

İnen torasik aortadan gelişen sakküler anevrizmanın neden olduğu sol ana bronş basısı ve sol hemitoraksın total atelektazisi

Akif Şirikci, Reşat Kervancıoğlu, Ayhan Özkur, Ercan Sivaslı

A. Şirikci (E), R. Kervancıoğlu, A. Özkur
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik
Anabilim Dalı, 27070 Gaziantep

E. Sivaslı
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı,
27070 Gaziantep

Çıkan aorta ve arkus aorta anevrizmalarının, trakea ve ana bronşiyal yapılara basısı iyi bilinen bir komplikasyondur (1). İnen torasik aorta anevrizmaları ise, klinik olarak daha sık karşılaşılmamasına karşın, trakeobronşiyal yapılara bası oluşturması, beklenenin tersine çok nadirdir (2-5). Bu konudaki literatür bilgileri, sınırlı sayıdaki olgu sunumlarından oluşmakta olup, bilgilerimize göre bunlar arasında çocukluk çağında bildirilen olgu bulunmamaktadır.

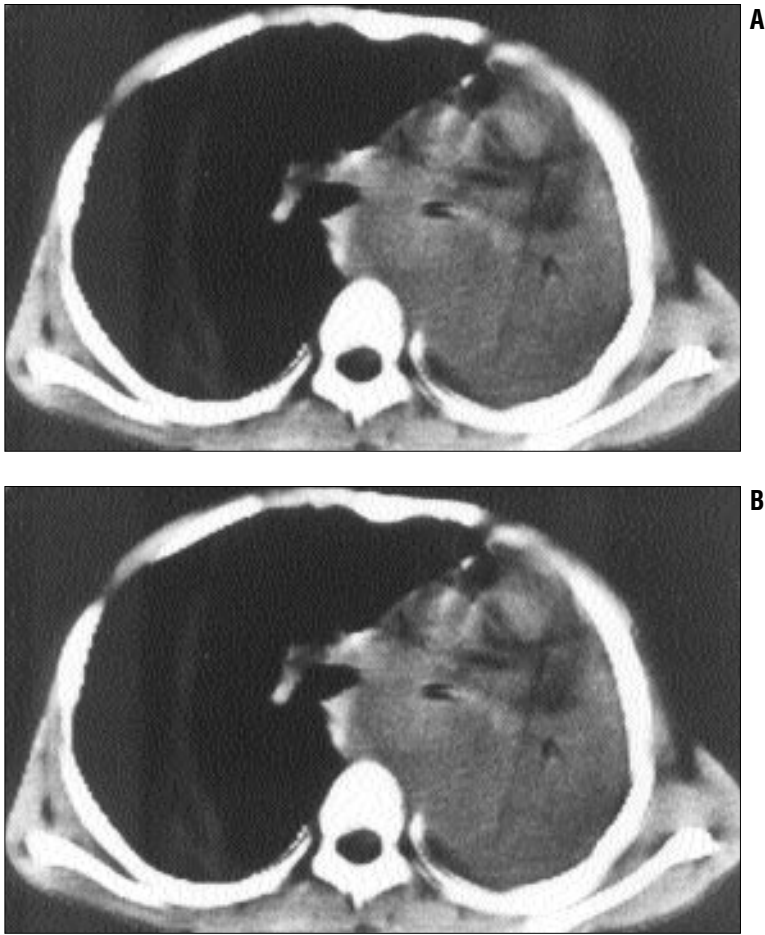
Olgu bildirisi

Sekiz yaşındaki bir kız çocuğu, 3 gündür devam eden öksürük, ara ara kanla karışık balgam çıkarma ve eforla değişmeyen nefes darlığı yakınmaları ile başvurdu. Hastanın öyküsünde; 20 gün önce ortopedi doktoruna başvuracak kadar şiddetli sırt ağrısı geliştiği, ancak değerlendirilmesinde yakınmalarını açıklayacak herhangi bir bulgu elde edilemediği öğrenildi. Fizik incelemesinde; dinlemekle sol akciğer sesleri alınmadı. Göğüs radyografisinde, sol hemitoraksın volüm kaybı ile birlikte tama yakın opasifiye olduğunun görülmesi üzerine olgu toraks bilgisayarlı tomografi (BT) istemi ile kliniğimize gönderildi. Kontrastsız BT incelemesinde; sol hemitoraksta hacim kaybı ile birlikte tama yakın havalanma kaybı ve karina seviyesinde posteriomediolda yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu izlendi (Resim 1A). Bunun üzerine bolus tarzında kontrast madde verilerek kitle seviyesinden elde edilen kesitlerde; inen torasik aortadan kaynaklanan sakküler karakterdeki bir anevrizmanın, sol ana bronş basısına neden olduğu, sonuçta gelişen obstrüktif tipteki atelektaziye bağlı mediastinal yapılar ile kalbin sola çekildiği görüldü (Resim 1B). Aort anevrizması tanısı ile operasyon planlanan hasta, klinik takibi sırasında hipovolemik şoka girerek ex oldu. Özellikle anevrizma gelişimine neden olabilecek vasküler patolojinin ortaya konması amacı ile olguya otopsi planlandı, ancak gerekli izinler alınamadığı için gerçekleştirilemedi.

