

گزارش یک مورد جسم خارجی فراموش شده در برونش منجر به آبسه ریه

حسن آبشیرینی^{۱*}، اعظم فضلی پور^{**}

چکیده

آسپیراسیون جسم خارجی (FBA)^۱ از مشکلات شایع و گاه تهدید کننده حیات در میان کودکان و در گروههای سنی بالاتر می باشد. بیشترین میزان بروز (FBA) در طی سال دوم در کودکان و دهه ششم زندگی در بزرگسالان می باشد. شایعترین جسم آسپیره شده توسط کودکان آجیل است. علائم ناشی از آسپیراسیون می تواند به صورت خفگی، سرفه و یا سیانوز باشد. اگر چه در مواردی ممکن است بیماران هیچگونه علامتی نداشته باشند، ولی شرح حال دقیق و مثبت حتی بدون علائم بالینی باید پزشک را به آسپیراسیون جسم خارجی مشکوک نماید. مداخله رادیولوژی گرچه در بعضی مواقع طبیعی است اما به تشخیص کمک نموده و باید در تمام موارد مشکوک به FBA انجام گردد. تشخیص قطعی FBA از طریق اندوسکوپی است و برای جلوگیری از عوارض و احیانا مرگ و میر، خارج کردن به هنگام جسم خارجی امری حیاتی و ضروری است. بیشتر عوارض ناشی از تاخیر در تشخیص و درمان است و تشخیص زودرس با عوارض کمتری همراه است. عوارض بالقوه FBA شامل پنومومدیاستن، پنوموتوراکس، اتلکتازی، برونشکتازی، آبسه ریه و پنومونی عود کننده می باشد. اکثر این عوارض در کسانی که مشکل آنها دیر تشخیص داده شده است، غیر قابل برگشت می باشد. پیشرفت تکنولوژی اندوسکوپی و کاربرد بالینی آن سبب شده که اکثر اجسام خارجی بدون ایجاد عارضه از دستگاه تنفسی خارج شوند. برداشتن جسم خارجی از طریق اندوسکوپی رژیم روش ارجح درمان است، اما در موارد خاص ممکن است نیاز به اقدام جراحی جهت در آوردن جسم خارجی باشد. در این گزارش به مطالعه یک دختر ۱۲ ساله با آسپیراسیون استخوان مرغ تشخیص داده نشده که علیرغم دارا بودن علائم آسپیراسیون جسم خارجی، پاسخ به درمان نداده و دچار آبسه ریه شده بود، پرداخته می شود.

م ع پ ۱۳۸۷؛ ۷ (۴): ۵۳۴-۵۳۹

کلید واژه‌گان: برونش، جسم خارجی، آسپیراسیون

مقدمه

بیشترین میزان بروز در گروه سنی ۳-۱ سال بوده و بیش از ۲۵ درصد این افراد زیر ۱ سال سن دارند(۵). FBA تراکتوبرونکیال می تواند سبب انسداد راه هوایی و مرگ ناگهانی شده و یا ممکن است منجر به عوارضی چون برونشیت و پنومونیای مکرر و یا دائمی گردد(۴،۸،۷).

آسپیراسیون جسم خارجی (FBA) از مشکلات شایع و گاه تهدید کننده حیات در میان کودکان می باشد، اگر چه می تواند در گروههای سنی بالاتر نیز رخ دهد(۲،۱،۴،۳). میزان بروز FBA هیچ تغییر معنی داری پیدا نکرده، اما خارج ساختن آن با ایمنی بیشتری همراه شده است. اغلب موارد FBA در کودکان زیر ۱۵ سال اتفاق می افتد.

1- Foreign Body Aspiration

* استادیار گروه گوش و گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** رزیدنت گوش و گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسؤل: Email: abshirini_h2003@yahoo.com

معرفی بیمار

بیمار دختر ۱۲ ساله، از حدود ۵۰ روز قبل از مراجعه دچار تب، سرفه های خلط دار، هموپتزی، استفراغ، کاهش اشتها و کاهش وزن شده بود. در سمع ریه کاهش صدای واضح ریه راست بویژه در قاعده ریه راست داشت. بیمار سابقه مشکوکی از آسم را ذکر می کرد که گاه و به طور مقطعی تحت درمان قرار می گرفته است. با توجه به اینکه بیمار هیچگونه شرح حالی از اسپیراسیون جسم خارجی نمی داد، در طی مراجعات اولیه به پزشکان مختلف بیمار تحت درمان آنتی بیوتیکی و داروهای ضد آسم قرار می گیرد. بعلت عدم پاسخ به درمان، بیمار به بیمارستان تخصصی اطفال شهر اهواز ارجاع داده می شود و در آن مرکز تحت بررسیهای بیشتر قرار می گیرد.

