

## Spontan hemopnömotoraksın tedavisi; İki olgu.

### TREATMENT OF THE SPONTANEOUS HEMOPNEUMOTHORAX; 2 Cases.

**Burhan Apilioğulları**  
**Hıdır Esme**

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya

**J Surg Arts, 2009;2(2):24-28.**

#### ABSTRACT

Spontaneous hemopneumothorax is a rare disorder, complicating 1-12% of patients with spontaneous pneumothorax. It can be can be life-threatening if not recognized and treated in time. We present two patients who presented to us with nontraumatic spontaneous hemopneumothorax. The clinical features of these patients and the results of conservative and surgical management were discussed briefly.

**Key words:** Spontaneous hemopneumothorax, tube thoracostomy, thoracotomy.

#### ÖZET

Spontan hemopnömotoraks, spontan pnömotorakslı olguların %1-12 sinde ortaya çıkan nadir görülen bir hastalıktır. Zamanında tanınmaz ve tedavi edilmezse hayatı tehdit edebilir. Travma hikayesi olmaksızın spontan hemopnömotoraks tanısı konulan iki hastayı sunuyoruz. Bu iki hastanın klinik özellikleri ile konservatif ve cerrahi tedavilerinin sonuçları kısaca tartışıldı.

**Anahtar kelimeler:** Spontan hemopnömotoraks, tüp torakostomi, torakotomi

#### GİRİŞ

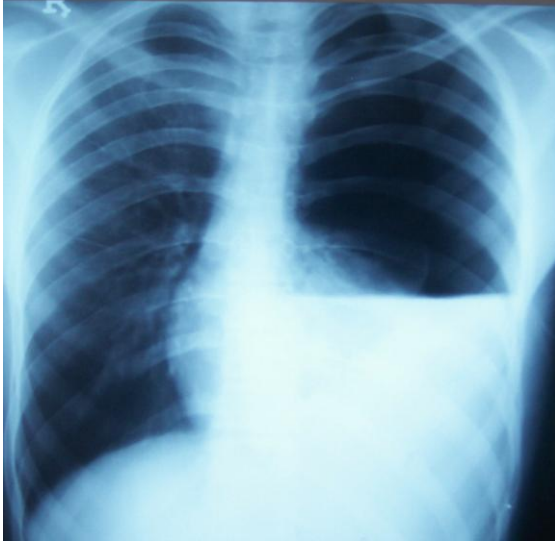
Hemotoraks, spontan pnömotoraksa nadiren eşlik eden bir hastalık olup, klinik tablo spontan hemopnömotoraks olarak adlandırılır. Spontan pnömotorakslı olgularının %1-12'de spontan hemopnömotoraks gözlenebilir (1-3). Genellikle viseral ve pariyetal plevra arasındaki yapışık alanlarında bulunan küçük damarların rüptürü sonucunda oluşur. En sık gözlene klinik belirtiler göğüs ağrısı, dispne, anemi ve bazende kanama miktarına bağlı olarak gelişen şok tablosudur (4). Genellikle tedavinin ilk aşamasında uygulanan tüp torakostomi ile akciğerin yeniden ekspansiyon olması sağlanır ve kanayan bölgeler tamponade edilir. Son zamanlarda konservatif tedaviye bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla VATS (Video-Assisted

Thoracic Surgery) veya torakotomi uygulaması tavsiye edilmektedir (5,6,7)).

#### Olgu 1

18 yaşında erkek hasta, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile göğüs hastalıkları kliniğine başvurdu. Anamnezinde hastada geçirilmiş bir akciğer hastalığı ve travma maruziyet yoktu. Yapılan klinik ve fizik incelemeler sonucunda laboratuvar değerlerinde PT, PTT ve INR değerleri normal sınırlarda hemoglobulin değeri 8,62 gr/dL, hematokrit değeri %25,4 idi. Hastanın bilinci açık, soluk görünümde idi, sol hemitoraksta solunum sesleri alınmıyor ve perküsyonla sol hemitoraks alt zonlarda matite üst zonda ise sonarite mevcuttu. Alınan posteroanterior (PA) akciğer grafisinde solda akciğeri total kolabe eden pnömotoraksa 4. interkostal aralığa kadar

eşlik eden hava sıvı seviyesi mevcuttu (Resim 1).



