



Sol Pnömotoraks ile Santral Kitle Pnöminektomi Sonrası Kontralateral Pnömotoraks

Onur Derdiyok¹, Çağatay Saim Tezel², İlker Kolbaş³, Serda Metin Kanbur⁴,
Levent Alpay⁵, İrfan Yalçınkaya⁶

¹ Sağlık Bilimleri Üniv. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araş. Hastanesi İstanbul, Türkiye ORCID: 0000-0001-9994-8501

² Sağlık Bilimleri Üniv. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araş. Hastanesi İstanbul, Türkiye ORCID: 0000-0001-5272-6215

³ Sağlık Bilimleri Üniv. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araş. Hastanesi İstanbul, Türkiye ORCID: 0000-0003-1656-9595

⁴ Sağlık Bilimleri Üniv. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araş. Hastanesi İstanbul, Türkiye ORCID: 0000-0003-3983-9420

⁵ Sağlık Bilimleri Üniv. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araş. Hastanesi İstanbul, Türkiye ORCID: 0000-0001-8872-166X

⁶ Sağlık Bilimleri Üniv. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araş. Hastanesi İstanbul, Türkiye ORCID: 0000-0002-5841-4080

Geliş: 15.01.2017, Revizyon: 07.09.2017, Kabul Tarihi: 05.10.2017

Özet

Pnöminektomi sonrası pnömotoraks gelişmesi morbidite ve mortalitesi yüksek bir durum olup ender seyredir. Sol ana bronşta kitlesi bulunan olgumuzda fiberoptik bronkoskopi (FOB) sonrası iyatrojenik pnömotoraks gelişti, vitalleri stabil olduğu için tüp torakostomi uygulanmadı. Aynı seansta mediastinoskopi ve pnöminektomi uygulandı. Bu çalışmada, postoperatif erken dönemde kontralateral pnömotoraks gelişen olgu literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kontralateral pnömotoraks, pnöminektomi, iyatrojenik pnömotoraks.

Contralateral Pneumothorax After Central Mass Pneumonectomy with Left Pneumothorax

Abstract

The development of pneumothorax after pneumonectomy is a rare condition which has high morbidity and mortality. In our case with left main bronchus mass iatrogenic pneumothorax developed after fiberoptic bronchoscopy (FOB), tubal thoracostomy wasn't performed because the patient's vitals were stable. Mediastinoscopy and pneumonectomy was performed in the same session. In this study, a case of contralateral pneumothorax developed in the early postoperative period is presented with literature.

Keywords: Contralateral pneumothorax, pneumothorax, iatrogenic pneumothorax.

DOI: 10.5798/dicletip.362493

Yazışma Adresi / Correspondence: Onur Derdiyok, Süreyyapaşa hastanesi göğüs cerrahisi Maltepe İstanbul, Türkiye
e-mail: onur_derdiyok@hotmail.com

GİRİŞ

Cerrahi ve anesteziadaki gelişmelere rağmen pnömonektomiden sonra gelişen komplikasyon oranı, oldukça yüksektir. Çeşitli yayınlarda bu oranın %11 ile 50 arasında değiştiği belirtilmektedir. Komplikasyonların çoğu fatal olmayıp, oluşmadan önlenilmektedir. Pnömotoraks nadir olmakla beraber en sık gözlenen komplikasyon aritmidir. Pnömotoraks meydana gelmesi kritik bir durum olup morbidite ve mortalitesi yüksek seyredir. Bu çalışmada, hemoptizi nedeniyle takip edilen, sol ana bronşta kitlesi tespit edilen hastaya aynı seans mediastinoskopi ve sol pnömonektomi uygulandı. Mediastinoskopi ile 2L 4L ve 7 LAP örneklendi. Preoperatif sol santral kateter uygulanan ve mediastinoskopi sonrası desatüre olmayan postoperatif erken dönemde kontralateral pnömotoraks gelişen olgu sunulmaktadır.