با توجه به علائم اولیه و با شک به توبرکلوزیز تحت آزمایشات تشخیصی مختلف قرار می گیرد که در نهایت کلیه آزمایشات منفی می گردد. در عکس ساده قفسه سینه نمایی از پلورال افیوژن و بسته شدن زاویه کوستوفرنیک راست به همراه اتلکتازی مشاهده شد (شکل ۱).

برای جلوگیری از عوارض و مرگ و میر، تشخیص به موقع و خارج ساختن به هنگام جسم خارجی امری است حیاتی و شک پزشک به وجود جسم خارجی با توجه به شرح حال و علایم بالینی مهمترین قدم برای تشخیص است (۴،۲) عدم تشخیص جسم خارجی به علت عدم دقت در گرفتن شرح حال، معاینات بالینی ناکامل و یا رادیو گرافی گمراه کننده می تواند سبب تاخیر در تشخیص و افزایش میزان عوارض گردد (۱،۲). روشها و وسایل مختلفی برای تشخیص و درمان این مشکل وجود دارد. برداشتن اندوسکوپیک جسم خارجی روش ارجح درمان است. موفقیت در خارج ساختن جسم خارجی بستگی به مهارت فرد انجام دهنده برونکوسکوپیک و متخصص بیهوشی آن دارد. داشتن تبحر در بیرون آوردن جسم خارجی از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که این بیماران مشکلات فراوانی دارند. تیم پزشکی باید همیشه آماده عوارض غیر قابل پیش بینی باشد (۴). شایعترین عوارض پس از درمان برونکوسکوپیک FBA، بدتر شدن عفونت تنفسی، پنموتوراکس، پنومونی، خونریزی شدید، پارگی درخت تراکتوبرونکیال و ایست قلبی - تنفسی می باشد. میزان مرگ و میر گزارش شده پس از برونکوسکوپیک از ۰/۸ درصد تا ۱ درصد بوده است (۴).



شکل ۱: پلورال افیوژن و بسته شدن زاویه کوستوفرنیک راست

مجله علمی پزشکی، دوره ۷، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷

گرفت. ابتدا با برونکوسکوپ سایز مناسب تراشه، کارینا و سپس برونش راست بیمار اکسپوز شد. ترشحات فراوان برونش راست ساکشن شد. در برونکوسکوپ ایتترمدیوس ریه راست جسم خارجی (استخوان مرغ) مشاهده و توسط فورسپس خارج گردید (شکل ۴).

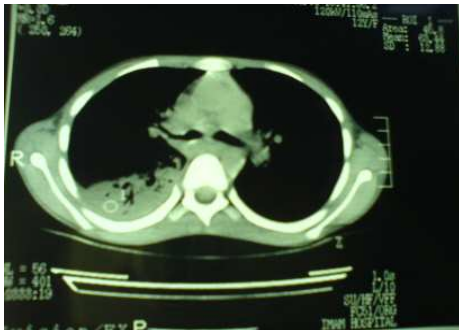
به دنبال خروج جسم خارجی، آبرسه تخلیه شد و ترشحات چرکی فراوانی از محل خروج جسم خارجی و برونش اصلی راست خارج شد که ساکشن انجام و برونش مذکور با سالیین شستشو داده شد. بیمار تحت درمان آنتی بیوتیکی وریدی با پنسیلین جی سه میلیون واحد هر ۴ ساعت و سفتریاکسون ۷۵۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت قرار گرفت. در طی بستری تب و سرفه های بیمار قطع و کاهش صدای ریه راست بیمار به وضوح کمتر شد و پس از یک هفته درمان دارویی مرخص گردید.

در CT اسکن انجام شده افیوژن ریه راست، کانسالیداسیون لوب تحتانی و میانی ریه راست و یک ضایعه هایپردنس به ابعاد ۱۰×۸ میلی متر در برونکوس ایتترمدیوس ریه راست گزارش گردید (شکل ۲ و ۳).

