

Eşzamanlı Bilateral Spontan Pnömotoraks

Fatma Şimşek¹, Murat Akçıl¹, Ozan Balkanay², Ahmet Demirkaya¹, Kamil Kaynak¹

¹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Pnömotoraks kısaca plevral boşluğa hava girmesi olarak tanımlanabilir. Normalde visceral ve paryetal plevra yaprakları arasında 5-10 ml sıvı bulunur, ancak hava bulunmaz. Pnömotoraks en sık karşılaşılan göğüs cerrahisi acillerinden birisidir. Spontan pnömotoraks genellikle zayıf uzun boylu genç erkeklerde gözlenen ve acil müdahale gerektiren bir hastalıktır. Primer ve sekonder olarak iki gruba ayrılır. Nadiren bilateral görülür. Tedavisi gözlemlenmeden acil cerrahi müdahaleye kadar değişebilmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle kliniğimize acil cerrahi polikliniğinden yatırılan 21 yaşında bilateral eşzamanlı spontan pnömotoraksı olan erkek hastayı literatür eşliğinde değerlendirdik.

Anahtar kelimeler: Pnömotoraks, plevra, tüp torakostomi

Cerrahpaşa Tıp Derg 2008; 39: 37-40

Simultaneous bilateral spontaneous pneumothoraces

Abstract

Pneumothorax can be briefly described as the entrance of air into the pleural cavity. Under normal conditions, there is 5-10 ml liquid material, but no air between the visceral and parietal pleura. Pneumothorax is one of the most frequent thoracic surgery emergencies. Spontaneous pneumothorax usually occurs in slim and tall young male persons and has to be operated urgently. It is divided into two groups: primary and secondary. It is rarely seen bilaterally. Its treatment varies from urgent surgical operation to mere inspection. As it is a rarely seen phenomenon, we have discussed a 21 years old male patient with bilaterally concomitant spontaneous pneumothorax in the light of related literature.

Key words: Pneumothorax, pleura, tube thoracostomy

Cerrahpaşa J Med 2008; 39: 37-40

Pnömotoraks kısaca plevral boşluğa hava girmesi olarak tanımlanabilir. Normalde visceral ve paryetal plevra yaprakları arasında 5-10 ml sıvı bulunur, ancak hava bulunmaz. Pnömotoraks en sık karşılaşılan göğüs cerrahisi acillerinden birisidir. Spontan pnömotoraks genellikle zayıf uzun boylu genç erkeklerde gözlenen ve acil müdahale gerektiren bir hastalıktır. Spontan pnömotoraks primer ve sekonder olarak iki gruba ayrılır. Primer spontan pnömotoraks genellikle subplevral yerleşimli küçük bleblerin rüptürü sonucu oluşur ve sık-

lıkla 16 ile 24 yaş aralığındaki genç sigara içen erkeklerde saptanır [1,2].

Primer spontan pnömotoraks kadınlarda 1/100.000, erkeklerde 7-9/100.000 oranındadır ve altta yatan bir akciğer patolojisi yoktur. Sekonder pnömotoraksta ise altta yatan akciğere ait ikinci bir patoloji söz konusudur [1,3].

Spontan pnömotoraks da genellikle ani gelişen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve kuru öksürük şikayetleri ön plandadır. Tanıda anamnez ile beraber fizik muayenenin yanında direkt postero-anterior (PA) akciğer grafisi yeterli olmaktadır. Tedavide genel olarak tüp torakostomi ile kapalı sualtı drenajı tercih edilir. Komplikasyon veya rekürrens görülen olgularda cerrahi uygulanır. Gün-

Alındığı Tarih: 22 Ocak 2008

Yazışma Adresi (Address): Uzm. Dr. Ahmet Demirkaya
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
34098 - Cerrahpaşa - İstanbul
e-posta: adeka@istanbul.edu.tr

