

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ TANILI 83 YAŞINDA BAYAN HASTADA ANİ OLUŞAN PLEVRAL EFÜZYON

Dr. Esra Yarar, Dr. Öner Dikensoy

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

e-posta: dikensoy@yahoo.com

doi:10.5152/pb.2012.17

Seksen üç yaşında bayan hasta oral alım bozukluğu nedeniyle yakınları tarafından acil servise getiriliyor. Üre-kreatinin yüksekliği saptanması üzerine nefroloji kliniğine yatırılan hastaya burada antibiyoterapi ve total parenteral nutrisyon 1000 cc/gün başlanıyor. Hastada yatışının 15. gününde sağda plevral efüzyon saptanması (Şekil 2.) üzerine göğüs hastalıklarından konsültasyon isteniyor.

Tanınız nedir?



Şekil 1. Hastanın yatışının 14. günündeki akciğer grafisi



Şekil 2. Hastaneye yatışının 15. günü grafisi (1 gün sonra)

Yanıt

Santral venöz kateterin hatalı yerleşiminebağlı iatrojenik şilotoraks. Sol juguler venden takılan kateterin ucu olması gereken yerin çok ötesinde izleniyor.

Olgu ve Tartışma

Burada sunulan olgu 83 yaşında bir bayan hasta olup oral alım bozukluğu nedeniyle acil servise başvurmuştu. Özgeçmişinde demans, depresyon, böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle birçok ilaç kullanan hastanın üre-kreatinin yüksekliği saptanması üzerine nefroloji kliniğine yatırılmıştı. Burada antibiyoterapi ve total parenteral nutrisyon 1000 cc/gün tedavisi başlanan hastada yatışının 15. gününde sağda plevral efüzyon saptanması (Şekil 1) üzerine Göğüs Hastalıklarından konsültasyon istenmişti.

Göğüs hastalıkları tarafından yapılan fizik muayenesinde şuuru konfü, SpO2: %83 (oda havasında), %93 (4 lt/dk oksijenle) idi. Genel durum orta, solda santral venöz kateteri mevcuttu.

Hastanın yatışının 15. gününde çekilen akciğer grafisinde (Şekil 2) bir gün önce çekilen akciğer grafisinden (Şekil 2) farklı olarak sağda belirgin plevral efüzyonla uyumlu homojen dansite artışı izlendi. Dikkatlice bakıldığında soldan takılan santral kateterin sağ akciğer apeksine doğru uzandığı görüldü. Yapılan torasentezde beyaz-sarımsak renkli bulanık sıvı drene edildi. Plevral sıvı biyokimyası; total protein: 8.4 gr/dL, albumin: 1.7 gr/dL, LDH: 2420 IU, total kolesterol: 54 mg/dL, trigliserid: 1695 mg/dL, Beyaz küre: 23.500/mL, pH: 7.27 olarak bulunmuştu. Şilotoraks olarak değerlendirilen olguya Göğüs cerrahi tarafından sağdan plöreken takılarak drene edildi. Aynı zamanda santral venöz kateteri çıkarıldı. Takiplerinde kliniği düzelen hastanın çekilen kontrol grafisinde (Şekil 3) plevral efüzyonda gerileme görüldü.

Şilotoraks plevral boşlukta şilöz sıvı bulunmasına verilen addır. Şilöz sıvılar, sindirilmiş yağlar içeren intestinal kaynaklı lenf sıvısını içerir (1). Genellikle torasik kanaldaki veya kollaterallerindeki spontan veya kazanılmış patolojilere bağlı görülür (1). Şilotoraksın yarısından çoğunun nedeni malignensilerdir ve bunların içinde lenfomalar ilk sırayı alır (2). Özefagus cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi, sol subklavyan arterin serbestleştirilmesini gerektiren toraks cerrahisi operasyonları, akciğer kanseri için yapılan rezeksiyonlarda evreleme ve küratif cerrahi tedavi için mediastinal disseksiyonun yapılmasının gerekliliği nedeniyle postoperatif dönemde şilotoraks gelişebileceği gibi, boyun ve toraksın penetran travmaları ile de şilotoraks oluşabilir. Şilotoraks nedenleri Tablo 1'de gösterilmektedir (3).