بیمار تحت برونکوسکوپی فیبراپتیک قرار گرفت که در برونش ریه راست ترشحات چرکی فراوان و جسم خارجی سفید رنگی مشاهده شد. با توجه به یافته های فوق و با شک فراوان به وجود جسم خارجی برونش، بیمار جهت انجام برونکوسکوپی رژید و بیرون آوردن جسم خارجی به مرکز گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی اهواز ارجاع داده شد.

روش بررسی

بیمار با تشخیص آسپیراسیون جسم خارجی زیر بیهوشی عمومی تحت برونکوسکوپی رژید تشخیصی قرار



شکل ۳: ضایعه هایپردنس برونکوس راست



شکل ۲: افیوژن ریه سمت راست



شکل ۴: جسم خارجی (استخوان مرغ)

بحث

air trapping (گیر افتادن هوا) در کودکان شایع تر است (۲).

شایع ترین جسم آسپیره شده در کودکان آجیل می باشد. بزرگسالان ممکن است در زمان مصرف الکل، سداتیوها یا ضربه به سر که قضاوت آنها را مختل می نماید، ترومای ماگزیلوفاشیال و بیماریهای نورولوژیک و یا شرایط فیزیکی مثل اختلال حس یا کنترل لقمه غذا، دچار آسپیراسیون گردند. کودکان یا افراد بیمار ممکن است قادر به یاد آوری و یا گزارش حادثه نباشند (۶).

علائم ناشی از آسپیراسیون می تواند به صورت حالت خفگی، سرفه و یا سیانوز باشد. اگر چه در مواردی بیماران هیچگونه علائمی ندارند، بسته به موقعیت جسم خارجی علائم آن متفاوت است. اگر FB در برونش باشد علائم آن به سه صورت نمایان می گردد: ۱- جسم خارجی که فقط در بازدم ایجاد انسداد می نماید، سبب -Check valve شده و در این حالت در ریه ای که جسم خارجی دارد، پر هوایی ایجاد شده و مدیاستن به سمت مقابل شیفت می نماید که معمولا یافته زودرسی است. ۲- در مکانیسم Ball-valve ریه در گیر در زمان دم دچار انسداد شده و در بازدم باز می شود. در این حالت اتلکتازی در سمت میتلا ایجاد شده و مدیاستن به همان سمت شیفت می نماید. این یافته معمولا در پرس است. ۳- در نهایت، هنگامی که جسم خارجی برونش را بطور کامل مسدود مینماید، Stop-valve اتفاق افتاده و منجر به کانسالیداسیون لوب در گیر می گردد (۵).

شرح حال ارائه شده توسط والدین بیماران معمولا گویای FBA در کودکان می باشد: معمولا با این بیان که کودک حال بازی، دچار حالت خفگی شدید و کبودی صورت شد و یا نفسش برای مدت کوتاهی قطع شد و پس از چند دقیقه به حالت عادی بازگشت. بیشتر نویسندگان بر این باورند که شرح حال خفگی حساس ترین و اختصاصی ترین علامت جهت تشخیص می باشد (۴، ۱۲، ۱۴). به هر حال اگر کودک در هنگام تنهایی

هوای استنشاق شده پس از عبور از حفرات بینی، فاریکس و لارنکس وارد تراشه می شود. تراشه در گردن از زیر غضروف کریکوئید حنجره در سطح تنه ششمین مهره گردنی آغاز می شود. سپس در قفسه سینه در سطح زاویه استرنال با تقسیم شدن به دو برونکوس اصلی راست و چپ خاتمه می یابد. برونکوس اصلی راست قطور تر، کوتاه تر و عمودی تر از برونکوس اصلی چپ می باشد. هر برونکوس لوبی به شاخه های سگمنتال تقسیم شده و این شاخه ها نیز به طور مکرر تقسیم شده تا در نهایت تبدیل به آلئولها می گردد (۹).