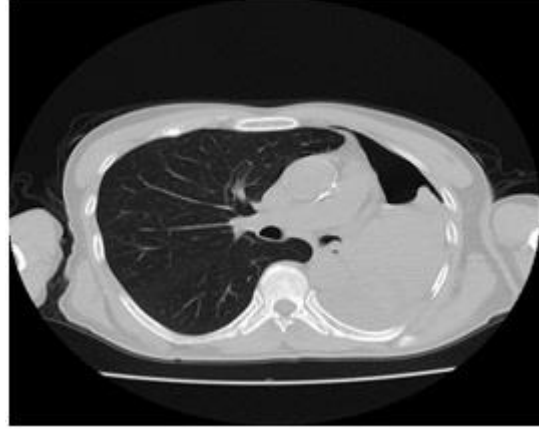
OLGU

Atmış dokuz yaşında erkek hasta hemoptizi ve nefes darlığı şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Posterior anterior (PA) grafide sol hiler bölgede dansitide artışı görüldü (Şekil 1). Bronkoskopide sol ana bronş lateral duvarından kaynaklanan, distaline geçilemeyen, frajilkitle tespit edildi. Kontrol grafisinde pnömotoraks saptanmış olmasına rağmen, vitalleri stabil olan hastaya tüp torakostomi düşünülmedi. Oksijen tedavisi ile takip edildi. Çekilen bilgisayarlı tomografide (BT) sol üst lobda 4x6 cm kitle, apikal bölgede minimal pnömotoraks ve maksimum çapı 10 mm olan plevral efüzyon saptandı (Şekil 2). PET CT'de sol ana bronş distalini obstrükte eden sol akciğerde total atelektaziye neden olan malignite ile uyumlu 3,5x4 cm kitle (SUDmax: 17,3) tespit edildi (Şekil3). FOB ile alınan örnekleme sonucu patoloji skuamöz hücreli akciğer karsinomu olarak tanımlandı. Ultrasonografi (USG) eşliğinde alınan plevral sıvıdan malignite tespit edilmedi. Bronkoskopi

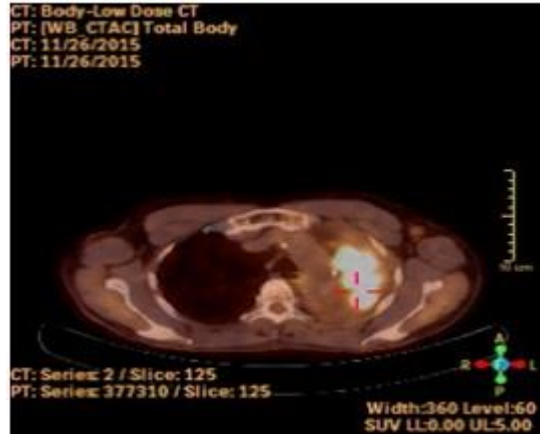
öncesi solunum fonksiyon testleri normal sınırdıydı (FEV1: 2,11lt %61).



Şekil 1. Preoperatif posterioranterior akciğer grafisinde sol hiler bölgede dansite artışı görülmektedir



Şekil 2. Fiberoptik bronkoskopi sonrası çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sol üst lobda 4x6 cm kitle, apikal bölgede minimal pnömotoraks ve maksimum çapı 10 mm olan plevral efüzyon

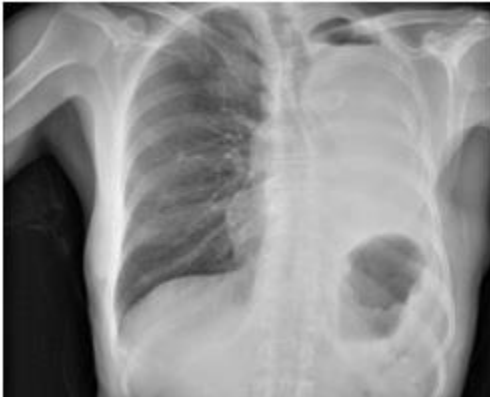


Şekil 3. PET CT'de sol ana bronş distalini obstrükte eden sol akciğerde total atelektaziye neden olan malignite ile uyumlu 3,5x4 cm kitle (SUDmax: 17,3) görülmektedir

