



Olgu sunumu/ Case report

Spontan Pnömoheotoraks Gelişen Hastada Anestezi Uygulaması: Olgu Sunumu

Recai KAYA¹, Mevlüt DOĞUKAN¹, Atilla TUTAK¹, Mehmet DURAN¹

¹ Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı.

ÖZ

Spontan pnömoheotoraks nadir gözlenen bir durum olup müdahalede geç kalındığında hayatı tehdit edebilecek ciddi bir problemdir. Bu hastalarda ciddi kanama varlığında anestezi yönetimi önem kazanmaktadır. Anestezi uygulamasında dikkatli indüksiyon, efektif kan ve sıvı replasmanı anestezinin başarısı açısından son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Spontan pnömotoraks, hemotoraks, genel anestezi, torakotomi.

Yazışmadan Sorumlu Yazar

Recai KAYA

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı.
Tel : +90 05055272120

Email: drrecai@hotmail.com

Geliş Tarihi: 07.12.2017

Kabul Tarihi: 19.12.2017

Anesthesia Application in with Patient Spontaneous Pneumo Hemothorax:**A case report.****SUMMARY**

Spontaneous pneumohemothorax is a rare condition and a serious threat to life when it is late to intervention. Anesthesia management is important in the presence of severe bleeding in these patients. For anesthesia management careful induction, effective blood and fluid replacement are very important for the success of anesthesia.

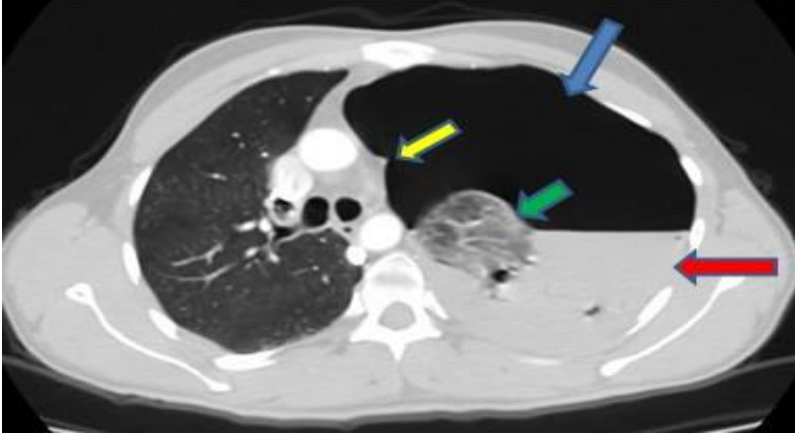
Key words: Spontaneous pneumothorax, haemothorax, general anesthesia, thoracotomy,

GİRİŞ

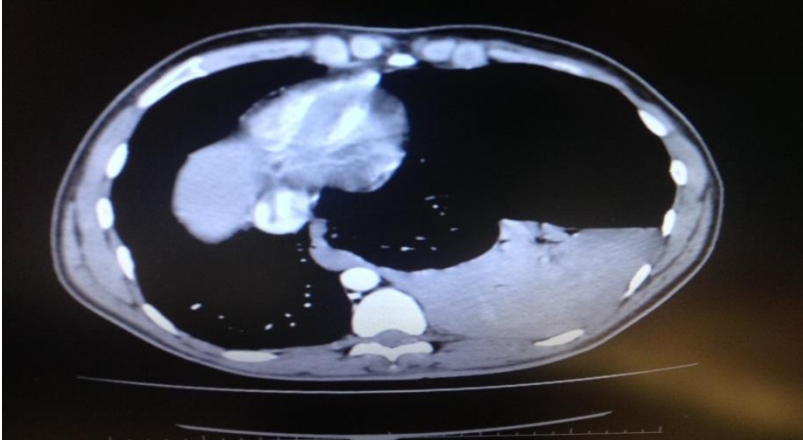
Pnömotoraks intraplevral aralıkta hava bulunmasını ifade eden ve çok nadir gözlenen bir durumdur. Spontan ya da travmatik olarak oluşabilir (1). Spontan pnömoheomotoraks herhangi bir travma olmamasına rağmen intraplevral aralıkta hava ve kan bulunmasıdır. Spontan pnömoheomotoraks, tüm spontan pnömotoraks olgularının %1-12'sini oluşturur (2). Sıklıkla pariyetal ve visseral plevra arasındaki yapışık alanlarda bulunan damarsal yapıların yırtılması sonucunda meydana gelir (3). Travmatik pnömoheomotoraksın aksine çok daha nadir görülen bir klinik tablodur (4). Ancak potansiyel olarak acil bir durum olarak kabul edilmektedir. Pozitif klinik açısından erken teşhis tedavi çok önemlidir. (2).