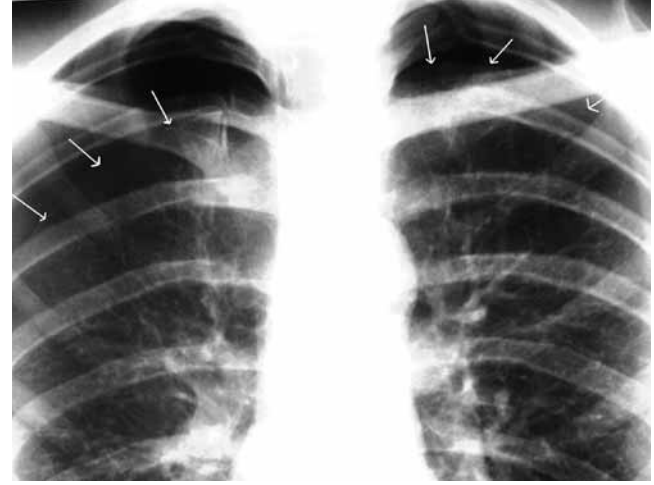
müzde açık cerrahi yaklaşımın yanında video yardımcı torakoskopi (VATS) de kullanılmaktadır.

Olgu Sunumu

21 yaşında, 188 cm boy ve 61 kg ağırlığında erkek hasta, ani gelişen, nefes darlığı ve sırt ağrısı şikayetiyle Acil Cerrahi Polikliniğine başvurdu. Hastanın anamnezinde sigara kullanımı ve mevcut bilinen bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde dinlemekle sağ apekte solunum sesleri azalmış olarak tespit edildi. Direkt akciğer grafisinde sağda yaklaşık %20, solda ise %10'un altında pnömotoraks tespit edildi (Resim 1). Çekilmiş olan toraks tomografisinde sağ üst lobdan alt loba kadar uzayan ve sol üst lob komşuluğunda spontan pnömotoraks ile uyumlu görünüm saptandı. Akciğer parankimine ait patoloji görülmedi (Resim 2). Diğer laboratuvar incelemelerinde de patoloji saptanmadı.

Sağ toraksdaki pnömotoraksın daha fazla olması (%20) ve hastanın nefes darlığı şikayeti nedeniyle ilk olarak sağa lokal anestezi altında 28°F toraks dreni ile midaksiller hatta 3. interkostal aralıktan tüp torakostomi uygulandı. Sol toraksdaki pnömotoraksın minimal olması üzerine hastaya 3lt/dk oksijen verilerek gözlem kararı alındı. Sağ toraks dreninden 1. gün kaçacağı kesilen hastanın akciğer grafisinde sağ akciğer ekspanse olması üzerine 3. gün direni alındı. Kontrol akciğer grafisinde

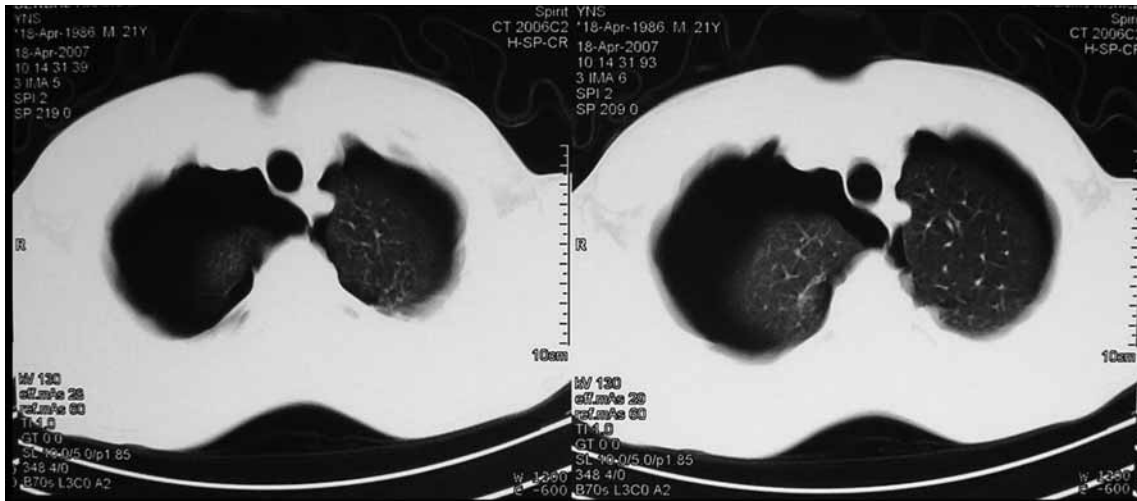
her iki akciğeri ekspanse olan hasta 4. gün kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.