Akciğer kanseri ve mediastinal lenfadenopati tanısı nedeniyle öncelikle mediastinoskopi ve lenf bezi (2L-4L-7) örneklendi. Preoperatif lenf nodu reaktif kalması üzerine torakotomi ile sol pnömonektomi yapıldı. Olgu, patolojik olarak T3N0M0 Evre IIB evrelendi. Postoperatif erken dönemde nefes darlığı ve saturasyonun %40 seviyesine kadar düşmesi nedeniyle entübe edildi. Kontrol anterior posterior (AP) akciğer grafisinde sağda pnömotoraks saptanması üzerine (Şekil4) acil tüp torakostomi uygulandı. AP grafi kan gazı ve solunumsal parametreler düzelmesi üzerine ekstübasyon yapıldı. Hasta postoperatif 1. gün sağ tüp torakostomi, postoperatif 2. gün ise sol tüp torakostomi sonlandırıldı. Postoperatif 6. günde taburcu edildi (Şekil5). Postoperatif kemoterapi alan hastanın 8 aydır devam eden takiplerinde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı.



Şekil 4. Sol pnömonektomi sonrası erken dönem anterior posterior akciğer grafisinde sağ pnömotoraks görülmektedir



Şekil 5. Olgunun taburculuk posterior anterior akciğer grafisi

TARTIŞMA

Pnömotoraks, serbest hava birikiminin parietal ve visseral plevral yapraklar arasında olmasıdır. Eski çağlardan beri bilinen pnömotoraks, ilk olarak 1724 yılında Boerhaave tarafından tanımlanmıştır. Ancak 1950 yılında tüp torakostomi rutin uygulamaya girmeye başlamıştır. Pnömotoraks; spontan, travmatik ve iyatrojenik olarak üç grupta değerlendirilebilir. Spontan pnömotoraks; primer veya sekonder olarak iki grupta incelenebilir. Travmatik pnömotoraks; künt göğüs travmaları veya kesici-delici alet yaralanmaları sonucu gelişir. Tanı veya tedavi amacıyla yapılan invazif işlemler sonucu ise iyatrojenik pnömotoraks oluşur. Sekonder pnömotoraks spontan veya travmaya bağlı görülse de, iyatrojenik pnömotoraks tanı ve tedavi amaçlı invazif girişimlerin artmasına bağlı olarak daha sık karşılaşılmaktadır. Toraksa bağlı invazif işlemler olan transtorasik iğne biyopsileri, torasentez, transbronşiyal akciğer biyopsileri, bronkoskopi, trakeostomi, santral venöz kateter yerleştirilmesi, peruktan subklavyanven yoluyla yerleştirilen kalp pilleri, potansiyel olarak iyatrojenik pnömotoraks nedenleri arasındadır¹. Sassoon ve arkadaşları 538 olguluk serilerinde, iyatrojenik pnömotorakslarda en çok rastlanılan sebebin transtorasik iğne aspirasyonu (%23,7) olduğunu, bunu sırasıyla subklavyan uygulamalar (%22,1), torasentez (%19,7), transbronşiyal biyopsiler (%10), plevra biyopsisi (%8,3) ve mekanik ventilasyonun (%7) takip ettiğini bildirmektedir². Olgumuzda santral kateter açılmamakla beraber torasentez sonrası pnömotoraks gelişmedi.

Pnömotoraks tedavisindeki amaç, plevral boşlukta biriken havayı boşaltmak ve tekrarlanmamasını sağlamaktır. Tedavi pnömotoraksın sınıfına, hava kaçağı ile pnömotoraksın primer veya sekonder olmasına göre düzenlenir³. Genellikle iyatrojenik pnömotoraksta tüp torakostomi uygulanır. Schoenenberger ve arkadaşları, iyatrojenik

pnömotoraksların konvansiyonel kapalı su altı drenajı ile tedavi edilmesinin güvenilir ve efektif bir tedavi olduğunu bildirmişlerdir⁴.

