

# Sağlıklı Bir Gençte Gözlenen Spontan Hemopnömotoraks

<sup>1</sup>Kandış H., <sup>2</sup>Güngör A., <sup>3</sup>Katırcı Y., <sup>4</sup>Deniz H., <sup>5</sup>Deniz T.

<sup>1</sup> Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Acil Servisi -Kırıkkale

<sup>2</sup> Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi-Kırıkkale

<sup>3</sup> Yozgat Devlet Hastanesi Acil Servisi-Yozgat

<sup>4</sup> Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi-Kırıkkale

<sup>5</sup> Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı-Kırıkkale

## SPONTANEOUS HEMOPNEUMOTHORAX OBSERVED IN A HEALTHY YOUNG

### SUMMARY

Spontaneous hemopneumothorax is a disease rarely accompanied by spontaneous pneumothorax. Delay in diagnosis and treatment may result in mortality. We considered that hemothorax (spontaneous hemopneumothorax) accompanied by spontaneous pneumothorax may develop in a young patient not having trauma and bleeding, we aimed to investigate the existing treatment methods.

**Keywords:** Spontaneous hemopneumothorax, tube thoracostomy, thoracotomy

### İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Dr. Hayati KANDIŞ

Acil Tıp Uzmanı, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Acil Servis 71100, Kırıkkale.

Telefon: 0-318-2252485/132

Cep Telefonu: 0-532 7136970

Faks: 0-318-2252819

E-posta: kandis\_78@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 23.06.2008

Kabul Tarihi: 19.09.2008

## ÖZET

Spontan hemopnömotoraks, spontan pnömotoraksa nadiren eşlik eden bir hastalıktır. Tanı ve tedavide gecikme mortalite ile sonuçlanabilir. Biz travma ve kanama diyatezi olmayan genç bir olguda spontan pnömotoraksa eşlik eden hemotoraksın da (spontan hemopnömotoraks) gelişebileceğini ve uygulanan tedavi yöntemlerini tartışmayı amaçladık

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

**Not:** Yazımız 08-11 Mayıs 2008 tarihinde Belek/ANTALYA'da yapılan IV.Ulusal Acil Tıp Kongresinde Poster bildirisi olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Hemotoraks, spontan pnömotoraksa nadiren eşlik eden bir hastalık olup, klinik tablo spontan hemopnömotoraks olarak adlandırılır (1,2). Genellikle viseral ve pariyetal plevra arasındaki yapışıklık alanlarında bulunan küçük damarların rüptürü sonucunda oluşur. Hızlı bir progresyon gösteren göğüs ağrısı ve nefes darlığı gelişebilir ve müdahale edilmediğinde yaşamı tehdit edici klinik tabloya yol açabilir (3,4). Müdahale aşamasında uygulanan tüp torakostomi ile akciğerin yeniden ekspansiyon olması sağlanarak kanayan bölge tamponade edilir (3). Tedavide her zaman tüp torakostomi yeterli olmayıp, bazen acil cerrahi müdahaleye ihtiyacı doğabilir. Cerrahi müdahale aşamasında VATS (Video-Assisted Thoracic Surgery) veya torakotomi yapılması gerekebilir. Spontan hemopnömotoraksın mortalitesi geçmiş yıllarda %33 olarak rapor edilmesine karşın günümüzde erken tanı ve uygun tedavi ile büyük oranda iyileşme gözlenmektedir (5,6).

