

Bronşektazinin Eşlik Ettiği Bir Trakeal Bronş Olgusu

Ali Yeğinsu¹, Serhat Çelikel², Kadri Ceberut³

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

³Tokat Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Tokat, Türkiye

ÖZET

Bronşektazinin Eşlik Ettiği Bir Trakeal Bronş Olgusu

Trakeal bronş genellikle tesadüfen teşhis edilen nadir bir anomali'dir. Bu yazıda sağ akciğer üst lobunda segmental bronşektazi ve trakeal bronş olan bir olgu sunduk. Hasta kliniğimize öksürük, balgam ve tekrarlayan enfeksiyon şikayetleri ile geldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bronşektazi saptandı. Bronkoskopide pürülan sekresyonlu sağ trakeal bronş tespit edildi. Üst lob apikal ve anterior segmentler rezeke edildi. Bir yıllık takipte hastanın tamamen iyileşmiş olduğu görüldü.

Anahtar sözcükler: konjenital, anomali, bronş, bronşektazi

Geliş tarihi: 28.02.2005

Kabul tarihi: 25.03.2005

ABSTRACT

A Case of Tracheal Bronchus Associated with Bronchiectasis

Tracheal bronchus is a rare anomaly which was generally diagnosed incidentally. We presented a case of segmental bronchiectasis in the right upper lobe in a patient with tracheal bronchus. He admitted to our clinic with the complaints of cough, sputum and recurrent infection. Bronchiectasis was detected in chest computed tomography. At bronchoscopy, a right tracheal bronchus with purulent secretion was present. The apical and anterior segments of the right lung were resected. At 1 year follow up, the patient was fully recovered.

Keywords: congenital, abnormalities, bronchi, bronchiectasis

Received: 28.02.2005

Accepted: 25.03.2005

GİRİŞ

Trakeal bronş genellikle trakeanın sağ tarafında yer alan anatomik olmayan bir bronşial dallanmadır. Koyun, keçi, sığır, domuz, deve ve zürafalarda normal bir bulgu olmakla birlikte, insanlarda seyrek görülen bir anomali'dir [1] ve ilk kez 1785'te Sandifort tarafından bildirilmiştir [2]. Sıklıkla ana karinanın 2 cm üzerindeki trakeal segment içerisinde yer alır ve çapı 0.5-1.0 cm, uzunluğu ise 0.6-2.0 cm arasındadır. Görülme sıklığı sağda % 0.1-2, solda ise %0.3-1 arasındadır [2]. Bazı konjenital anomaliler (laringeal web, kaburga ve vertebra anomalileri, trakeal stenoz, konjenital kalp hastalıkları, trisomi 21) ile birlikte görülebilir [3,4].

OLGU

Ondokuz yaşında erkek hasta öksürük, bol miktarda balgam çıkarma ve tekrarlayan enfeksiyon şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri çocukluğundan beri devam ediyormuş ve bir çok kez nonspesifik tedaviler almıştı. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenede sağ hemitoraks üst alanlarda yaygın krepitan raller duyulması dışında belirgin bir özellik tespit edilmedi.

Toraks BT'de, sağda trakeal karinanın 1 cm üzerinde trakeal bronşu düşündüren görünüm ile (Şekil 1a ve b) sağ

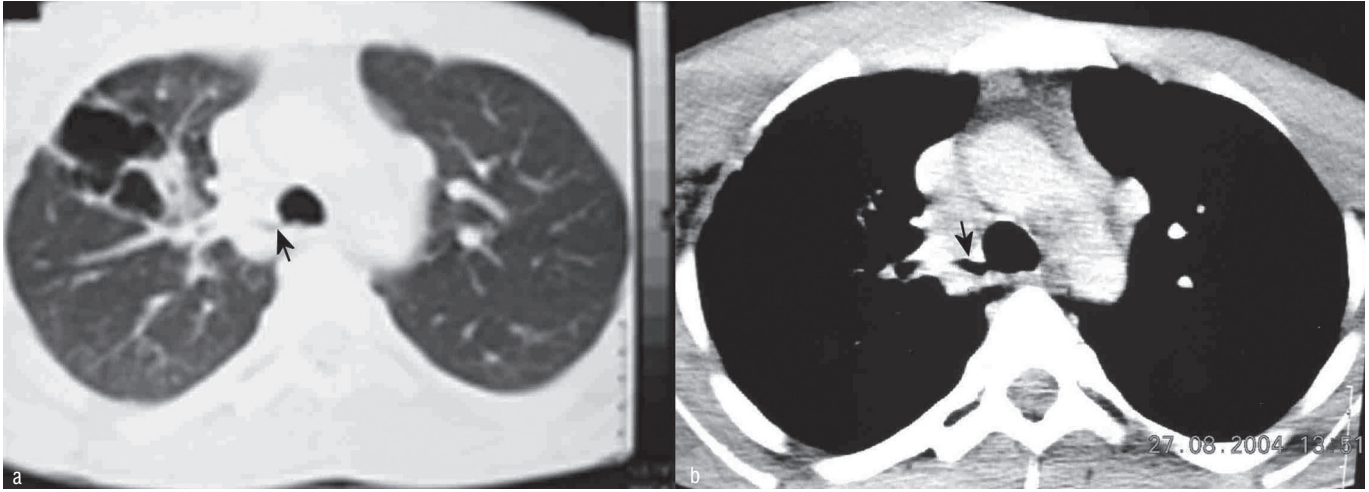
akciğer üst lob apikalinden başlayarak anteriora doğru yayılan segmental kistik bronşektazik alanlar mevcuttu. Bronkoskopik değerlendirmede larinks ve trakea normal, karinanın 1-1,5 cm üzerinde sağda trakeal bronş mevcuttu. Bronş ağzından pürülan sekresyon geliyordu. Bronşun içerisine girildi ancak yoğun sekresyon nedeni ile değerlendirilemedi. Balgamda, tüberküloz ve basit kültürlerde üreme olmadı. Aside dirençli bakteri görülmedi. Ekokardiografide kardiyak anomali yoktu ve trisomi 21'e ait bir bulgu tespit edilmedi.

