

# Göğüs Duvarı Tümörünü Taklit Eden Trakeobronşiyal Pisi Pisi Otunun Ekspektorasyonu

Yeliz Erol<sup>1</sup>, Ayşe Gül Ergönül<sup>1</sup>, Ufuk Çağırıcı<sup>1</sup>, Kutsal Turhan<sup>1</sup>  
Alpaslan Çakan<sup>1</sup>, Ali Veral<sup>2</sup>

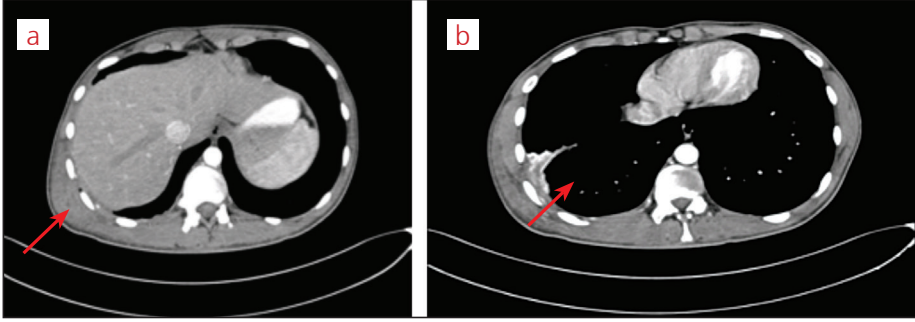
<sup>1</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı,

<sup>2</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

## OLGU

Ondokuz yaşında erkek hasta, halsizlik, sağ yan ağrısı, geceleri yükselen ateş, sağ göğüs yan duvarında şişlik yakınmalarıyla hastaneye başvurusuyla göğüs bilgisayarlı tomografisinde (BT) çekildi. Sağ akciğerde alt lob lateral bazal segment düzeyinde atelektazi ile uyumlu periferik konsolidasyon ve bu seviyeden başlayan ve inferiora doğru devam eden plevra ve göğüs duvarı yerleşimli irregüler sınırlı hipodens alan saptanması üzerine göğüs duvarı tümörü ön tanısıyla polikliniğimize yönlendirildi (**Resim 1**). Öz geçmişinde özellik saptanmayan hastanın, soy geçmişinde annesinde hipertansiyon, dedesinde akciğer kanseri hikayesi mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ alt zonda solunum seslerinde azalma, sağ göğüs yan duvarında yaklaşık 5 cm çaplı, fikse, sert kitle lezyonu mevcut olup, laboratuvar tetkiklerinde patolojik değer olarak CRP: 9.78 mg/dL, lökosit: 11.490/mm<sup>3</sup> idi.

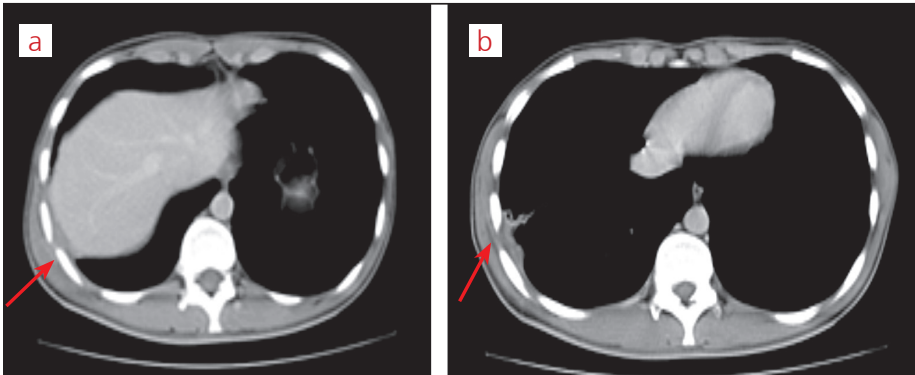
Göğüs duvarındaki şişlik olan bölgeden ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Aspirasyon sırasında püvy niteliğinde sıvı aspire edildi ve alınan örnekler mikrobiyoloji ve patolojik incelemeye gönderildi. Mikrobiyolojik incelemede üreme olmadı, ARB (-) bulundu. Patolojik inceleme ise "kuşkulu sitoloji (yoğun polimorf nüveli lökosit topluluğu arasında izlenen diskaryotik hücre topluluğu kuşku yaratmıştır)" olarak rapor edildi. Hasta 10 günlük antibiyotik tedavisi sonrası BT ile değerlendiril-