OLGU

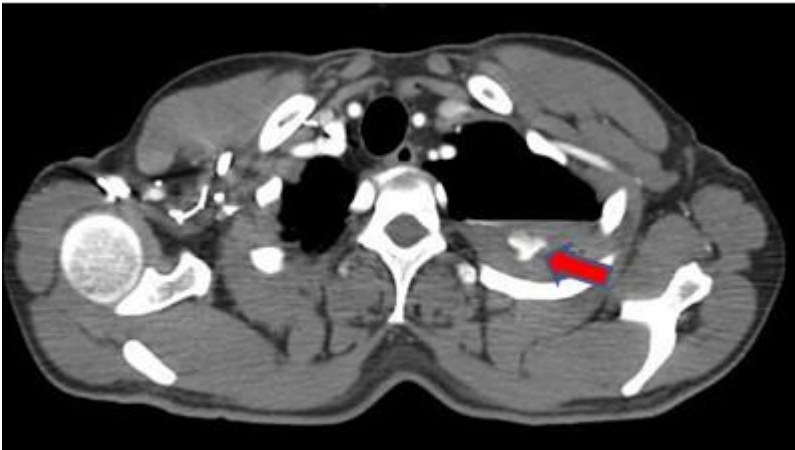
Olgumuz hastanemiz acil servisine göğüs ağrısı ve nefes darlığının şikâyeti ile getirilen 28 yaşında erkek hastadır. Hastanın öz geçmişinde bilinen önemli bir hastalığı ve sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı, günde ortalama bir paket sigara içtiği bildirildi. Yılda birkaç kez sol göğüse vuran geçici ağrı şikâyeti olduğu, en son şikâyetinde evde aniden başlayan şiddetli göğüs ağrısı ve nefes darlığının gelişmesi nedeniyle 112 aranarak yardım istedikleri belirtilmiştir. Hasta acil servise geldiğinde bilinç konfüze, oryantasyon ve kooperasyon zayıf olarak değerlendirildi. Hastanın acil serviste yapılan akciğer grafisi ve BT incelemesinde solda pnömotoraks ile birlikte hemotoraks, sol akciğer kollob ve kontrastlı BT de aktif kanama tespit edildi (**Şekil 1, 2 ve 3**). Mediasten ve kalbin sağa doğru şift yaptığı görülmesi üzerine acil olarak ameliyata alınmasına karar verilmiştir.



Şekil 1: BT'de;mavi ok: pnömotoraks, kırmızı ok:hemotoraks, yeşil ok: kollobe sol akciğer ve sarı ok: sağa doğru şift görülmektedir.



Şekil 2: BT kemik pencerede pnömohemotoraks.



Şekil 3: Kontrastlı BT'de aktif kanama.