**Resim 1:** Sol akciğerde kollaps ve hava-sıvı (kan) seviyesi görülmektedir.

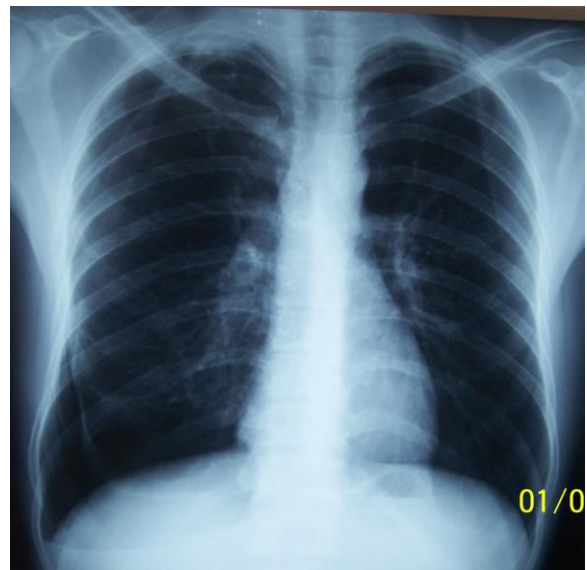
Spontan hemopnömotoraks tanısı ile hastaya lokal anestezi altında toraks tüpü yerleştirildi ve kapalı su altı drenajına alındı. 1000 ml hemorajik vasıflı mayi drenajı olan hastaya kan ve sıvı replasmanı yapıldı. Operasyon kararı alınan hastanın hemodinamisinin düzelmesi, drenajının kesilmesi ve akciğerlerin ekspansiyon olmasına üzerine operasyondan vazgeçildi. Ancak göğüs tüpü uygulamasının 4. gününde akciğerin tekrar çökmesi ve hemorajik vasıflı drenajın yeniden başlaması üzerine hastaya sol posterolateral torakotomi, eksplorasyon ve kanama kontrolü planlandı. Eksplorasyonda sol akciğerin apeksinde rüptüre olmuş büle rastlandı. Büle eksize edildi. Apeks bölgesindeki plevral alandaki damarların genişlemiş olduğu ve brid kopmasına bağlı kanadığı görüldü. Kanama kontrol altına alındı. Kanama ve hava kaçak kontrolünü takiben sol hemotoraksa iki adet göğüs dreni konarak torakotomi sonlandırıldı.

Operasyon sonucunda drenajı olmayan hastanın 1.günü bazal dreni, 3. günü apeks dreni alındı. Operasyondan 1 hafta sonra taburcu edilen hastanın 1.ve 2. aylarındaki kontrollerinde komplikasyon görülmedi.

## Olgu 2

26 yaşında erkek hasta, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Anamnezinde hastada geçirilmiş bir akciğer hastalığı, kanama diatezi ve travmaya maruziyet yoktu. Yapılan klinik ve fizik incelemeler sonucunda laboratuvar değerleri PT, PTT ve INR değerleri normal sınırlarda, hemoglobulin değeri 12,2 gr/dL, hematokrit değeri %34,8 idi. Hastanın bilinci açık, hemodinamisi stabil idi. Sağ hemitoraksta solunum sesleri alınmıyor ve perküsyonla alt zonlarda matite üst zonda ise sonarite mevcuttu.

Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde sağda akciğeri total kolabe eden pnömotoraksa 5. interkostal aralığa kadar eşlik eden hava sıvı seviyesi mevcuttu. Sağ spontan hemopnömotoraks tanısı ile lokal anestezi ile toraks tüpü yerleştirilip kapalı su altı drenajına alındı. 600 ml hemorajik vasıflı mayi drenajı olan hastanın drenajı tüp torakoskopi uygulamasının hemen arkasından kesildi. Drenajının kesilmesi ve akciğerlerin ekspansiyon olmasına üzerine operasyondan vazgeçildi. 3. gün dreni alınan hasta 1. haftanın sonunda taburcu edildi. Taburcu olduktan 20 gün sonra akciğerin tekrar çökmesi ve posteroanterior akciğer grafisinde hemopnömotoraks saptandı (Resim 2).



**Resim 2:** Kontrol grafisinde sağ taraf akciğerde kollaps ve hemopnömotoraks varlığı.

Hastaya sağ posterolateral torakotomi, eksplorasyon ve kanama kontrolü planlandı. Eksplorasyon sırasında sağ akciğer apeksinde rüptüre olmuş bir büle rastlandı. Büle eksize edildi. Apeks bölgesindeki plevral alandaki damarların belirgin olarak genişlemiş olduğu ve brid kopmasına bağlı kanadığı görüldü. Kanama kontrol altına alındı. Kanama ve hava kaçak kontrolünü takiben plevral alana iki adet göğüs dreni konarak torakotomi anatomik yapıya uygun olarak sonlandırıldı.

Operasyon sonucunda drenajı olmayan hastanın 1.günü bazal dreni, 4. günü apeks dreni alındı. Operasyondan 1 hafta sonra taburcu edilen hastanın 1. ve 2. aylarındaki kontrollerinde komplikasyon görülmedi.

## TARTIŞMA

Spontan hemopnömotoraks, yaş grubu olarak adölesanlarda ve erkeklerde daha çok gözlenen, yaşamı tehdit edici kanamalara neden olabilen, olguların plevral kaviterinde 400 ml'den daha fazla kan toplanması olarak tanımlanmıştır (8). 1876'da Whitaker tarafından tekrarlanan plevral aspirasyonlar ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir (9). Tedavide açık torakotomi ilk olarak Elrod ve Murphy tarafından 1948'de uygulanmıştır (10). Bizim olgularımız olan 2 hasta da erkek, genç yaş grubunda ve anamnezlerinde herhangi bir hastalık öyküsü yoktu. Spontan hemopnömotoraksın klinik semptomlarının başında göğüs ağrısı, dispne ve kan kaybına bağlı belirtiler sayılabilir (5,11). Bizim her 2 olgumuzda da ani başlayan batır tarzda göğüs ağrısı ve nefes darlığı semptomları mevcuttu. Hemopnömotoraks genellikle travma sonucu görülmesine rağmen spontan hemopnömotorakslıların anamnezinde travma hikayesi yoktur. Hemofili, konjenital kistik adenoid malformasyon, Ehlers-Danlos sendromu, sarkoidoz, Sistemik lupus eritematozis Marfan sendromu ve konjenital afibrinogenemia nadir gözlenen spontan hemopnömotoraks nedenlerindedir (12-14). Hsu ve ark. spontan hemopnömotoraks olgularındaki kanamalarda 3 mekanizmayı sorumlu tutmuşlardır (15). Bunlardan birincisi parietal ve visseral plevra arasında yapışıklığın yırtılması

