



MASIF PLEVRAL EFÜZYONLAR

Onur Volkan YARAN¹

Levent CANSEVER²

Tanım

Plevra yaprakları arasında sıvı birikimine plevral efüzyon adı verilir. Akciğeri saran visseral plevra ve göğüs kafesinin iç yüzünü saran parietal plevra, plevra yapraklarını oluşturur. Parietal plevra ayrıca mediastinal bölgenin ve diyaframın da üzerini örter. Sağlıklı bir insanda bu iki tabaka arasında 10-20 ml (0,1-0,2 ml/kg) berrak renkli steril sıvı bulunur. Bu sıvı akciğerin serbest hareket etmesini ve göğüs duvarı içerisinde kayarak inspirasyon ve ekspirasyona yardımcı olmasını sağlar. Ayrıca negatif intraplevral basınç (5 cmH₂O) sayesinde vakum etkisi oluşturarak akciğerin açık kalmasını sağlar (1). Bu bölgenin önemini anlamak, acil kliniğinde efüzyon ile başvuran hastalardaki semptomların sebebini anlamamıza yardımcı olacaktır.

Plevral efüzyon göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi acilinde sık karşılaşılan bir patolojidir. Masif plevral efüzyon ise bir hemitoraksın 2/3'ünden fazlasını kaplayan efüzyonlar için kullanılan bir terimdir (2, 3). Plevral efüzyonların bir klinik durum olduğu, esas tedavisinin altta yatan hastalığın tedavisi olduğu unutulmamalıdır. Bu sebeple plevral efüzyonda drenaj endikasyonuna altta yatan hastalığa göre karar vermek gerekir. Masif plevral efüzyonlar istisnai bir durum olarak karşımıza çıkar. Hastanın klinik durumu da göz önünde bulundurularak masif plevral efüzyonda drenaj gerekebilir.

1 Op. Dr. Onur Volkan YARAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM, onurvolkann@gmail.com

2 Doç. Dr. Levent CANSEVER, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM, lcansever@yahoo.com

Sonuç

Masif plevral efüzyonlar acil servislerde hızlı müdahale gerektiren klinik durumlardır. Hastanın ilk başvurusu olması durumunda ayırıcı tanı konusunda dikkat edilmesi gereklidir. Mutlaka torasentez ile biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji için örnek alınmalıdır, bu sıvıların %70 sebebinin maligniteye bağlı olduğu akılda tutulmalıdır. Tedavi amaçlı ilk yaklaşım tüp torakostomi olmalı, tekrarlayan efüzyon varlığında diğer tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Miserocchi, G., *Physiology and pathophysiology of pleural fluid turnover*. European Respiratory Journal, 1997. 10(1): p. 219-225.
2. Maher, G.G. and H.W. Berger, *Massive pleural effusion: malignant and nonmalignant causes in 46 patients*. American Review of Respiratory Disease, 1972. 105(3): p. 458-460.
3. Rahman, N.M., S.J. Chapman, and R.J. Davies, *Pleural effusion: a structured approach to care*. British medical bulletin, 2004. 72(1): p. 31-47.
4. Porcel, J.M. and M. Vives, *Etiology and pleural fluid characteristics of large and massive effusions*. Chest, 2003. 124(3): p. 978-983.
5. Jiménez, D., et al., *Etiology and prognostic significance of massive pleural effusions*. Respiratory medicine, 2005. 99(9): p. 1183-1187.
6. Light, R.W., et al., *Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates*. Annals of internal medicine, 1972. 77(4): p. 507-513.
7. Ceylan, E., et al., *125 Plörezili olgunun incelenmesi*.
8. Okonta, K.E., E.O. Ocheli, and P.D. Okoh, *Massive pleural fluid collection in adult Nigerians*. Advances in Medicine, 2016. 2016.
9. Roberts, M.E., et al., *Management of a malignant pleural effusion: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010*. Thorax, 2010. 65(Suppl 2): p. ii32-ii40.
10. Sahn, S.A., *Malignancy metastatic to the pleura*. Clinics in chest medicine, 1998. 19(2): p. 351-361.
11. Tetikkurt, C. and U.D.S. Tetikkurt, *Malign Plevral Efüzyonlarda Yaklaşım*. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2007; 58: 187, 2007. 192.
12. Koşar, F., *Malign plevral efüzyona yaklaşım*. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2013. 1(3): p. 108-114.
13. Light, R.W., et al., *Parapneumonic effusions*. The American journal of medicine, 1980. 69(4): p. 507-512.
14. Liam, C.K., K.H. Lim, and C.M.M. Wong, *Causes of pleural exudates in a region with a high incidence of tuberculosis*. Respirology, 2000. 5(1): p. 33-38.
15. Mihmanli, A., et al., *Tüberküloz plörezili 105 olgunun değerlendirilmesi*. 2004.
16. EKİNCİ, G.H., et al., *Tüberküloz plörezili 50 olgunun değerlendirilmesi*. Maltepe Tıp Dergisi, 2015. 7(3): p. 1-5.
17. Tokgöz, F., et al., *Plevral Efüzyonlu 240 Olgunun Retrospektif Analizi*. 2014.
18. Perez-Rodriguez, E., et al., *ADA1ADAp ratio in pleural tuberculosis: an excellent diagnostic parameter in pleural fluid*. Respiratory medicine, 1999. 93(11): p. 816-821.

19. Joseph, J. and S.A. Sahn, *Connective tissue diseases and the pleura*. Chest, 1993. 104(1): p. 262-270.
20. Tanoue, L.T., *Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis*. Clinics in chest medicine, 1998. 19(4): p. 667-685.
21. Krenke, R., et al., *Pleural Effusion in Meigs' Syndrome—Transudate or Exudate?: Systematic Review of the Literature*. Medicine, 2015. 94(49).
22. Hâdi, A., *HEMOTORAKSTA TANI VE TEDAVİ YAKLAŞIMI*.
23. Sahn, S.A., *Management of complicated parapneumonic effusions*. American Review of Respiratory Disease, 1993. 148: p. 813-813.
24. Yöntemler, C., *Malign Plevral Efüzyonların Yönetiminde*. 2015.
25. Warren, W.H., et al., *Management of malignant pleural effusions using the Pleurx catheter*. The Annals of thoracic surgery, 2008. 85(3): p. 1049-1055.
26. Genc, O., et al., *The long-term morbidity of pleuroperitoneal shunts in the management of recurrent malignant effusions*. European journal of cardio-thoracic surgery, 2000. 18(2): p. 143-146.
27. Laws, D., E. Neville, and J. Duffy, *BTS guidelines for the insertion of a chest drain*. Thorax, 2003. 58(Suppl 2): p. ii53.