İatrojenik şilotoraks genellikle cerrahi işlemler sırasında duktus torasikusun hasarlanmasına bağlı olabile-



Şekil 3. Santral venöz kateteri çıkarılıp, sağ hemitoraksa dren takıldıktan sonraki grafi

Tablo 1. Şilotoraks Nedenleri (3)

Nedenler	Sıklık
Travma	%50
Cerrahi	
İnvaziv cerrahi olmayan işlemler	
Delici ve künt travmalar	
Travma dışı nedenler	%44
Malignite	
Konjenital veya kazanılmış bozukluklar	
Şilöz asit	
Diğer medikal nedenler	
İdiyopatik	%6

ceği gibi santral venöz kateterlerin yanlış yerleştirilmesine bağlı da gelişebilir (4-6). Literatürdeki iatrojenik olgular genellikle pediatrik yaş grubunda olup torasik duktusun anatomik varyasyonları suçlanmış ancak asıl neden bulunamamıştır (7). Geçtiğimiz yıllar içinde artan cerrahi prosedürler nedeniyle iatrojenik şilotoraks sıklığı da artmış buna rağmen %0.2-0.5 oranında kalmıştır (8). Literatürde internal juguler ven kateterizasyonu sonrası bildirilen bir şilotoraks olgusu da mevcuttur (9). Şilotoraks tanısı torasentezle alınan genellikle bulanık, bazen süt rengindeki plevral sıvının trigliserid içeriğiyle konur. Trigliserid >110 mg/dL ise yüksek oranda şilotoraksı düşündürürken, <50 mg/dL ise bu tanıyı neredeyse dışlar. Trigliserid düzeyi 50-100 mg/dL arasında olan hastalarda lipoprotein analizi yapılmalıdır. Burada sıvıdaki şilomikronların gösterilmesiyle şilotoraks tanısı

desteklenir (10, 11). Torasentezde plevral sıvının süt beyazı görünümü şilotoraksı akla getirmeli ve tanı biyokimyasal yöntemlerle kesinleştikten sonra tedaviye hemen başlanmalıdır. Metabolitler, su ve elektrolitler açısından zengin olan şilöz sıvının sürekli kaybı özellikle ilave hastalığı olan kişilerde ve çocuklarda genel durumu hızla bozabilir. Tedavide drenaj, az yağlı diyet ve parenteral nütrisyon 2-4 hafta süre ile denenir, cevap alınamayan hastalarda duktus torasikus ligatüre edilir (12). İatrojenik şilotoraks nadir görülen bir plevral efüzyon nedenidir. Bununla birlikte girişimsel işlemler sonrası oluşan plevral efüzyonlarda ayırıcı tanıda bulunması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Riquet M, Le Pimpec Barthes F, Badia A. [Chylothorax]. *Presse Med* 2002;31:548-55.
2. Light RW. *Pleural Diseases*. Philadelphia: Williams&Wilkins; 1995:121-3.
3. Doerr CH, Allen MS, Nichols FC 3rd, Ryu JH. Etiology of chylothorax in 203 patients. *Mayo Clin Proc* 2005;80:867-70. [\[CrossRef\]](#)
4. Szabó M, Jáger M, Krizsó E, et al. [Chylothorax as a complication of coronary artery bypass grafting operation]. *Orv Hetil* 2012;153:553-8. [\[CrossRef\]](#)
5. Hsu LH, Lien TC, Wang JH. Chylothorax: a complication of internal jugular vein catheterization. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1997;60:57-61.
6. Johnson TJ, Jamous FG, Kooistra A, Zawada ET. Iatrogenic chylothorax due to pleural cavity extravasation of total parenteral nutrition in two adults receiving nutrition through a peripherally inserted central catheter. *Hosp Pract (Minneap)* 2010;38:50-2. [\[CrossRef\]](#)
7. Chernick V, Reed MH. Pneumothorax and chylothorax in the neonatal period. *J Pediatr* 1970;76:624-32. [\[CrossRef\]](#)
8. Cevese PG, Vecchioni R, D'Amico DF, et al. Postoperative chylothorax. Six cases in 2,500 operations, with a survey of the world literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;69:966-71.
9. Ryu JH, Tomassetti S, Maldonado F. Update on uncommon pleural effusions. *Respirology* 2011;16:238-43. [\[CrossRef\]](#)
10. Pérez J, Casal J, Rodríguez W. Always remember chylothorax. *South Med J* 1999;92:833-5. [\[CrossRef\]](#)
11. Muangman P, Scott JR, Muangman S, et al. Iatrogenic chylothorax in major burn patient: case report and literature review. *J Med Assoc Thai* 2008;91:417-20.
12. Valentine VG, Raffin TA. The management of chylothorax. *Chest* 1992;102:586-91. [\[CrossRef\]](#)