اکثر اجسام خارجی راه هوایی در برونشها قرار میگیرند. علت آن سایز و شکل این اجسام بوده که سبب تسهیل عبور آنها از تراشه و حنجره می شود. این اجسام اغلب در برونکوس اصلی راست قرار می گیرند که به نظر می رسد بعلا کوجکتر بودن زاویه تقعر آن نسبت به تراشه می باشد (۵). تراشه و برونشهای اصلی و شاخه های دیگر آن شامل یک منطقه غشایی خلفی می باشد و به وسیله غضروفهای نعل اسبی شکل در دیواره قدامی از کلاپس راه هوایی جلوگیری می کنند (۱۰). FBA اغلب در شیرخواران و کودکان اتفاق می افتد و گزارشات نشان میدهند که بیشترین گروه درگیر، کودکان زیر ۵ سال می باشد (۴، ۷، ۱۱، ۱۲). بیشترین میزان بروز FBA در طی سال دوم در کودکان و دهه ششم در بزرگسالان می باشد (۲). در مطالعه انجام شده بر روی ۱۴۰ بیمار، ۵۵ درصد از موارد FBA، کودکان زیر ۶ سال بودند (۴). کودکان در این سنین تمایل به شناخت محیط اطراف دارند و بردن اجسام به دهان و عدم تکامل دندانهای خلفی و عدم تکامل مکانیسمهای عصبی، عضلانی بلع و محافظت راههای هوایی منجر به آسپیراسیون جسم خارجی می گردد (۲، ۱۸، ۱۹).

تظاهر علائم در هر دو گروه مشابه است، اما زمان تشخیص به طور معنی داری در بزرگسالان نسبت به کودکان دیرتر است. به هر حال اتلکتازی در بزرگسالان و

است. تشخیص زودرس با عوارض کمتری همراه است (۴،۳). ۴۵ درصد موارد اسپیراسیون اجسام خارجی لارنگوتراکتال با عوارض عمده ای همراهند و ۶۷ درصد معمولاً زمانی است که تشخیص بیش از ۲۴ ساعت طول بکشد. پیشرفت تکنولوژی اندوسکوپی و کاربرد بالینی آن سبب شده که اکثر اجسام خارجی بدون ایجاد عارضه از دستگاه تنفسی و خارج شوند. برداشتن اندوسکوپی جسم خارجی روش ارجح درمان است، اما در موارد خاص ممکن است نیاز به اقدام جراحی جهت برداشتن جسم خارجی باشد (۶،۲). ضمناً اگر چه برونکوسکوپی فیبر اپتیک می تواند به طور موفقیت آمیزی در درآوردن FB به کار گرفته شود، اما در بیشتر موارد از برونکوسکوپی رژیم بویژه در کودکان استفاده می شود (۶). عوارض بالقوه FBA شامل پنمو مدیاستن، پنموتوراکس، اتلکتازی، برونشکتازی، پنمونیای عود کننده و تخریب غضروفهای برونکیال می باشد (۱۷، ۱۶، ۱۵). تاخیر در تشخیص می تواند منجر به هایپوکسمیا، اسفکسی، آبه ریه، گرانولوما و ایجاد پولیپ گردد (۶). خونریزی می تواند ناشی از بافت گرانولاسیون یا آروزیون بافتی در رگهای بزرگ باشد. پنموتوراکس و پنومودیاستن می تواند به دنبال پاره شدن راه هوایی باشد (۲).

نتیجه گیری

بیمارانی که دارای شرح حال مثبت به نفع FBA دارند حتی بدون علائم بالینی و داشتن رادیوگرافی قفسه سینه طبیعی باید به وجود جسم خارجی شک نمود تا خلاف آن ثابت گردد. همچنین در افرادی که شرح حالی از FBA نداشته، اما علائمی نظیر سرفه های ازمان یافته بیش از ۴ هفته که هیچگونه علتی برای آن یافت نشده است، پنومونی طول کشیده و عدم پاسخ به درمان آنتی بیوتیکی مناسب و کافی دارند و نیز در افرادی که علیرغم منفی بودن یافته های رادیوگرافی، شک قوی در مورد FBA و عوارض آن وجود دارد، باید با انجام اقدامات مناسب از جمله، CT اسکن، برونکوسکوپی فیبر اپتیک تشخیصی، و در مواردی به صورت اولیه

دچار FBA شده باشد، ممکن است هیچگونه کلید تشخیصی وجود نداشته باشد (۴). کودکان یا افراد بیمار ممکن است قادر به یاد آوری و یا گزارش حادثه نباشند (۶). در مطالعه ای دیگر، سرفه و تنگی نفس شایع ترین علائم قابل مشاهده بودند. لارنژیت ویروسی در کودکان شایع است و علائم FBA را تقلید می نماید. در صورتیکه کودکی با گرفتگی صدا و با یا بدون استریدور طی دوره چند روزه مراجعه نماید، اما شرح حالی از FBA نداشته باشد، باید تحت درمان مناسب لارنژیت و آسم قرار بگیرد و در صورتی که به درمان پاسخ نداد و علائم پاراکلینیکی مثبت همچنان وجود داشته باشد، باید برونکوسکوپی تشخیصی انجام گیرد (۴).

