildirilmektedir. Hava yolu obliterasyo-



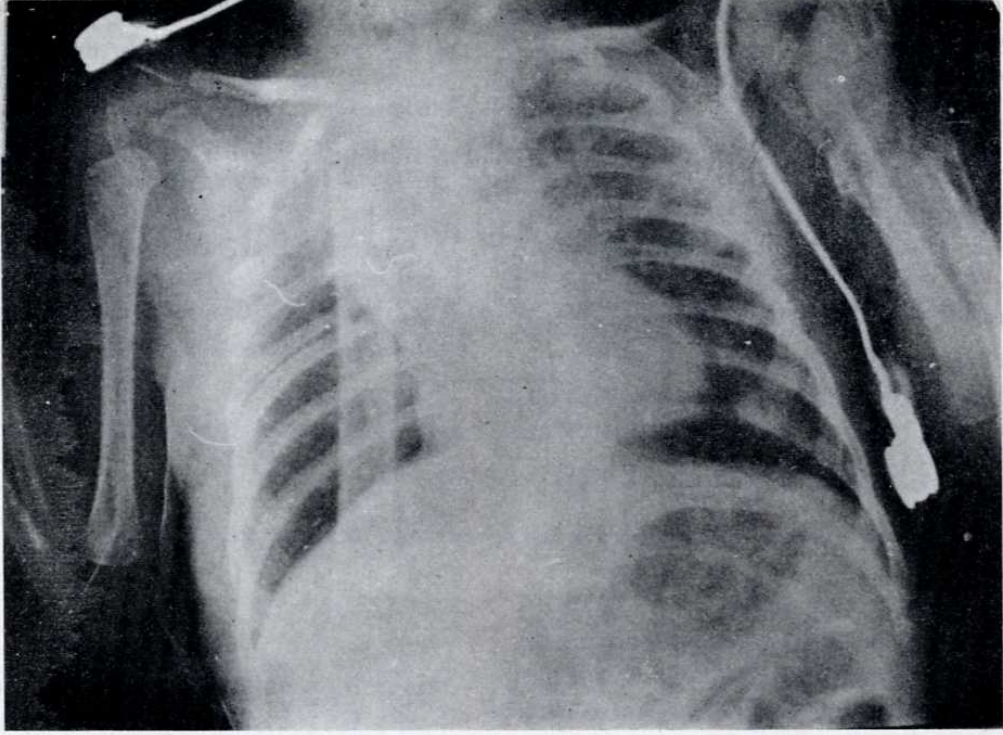
Resim 5: BT kesitinde havalanması artan sağ üst lob alt bölgesi orta ve alt lob arasında, lateralde görülmekte.



Resim 6: Postoperatif dönemde kalb ve mediasteninin normal yerine gelişi, basılmış akciğer loblarının ekspansiyonu görülmektedir.

nu sonrasında, kollaterallerle periferde havalanma distansiyonu ve hastalığın devamında panasiner am-

fizem geliştiği düşünülmektedir (1,5). Fakat bizim olgumuzda olduğu gibi lobar amfizemin



Resim 7: Postoperatif dönemde kalb ve mediasteninin normal yerine gelişi, basılmış akciğer loblarının ekspansiyonu görülmektedir.

gelişmesinde primer neden konjenital bronşial hiposegmentasyon ve pulmoner vasküler hipoplazi olabilmektedir (6). Sekonder olarak, tekrarlayan enfeksiyon gelişen olgularda, primer nedenin enfeksiyon mu, konjenital bozukluk mu olduğunu ayırmada güçlük olabilir. Konjenital lobar amfizemde, bozukluk olan lobda yavaş yavaş hava depolanması, komşu akciğerde ve mediastende baskılanmaya bağlı patolojik değişimler olmaktadır. Bu olgularda genellikle hayatın ilk 6 ayında semptomlar oluşmaktadır (2,6). Bizim olgumuzda semptomlar doğum sonrası 4. günde başlamakta ve tekrarlayan enfeksiyon, tedaviye cevap vermeyen solunum güçlüğü olarak devam etmekte idi.

Direk grafilerde unilateral veya lobar lusensinin artması, mediasten ve komşu akciğerin basılması, tutulan bölgede vasküler dağılımın azalması ve sağlam akciğer loblarında vakülaritenin artması görülür (1). Sağlam loblarda sekonder enfeksiyon bulguları olabilir. Hiler bölgede bronşial obstruk-

siyonu düşündürecek bulgunun olmaması, enfeksiyonun tedavisine rağmen amfizemli lobun düzelmemesi ve yukarıda belirtilen radyolojik bulguların olması tanı için önemlidir. Hiler bölgenin, amfizemli ve sağlam lobların özelliklerini ortaya koymada direk grafilerin yanında, BT oldukça önemli bir inceleme yöntemidir. Amfizemin ve lobar basılmanın primer nedenini ortaya çıkararak, tanının daha kesin ve erken konulmasında, noninvaziv bir yöntem olan BT değerlidir.

Olgumuzda lobar amfizemli lobdaki vasküler dağılımın azaldığı, hilusta amfizeme neden olabilecek kitle, yabancı cisim gibi bir yapının olmadığı, sola pulmoner herninin olduğu BT ile ortaya kondu.

Bebeklik döneminde semptomlarla gelen unilateral veya lobar konjenital amfizemin tanısının erken konulması ve sağlam loblarda kalıcı değişimler olmadan lobektomi yapılması gerekmektedir (2). Direk akciğer grafileri ve toraks BT incelemesi en önemli tanı yöntemlerindedir.

KAYNAKLAR

1. Işık R, Muz MH, Yorulmaz E. Unilateral yada lobar amfizem (MacLeod's veya Swyer James Sendromu). Solunum Hastalıkları 1990; 1/3: 57-63.
2. Yüksek T, Ersöz A, Solak A ve ark. Dev büllü lobar amfizem. SÜ Tıp Fak Dergisi 1987; 3/1: 241-246.
3. Angstadt JD, Cohn HE, Steiner RM. Unilateral hyperlucent lung due to bullous disease. Chest 1986; 90/3: 437-438.
4. Gottlieb LS- Turner AF. Swyer James of Macleod's Syndrome: Variation in pulmonary - bronchial arterial blood flow. Chest 1976; 69: 62-66.
5. Fraser RG, Pra JAP. Diagnosis of diseases of the chest. Volume III, Tokyo: WB Saunders Company, 1979: 1431-1443.
6. Stocker JT, Drake RM, Madewell JE. Cystic and congenital lung disease in the newborn. Perspec Ped Path 1978; 4: 93-154.