

Gebelikte nadir görülen ve başarılı yönetilen spontan pnömotoraks: olgu sunumu*

Fatma Yazıcı Yılmaz¹, Nefise Nazlı Yenigül², Pınar Yalçın Bahat³¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul orcid.org/ 0000-0002-4774-0239²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şanlıurfa orcid.org/ 0000-0003-3365-8899³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul orcid.org/ 0000-0003-2558-1924

Öz

Spontan pnömotoraks gebelikte çok nadir görülen, hayatı tehdit eden bir klinik durumdur. Erken tanı, tedavisi, gebelik takibi, doğum zamanlaması ve şekli maternal ve fetal sonuçlar için önem arz etmektedir. 26 yaşında gravida 2 para 1 olan hasta 12. gebelik haftasında hastanemize akut göğüs ağrısı ve dispne ile başvurmuştur. Çekilen akciğer grafisinde ve Toraks MR' da sol akciğerde akut pnömotoraks ile uyumlu görünüm izlenmiştir. Hastanın anamnezinde sigara içme ve bir önceki gebeliğinde de doğum esnasında gerçekleşen spontan pnömotoraks öyküsü mevcuttur. Hastaya tüp torakostomi uygulanmıştır. Hastaya spinal anestezi altında sezaryen ile doğum gerçekleştirilmiştir. Hasta postoperatif 6. gününde sorunsuz taburcu edilmiştir. Spontan pnömotoraks gebelikte çok nadir görülmesine rağmen, özellikle tekrarlama riskinin yüksek olduğu geçirilmiş spontan pnömotoraks öyküsü olan olgularda, şiddetli dispne ve göğüs ağrısı şikayeti olan gebelerde spontan pnömotoraks akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, pnömotoraks, tanı ve tedavi yönetimi

Abstract

Spontaneous pneumothorax is a life-threatening pathology which occurs rarely during pregnancy. Diagnosis, treatment, follow-up of pregnancy and also the timing and mode of delivery are all problems and important for maternal-fetal outcomes. A 26-years-old gravida 2, para 1 woman presented at 12th gestational week to our hospital with the complaints of chest pain and dyspnea. The patient had a history of spontaneous pneumothorax occurred in a previous pregnancy during delivery. Chest X-ray and Torax MR has revealed the presence of acute pneumothorax of the left lung. A tube thoracostomy was then performed. Cesarean section was performed under spinal anesthesia. The patient was discharged from the hospital postoperative 6th day without complication or recurrence. Despite spontaneous pneumothorax to be very rare in pregnancy, especially where there is high risk of recurrence in patients with spontaneous pneumothorax previous history, a spontaneous pneumothorax must be considered in pregnant women who present with complaints of chest pain and dyspnea.

Key words: Pregnancy, pneumothorax, management

Genel Tıp Derg 2019;29(3):154-156

Alınan: 28.07.2018 / 26.12.2018 / Yayınlanma: 01.10.2019

Yazışma adresi: Fatma Yazıcı Yılmaz, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

E-posta: fatmayazc@gmail.com

Giriş

Spontan pnömotoraks gebelikte çok nadir rastlanan tanı ve tedavisinin hızlı, doğru planlanması maternal ve fetal sonuçlar açısından oldukça önemli klinik bir durumdur (1). Gebelikte spontan pnömotoraks tanısı, tedavisi, gebelik takibi, doğum zamanının ve şeklinin planlanması hastalıkla beraber karşımıza çıkan problemlerdir.

Gebelikteki spontan pnömotoraksın en sık sebebi, subplevral bül veya bleblerin rüptürüdür (2). Pnömotorakslarda en sık karşılaşılan semptom göğüs ağrısı ve eşlik eden dispnedir. Fiziksel muayenede takipne, taşikardi, siyanoz veya ipsilateral solunum seslerinde azalma gözlemlenebilir

mektedir (1).