مداخله رادیولوژی به تشخیص کمک نموده و باید در تمام موارد مشکوک به FBA انجام گردد (۴، ۱۲). در صورتی که FB اوپک باشد در گرافی قابل مشاهده است و در صورتی که مکانیسم Bypass-valve اتفاق افتاده باشد و جسم خارجی قابل مشاهده نباشد گرافی طبیعی خواهد بود (۶). گاهی ادم ایجاد شده در اطراف جسم خارجی از ورود و خروج هوا جلوگیری نموده و در این حالت دیستال به جسم خارجی کلاپس اتفاق می افتد (۱۳). در بیمارانی که قادر به همکاری نبوده و یا در کسانی که یافته های مشخصی ندارند، ممکن است.

رادیوگرافی دکوبیتوس جانبی و یا فلوروسکوپی راه هوایی مفید باشد (۶). هیچ تفاوتی از نظر تاخیر در تشخیص، محل FB و تصاویر رادیوگرافی در کودکان و بزرگسالان وجود ندارد و شدت تغییرات ریوی با طول مدت علائم همبستگی دارد (۲). اگر FB برای مدت طولانی در ریه باقی مانده و نگرانی در مورد ایجاد تغییرات در ریه مثل آبه و یا برونشکتازی وجود داشته باشد CT اسکن قفسه سینه مورد نیاز است (۴). به هر حال در صورت جود علائم ریوی مزمن و غیر قابل توجیه علیرغم شرح حال منفی و رادیوگرافی قفسه سینه نرمال باید جهت رد FBA مداخلات بیشتری انجام داد (۲) بیشتر عوارض ناشی از تاخیر در تشخیص و درمان

آگاه نمودن جامعه بویژه والدین نسبت به راههای پیشگیری، علائم و عوارض FBA نقش به سزایی در کاهش این مشکل داشته و به تبع آن موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از آن نیز به حداقل خواهد رسید. به هر حال هدف از نگارش این مقاله اشاره و توصیف عوارض شناخته شده جسم خارجی ریه نبوده، بلکه تاکید بر این نکته است که چگونه بی توجهی به گرفتن شرح حال دقیق و معاینه بالینی یک جسم خارجی بدون تشخیص، می تواند عواقبی از جمله آسپه ریه و یا عوارض غیر قابل جبران دیگری با هزینه درمانی فراوان ایجاد نماید. لذا در ارزیابی گرفتن شرح حال دقیق و انجام معاینه فیزیکی مناسب مهمترین گام در تشخیص آسپیراسیون جسم خارجی می باشد.

برونکوسکوپی رژید تشخیصی انجام داد، چرا که عوارض ریوی ناشی از FBA در موارد بسیار زیادی غیر قابل برگشت بوده و حتی منجر به مرگ بیماری گردد. به همین دلیل نگارنده مقاله حداقل در شرایط زیر توصیه به برونکوسکوپی تشخیصی می نماید: ۱- کودکانی که دچار سرفه مزمن هستند و سرفه های آنان بیش از ۴ هفته طول کشیده و در ارزیابی هیچ علتی برای آن یافت نشده باشد. ۲- کودکانی که بطور مکرر دچار پنومونی راجعه می شوند و بطور موقت با درمان دارویی علائم آن فروکش می نماید. ۳- کودکانی که بطور ناگهانی حین بازی کردن با اسباب بازی بدون هیچگونه سابقه ای از عفونت تنفسی دچار کلاپس ریوی و تنگی نفس شده باشند.

