

Romatoid artrite bağlı gelişen piyopnömotoraks

Güven Sadi SUNAM¹, Şebnem YOSUNKAYA², Mehmet GÖK², Sami CERAN¹, Kemal ÖDEV³, M.Cihat AVUNDUK⁴

¹Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı,
²Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
³Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı,
⁴Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Amaç: Piyopnömotoraks gelişen romatoid artritli bir olgunun sunumunu yapmak. **Olgu Sunumu:** Altı yıldır romatoid artrit hastalığı olan 57 yaşında erkek hasta acil servise 10 gündür devam eden öksürük, ateş, nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın çekilen radyografisinde sağda hidropnömotoraks olduğu tespit edildi. Hastaya torasentez yapıldı ve kapalı su altı drenajı uygulandı. Uygulanan tedavi ile akciğerler ekspansize olmayınca torakotomi kararı verildi. Operasyonda kalınlaşan pleura çıkarıldı. **Sonuç:** Patolojik tetkikte romatoid nodüller görüldü.

Anahtar kelimeler: Romatoid artirit (RA), ampiyem, pnömotoraks

Selçuk Tıp Derg 2006; 22: 35-37

SUMMARY

Surgical treatment of pyopneumothorax developed due to rheumatoid arthritis

Aim: We report the management of one patient with rheumatoid arthritis developed pyopneumothorax. **Case Report:** Fifty seven-year old male patient with rheumatoid arthritis for six years was admitted to our emergency unit with complaints of fever, dyspnea on exercise, coughing, continuing for last 10 days. Right hydropneumothorax was observed in chest radiography. Thoracentesis was performed initially. The patient was treated by chest tube drainage. The thoracotomy was planned because of the lungs were not expanded by the performed treatment. The thicked pleura was removed at the operation. **Conclusion:** Pathological findings demonstrated rheumatoid nodules.

Key words : Rheumatoid arthritis, empyema, pyopneumothorax

Romatoid artrite bağlı akciğer bozuklukları; plevral effüzyon, diffüz intertisyel fibrozis ve pnömonitis, nekrobiyotik nodüller, caplan sendromu, pulmoner hipertansiyon, üst lob fibrobülöz hastalığı, bronşiolitis ve bronkojenik karsinomdur. Romatoid artrite bağlı plevral effüzyon plevral kavitede inflamatuvar bir sürecin göstergesidir (1,2). Bu sıvı düşük glikoz içeriği ve düşük pH seviyesi ile karakterizedir. Romatoid artrite bağlı plevral effüzyonlar plevral kavitede 'steril ampiyem' veya 'ampiyematöz effüzyon' olarak da adlandırılır. Tedavisiz kaldığında bu durum plevral kalınlaşma ve fibrotoraks gelişimine neden olabilir (3,4). Romatoid artrit nadiren pnömotoraks ve bronkoplevral fistül gelişebilir. Pnömotoraks komplikasyonunun

gelişiminde yüksek eozinofilinin rolü olduğu düşünülmektedir (5).

OLGU SUNUMU

57 yaşında erkek olgu son on gündür ateş, öksürük ve nefes darlığı şikayetlerinin olması nedeniyle hastanemize başvurdu. Altı yıldır romatoid artrit tedavisi gördüğü öğrenildi. İki yıl önce kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve diyabet tanısı da alan hasta sadece nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar alıyordu.

Fizik muayenede; ateş 38.3°C, sağ göğüste bombelik, perküsyonda sağ altta matite, üstte hipersonorite, dinlemekle sağ hemitoraksta