## OLGU

26 yaşında erkek hasta nefes darlığı, göğüs ağrısı ve halsizlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Anamnezinde travma ve akciğer hastalığı yoktu. Kanama diyatezine yol açabilecek ilaç kullanımı olmayan olgumuzun laboratuvar incelemesinde PT, PTT ve INR değerleri normal sınırlardaydı. Yapılan muayenesinde genel durum iyi, bilinç açık ve hemodinamik bulguları stabildi. Fizik muayenede sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde sağda akciğeri kollabe eden %90 oranında pnömotoraks ve bazalde eşlik eden hava sıvı seviyesi mevcuttu (*Resim*). Acil serviste spontan hemopnömotoraks tanısıyla lokal anestezi altında toraks tüpü yerleştirilip kapalı su altı drenaj sistemine alındı. Toraks tüpünden başlangıçta 500 ml hemorajik mayi drene oldu. Sonrasında göğüs cerrahisi kliniğinde takip ve tedaviye alınan olguda 24 saat içerisinde 600 ml daha hemorajik vasıfta drenaj gözlemlendi. Agresif sıvı ve kan resüsitasyonuna rağmen şok indeksinin 1'in üzerinde olması (Kan Basıncı: 80/60mmHg, Nabız: 120/dk) ve şok klinik tablosunun gelişmesi üzerine acil torakotomi, eksplorasyon ve kanama kontrol müdahalesi planlandı. Eksplorasyonda sağ posterolateral torakotomide akciğerde plevral yapışıklık gözlemlendi. Akciğer ve plevral boşluk incelendiğinde kupula bölgesinde brid kopmasına bağlı kanama odağı saptandı ve müdahaleyle kontrol altına alındı. Kanama, hava kaçağı ve yabancı cisim kontrolünü takiben plevral aralığa 2 adet (bazal ve apikal) toraks tüpü yerleştirilerek su altı drenaj sistemi uygulandı. Torakotomi anatomik yapıya uygun olarak kapatıldı. Operasyon sonrası takibe alınan olguda drenajdan gelen olmaması üzerine 1. gün bazal dren, 2. gün ise apeks dreni çıkarıldı. Yatışından 1 hafta sonra taburcu edildi. 1 ay sonra kontrol edilen olguda komplikasyon gözlemlendi.

## TARTIŞMA

Spontan hemopnömotoraks ilk olarak 1828 yılında Laennec tarafından yapılan bir otopside tanımlanmıştır. 1876'da Whitaker tarafından tekrarlanan plevral aspirasyonlar ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir (7). Bundan yirmi dört yıl sonra Pitt

ve Rolleston makalelerinde ilk defa spontan hemopnömotoraksın klinik özelliklerini tanımlamışlardır (7,8). İlk olarak Elrod ve Murphy tarafından 1948'de spontan hemopnömotoraks için tedavide açık torakotomi uygulanmıştır (9).

Ohmari ve arkadaşları spontan hemopnömotoraksı, spontan pnömotoraksli olguların plevral kavitelelerinde 400 ml den daha fazla kan toplanması olarak tanımlamışlardır (10). Spontan hemopnömotoraks, yaş grubu olarak daha çok adölesanlarda ve erkeklerde gözlenip yaşamı tehdit edici kanamalara neden olabilir. Spontan hemopnömotoraks, spontan pnömotoraksli olgularının ancak %1-12'de gözlenebilir (11). Hacıibrahimoğlu ve arkadaşlarının 1997-2002 yılları arasındaki çalışmalarında 291 spontan pnömotoraksli olgunun %3'ünde hemopnömotoraks tespit edildi (11). Tatebe ve arkadaşlarının 1987-1994 yılları arasında yaptığı çalışmada ise 428 spontan pnömotoraksli olgunun ancak %2'sinde hemopnömotoraks gözlenmişti (2). Bizim olgumuzda erkek, genç yaş grubunda, özgeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü olmayan spontan hemopnömotoraks.