Resim 1. Akciğer grafisi, bilateral pnömotoraks.

Tartışma

Spontan pnömotoraks insidansı 100.000'de 9'dur. Spontan pnömotorakslar içinde eşzamanlı iki taraflı spontan pnömotoraks oranı ise %1.3'ü olarak bildirilmektedir [1]. Spontan pnömotoraksta primer spontan pnömotoraks ve sekonder spontan pnömotoraks olarak iki ana grupta incelenmektedir [4]. 1971- 1990 yılları arasında Esther ve ark. [5] toplam 12 tane eşzamanlı iki taraflı spontan pnömotoraks vakası saptamışlar ve beşi-



Resim 2. Toraks BT'de sağda daha belirgin, bilateral pnömotoraks.

nin primer, yedisinin sekonder olduğunu bildirmişlerdir.

Akciğer apeksinde subplevral yerleşimli amfizematoz bleblerin rüptürünün primer spontan pnömotoraksa sebep olduğu kabul edilmektedir. Spontan pnömotoraksın sigara içenlerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir [6,7]. Primer spontan pnömotoraks 20'li yaşlarda en sık gözlenirken sekonder pnömotoraks genellikle ileri yaşlarda görülür [8]. Erkeklerde daha sıktır [6,9]. Primer spontan pnömotoraks sıklıkla bu olguda olduğu gibi zayıf, uzun boylu gençlerde görülür [10]. Bu kişilerde toraks kafesinin vertikal yönde hızla büyümesinin intratorasik basıncı etkileyerek akciğer apeksinde subplevral bül oluşumuna neden olduğu savunulmaktadır [11].

Hastalarda genellikle ani gelişen nefes darlığı veya pnömotoraks tarafında plöritik tipte göğüs ağrısı tarifler. %15 altındaki küçük pnömotorakslarda fiziksel muayene normaldir. Büyük bir spontan pnömotoraks ise vital kapasitede düşmeye ve alveoler-arteriyel oksijen gradiyentinde azalmaya yol açarabilmektedir. Taşikardi en sık rastlanan fizik muayene bulgusudur. Perküsyonda hiperrezonans saptanır ve solunum sesleri azalmıştır veya alınmaz. Hastamızda ani başlayan nefes darlığı ve nefes almakla artan, sırt ağrısı mevcuttu.

Direkt akciğer grafisi pnömotoraks tanısında standart uygulamadır [12]. Ayakta çekilmiş posteroanterior akciğer grafisinde akciğer duvarından ayrılmış şekilde görülen visseral plevra çizgisi tanı koydurucudur. Ekspiryumda çekilmiş göğüs grafileri apikal küçük pnömotoraksları daha iyi gösterebilir. Ancak rutin olarak kullanılması gerekmez. Şüpheli durumlarda bilgisayarlı akciğer tomografisi tanı koydurucudur.

Primer spontan pnömotoraksın radyolojik olarak %20'den az ise altta yatan başka bir akciğer patolojisi olmadığı takdirde hasta asemptomatiktir veya şikayetleri genellikle az görülmektedir. Pnömotoraks oranı %20'den küçük olan ve solunum sıkıntısı olmayan hastalarda gözlem tedavisi uygun bir yöntem olabilmektedir. Oda havasında pnömotoraksın emilme hızı %1.25/gündür ve oksijen verilmesi ile bu hızlandırılabilir [9,13]. %20 üzerinde veya ilerleyen pnömotorakslarda girişim gereği vardır. Tüp torakostomi ile primer spontan pnömotoraks etkin bir şekilde tedavi edilebilir. 14 F çapında bir kateterin yeterli olacağı bildiril-

mektedir [14]. Hastamızda bilateral spontan pnömotoraks olup nefes darlığı olması; sol tarafta %10, sağda %20 pnömotoraks tespit edilmesi üzerine sağ tarafa diren takılmış, karşı taraf O₂ tedavisi altında takip edilmiştir.