Ayakta çekilmiş posteroanterior akciğer grafisi tanı koydurur. Toraks tomografi küçük pnömotoraksların varlığını ortaya koymada ve boyutunu değerlendirmede altın standart olarak kabul edilebilir. Gebelikteki pnömotoraks yönetimi gebe olmayan olgular ile benzerdir. İlk tedavi seçenekleri hastanın kliniği göz önüne alınarak gözlem, aspirasyon veya tüp torakostomi olabilmektedir (3).

Biz bu makalemizde 12. gebelik haftasında spontan pnömotoraks gelişen başarıyla tanı ve tedavisi yapılan bir olguyu tartışmayı amaçladık.

Olgu

26 yaşında gravida 2 para 1 olan hasta 12. gebelik haftasında hastanemiz acil servisine aniden başlayan göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı ile başvurmuştur. Hastanın tansiyon arteriel 100/60 mmHg, nabız 100/dk, solunum sayısı 16/dk idi. Muayenede sol akciğerde solunum seslerinin azaldığı tespit edildi. Hastanın obstetrik muayenesinde uterin kavite içerisinde CRL 12 hafta ile uyumlu fetal kardiyak aktivite pozitif fetus izlenmiştir. Hastanın başvuru anında ateş, astım, hiperemesis gravidarum semptomları, ilaç kullanım öyküsü ve anlamlı aile öyküsünde mevcut değildi. Hastanın anamnezinde 8 paket yıl sigara içme ve bir önceki gebeliğinde de doğum esnasında gerçekleşen spontan pnömotoraks öyküsü mevcuttu. Gebeliğinde de devam eden yarım paket/gün sigara içim öyküsü mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde ve Toraks MR' da sol akciğerin büyük bir bölümünü (>2 cm) kaplayan akut pnömotoraks ile uyumlu görünüm izlenmiştir (Resim 1). Hastaya tedavi olarak göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi işlemi uygulanmıştır. Hasta ve yakınları işlem ve rekürrens konusunda bilgilendirilmiş, onamları alınmıştır. Olguda işlem sonrasında klinik ve radyolojik olarak iyileşme gözlenmiş olup, gebelik boyunca rekürrens olmamıştır. Hasta gebeliği boyunca göğüs cerrahisi ve kadın doğum kliniğimiz tarafından ortak yakın takibi yapılmıştır. 38. gebelik haftasında fetal distres ön tanısı ile spinal anestezi altında sezaryen doğum ile 3110 gr canlı bir erkek bebek doğurtulmuştur. Hastanın postoperatif takiplerinde, günlük vitalleri ve kan gazı değerleri takip edilmiştir. Stabil seyreden hasta postoperatif 6. gününde sorunsuz taburcu edilmiştir.

Tartışma

Spontan pnömotoraks sıklıkla genç erkeklerde ortaya çıkar, kadınlarda özellikle gebelikte çok nadir karşılaşılan bir durumdur (2). Gebelikte pnömotoraks için olası risk faktörleri doğum eylemi sırasındaki valsalva manevralarının bleb rüptür riskini artırması, gebelikte artmış ventilasyon olarak sayılabilir (2,4). Altta yatan respiratuar enfeksiyon, bronşiyal astma, hiperemesis gravidarum, geçirilmiş pnömotoraks öyküsü, kokain ve benzer madde kullanımları, iatrojenik sebepler ve endotrakeal entübasyon diğer risk faktörleri olarak sayılabilir (3). Bizim olgumuzda, diğer doğumunda da ortaya çıkan spontan pnömotoraks öyküsü ve sigara kullanımını mevcuttu. Hastanın anamnez-

de spontan pnömotoraks söylemesi erken tanımızı kolaylaştırmıştır.

Tanıda akciğer grafisi sık kullanılan yöntemdir. klinik şüphe varlığında, ileri tetkik amacıyla, ayrıca amfizem varlığını, göğüs tüpü yerleşimini veya ek akciğer patolojisini göstermede toraks BT kullanışlı bir yöntemdir (5). Vakamızda hastanın erken gebelik haftasında olması ve gebelikte manyetik rezonans (MR) görüntülemenin daha güvenli olması sebebi ile biz tanı yöntemi olarak akciğer grafisi ve toraks MR kullandık.