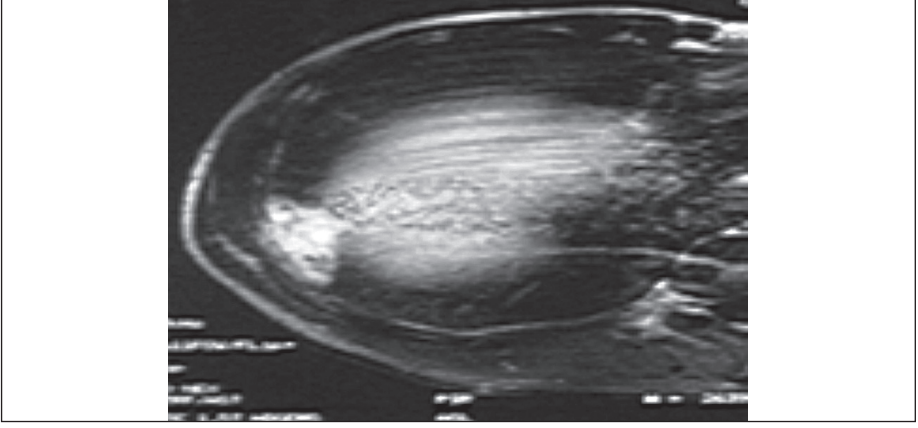
**Resim 1:** Hastane başvurusundaki BT görünümü. (a) Göğüs duvarı tümörünü telkin eden düzensiz sınırlı kitle lezyonu (ok), (b) alt lob lateral bazal segment düzeyinde atelettazi ile uyumlu görünüm (ok).

mek üzere çıkarıldı. Kontrolünde sağ akciğer alt lob anterior bazal segment düzeyinde subsegmental alanda endobronşiyal yumuşak doku ve distalinde konsolidasyon ve atelettazi, komşuluğunda plevrada kalınlaşma, sağ 10. kosta lateral kontürü seviyesinde ve 10. interkostal aralıkta sola oranla göğüs duvarı kas planlarında asimetrik kalınlaşma izlendi. Bu kalınlaşma antibiyoterapi öncesi göğüs bilgisayarlı tomografi ile kıyaslandığında boyutsal regresyon göstermekte ve lezyon içerisindeki düşük dansiteli koleksiyon alanları da regresyon olduğu izlendi (**Resim 2**).

Kemik kenseyinde görüşülen hastanın, göğüs duvarı invazyonu açısından göğüs manyetik rezonans (MRG) görüntüleme ile değerlendirilmesi kararı alındı. MRG'de sağ hemitoraks inferolateral duvarda posteriorda, interkostal yumuşak dokular içerisinde ve komşuluğundaki cilt altı dokular içerisinde yaklaşık 5 x 3 cm, sınırları net tanımlanamayan enflamasyon ile uyumlu bulgular ve fokal sıvı koleksiyonu ile bu lokalizasyondan başlayarak intratorasik ekstraplevral mesafede de plevral kalınlaşma alanları izlendi (**Resim 3**).



**Resim 2:** Kontrol BT: (a) Göğüs duvarında izlenen kitle (ok) ve (b) alt lob lateral segmentteki atalektatik alanda belirgin boyutsal regresyon (ok).



**Resim 3:** (a) Göğüs manyetik rezonans görüntülemesi. İnterkostal yumuşak dokular içerisinde ve komşuluğundaki cilt altı dokularda izlenen enflamasyon bulguları (ok).

Bu bulgularla tru-cut biyopsi yapıldı ve sonucu “deri, deri altı dokular yanısıra izlenen çizgili kas dokuları arasında fibrozis ve perivasküler lenfosit popülasyonu görüldü, bulgular spesifik bir yorum yapmak için yeterli değerlidir” olarak rapor edildi.

Bu süre zarfında hasta yabancı cisim ekspektore etti. Patolojik incelemeye gönderilen bu cismin “bitkisel nitelikte” olduğu bildirildi. Bunun üzerine yapılan bronkoskopik incelemede, endobronşiyal lezyon izlenmedi, bronşiyal sistemin olağan olduğu görüldü.

İzleminde enfeksiyon parametreleri gerileyen, ateşi olmayan ve radyolojik kontrollerinde regresyon izlenen hasta oral antibiyotik tedavi ile taburcu edilerek takibe alındı.

## TARTIŞMA

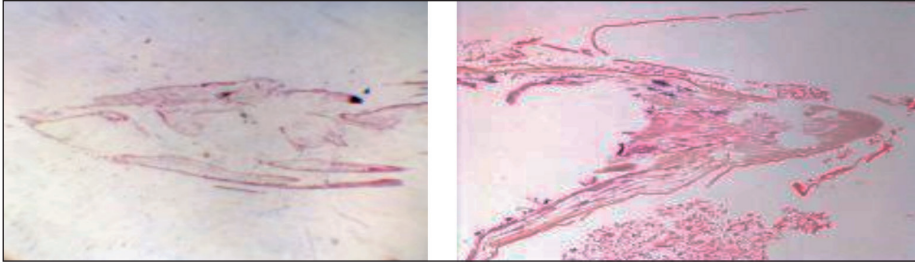
Trakeobronşiyal sisteme aspire edilen herhangi bir yabancı cismin akciğerde uzun süre kalması durumunda, pek çok intratorasik patolojiye yol açabildiği bilinmektedir. Erken dönemde akut dispne, asfiksi, hemoptizi, pnömotoraks, larengeal ödem ve kardiyak arrest gibi komplikasyonlara yol açabilir. Bu cisim erken dönemde fark edilmeyip tanı gecikirse geç dönemde bronşektazi, obstrüktif amfizem, tekrarlayan pnömoni, bronşiyal stenoz, akciğer apsesi, plevral effüzyon, ampiyem, bronkoplevral fistül, endobronşiyal polip ve kot osteomyeliti gelişebilir (1,2). Göğüs duvarı tümörü ön tanısıyla kliniğimize yönlendirilen hasta, beklenmedik tanısı ile, ilginç bir nitelik taşımaktadır.