Haberleşme Adresi: Dr. Güven Sadi SUNAM

S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, KONYA

e-posta: guvensunam@yahoo.co.uk

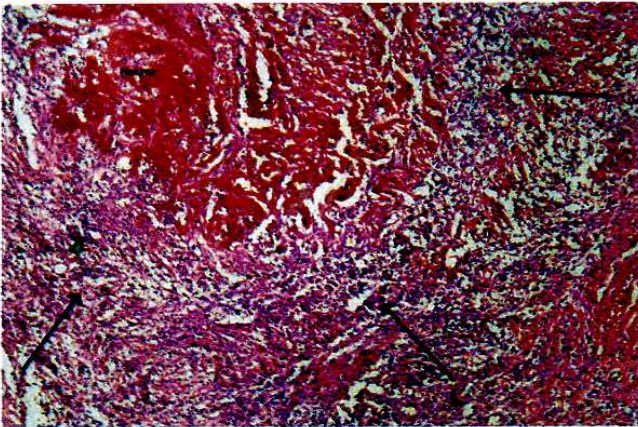
Geliş Tarihi : 12.12.2005

Yayına Kabul Tarihi : 30.01.2006

solunum seslerinde kaybolma mevcut idi. Ellerde küçük eklemelerde şişlik saptandı. Akciğer grafisinde sağ tarafta plevrada orta derecede sıvı ve hava olduğu görüldü. Kanda lökosit 24.600 K/uL, sedim 103mm/saat, ASO 348 IU/ml, CRP 168.8 mg/L, RF 178 IU/ml, anti DNA 11.05 IU/ml, AKŞ 131 mg/dl, antinükleer antikor (ANA) pozitif idi. Alınan plevral sıvı eksüda niteliğindedi. Sıvının laboratuvar sonuçları; protein 4mg/dl, glukoz 16 mg/dl, LDH 1745 IU, anti DNA 8.2IU/ml, RF 200.4 IU/ml ve ANA pozitif idi. Sitolojik araştırma sıvıda lenfositler ve mezotelyal hücreler olduğunu gösterdi, malign hücre yoktu. Plevral sıvı kültüründe üreme olmadı.

Bu veriler ışığında romatoid artrit bağıli piyop-nomotoraks tanısı kondu. Göğüs tüpü takılarak 3 hafta boyunca nonspesifik antibiyotik ve negatif basınç ile birlikte kapalı su altı drenajı uygulandı. Aynı zamanda istenen fizik tedavi konsültasyonu neticesinde romatoid artrit tedavisine nonsteroid antienflamatuar ilaçlarla devam edilmesine karar verildi. Bu süre sonunda akciğer ekspansiyonu tam olmadığı için bronkoplevral fistül, plevral kalınlaşma düşünülerek dekortikasyon ve fistül kapatılması ameliyatına karar verildi. Operasyon esnasında paryetal plevranın kalınlaşmış ve visseral plevrada yaygın nodüler yapılar olduğu gözlemlendi. Dekortikasyon yapıldı. Alınan plevranın ve akciğer biopsisinin patolojik incelemesinde: paryetal plevrada nonspesifik iltihabi granülasyon dokusu, visseral plevrada romatoid nodül ile uyumlu bulgular tespit edildi (Şekil 1).

Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Olgu fizik tedavi kliniğince takip ve



Şekil 1. Nekroz ve çevresine kronik iltihaba ait hücrelerin yoğunlaştığı seçilmekte. Nekroz, iltihabi hücreler ve bağ dokusu elemanları nodüler görünüm oluşturmakta (okla işaretlenmiş kısım)(HEX 20).

tedavi altına alındı. İki yıllık takiplerinde nüks veya başka bir patoloji görülmedi. Takiplerinin ikinci yılında ani kalp krizi nedeniyle evinde eksitus olduğu öğrenildi.

TARTIŞMA

Romatoid artrit, en sık görülen intratorasik patoloji plevral tutulumdur (%5). Plevral tutulum effüzyonlu veya effüzyonsuz olabilir (1,2). Romatoid artritin bu eklem dışı bulgusu 35 yaşın üstünde, yıllardır eklem tutulumu olan, romatoid faktör kuvvetle pozitif ve subkutan nodülleri olan erkek hastalarda daha sık görülmektedir (1-5). Romatoid artrit plevral effüzyon görülmesine rağmen, ampiyem yaygın değildir. İki tip ampiyem tanımlanmıştır, steril ve steril olmayan ampiyem. Ampiyematöz romatoid plevral effüzyonların tedavisi hakkında ortak bir konsensus oluşturulamamıştır. Sistemik antienflamatuar tedavi bazı olgularda faydalı olabilirken, bazı olgularda sitotoksik tedavinin de eklenmesi gerekebilir. Literatürdeki effüzyonlu olgular drenaj tedavisine gerek kalmadan tıbbi tedavi ile düzelmişlerdir (6). Bizim olgumuzda solunum sıkıntısına neden olan pnömotoraks olması nedeniyle drenaj tedavisi uygulanması zorunlu olmuştur. Genellikle infekte olan romatoid plevral sıvılarda subplevral romatoid nodüller piyopnömotoraksa sebep olur (7).