sonucu oluşan kanama, ikincisi akciğer parankimi altında uzanan vasküler büllerin rüptürü sonucu olan kanama, üçüncüsü ise akciğer apeksinde ve kupulada bulunan büllerin içinde ve etrafındaki konjenital aberran damarların yırtılmasına bağlı oluşan kanamalardır (16). Bizim iki olgumuzda da kanama plevral boşlukta oluşan yapışıklıkların yırtılmasına bağlı gelişmiştir. Spontan hemopnömotoraksta akciğer kolabe olduğu için tamponlama yeteneğine sahip değildir. Oluşabilecek olan ufak bir kanama bile ciddi kan kayıplarına sebebiyet verebilir. Spontan hemopnömotoraksın erken tanı ve tedavisi stabilitesi bozulan hastanın pnömotoraks ve kan kaybına bağlı olarak durumunun daha da ağırlaşmasını engelliyecektir. Mortalite ve morbiditenin düşürülmesini sağlayacaktır. Bizim olgumuzun her ikisinde de kliniğe başvurduktan sonraki çok kısa bir süre içerisinde tanı kesinleştirilerek erken safhada tüp torakostomi uygulanmıştır. Olgu 1'de yakın takip sonucu kanaması kesilmeyen hasta torakotomiye alınmıştır. Olgu 2'de ise tüp torakostomi sonrası drenaj kesilen hastanın tüpü çekilerek taburcu edilmiş ancak ayaktan takibine devam edilen hastanın taburcu olduktan 20 gün sonra hemopnömotoraksın tekrarlaması üzerine yatırılarak torakotomi yapılmıştır. Her 2 olgumuzda da ilk önce konservatif tedavi denendi, erken safhada tüp torakostomi uygulandı. Takiplerinde hem spontan hemopnömotoraksın tekrarlaması, hem de drenaj miktarının saatte 100 ml'den fazla olması nedeni ile hastalara torakotomi uygulandı.

Spontan hemopnömotoraksta tanı, PA akciğer grafisinde pnömotoraks hattı ve bazalde seviye veren plevral mayinin varlığı ile konulur (15). Bizde olgularımızda ilk aşamada çekilen PA akciğer grafisinden (geniş bir pnömotoraks hattı ve seviye veren plevral mayi görünümü) yararlandık. Toraks BT ve torasentezde hemorajik vasıflı mayinin aspire edilmesi ile tanımızı kesinleştirdik.

Hayati bir durum olan hemopnömotoraksta erken safhada tüp torakostomi uygulanmalı, hastanın hemodinamisine göre hipovolemik şoka gidışı önlemek için sıvı replasmanı yapılmalı, torakotomiye

geçilebileceği göz önünde bulundurularak hastalar taburcu olsalar bile sık aralıklar ile takipleri yapılmalıdır (2,5). Bizim olgularımızda erken safhada konservatif tedavi tüp torakostomi yapılmış takipleri sonucunda hemopnömotoraksın tekrarlaması ve drenajın kesilmemesi üzerine hastalara torakotomi uygulanmıştır. Bu durum; tüp torakostominin yetersiz kalabileceğini ve tüp torakostomi uygulanan hastalarda bile haftalar sonra hemopnömotoraksın tekrarlayabileceğini, hastanın taburcu olduktan sonra da sık aralıklar ile takibinin yapılması açısından önemlidir.

Spontan hemopnömotoraksta hastaların tedavisinde ortak bir yol mevcut değildir. Erken cerrahi tedavi uygulamanın spontan hemopnömotoraksta morbiditeyi azalttığını ve torakotomiye kıyasla hastanede daha kısa süre ile kalınması, komplikasyonlarının az olması nedeni ile cerrahi tedavide VATS'ı da öneren yazarlar vardır (17). Bazı yayınlarda daha az invazif ve konservatif tedavi olarak tüp torakostomi önerilirken bazı yayınlarda ise komplikasyonları azalttığı ve daha iyi sonuç alındığı düşünülerek VATS ve torakotomi önerilmektedir (9,18). İki olgumuzda da tedavide ilk önce konservatif olarak toraks tüpü uygulanmış, takipte klinik durumun tekrarlaması drenajın kesilmemesi üzerine torakotomiye ihtiyaç duyulmuştur.