Tartışma

İnen torasik aorta anevrizmalarının trakeobronşiyal yapılara basısı, beklenenin tersine çok nadir olup, literatür bilgileri birkaç olgu sunumlarından ibarettir (2-5). Buna karşın çıkan ve arkus aorta anevrizmalarının ana bronş basısı, sık olarak karşılaşılan bir komplikasyondur (1). Literatürde inen torasik aort anevrizmasının, kistik medial nekroze, aort koarktasyonuna, Turner ve Marfan sendromuna, Behçet hastalığı,

17. Türk Radyoloji Kongresi'nde (27-31 Ekim 2000, İstanbul) poster olarak sunulmuştur.



Resim 1. Trakea karinası seviyesinden geçen kontrastsız (A), kontrastlı (B) BT kesitlerinde inen torasik aortadan kaynaklanan sakküler tipteki anevrizmanın (ok başları) oluşturduğu kitle etkisi ile aortada sağ anteriora yer değiştirme, sol ana bronşa (ok) bası sonucu gelişen kompresyon ateletazisi ve mediastinal yapılarda sola deviasyon izlenmektedir (a: aorta).

sifiliz ve tüberküloz gibi bazı sistemik hastalıklara bağlı gelişebileceği bildirilmektedir (6-10). Patogenezinde ise sanılanın aksine, tunika medya sorumlu olmayıp adventisyanın yapısal bütünlüğünün bozulması ya da defekti sorumlu tutulmaktadır (6). Anevrizma rüptürü gelişinceye kadar olgular semptom vermeyebilmekte ve rastlantısal olarak saptanabilmektedir (6,9). Semptomatik olgularda ortaya çıkan klinik yakınmalar, anevrizmanın komşu yapılara mekanik basısı sonucu oluşmakta ve genellikle olgular, aort rüptürü sonucu gelişen hemorajik şokun kontrol altına alınmasına fırsat kalmadan kaybedilmektedir (6,10). Benzer klinik yakınmalarla başvuran olgumuza yapılan incelemeler sonucunda acil operasyon planlandı, ancak bu aşamada kurtarılamadı. Kısa süreli değerlendirme esnasında, yukarıda bahsedilen torasik aort anevrizması

nedenlerinin saptanmamasına karşın otopsi yapılamadığından, aorta ya da diğer vasküler yapıların duvarları histopatolojik olarak değerlendirilemedi. Sakküler aort anevrizmasının sol ana bronş basısı sonucu, distaldeki akciğer parankiminde havanın rezorbe olması ve kollaps gelişimi, nadir bir tablo olmayıp, bronşun intralüminal obstrüksiyonunu ya da ekstralüminal basısı ile seyreden birçok patoloji sonucu ortaya çıkabilir. Radyolojik olarak bir hemitoraksın opasifiye izlenmesi ile sonuçlanan patolojilerin ayırıcı tanısında; olgu yaşı ve akut gelişen klinik süreç dikkate alındığında, yabancı cisim aspirasyonu ilk düşünülmeli gereken nedendir. Olgumuzda yabancı cisim aspirasyonu öyküsünün bulunmamasının yanında, BT kesitlerinde bronş basısının ekstralüminal oluşu bu tanıdan kolayca uzaklaştırmaktadır. Pediatrik dönemde tüber-

külozun endobronşiyal tutulumu sonucu granülom oluşumu ve bronş obstrüksiyonu, göz önünde bulundurulması gereken diğer bir patolojidir. Bununla beraber, olgumuzda klinik semptomların akut gelişimi ile tüberküloz için tipik sayılabilecek kronik klinik yakınmaların bulunmaması, radyolojik olarak bronş tıkanıklığının ekstralüminal oluşunun gösterilmesi gibi noktalar dikkate alındığında, bu tanıdan uzaklaşmak olasıdır.