Pnömorektomi sonrası en sık komplikasyonlar pulmoner ve kardiyak kökenlidir. En sık görülen komplikasyon ise aritmilerdir⁵. İleri yaşı bulunan akciğer dışı nedenler ile neoadjuvan tedavi almış bulunla birlikte ek hastalıkları bulunan hastaların akciğer rezeksiyonları sonrası görülen komplikasyon oranları ortalamadan anlamlı oranda yüksek seyrederek⁶. Pnömorektomi sonrası kontralateral pnömotoraks gelişmesi nadir görülen bir durumdur ve ölümcül seyredebilir.

Olgumuzda hemoptizi ve nefes darlığı şikâyetlerinden dolayı çekilen CT'de aynı hemitoraksta kitle ve pnömotoraks olduğu saptanmıştır. Semptomlardan dolayı öncelikle kitleye yönelik operasyonlar planlandı. Postoperatif erken dönemde pnömotoraks oldukça ender bir durum olup; hava yolu basıncında artış, desatürasyon ve hipotansiyon ile bulgu verir.

Hastaya verilen lateral dekübit pozisyonu nedeniyle; oksültasyonun zorluğu tanı konulmasını zorlaştırabilir⁷. Pnömorektomi olgularında acil pnömotoraks tanısı konulmazsa kardiyak arrest ile sonuçlanabilir. Hastamızda öncelikli olarak hava yolu basıncında artış ve desatürasyon gelişmesi üzerine tüp torakostomi uygulanmış, ardından solunumsal parametreler olağan seyretmiştir. Tedavisinde standart bir yöntem bulunmamakla birlikte, öncelikle drenaj sağlanması önerilmektedir. Ayrıca plörodez ya da operasyon kararı hastanın genel durumuna göre verilmektedir. Hastamızda çekilen tomografide sağ akciğerde bleb veya bül görülmemesi, bununla birlikte iyatrojenik pnömotoraks olarak değerlendirilmesi sebebiyle cerrahi düşünülmedi ve takip kararı alındı.

SONUÇ

Postoperatif pnömorektomi sonrası hastalarda solunumsal depresyonu desatürasyon ve kollaps durumunda masif kanama, kardiyak herniasyon, pnömotoraks ve mediastinal kayma ayırıcı tanıları hızlıca yapılmalıdır. Tüp torakostomi solunumsal parametreler düzelmesinde genellikle yeterli olmaktadır. Aynı hemitoraksta bulunan kitle ve pnömotoraks olgularında öncelikle semptomlar göz önüne alınmalıdır. Pnömorektomi olgularında gelişen pnömotoraks cerrahi endikasyon bulunmaktadır. Fakat olgumuzda da olduğu gibi pnömorektomi vakalarında iyatrojenik pnömotoraksa sadece tüp torakostomi uygulanmalıdır.

TÜSAD 38. Ulusal Kongresi, Solunum 2016, Çeşme-İzmir, 15-19.10.2016

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma her hangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received.

KAYNAKLAR

1. Chen KY, Jerng JS, Liao WY, et al. Pneumothorax in the ICU: patient out comes and prognostic factors. Chest. 2002;122:678-83.
2. Sassoon CS, Light RW, O'Hara VS, Moritz TE. Iatrogenic pneumothorax: etiology and morbidity. Results of a department of veterans affairs cooperative study. Respiration. 1992;59:215-20.
3. Yim APC, Ng CSH. Thoracoscopy in the management of pneumothorax. Curr Opin Pulm Med. 2001;7:210-4.
4. Schoenenberger RA, Haefeli WE, Weis P. Evaluation of conventional chest tube therapy iatrogenic pneumothorax. Chest. 1993;104:1770-2.

5. Myrdal G, Gustafsson G, Lambe M, Hörte LG, Ståhle E. Out come after lung cancer surgery. Factors predicting Early mortality and majör morbidity. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2001;20:694-9.
6. Deslauriers J, Gregoire J, Jacques LF, Piraux M, Guojin L, Lacasse Y. Sleevelectomy versus pneumonectomy for lung cancer: A comparative analysis of survival and sitesorrecurrences. *Ann Thorac Surg*, 2004;77:1152-6.
7. Finlayson GN, Chiang AB, Brodsky JB, Cannon WB. Intra operative contralateral tension pneumothorax during pneumonectomy. *Anesth Analg*;2008;106:58-60.