

13 Kez Pnömotoraks Gelişen Sarkoidoz Olgusu

A Case of Sarcoidosis with 13 Times Recurrent Pneumothorax
Göğüs Cerahisi

Başvuru: 17.03.2015
Kabul: 04.05.2015
Yayın: 26.05.2015

Murat Öncel¹, Güven Sadi Sunam¹, Hüseyin Yıldırım¹, Kübra Altıntaş¹

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Özet

Sarkoidoz genellikle lenf nodlarını tutan granülatöz inflamasyon ile karakterize sistemik bir hastalıktır. Plevra tutulumu nadir olmakla birlikte pnömotoraks ile klinik bulgu verebilir. Sarkoidoz ile takipli hastamızda steroid tedavisi almasına rağmen sağ ve solda toplam 13 kez pnömotoraks gelişmiştir. Steroid kullanımının her olguda plevral komplikasyonları önlemede etkili olduğu söylenemez. Ancak, pnömotoraks gelişen hastalarda nükslerin önlenmesi için total plevrektomi ve dekortikasyon önerilir.

Anahtar kelimeler: Sarkoidoz, Pnömotoraks

Abstract

Sarcoidosis is a systemic disease that has granulomatous inflammation, and effects lymph nodes. It is rarely seen on pleura but if it is seen, pneumothorax will be occur as clinical. Our case who diagnosed sarcoidosis, he had 13 pneumothorax episodes totally both of right and left, in time of corticosteroid treatment. It is not clear that using of corticosteroid is effective for preventing from pleural complications. Therefore, totally pleurectomy and decortication is suggested for recurrence pneumothorax.

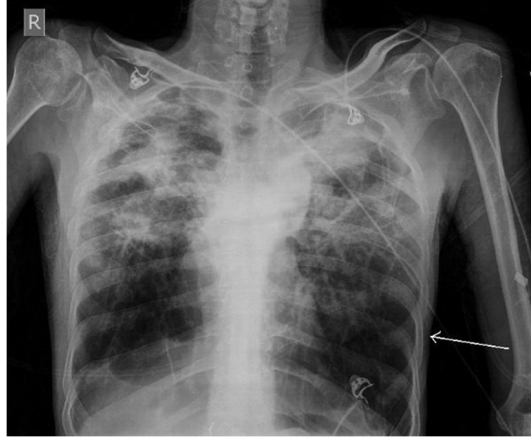
Keywords: Sarcoidosis, Pneumothorax

Giriş

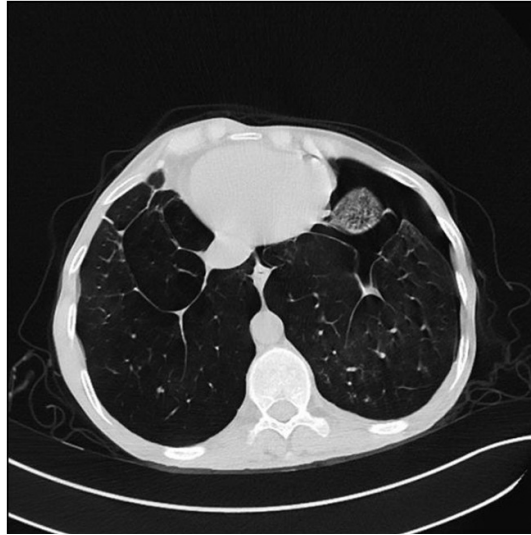
Sarkoidoz genellikle lenf nodlarını, akciğerleri ve bütün organları tutan monosit-makrofaj proliferasyonu ile karakterize olan granülatöz bir hastalıktır. Sarkoidoziste plevra tutulumu çok nadir görülür ve evre 3' ten ileri vakalarda ortaya çıkar. Subpleval nodüller ve pnömotoraks plevra tutulumun en sık bulgularıdır¹. Olgumuz sol torakotomi ile dekortikasyon operasyonu geçirmesine ve steroid tedavisi almasına rağmen aynı tarafta sekiz kez daha pnömotoraks geçirmiştir.

Olgu Sunumu

Acil servise ani başlayan nefes darlığı ve sol göğüs ağrısı ile başvuran 35 yaşında erkek hastada yapılan tetkiklerde sol alt lopta parsiyel pnömotoraks görülerek takip ve tedavisi amacıyla servisimize yatırıldı (Şekil 1a-1b).



Şekil 1A : Akciğer grafisi



Şekil 1B : Tomografide pnömotoraksın görünümü

Hasta göğüs hastalıkları kliniği tarafından yaklaşık 5 yıldır sarkoidoz tanısı ile takip edilmekteydi. Kortikosteroid de dahil bronkodilatör ilaçlar ve ev tipi oksijen konsantratörü kullanmaktaydı. Olgu, ilk pnömotoraksı, tanı aldığı yıl, yaklaşık 5 yıl önce geçirmiş ve sol torakotomi ile total dekortikasyon ve postoperatif dönemde otolog kan ile plörodezis uygulanmış (Şekil 2).



Şekil 2 : Sol torakotomi ve multiple tüp torakostomi skarları

Bir yıl sonra da sağ pnömotoraks geçirmesi üzerine sağ tüp torakostomi uygulanarak talk pudrası ile kimyasal plörodezis uygulanmış. Takipleri süresince sağ tarafında 3 kez, solda da 9 kez spontan pnömotoraks gelişmiş, ve sonraki her pnömotoraks tanısında tüp torakostomi uygulanmış (Şekil 3).