Hindle ve Yates romatoid plevral effüzyonlu bir hastada piyopnömotoraksı bildiren ilk kişilerdir. Bu yazarlar aynı zamanda torakotomide de visseral plevrada nekrobiyotik nodüller bulunduğunu bildirmişlerdir (8). Olgumuzun torakotomisinde de visseral plevrada yaygın nekrobiyotik nodüller olduğunu gördük.

Jones ve Blodget sırayla 5 ve 10 vakalılık iki ayrı seride 5 yıllık bir süre içinde plevral effüzyon gelişmiş romatoid artritli hastaları incelediklerinde, ampiyemlerin kortikosteroid ile tedavi edilen hastalarda daha sık olduğunu gözlemişlerdir. Bu yazarlar da ampiyemi nekrobiyotik subplevral romatoid nodüllerden bronkoplevral fistül oluşumuna bağlamışlardır (9). Bizim olgumuzda steroid kullanımı yoktu. Ancak hastanın diyabetik oluşu, ampiyem gelişimini kolaylaştırmış olabileceğini düşündürdü.

Romatoid artrit pH ve glukoz seviyesi normal olan sıvılar kendiliğinden düzelebilir. Ampiyem niteliğinde olanlar loküle olabilirler veya plevral

kalınlaşma, fibrotoraks, sıkışmış akciğere sebep olarak semptomatik restriktif bozukluklar yapabilirler. Bu olgularda akciğerin yeterince ekspansiyonunu sağlamak için cerrahi tedavi gerekebilir (6). Ekspansiyon problemi olan olgularda drenaj tedavisinin ne kadar süre devam edeceğine karar vermek zordur. Özellikle negatif su basınçlı aktif drenaj sistemi bu problemi çözmede yardımcı olabilir. Bronkoplevral fistüle bağlı ekspansiyon kusu ru varsa tedavide yeterli drenaj, fistülün medikal ya da cerrahi yolla kapatılması, rezidüel boşluğun doldurulması gerekir. Ampiyem varlığında kronik

döneme geçmeden video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) ile irigasyon, dekortikasyon veya açık cerrahi ile irigasyon, dekortikasyon tedavileri düşünölmelidir. Ancak VATS aşırı plevral yapışıklığı olan olgularda kullanılmaz. Plevral alanın fibrinolitik ajanlarla yıkanması ve plöredezis ile plevral aralığın obliterasyonu dekortikasyon ihtiyacını azaltabilir (6). Ancak olgumuzun tedavisinde, 3 hafta aktif aspirasyonlu drenaj uygulamamıza rağmen akciğere ekspansiyonunu sağlanamamış olup tedavi için açık dekortikasyon tercih edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Joseph J, Sahn SA. Connective tissue disease and the pleura. Chest 1993; 104: 262-70.
2. Helmers R, Galvin J, Hunninghake GW. Pulmonary manifestations associated with rheumatoid arthritis. Chest 1991; 100: 235-8.
3. Case records of the Massachusetts General Hospital. N.Engl J Med 1994; 331: 1642-7.
4. Faurchau P, Francis D, Faarup P. Thoracoscopic, histological and clinical findings in nine cases of rheumatoid pleural effusion. Thorax 1985; 40: 371-5.
5. Crisp AJ, Armstrong RD, Grahame R, Dussek JE. Rheumatoid lung disease, pneumothorax and eosinophilia. Ann Rheum Dis 1982; 41: 137-40.
6. Yigla M, Simsolo C, Goralnik L, Balabir-German A, Nahir AM. The problem of empyematous pleural effusion in rheumatoid arthritis: Report of two cases and review of the literature. Clinical Rheumatology 2002; 21: 180-3.
7. Chauhan MS, Tewari SC, Parakash MJ, Dandona PK, Jayaswal R. Necrobiotic pulmonary nodule leading to pyopneumothorax in a case of rheumatoid arthritis-a rare clinical presentation. Indian J Chest Dis Allied Sci. 1989; 31 (3): 217-20.
8. Hindle W, Yates DAH. Pyopneumothorax complicating rheumatoid lung disease. Ann Rheum Dis 1965; 24: 57-60.
9. Jones FL, Blodget RC. Empyema in rheumatoid pleuropulmonary disease. Ann Intern Med 1971; 74: 665-71.