Gebelikteki spontan pnömotoraks tedavi yönetimi gebe olmayan olgular ile benzerdir. İlk tedavi seçenekleri gözlem, aspirasyon veya tüp torakostomi olabilmektedir. Gang ve ark. (3) ilk tedavi yaklaşımı olarak %29.6 gözlem, %66.6 tüp torakostomi ve sadece %3.8 oranında torakotomi uygulandığını rapor etmişlerdir. Fakat bazı yazarlar tarafından VATS (video-assisted thoracoscopic surgery) gibi cerrahi yöntemlerin ilk tedavi yaklaşımı olabileceği çünkü ilk basamak düşünülen tedavilerde rekürrens riskinin daha fazla olduğu düşünülmektedir (2, 6). Nvwaejike ve ark. literatür taramalarında 46 tane gebelikte spontan pnömotoraks olan vakayı incelemişlerdir. İncelenen olguların %36'sında altta yatan akciğer hastalığı olmadığı gözlenmiştir. Tedavi seçeneği olarak hastaların %34'üne torakotomi, %29'una göğüs tüp drenajı, %21'ne VATS uygulanmıştır. Hastaların %9'unda gözlem sonucu resolusyon gözlenmiştir. Olguların %57'si spontan vaginal doğum, %18'i sezaryen ile doğum yapmıştır (6). Nwaejike ve ark. cerrahi tedavi uygulanacak ise tüp drenajı, genel anestezi gerektirmemesi ve cerrahi komplikasyonları olmaması sebebi ile VATS ve torakotomiye göre avantajlı görmektedir. Fakat VATS ve torakotomi rekürrensi olmaması ve kesin tedavi olması sebebi ile tercih nedeni olabileceğinden bahsetmektedirler (6). Tüp torakostomi gebelikte tespit edilen spontan pnömotoraks olgularında en sık kullanılan tedavi modalitesidir (2, 3). Gebelikte spontan pnömotoraks olgularında rekürrens oranı doğum sırasında %30-40 olarak bildirilmiştir (7). Bizim olgumuzda da ilk tedavi seçeneği olarak tüp torakostomi uygulanmıştır. Tedavi başarı ile sonuçlanmıştır. Antepartum ve postpartum dönemde rekürrens gözlenmemiştir.

Bu vakalarda hasta tedavi seçenekleri konusunda tam olarak bilgilendirilmeli tekrarlama risklerinden bahsedilmeli, rekürrens gözlenmesi durumunda kesin tedavi

olarak cerrahi düşünülmalıdır (2). Gebelikte spontan pnömotoraksta cerrahi tedavi endikasyonları gebe olmayan olgulardakiler ile farklı olmayıp, persistent ve multiple rekürren pnömotoraklarda tercih edilmektedir (8). Torakotomi veya VATS ilgili tedavide obstetrik kötü sonuçlara ve mortalite artışına sebep olmadan başarılı sonuçlar rapor edilmiştir (8).

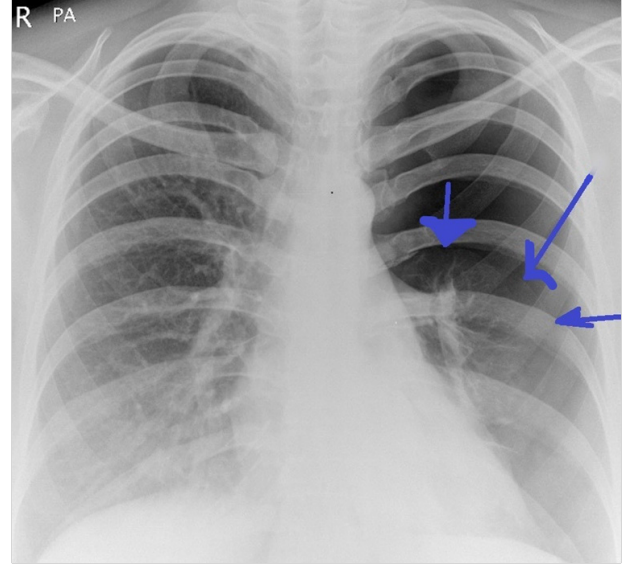
Pnömotoraks hikayesi olan hastalar gebelik düşünürken gebelikte, doğum sırasında, doğumdan veya sezaryenden hemen sonra rekürrens riskinin olduğunun farkında olmalıdır (4).