Spontan hemopnömotoraksın klinik semptomlarının başında göğüs ağrısı, dispne ve kan kaybına bağlı belirtiler sayılabilir (3,4). Olgumuzda da ani başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı semptomları mevcuttu. Hemopnömotoraks genellikle travma sonucu görülmesine rağmen spontan hemopnömotoraksın anamnezinde travma yoktur. Kanama diyatezi, Marfan sendromu ve konjenital afibrinogenemia nadir gözlenen spontan hemopnömotoraks nedenlerindedir (12). Hsu ve arkadaşları (5) spontan hemopnömotoraks olgularındaki kanamada 3 temel mekanizma üzerinde durmuşlardır. Bunlardan birincisi pariyetal ve visseral plevra arasında yapışıklığın yırtılması sonucu oluşan kanama, ikincisi akciğer parankimi altında uzanan vasküler büllerin rüptürü sonucu olan kanama, üçüncüsü akciğer apeksinde ve kupulada bulunan büllerin içinde ve etrafındaki konjenital aberrant damarların yırtılmasına bağlı oluşan kanamalardır (13). Olgumuzda da kanama plevral boşlukta oluşan yapışıklıkların yırtılmasına bağlı olarak gelişmişti. Spontan hemopnömotoraksa bağlı kollabe olan bir akciğer lokal tamponat özelliğini kaybeder. Küçük çaplı bir damar kanaması bile ciddi kan kayıplarına ve beraberinde hemodinamik stabilitenin bozulmasına neden olabilir. Bu nedenle olguların klinik olarak yakın takip edilmesi büyük öneme sahiptir. Erken ve kesin tanı, mortalite ve morbiditenin düşürülmesi için oldukça önemlidir. Bizim olgumuzda şikayetlerinin başlangıcından 4 saat sonra acil servisimize başvurmuştu. Klinik olarak geldiği anda vital bulgularının stabil olması ciddi bir kanamaya bağlı volüm kaybından uzaklaştırmıştı. Hemodinamik veriler ve klinik durum değerlendirildiğinde erken aşamada tüp torakostomi yapıldığını söyleyebiliriz. Olgumuza tedavide ilk önce konservatif olarak toraks tüpü uygulandı. Taktipte şok indeksinin 1'in üzerine çıkması, göğüs tüpünden 1100 ml/24 saat den fazla hemorajik mayi drene olması ve hemotokrit değerinde 5,7 birimlik bir düşme gözlenmesi üzerine acil torakotomi uygulandı. Spontan hemopnömotoraksta tanı, PA akciğer grafisinde pnömotoraks hattı ve bazalde seviye veren plevral mayinin



varlığı ile konulabilir (5). Olgumuzda çekilen PA akciğer grafisinde sağda geniş bir pnömotoraks hattı ve seviye veren plevral mayi görünümü mevcuttu. Sağ hemitorakstan yapılan torasentezde mayinin hemorajik vasıflı olduğu tespit edildi. Yaşamı tehdit eden bir durum olan hemopnömotoraksta öncelikle tüp torakostomi uygulanmalı, kan kaybına bağlı hipovolemik şoka gidişi önlemek için uygun sıvı resusitasyonu yapılmalı ve cerrahi müdahale gereksinimi doğabileceği düşüncesiyle mutlaka yakın takibe alınmalıdır (1,3). Bizim olgumuzda başvurduğunda acil servisimizde tüp torakotomi uygulanmıştı. Sonrasında takibe alınan olgumuzda 24 saat sonra şok kliniğinin gelişmesi üzerine torakotomi uygulandı. Bu durum tüp torakostominin yetersiz kalabileceğini ortaya koymak dışında hasta takibinde sıkı monitörizasyonun önemini vurgulamak açısından dikkat çekicidir. Hacıibrahimoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 9 hemopnömotoraks gelişen olgunun 7 tanesi tüp torakostomi ile konservatif olarak tedavi edilirken 2 olgu VATS ve torakotomi ile tedavi edilmiştir (11). Tüp torakostomi klinik olarak stabil olan hemopnömotoraks olgularında çoğunlukla yeterli olmaktadır. Torakotomi ise hipovolemik şok, toraks tüpünden saatte 100 ml den fazla drenaj, inatçı hava kaçağı, akciğerin ekspansiyonunda bozulma ya da tekrarlayan pnömotoraks olgularında gerekebilmektedir (13). Tanı ve tedavide kullanılan VATS torakotomiye üstün bir alternatif olarak düşünülebilir. VATS postoperatif ağrının azalmasında, pulmoner fonksiyonlarının düzelmesinde, kanama odağını tespit ve tedavisinde avantajlı müdahaledir (5). Spontan hemopnömotoraksta hastaların tedavisinde ortak kullanılan bir algoritma mevcut değildir. Bazı yayınlarda daha az invazif olan konservatif tedavi olarak tüp torakostomi önerilirken bazı yayınlarda ise komplikasyonları azalttığı ve daha iyi sonuç alındığı düşünülerek VATS ve torakotomi önerilmektedir (7,14). Olgumuz da tedavide ilk önce konservatif olarak toraks tüpü uygulanmış, takipte klinik durumun bozulması ve şok klinik tablosunun gelişmesi üzerine torakotomiye ihtiyaç duyulmuştur.