Hastaya iki hafta süreyle postüral drenaj ile birlikte geniş spektrumlu antibiyotik, ekspektoran, mukolitik ve nebulizasyon tedavisi uygulanarak sekresyonları azaltıldıktan sonra sağ torakotomi yapıldı. Üst lob apikal ve anterior segmentektomi yapıldı. Post operatif dönem sorunsuz geçti. Hastanın 1 yıl sonraki takibinde tamamen iyileşmiş olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Trakeal tomurcuklanma anomalileri embriyonal hayatın 26. gününde, trakeal bifurkasyonun gelişimi sırasında ortaya çıkar [4]. Trakeal bronşun birkaç anatomik tipi tarif edilmiştir. Bunlardan en sık görülen tip olan "yer değiştirmiş trakeal bronş", genellikle sağ üst lob apikal segmentine bağlanır ve normal üst lob bronşu ise sadece anterior ve posterior segment dallarına ayrılır. Diğer bir tip olan "artık bronş" genellikle bir bronşiyal güdük şeklindedir, fakat

Yazışma Adresi: Dr. Ali Yeğinsu, Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Tokat-Türkiye, Tel: +90 542 2526441
e-posta: yeginsu@gmail.com



Şekil 1a ve b. Trakeanın sağından çıkan trakeal bronş ve üst lob bronşektazisinin toraks BT'de görünümü

nadiren “trakeal lob” da denilen bir segmenti besleyebilir. Trakeal loblar ekstralobar veya intralobar yerleşimli olabilir ve kanlanmasını direkt olarak pulmoner arterden alabilir [5]. Bizim olgumuzda en sık görülen yer değiştirmiş trakeal bronş tipi vardı.

Trakeal bronş genellikle asemptomatiktir, ancak bronşiyal stenoz ve/veya drenaj bozukluğu nedeni ile sekresyon birikimine bağlı stridor, tekrarlayıcı pnömoniler, abse gelişimi ve bronşektaziye neden olabilir. Çoğu zaman semptomlar bir yabancı cisim aspirasyonunu düşündürür. Genellikle tesadüfen teşhis edilir. Teşhiste fleksibil bronkoskopi, üst havayolları ve segmental bronşların da değerlendirilmesine izin verdiği için çok önemlidir. Bununla birlikte diğer radyolojik tetkikler de (toraks BT, sanal endoskopi, bronkografi) kullanılmaktadır ve cerrahi girişimin planlanmasında yardımcı olabileceği bildirilmiştir [3-6].

Tedavi semptomların şiddetine göre belirlenir. Asemptomatik hastalarda genellikle konservatif kalınırken, tekrarlayan infeksiyonlarda cerrahi rezeksiyon endikedir. Anestezi sırasında entübasyon zorluğu yaşanabilir. Yanlışlıkla trakeal bronş entübe edilerek pnömotoraks ya da yetersiz havalan-

ma gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir [3-6]. Bu olguda böyle bir entübasyon güçlüğü yaşanmadı.

Sonuç olarak, üst lobda pnömoni, atelektazi, abse ya da bronşektazi teşhisi konan hastalarda ayırıcı tanıda bronş anomalileri de göz önünde tutulmalıdır. Tanıda bronkoskopik değerlendirme çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Atwell SW. Major anomalies of the tracheobronchial tree: with a list of the minor anomalies. *Dis Chest* 1967;52:611-5.
2. Ghaye B, Szapiro D, Fanchamps JM, Dondelinger RF. Congenital bronchial anomalies revisited. *Radiographics* 2001;21:105-19.
3. Kuo CW, Lee YC, Perng RP. Tracheal bronchus associated with lung cancer. *Chest* 1999;116:1125-7.
4. Azizkhan RG. Congenital pulmonary lesions in childhood. *Chest Surg Clin North Am* 1993;3:547-68.
5. Kagadis GC, Patrino V, Kalogeropoulou CP et al. Virtual endoscopy in the diagnosis of an adult double tracheal bronchi case. *Eur J Radiol* 2001;40:50-3.
6. Doolittle AM, Mair EA. Tracheal bronchus: Classification, endoscopic analysis, and airway management. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:240-3.