Hasta ameliyathaneye getirildiğinde genel durumunun kötü, kooperasyon tam olarak kurulamadığı belirlendi. Noninvaziv kan basıncı: 56/25 SpO₂: 92 (maske ile O₂ verilirken), nabız: 120/dk olarak tespit edildi. Hastanın 18 G periferel venöz yolu vardı. Hastanın anestezi indüksiyonu; 2 mg midazolam, 150 mg ketamin, 50 mg rokuronyum iv. olarak yapılarak sağlandı ve 37F çift lümenli sol endobronşial tüp ile entübe edildi. Anestezi idamesi % 50 O₂, % 50 hava ve Sevoflurane ile sağlandı. Hasta uyutulduktan sonra sağ internal juguler venden 7F santral venöz kateter yerleştirildi. Daha sonra sol torakotomi işlemi uygulandı. Cerrahi sırasında hastanın sol üst akciğer lobundaki bir büllöz yapının perfore olması sonucu pnömotoraks geliştiği gözlemlendi ve cerrahi olarak müdahale edildi. Ancak kanamanın kontrol altına alınamadığı gözlemlendi. Daha sonra pnömotoraksa bağlı gelişen şift nedeniyle sol subclavian arterden çıkan küçük bir dalın rüptüre olduğu ve kanama odağının burası olduğu belirlendi. Gerekli cerrahi müdahale yapılarak kanama kontrol altına alındı. Cerrahi müdahale süresince 40 mg efedrin uygulanmasına ihtiyaç duyuldu. Hastaya ameliyatta üç ünite eritrosit süspansiyonu, bir ünite taze donmuş plazma, 1500 ml serum fizyolojik ve 500 ml HES solüsyonu verildi. Cerrahi uygulama sonunda hastanın tansiyonu ve nabızı normal seviyeye geldiği tespit edildi. Cerrahi bittikten sonra hasta ekstübe edilerek reanimasyon yoğun bakım ünitesine alındı. Burada bir gün süreyle izlenen hasta sonra genel durumunun iyi olması üzerine göğüs cerrahi servisine devredildi.

TARTIŞMA

Pnömotoraks genellikle travmatik ya da iatrojenik olmakla beraber spontan olarak da gelişebilir. Yoğun bakımda sıklıkla mekanik ventilasyona bağlı barotravma nedeniyle veya bazı invaziv girişimlere (santral venöz kateterizasyon, torasentez, cerrahi gibi) bağlı olarak gözlenebilir (5). Spontan pnömoheomotoraks ise daha nadir gözlenen bir durum olup; ciddi hipotansiyon, taşikardi, SpO₂'de düşme ve bilinç durumunda hızla bozulma ile seyredabilen,

erken müdahale edilmezse hayatı tehdit eden acil bir durumdur. Spontan pnömoheotoraksta en sık görülen klinik belirtiler; göğüs ağrısı, dispne ve kan kaybına bağlı belirtilerdir (3). Sıklıkla etkilenme yaşı 17-44 yaş arası olup, genç ve zayıf erkekler kadınlara göre 4 kat daha fazla etkilenmektedir (2).

Primer spontan pnömotoraks (PSP) altta yatan herhangi bir hastalık ya da travma olmaksızın gelişen bir klinik durumdur. Aynı zamanda nadir bir durum olmakla birlikte spontan hemotoraksın da (SH) en yaygın nedeni PSP'dır ve plevral adezyonların kopması, konjenital aberran bir damarın yırtılması, iyi vaskülarize bir bülün perforasyonu sonucu olabilir (3, 6). Ciddi hipovolemi (sistolik basınç < 90 mm hg) hastaların % 30-46 kadarında gözlenir (6). Diğer nadir nedenler; hemofili, konjenital kistik adenoid malformasyon, Ehlers Danlos Sendromu, Sarkoidoz, Sistemik Lupus Eritamatozis, Marfan Sendromu, Konjenital Afibrinogenemia, malignensi, koagülopati olarak sayılabilir (1, 3). Spontan pnömoheotoraksta akciğer kollabe olduğu için tamponlama olmayacağından küçük bir kanama bile ciddi kan kayıplarına sebebiyet verebilir (3).