## SONUÇ

Acil servise nefes darlığı, ani gelişen göğüs ağrısı ile başvuran özellikle genç erkek hastalarda ayırıcı tanıda spontan hemopnömotoraks olabileceği de düşünülmelidir. Spontan hemopnömotoraks olgularında kapalı tüp torakostomi yeterli olmayabilir. Tüp torakostomi uygulanan olgularda sıkı hemodinamik monitörizasyon gereklidir. Bazen takipte torakotomi gerekebilmektedir. Erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımıyla tam iyileşme görülebilir.

## KAYNAKLAR

1. Abyholm FE, Storen G. Spontaneous hemopneumothorax. *Thorax* 1973; 28:376-8.
2. Tatebe S, Kanazawa H, Yamazaki Y, et al. Spontaneous hemopneumothorax. *Ann Thorac Surg* 1996;62:1011-5.
3. Deslauriers J, Leblanc P, McClish A. Bullous and bleb diseases of the lung, third edition. Philadelphia: Thomas W. Shields 1989:745.
4. Isıtmangil T, Balkanlı K. 2001. Pnömotoraks ve Cerrahi Tedavisi. Göğüs cerrahisi kitabı içinde Ed: Yüksel M, Kalaycı NG. İzmir tıp kitapevi, İstanbul 2001;427.
5. Hsu CC, Wu YL, Lin HJ, LIN MP, Guo HR. Indicators of haemothorax in patients with spontaneous pneumothorax. *Emerg Med J.* 2005;22:415-7.
6. Hwong TM, Ng CS, Lee TW, et al. Video-assisted thoracic surgery for primary spontaneous hemopneumothorax. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2004;26:893-6.
7. Wu YC, Lu MS, Yeh CH, et al. Justifying video-assisted thoracic surgery for spontaneous hemopneumothorax. *Chest.* 2002;122:1844-7.
8. Eiding SL, Rubin EH. Spontaneous pneumohemothorax. *Canad.M.A.J.*1952;67:43-6.
9. Elrod PD, Murphy JD Spontaneous hemopneumothorax treated by decortication. *J Thorac Surg* 1948;17:401.
10. Ohmori K, Ohata M, Narata M, Lida M, Nakaoka Y, Irako M. 28 cases of spontaneous hemopneumothorax. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1988;36:1059-64.
11. Hacıibrahimoğlu G, Cansever L, Kocaturk CI, Aydogmus U, Bedirhan MA. Spontaneous Hemopneumothorax: Is conservative treatment enough? *Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 53: 240-2
12. Kanno R, Suzuki H, Fujii K, et al. Hemopneumothorax associated with Marfan's syndrome and congenital afibrinogenemia. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1304-6.
13. Hsu NY, Shih CS, Hsu CP, Chen PR. Spontaneous hemopneumothorax revisited: clinical approach and systemic review of the literature. *Ann Thorac Surg.* 2005;80:1859-63.
14. De Perrot M, Deleaval J, Robert J, Spiliopoulos A. Spontaneous hemopneumothorax results of conservative treatment. *Swiss Surg* 2000;6:62-4.