Spontan pnömotoraks term gebelikte tespit edilmiş ise doğumun ikinci evresini forceps gibi kısaltacak yaklaşımlar ile vajinal doğum düşünülebilir. Epidural anestezi ile vajinal doğum sırasında ağrıyı azaltarak pnömotoraks tekrarlama riskinde azalma sağlanabilir (8). Bu olgularda vajinal doğum kontraendike değildir ve kesin sezaryen endikasyonu yoktur. Fakat, sezaryen planlanmış ise tansiyon pnömotoraksı önlemek amaçlı genel anestezi yerine spinal anestezi tercih edilebilmektedir (5, 4).

Çok nadir olarak gebelikte spontan pnömotoraks olgularında maternal ve fetal ölüm de rapor edilmiştir. Fakat, erken tanı, uygun tedavi yaklaşımları ve gebelikte multidisipliner takip ile maternal ve fetal prognoz sıklıkla çok iyidir (2, 9).

Spontan pnömotoraks gebelikte çok nadir olmakla beraber, tedavi yaklaşımları gebe olmayanlar ile aynıdır. Birçok olgu cerrahiye gerek duyulmadan ilk basamak tedavi yaklaşımından fayda görmektedir. Fakat hastalar tedavi ve sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, cerrahi dışı tedavilerde rekürrens riski söylenmelidir. Özellikle olgumuzda olduğu gibi geçirilmiş pnömotoraks öyküsü mevcutsa rekürrens akılda tutulmalı ve mutlaka prekonsepsiyonel danışmanlık verilmelidir.

Resim 1: Akciğer grafisinde sol akciğerde pnömotoraks ile uyumlu görüntü.



Kaynaklar

1. Tanase Y, Yamada T, Kawaryu Y, Yoshida M, Kawai S. A case of spontaneous pneumothorax during pregnancy and review of the literature. *Kobe J Med Sci* 2007;53:251-5.
2. Madan K, Singh N, Jain V, Aggarwal AN. Spontaneous pneumothorax following caesarean section under spinal anaesthesia. *BMJ Case Rep* 2013;12:2013.
3. Garg R, Sanjay, Das V, et al. Spontaneous pneumothorax: an unusual complication of pregnancy—a case report and review of literature. *Ann Thorac Med* 2008;3:104-5.
4. Lal A, Anderson G, Cowen M, Lindow S, Arnold AG. Pneumothorax and pregnancy. *Chest* 2007;132:1044-8.
5. Mohammadi A, Ghasemi Rad M, Afrasiabi K. Spontaneous pneumothorax in pregnancy: a case report. *Tuberk Toraks* 2011;59:396-8.
6. Nwaejike N, Aldam P, Pulimood T et al. A case of recurrent spontaneous pneumothorax during pregnancy treated with video assisted thoracoscopy surgery. *BMJ Case Rep* 2012;13:2012.
7. Jain P, Goswami K. Recurrent spontaneous pneumothorax during pregnancy: a case report. *J Med Case Reports* 2009; 3: 81.
8. Wong MK, Leung WC, Wang JK et al. Recurrent pneumothorax in pregnancy: what should we do after placing an intercostal drain. *Hong Kong Med J* 2006;12:375-80.
9. Terndrup TE, Bosco SF, McLean ER. Spontaneous pneumothorax complicating pregnancy—case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1989;7:245-8.