Toraks şişesinin aspiratöre bağlanmasının iyileştirmeyi hızlandırdığı kanıtlanmamıştır. Tüp torakostomi ile birinci pnömotoraksta %90, birinci tekrarında %52 ve ikinci tekrarında %15 oranında başarı bildirilmektedir [10]. Primer spontan pnömotoraks nedeniyle sadece izlenen, iğne aspirasyonu veya tüp torakostomi ile tedavi edilen hastaların bulunduğu 11 serinin meta analizinde tekrarlama oranı %6-52 arasında bildirilmiştir [15]. Olgumuzda ilk atak üzerinden 9 ay geçmiş olup kontrollerinde rekürrens saptanmamıştır.

Tüp torakostomi uygulanan hastaların, %52'sinde hava kaçağı ilk 5 saat içinde, %82'sinde ise 48 saat içinde kesilir. Bizim olgumuzda da kaçak 30. saat kesilmiştir [16]. İlk atakta operasyon endikasyonlarının başında uzamış hava kaçağı gelmektedir. Klinisyenlerin çoğu 7-10 günden fazla süren hava kaçağı durumunda cerrahi tedaviye geçilmesi gerektiğini belirtmektedir. Buna karşın 15 gün içinde hava kaçağının mutlaka kesildiğini ve bu süreden önce alınacak operasyon kararının erken olduğunu açıklayan otörlerde vardır [7].

Spontan pnömotoraksın cerrahi tedavisinde torakostomi, median sternotomi veya videoasisttorakoskopik yöntem ile akciğerdeki kaçağın suture edilmesi veya bül rezeksiyonu, ve plörektomi yada plevral abrazyon uygulanır [12]. Hastamızda ilk spontan pnömotoraks ataklarında cerrahi tedaviye gerek kalmadan tüp torakostomi ve gözlem tedavi için yeterli olmuştur.

Kaynaklar

1. Melton LJ, Hepper NG, Offord KP. Incidence of spontaneous pneumothorax in Ilmsted Country, Minnesota: 1950 to 1974. *Am Rev Respir Dis* 1979; 120: 1379-1382.
2. Al-Qudah AS. Thoracoscopic apical pleurectomy for persisting or recurring pneumothorax. *J Korean Med Sci* 1998; 13: 281-1815.
3. Kuzucu A, Soysal Ö, Ulutaş H. Spontan pnömotoraksta rekürrens ve cerrahi tedavide zamanlama. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 12: 169-172.

4. Bertrand PC, Regnard JF, Spaggiari L. Immediate and long-term result after surgical treatment of primary spontaneous pneumothorax. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 1641-1645.
5. Graf-Deuel E, Knoblauch A. Simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax. *Chest* 1994; 105: 1142-1146.
6. Vernejoux M, Raheison C, Combe P, Villanueva P, Laurent F, Tunon de Lara JM, Taytard A. Spontaneous pneumothorax: pragmatic management and long-term outcome. *Respir Med* 2001; 95: 857-862.
7. Chee CBE, Abisheganaden J, Yeo JKS, et al. Persistent air-leak in spontaneous pneumothorax-clinical course and outcome. *Respir Med* 1998; 92: 757-761.
8. Kaptanoğlu M, Doğan K, Önen A, Aksoy M, Polat M. Spontan pnömotoraksın tedavi ve sonuçları. *Solunum Hastalıkları* 1997; 8: 277-286.
9. Topcu S. Pnömotoraks. Ed. O: Gözü, O. Köktürk Plevra Hastalıkları. *Toraks Kitapları (Sayı: 4)*. 2003; 302-321.
10. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. *N Engl J Med* 2000; 342: 868-874.
11. Fujino S, Inoue S, Tezuka N, et al. Physical development of surgically treated patients with primary spontaneous pneumothorax. *Chest* 1999; 116: 899-902.
12. Willard A. Fry, Kerry Paape: Pneumothorax. IN: Shields T, ed. *General Thoracic Surgery*. Philadelphia: LWW; 2000; 675-686.
13. Baumann MH. Treatment of spontaneous pneumothorax. *Curr Opin Pulm Med* 2000; 6: 275-280.
14. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, et al. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians, Delphi consensus statement. *Chest* 2001; 119: 590-602.
15. Schramel FM, Postmus PE, Vanderschueren RG. Current aspects spontaneous pneumothorax. *Eur Resp J* 1997; 10: 1372-1379.
16. Baumann MH, Strange C. Treatment of spontaneous pneumothorax: a more aggressive approach? *Chest* 1997; 112: 789-804.