Şekil 3 : Multiple tüp torakostomi skarları

Hastanın kliniğimize başvurusunda pnömotoraksın, parsiyel olması, hemodinamisini ve oksijen saturasyonunu etkilememesi ve oksijen tedavisi ile klinik yakınmalarının düzelmesi nedeniyle cerrahi müdahale düşünülmedi ve konservatif medikal tedavi uygulandı. Hasta 4 gün takip edilerek şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç

Sarkoidoz multisistemik ve sebebi tam anlaşılamamış granülamatoz bir hastalıktır. Başlıca lenf nodları ve akciğeri tutsa da tüm organlarda etkileri görülebilmektedir. Pnömotoraks, sarkoidozlu hastaların %2-42'ünde meydana gelir. Tanısı konmuş bir sarkoidozun komplikasyonu olarak görülür. Hasta, genç yaşta ise, sigara içme öyküsü ve pulmoner ve ekstrapulmoner sarkoidoz bulguları varsa, tekrarlayan pnömotoraks ve büllerin altından sıklıkla sarkoidoz çıkar². Sharma ve Riley subplevral granülomların nekrozunun pnömotoraksa sebep olduğunu patolojik olarak göstermişlerdir³. Granülamatoz ve sistemik bir hastalık olduğundan patolojik olarak nonkazeifiye nekroz oluşturmaktadır. Burada rol alan multinükleer dev hücreler ve T lenfositleridir⁴. Hastalığın torasik komponentinde sıklıkla akciğer parankimi, hiler, mediastinal ve paratrakeal lenf bezleri yanında havayollarını da etkilemektedir. Birçok çalışmada sekonder pnömotoraksın sarkoidoza bağlı subplevral granülomların nekrozu veya subplevral büllerin patlaması şeklinde olduğu kanıtlanmıştır⁵. Büllöz değişiklikler genellikle üst loblarda görülür ve solda daha belirgin pnömotoraksa rastlanmaktadır. Olgular hastaneye kuru bir öksürük, göğüs ağrısı ve dispne nedeniyle başvurmuşlardır⁶. Bilateral pnömotoraks, sarkoidozdan başka, interstisyel akciğer hastalığı ve fibrozis, kistik fibrozis ve histiositoz gibi diğer akciğer hastalıklarında da görülmektedir. Hastamızda daha önceden lenf bezi biyopsisi ile bronkoskopik tanı almış olması ve pnömotoraksın özellikle solda olması ve persistent oluşu literatürle uyumludur⁷. Sarkoidozda, büller genellikle değişik lokalizasyonlarda ve evre 4'te büyük boyutlarda görülmektedir⁸. Akciğer sarkoidozunun tedavisinde steroidlerin yeri büyüktür. Özellikle pulmoner parankim tutulumu olan olgularda ve solunum sıkıntısının arttığı durumlarda semptomların azalmasında büyük rol oynamaktadır. Pnömotoraksın tedavisinde, etkileri kesin olmamakla beraber Sharma, steroidlerin pnömotoraksın tekrarını önlediğini yaptığı çalışmalarda tespit etmiştir². Ancak, hastamızda metil prednizolon kullanılmasına rağmen (2x60mg) yeniden pnömotoraks görülmesi pnömotoraks rezorbsiyonunda her vakada etkili olmadığını göstermiştir. Ayrıca, yapılan mekanik ve kimyasal plöridezise rağmen rekkürens görülmeye olayda hem parankimin hem de plevranın ekspansiyon yeteneğinin azaldığını göstermiştir. Cerrahi operasyonlar içerisinde günümüzde minimal invazif bir biçimde yapılan videotorakoskopik plevrektomi – dekortikasyonlar ve bül wedge rezeksiyonlarıdır. Bu hastalarda plevral granülomlar her yerde olacağından total plevrektomi yapmak nüksleri önleme açısından gereklidir. Ayrıca, klinik deneyimlerimiz, bu hastalarda multipl drenlerle çıkılıp plevrada birçok bölgeden ekspansiyon olup yapışmasını sağlamaktadır. Sonuç olarak hastamızda olduğu gibi ileri evre sarkoidoz olgularında tekrarlayan pnömotorakslarda eğer solunum fonksiyonlarını bozmayacak düzeyde parsiyel pnömotoraksları varsa konservatif kalıp steroid tedavisi vermek doğru olacaktır.

Kaynaklar

1. Rosen Y, et al. Sarcoidosis: from the pathologist's vantage point. *Pathol Annu.* 1979;14: 405-39.
2. Manika K, et al. Pneumothorax in sarcoidosis. *J Thorac Dis.* 2014 Oct;6(Suppl 4): 466-9.
3. Sharma OP. Sarcoidosis: unusual pulmonary manifestations. *Postgrad Med J.* 1977;61:67-73.
4. Nakamura H, Kitada O, Aragane K. A case of pulmonary sarcoidosis with pneumothorax and pleural effusion after improvement of pulmonary impairment. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi.* 2002; 40:383-6.
5. Akelsson IG, Eklund A, Skold CM, Tornling G. Bilateral spontaneous pneumothorax and sarcoidosis. *Sarcoidosis.* 1990; 7:136-8.
6. Kanematsu T, et al. Bullous sarcoidosis a case report. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi.* 2001; 39:117-21.
7. Liu Y, Dai HP, Xu LL, Li X. Recurrent pneumothorax as a presenting manifestation of active sarcoidosis: a case report and literature review. *Chin Med J (Engl).* 2010;123(12):1615-6.
8. Miller A. The vanishing lung syndrome associated with pulmonary sarcoidosis. *Br J Dis Chest.* 1981;75:209-14.

Sunum Bilgisi

Türk Toraks Derneği 17. Yıllık Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur. 2-6 Nisan 2014, Belek-Antalya