Tanıda; oturur pozisyonda ya da ayakta çekilen PA akciğer grafisinde pnömotoraks hattı ve bazalde hava sıvı seviyesi görülmesi pnömoheotoraks için ilk işaret olabilir. Supin pozisyonda çekilen grafide bu çizgi gözlenmeyebilir. Ancak massif effüzyonla hemotoraks karıştırılmamalıdır (4). Yeni yayınlanan birçok çalışmada CT'nin düz grafiden üstün olduğunu göstermektedir. CT ile düz grafide olabilecek birçok yanlış yorumlamanın önüne geçilebilir. Ancak yine de hastaların fizik muayeneleri ve klinik bozukluk geliştiğinde tekrar muayeneleri ihmal edilmemelidir (7).

Tedavide öncelikle tüp torakostomi uygulanmalı, kan kaybına bağlı hipovolemik şoka gidişi önlemek için uygun sıvı desteği sağlanmalı ve cerrahi müdahale gereksinimi doğabileceği düşüncesiyle mutlaka yakın takibe alınmalıdır (3). Göğüs tüpü yerleştirildikten

sonra kanama 24 saat içinde durursa konservatif tedavinin yeterli olabilir (6). Tüp torakostominin yeterli olmadığı durumlarda torakotomi veya VATS gerekebilir (3).

Hastaya torakotomi ya da VATS ile müdahale gerekiyorsa iyi çalışan bir periferik venöz damar yolu ve santral venöz kateter yerleştirilmelidir. Çünkü abondan kanama durumlarında hızlı sıvı ve kan replasmanı gerekebilir. Ayrıca mümkünse invaziv arteriyel yöntemle kan basıncı takibi yapılmalıdır. Anestezi indüksiyonunda hipotansif ajanlardan kaçınılması ve anestezi idamesinde inotropik ajan desteğinin gerekebileceği unutulmamalıdır.

SONUÇ

Pnömotoraks iatrojenik olarak daha sık olmakla beraber nadiren spontan olarak ta gözlenebilen bir durumdur. Çok nadiren pnömotoraksa hemotoraks da eklenebilir ve hızlı müdahale edilmezse hayatı tehdit edebilir. Ameliyathanede anestezi yönetimi için olabildiğince iyi bir ön hazırlık yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Arshad H, Young M, Adurty R, Singh AC. Acute Pneumothorax. *Crit Care Nurs Q.* 2016; 39(2), 176–189.
2. Aljehani Y, Makhdom F, Albuainain H, El-Ghoniemy Y. Primary Spontaneous Haemopneumothorax: An Overlooked Emergency. *The Indian Journal of Chest Diseases and Allied Sciences.* 2014;56:113-115.
3. Çobanoğlu U, Sayır F, Sertoğullarından B, Mergan D, Aydın İ. Spontaneous Hemopneumothorax: Analysis of 8 Cases. *J Clin Anal Med.* 2012;3(1):59-2.
4. Baas P, Stam J. Spontaneous haemopneumothorax: a rare clinical entity. *Eur Respir J* 1991;4(8): 1027-8.
5. De Lassence A, Timsit JA, Tafflet M, Azoulay E, Jamali S, Vincent F, Cohen Y, Garrouste-Orgeas M, Alberti C, Dreyfuss D. Pneumothorax in the Intensive Care Unit: Incidence, Risk Factors, and Outcome. *Anesthesiology.* 2006; 104:5–13.
6. Chiang HH, Lee JY, Chou SH, Wang JY, Chang YT. Simultaneous occurrence of ipsilateral primary spontaneous hemopneumothorax and contralateral pneumothorax in an adolescent. *J Pediatr Surg.* 2009; 44, 1821–1823.
7. Abdulrahman Y, Maul K. Hemothorax, Pneumothorax, Both or Neither?. *J Am Coll Surg.* 2009; 209(2):285.