Ekstralüminal bronş basısı nedenleri arasında tümöral kitle ve konglomere lenfadenopatiler değerlendirilmesi gereken patolojilerdir. Bronşiyal yapıların tümöral kitleleri yetişkinlerde sık görülmesine karşın, çocukluk döneminde çok nadirdir. Örneğin, literatürde bildirilen 4307 bronkojenik karsinoma olgusunun sadece % 0,16'sı ilk 10 yaşta, % 0,7'sinin 10-20 yaşları arasında olduğu saptanmıştır (11). Mediasten yerleşimli konglomere lenfadenopatilerin büyük boyutlara ulaşması ile bronşlara ekstralüminal bası oluşabilir. Çocukluk çağında sık görülen lenfoproliferatif hastalıklara bağlı izlenebilecek bu tablonun, özellikle kontrastlı BT incelemelerinde diğer bası nedenlerinden ayırımı kolaylıkla yapılabilir. Olgumuzda bolus tarzında kontrast madde verilmesinden sonra kitle seviyesinden elde edilen kesitlerde lezyonun opaklaşma paterninin vasküler yapılarla benzerlik gösterdiği dikkate alındığında tümöral kitlelerden ve konglomere lenfadenopatilerden ayırımı kolaylıkla yapılmıştır.

İnen torasik aorta anevrizmasının bronşiyal yapılara basısı ve bir hemitoraksın tamamıyla ateletazik izlendiği olgumuz bilgilerimize göre literatürde bildirilen ilk çocuk olgudur. Olgunun fatal seyri göz önünde bulundurularak tanı ve tedavide dikkatli ve hızlı olunması gerekir. Klinik olarak ani gelişen sırt ağrısı ile başlayan ve daha sonra gelişen dispne gibi yakınmalar dikkat çekici olup bu gibi semptomlar yetişkinlerde birçok nedene bağlanabilirse de, çocukluk döneminde altta yatan daha ciddi patolojiler açısından uyarıcı olması gerektiğini düşünüyoruz.

CASE REPORT: COMPLETE ATELECTASIS RESULTING FROM LEFT-MAIN BRONCHUS COMPRESSION BY A DESCENDING THORACIC AORTIC ANEURYSM

A 8-year-old girl suddenly experienced severe shortness of breath. Radiological investigations showed a complete left sided radiopacity resulting from left-main bronchus compression by a large saccular aneurysm confined to the descending thoracic aorta. This has not previously been reported in a pediatric population.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:370-372

Kaynaklar

1. Gaertner RA, Spencer FC, Bahnson HT. Current status of the surgery of the lesion of the aortic arch. *Prog Cardiovasc Dis* 1962; 4:373-390.
2. Varkey B, Tristani FE. Compression of pulmonary artery and bronchus by descending thoracic aortic aneurysm. *Am J Cardiol* 1974; 34:610-614.
3. Charrtte EJP, Winton TL, Salerno TA. Acute respiratory insufficiency from an aneurysm of the descending thoracic aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 85:467-470.
4. Verdant A. Chronic traumatic aneurysm of descending thoracic aorta with compression of the tracheobronchial tree. *Can J Surg* 1984; 27:278-279.
5. Penner C, Maycher B, Light RB. Compression of the left main bronchus between a descending thoracic aortic aneurysm and enlarged right pulmonary artery. *Chest* 1994; 106:959-961.
6. Coselli JS, de Figueiredo LF. Natural history of descending and thoracoabdominal aortic aneurysms. *J Card Surg* 1997; 12:285-289.
7. Bordeleau L, Cwinn A, Turek M, Barron-Klauninger K, Victor G. Aortic dissection and Turner's syndrome: case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1998; 16:593-596
8. Hirata I, Kimura S, Michihata T, Osawa H, Kume M, Kashima T. A case of aneurysm of the descending thoracic aorta associated with Behcet's disease. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1997; 45:1173-1177.
9. Mickley V, Mohr W, Orend KH, Sunder-Plassmann L. Aneurysm of the descending thoracic aorta in tertiary syphilis. *Vasa* 1995; 24:72-76.
10. Allins AD, Wagner WH, Cossman DV, Gold RN, Hiatt JR. Tuberculous infection of the descending thoracic and abdominal aorta: case report and literature review. *Ann Vasc Surg* 1999; 13:439-444.
11. Auxner A, Dixon JL, Depakey M. Primary bronchogenic carcinoma: an analysis of 190 cases, 58 of which were successfully treated by pneumonectomy with a review of the literature. *Clinics* 1945; 3:1187-1195.