Flüksibl bronkoskopi ile yabancı cisim saptanan 65 hastanın incelendiği bir çalışmada, radyolojik olarak hastaların %30.6’sında rezolüsyonu geciken pnömoni ve %18.4’ünde segmental bronş kollapsı olduğu bildirilmiştir (3).

Yabancı cisim aspirasyonu tanısı alan 30 hastanın retrospektif olarak değerlendirildiği başka bir çalışmada ise yabancı cisim aspirasyonu öyküsü olmayan, bronşektazi ve soliter pulmoner nodül ön tanısıyla opere edilen beş hastanın, postoperatif patolojik değerlendirilme sonrasında yabancı cisim aspirasyonu tanısı aldığı rapor edilmiştir (4).

Göğüs duvarı tümörü ve buna eşlik eden akciğer atelektazisi emboli ön tanılarıyla kliniğimizde incelenen hastaya enfeksiyon parametrelerinde yükseklik olması nedeniyle antibiyotik tedavisi başlanmış ve tedaviye yanıt alınmıştır. Endobronşiyal yabancı cisime bağlı distalde gelişen ve göğüs duvarına uzanan enfeksiyöz süreç hastada malignite kuşkusu yaratmıştır. Yapılan ince iğne biyopsisinin "kuşkulu" olarak bildirilmesi de bu ön tanıyı destekler nitelikte olmuştur. Ancak izlem sırasında hastanın ekspektasyon ile çıkardığı cismin (**Resim 4**) incelenmesi, olayın trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonuna bağlı olarak geliştiğini göstermiştir.

Bitkisel kökenli madde, aspire edilen yabancı cisim tipleri içinde ön sıralarda yer almaktadır. Bu bitkisel maddeler içinde ülkemizde özellikle karpuz çekirdeği, leblebi, ayçiçeği çekirdeği, fındık, fıstık ve fasulye aspirasyonlarına sık rastlanılmaktadır. İkinci sırayı metal ve plastik objeler almaktadır. Metal objeler içinde toplu iğne, dikiş iğnesi ve ilikli iğneler ile raptiye ve çivi sayılabilir. Plastik objelerden sık rastlanılan ise boncuk ve plastik kalem kapaklarıdır (5). Literatürde akciğere aspire edilen pisi pisi otu ve diğer bitkisel bitkiler bildirilmiş, ancak bunların çoğu ya erken dönemde çıkarılmış ya da pnömoni, amfizem, bronşektazi gibi komplikasyonlar geliştikten sonra ortaya konmuştur. Pisi pisi otu aspirasyonu ile ilgili literatür incelendiğinde, bu otun doğası gereği distale doğru hareket ederek akciğerlerden göğüs duvarına ve göğüs duvarından da dışarıya çıktığını bildiren birkaç yayın bulunmaktadır (6-8). Bu açıdan bakıldığında göğüs duvarı tümörünü taklit edecek enflamasyona neden olup sonrasında ters yönde hareketle ekspektore edilen pisi pisi otu aspirasyonuna rastlanmamıştır.



**Resim 4:** Bitkisel nitelikli yabancı cismin pisi pisi otu olduğu anlaşılmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Paşaoğlu I, Doğan R, Demircin M, et al. Bronchoscopic removal of foreign bodies in children: retrospective analysis of 822 cases. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1991;39:95-8.
2. Limper AH, Prakash UB. Tracheobronchial foreign bodies in adults. *Ann Intern Med*. 1990;112:604-9.
3. Sehgal, Inderpaul Singh; Dhooria, Sahajal; Ram, Babu; Singh, Navneet; Aggarwal, Ashutosh Nath; Gupta, Dheeraj; Behera, Digambar; Agarwal. Foreign Body Inhalation in the Adult Population: Experience of 25,998 Bronchoscopies and Systematic Review of the Literature. *Ritesh Respiratory care*. 2015;05:13.
4. Yuncu G, Hatice A, Sevinç S, et al. Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonları. *İzmir Göğüs Hastanesi dergisi*. 2002;1:49-53.
5. Özuslu BA, Kamalı SD, Genç O, Sebit Ş. Endobronşiyal yabancı cisimlerin çıkarılmasında bronkotominin yeri. *GATA Bülteni* 1996; 38: 127-131.
6. Cankorkmaz L, Köylüoğlu G, Atalar M. H, et al. Bir pisipisi otunun bronşlardan sırta ilginç yolculuğu: Olgu sunumu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2010; 58(1): 89-92.
7. Watson CRR. Inhaled grass inflorescence presenting as a superficial tumour of the chest wall. *Med J Aust* 1969;1:1303-04.
8. Karagöz B, Köksal Y, Varan A, et al. An unusual case of grass inflorescence aspiration presenting as a chest wall tumour. *Pediatr Radiol* 2006; 36: 434-6.