Sonuç olarak; solunum sıkıntısı, ani başlayan batır tarzda göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda spontan pnömotoraksa eşlik eden hemotoraksın olabileceği de düşünülmelidir. Spontan hemopnömotoraks olgularında ilk olarak konservatif tedavi kapalı tüp torakostomi yeterli olmayabilir. Tüp torakostomi uygulanan vakalar gözlem altında tutulmalı ve torakotomi gerekebileceği unutulmamalı. Erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımıyla tam iyileşme görülebilir.

## KAYNAKLAR

**1.** Hacıbrahimoglu G, Cansever L, Kocaturk CI, Aydogmus U, Bedirhan MA. Spontaneous Hemopneumothorax: Is conservative treatment enough? Thorac Cardiovasc Surg 2005;53:240-242.

**2.** Abyholm FE, Storen G. Spontaneous hemopneumothorax. Thorax 1973;28:376-378.

**3.** Tatebe S, Kanazawa H, Yamazaki Y ve ark. Spontaneous hemopneumothorax. Ann Thorac Surg 1996;62:1011-1015.

**4.** Hsu CC, Wu YL, Lin HJ, Lin MP, Guo HR. Indicators of haemothorax in patients with spontaneous pneumothorax. Emerg Med J. 2005;22:415-417.

**5.** Deslauriers J, Leblanc P, McClish A. Bullous and bleb diseases of the lung, 3. Baskı, Thomas W. Shields, Philadelphia: 1989, s:745.

**6.** Deaton WR, Johnston FR. Spontaneous hemopneumothorax. J Thorac Cardiovasc Surg 1962;43:413-415.

**7.** Tatebe S, Kanazawa H, Yamazaki Y ve ark. Spontaneous hemopneumothorax. Ann Thorac Surg 1996;62:1011-1015.

**8.** Ohmori K, Ohata M, Narata M, Lida M, Nakaoka Y, Irako M. 28 cases of spontaneous hemopneumothorax. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 1988;36:1059-1064.

**9.** Wu YC, Lu MS, Yeh CH, ve ark. Justifying video-assisted thoracic surgery for spontaneous hemopneumothorax. Chest 2002;122:1844-1847.

**10.** Elrod PD, Murphy JD Spontaneous hemopneumothorax treated by decortication. J Thorac Surg 1948;17:401.

**11.** Isitmangil T, Balkanlı K. Pnömotoraks ve Cerrahi Tedavisi. Göğüs Cerrahisi In: Yüksel M, Kalaycı NG. (Ed.) İzmir Tıp Kitapevi, İstanbul, 2001, s:427.

**12.** Lee SC, Cheng YL, Yu CP. Hemopneumothorax from congenital cystic adenomatoid malformation in a cryptorchidism patient. Eur Respir J 2000;15:430-432.

**13.** Passero FC, Myers AR. Hemopneumothorax in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 1980;7:183-186.

**14.** Kanno R, Suzuki H, Fujiu K ve ark. Hemopneumothorax associated with Marfan's syndrome and congenital afibrinogenemia. Ann Thorac Surg 2003;75: 1304-1306.

**15.** Hsu CC, Wu YL, Lin HJ, LIN MP, Guo HR. Indicators of haemothorax in patients with spontaneous pneumothorax. Emerg Med J. 2005;22:415-417.

**16.** Hsu NY, Shih CS, Hsu CP, Chen PR. Spontaneous hemopneumothorax revisi-

ted: clinical approach and systemic review of the literature. Ann Thorac Surg 2005; 80:1859-1863.

**17.** Calvin SH Ng; Anthony PC Yim. Spontaneous Hemopneumothorax. Current Opinion in Pulmonary Medicine. 2006

**18.** De Perrot M, Deleaval J, Robert J, Spiliopoulos A. Spontaneous hemopneumothorax results of conservative treatment. Swiss Surg 2000;6:62-64.

---

## İletişim:

Doç.Dr. Hıdır Esmе  
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği,  
Meram/Konya, Türkiye

E-mail: [hesme@aku.edu.tr](mailto:hesme@aku.edu.tr)