منابع

- 1-Al Majed SA, Ashour M, Mobeireek AF, et al. Overlooked inhaled foreign bodies: late sequelae and the likelihood of recovery. *Resp Med*. 1997; 91 (5): 293-6
- 2- Baharloo F, Veyckemans F. Tracheobronchial foreign bodies: presentation and management in children and adults. *Chest* 1999; 115: 1357-62
- 3-Hashemy B, Gandomi B. Evaluation of the incidence and complications of FBA in the patient referred to Shiraz Khalili Hospital. *The Irani J Otorhinolaryngol* 2003;3:19-24
- 4-Soysal O, Kuzucu A, Ulutas H, Turkey M.. Tracheobronchial foreign body aspiration. *Otolaryngol- Head and Neck Surg* 2006; 135: 223-6.
- 5-Cummings C. *Otolaryngology:Head and Neck Surgery*. Philadelphia ; Mosby; 2005. (4) 4347.
- 6- Yang JY, Deutsch ES, Reilly JS. .Bronchoesophagology; *Ballenger Otorhinolaryngol* 2003: 1553-5.
- 7- Bittencourt PF, Camargos PA. Foreign body aspiration. *J Pediatric(Rioj)* 2002; 78: 9-18
- 8-Dunn GR, Wardrop PLO S, et al. Management of suspected foreign body aspiration in children. *Clin Otolaryngol* 2002; 27: 384-6.
- 9- Snell RS. *Clinical Anatomy for Medical Students*. 7th ed, 2004: 99-100.
- 10-Way LW. *Current Surgical Djagnosis and Treatment*. 2003: 347-8.
- 11-Black RE, Johnson DG, Matlak ME. Bronchoscopic removal of aspirated foreign bodies in children. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 682-4.
- 12- Johnson DG, Condon VR. Foreign bodies in pediatric patient. *Curr Probl Surg* 1998; 35: 271-379.
- 13-Donald A, Paparella, *Otolaryngology.Head and neck*. 3 th ed; philadelphia. 1991; v(3): 2420-21.
- 14-Barriours JE, Gutierrez C, Liuna J, Vila JJ, Poquet J, Ruiz- companrs. Bronchial foreign body: should bronchoscopy be performed in all patients with choking crisis. *Pediatr Surg Int* 1997;12:118-20
- 15-Ciftci AO, Bingol-Kologlu M, Senocak ME, et al. Broncoscopy for evaluation of foreign body aspiration in children. *J Pediatr Surg* 2003;38: 1170-6.
- 16-Yildizeli B, Zonuzi F, Yuksel M, Kodalli N, Cakalaqaoqlu F, Kullus. Effects of intrabronchial foreign body retention. *Pediatr Pulmonol* 2002;33:362-7
- 17-Oliveria CF, Almedia JF, Troster EJ, Vaz FA. Complications of foreign body aspiration in children; report of 5 cases and review of the literature .*Rev Hosp Clin Fac Med, Sao Paulo* 2002; 57:108-11.
- 18-Mu L, He P, Sun D. Inhalation of foreign bodies in Chinese children, a review of 400 cases. *Laryngoscope* 1991; 101(6): 657-60.
- 19-Zerella JT, Dimler M, McGill LC, Pippus KJ. Foreign body aspiration in children: value of radiogeraphy and complications of laryngoscopy. *J Pediat Surg* 1998; 33: 1651-54.

Case report: a case with neglected foreign body aspiration in a bronchus leading to lung abscess

Abshirini H*, Fazli puor A

Department of ENT, Ahvaz Jundishapur University of Medical Scinces, Ahvaz, Iran

Abstract

Foreign body aspiration (FBA) can be a life-threatening emergency requiring immediate intervention. Foreign body aspiration is one of the most common and sometimes even life threatening conditions in children and other age groups. The peak incidence of foreign body aspiration occurred during the second year of life in the child and during the sixth decade in the adult group. Nuts are the most common foreign body aspirated by children. Symptoms of aspiration can be choking, cough and/or cyanosis, though most of the patients do not have any complains. A precise history in favour of FBA should put the physician in doubt. Even though the radiological intervention can be negative in some cases, it should be performed for all patients suspected of FBA. Definite diagnosis is made with endoscopy and it is necessary to removing the foreign body for preventing consequent complications which includes: pneumothorax, pneumomediastinum, atelectasis, bronchectasis, lung abscess and recurrent pneumonia. Rigid endoscopy is choice for FBA removing, but in special cases surgical management may be necessary. In this case report, a 12-year girl with respiratory signs and undiagnosed FBA due to chicken bone which lead to lung abscess and no response to medicine therapy is reported.

Keyword: Foreign body, aspiration, Bronchus, Lung abscess

*Corresponding Author: Email: abshirini_h2003@yahoo.com