

Primer Spontan Pnömotoraksta Klinik Deneyimlerimiz

Köksal Yurda Eken*, Ertuğrul Güleç*, Selçuk Atasoy*, Arif Gücü*

* Bursa Devlet Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

ÖZET

Primer spontan pnömotoraks özellikle sigara içen genç erişkin erkeklerde gözlenen ve acil müdahale gerektiren bir hastalıktır. Pnömotoraks tedavisi gözlemden cerrahi girişime kadar geniş bir spektrumda ele alınabilir. Bursa Devlet Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde 2000-2002 yıllarında primer spontan pnömotoraks tanısı almış 85 olgu demografik özellikleri, pnömotoraksın yerleşim yeri ve uygulanan tedavi yöntemleri açısından incelenmiştir. Olgularımızın 84'üne tüp torakostomi uygulanmış, bir olguda torasentez uygulanmıştır. Komplikasyon gelişen 3 olguda cerrahi girişim gerekmiştir. Tüp torakostominin primer pnömotoraksta ilk tercih edilecek ve güvenli bir yöntem olduğu kanaatine varılmıştır.

Akciğer Arşivi: 2003; 4: 138-140

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks

SUMMARY

Clinical Experiments in Primary Spontaneous Pneumothorax

Primary spontaneous pneumothorax is a condition that is especially seen in young adult smokers and it necessitates emergency intervention. The range of treatment options may be wide as medical observation to surgical procedures. A total number of 85 cases, who were treated in Bursa State Hospital, Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, due to primary spontaneous pneumothorax were analysed by their demographic features, localization and treatment alternatives of the lesion. Except one case in which was thorasynthesis was done, 84 of 85 cases were treated by tube thoracostomy. Surgical procedures were performed in three cases in which complications had developed. We have concluded that the tube thoracostomy is a reliable and safe technique in the treatment of Primary spontaneous pneumothorax.

Archives of Pulmonary: 2003; 4: 138-140

Key Words: Pneumothorax

Giriş

Primer spontan pnömotoraks sıklıkla subplevral yerleşimli küçük bleblerin patlaması ile oluşur ve genellikle genç sigara içen erkeklerde gözlenir (1). Ani başlayan nefes darlığı, nonproduktif öksürük ile kendini belli eder. Tanısal yaklaşımda fizik muayenenin yanında direkt PA akciğer grafileri çok yararlıdır. Tansiyon pnömotoraks geliştiği hallerde acil müdahale yaşamsal önem taşır. Tedavisinde genel olarak tüp torakostomi ile kapalı sualtı drenajı tercih edilir. Komplikasyonlu olgularda ya da tekrarlanmış olgularda cerrahi uygulanır. Günümüzde açık cerrahi yaklaşımın yanında video yardımcı torakoskopi (VATS)'ta kullanılmaktadır.

Materyal ve Metod

Ocak 2000-Aralık 2002 tarihleri arasında Bursa Devlet Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniğine başvuran ve primer spontan pnömotoraks tanısı alan 85 hastaya 88 cerrahi işlem uygulanmıştır. Olguların 4'ü kadın (% 4.7), 81'i erkek (% 95.3) idi. Yaşları 16 ila 75 arasında değişmekte idi. Sağ tarafta görülen olgular 49 olgu ile % 58'ini oluştururken sol tarafta yerleşik 36 olgu vardı ve olguların % 42'sini oluşturmaktaydılar. Tüp torakostomi ile kapalı sualtı drenajı 84 olguya (% 99) uygulanmış ve 3 olgu (% 3.5) uzamış hava kaçağı nedeniyle operasyona alınmıştır. Tüp torakostomi 1 olguda (% 1) ön orta klavikuler hattan

Yazışma Adresi: Op.Dr. Köksal Yurda Eken
Bursa Devlet Hastanesi
Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Osmangazi-Bursa
Tel: 0224 220 00 20 Faks: 0224 220 00 35
e-mail: kyeken@yahoo.com

diğer tüm olgularda standart olarak 6. interkostal aralık orta aksiller hattın yapılmıştır. Operasyonlar aksiller torakotomi ile yapılmış ve stapler kullanılmamıştır. Cerrahi uygulanan tüm olgulara plevrektomi yapılmıştır. Olgulardan 1'ine (% 1) torasentez ile aspirasyon uygulanmıştır. İşlem sonrasında akciğer ekspansiyonu olmuş ve ek müdahale gerekmemiştir. Olguların 8'i (% 9.4) rekküren pnömotoraks nedeniyle başvurmuş ve bu olguların tümüne tüp torakostomi ile kapalı sualtı drenaj uygulanmıştır. Uzamış hava kaçağı olan 3 olgu dışında komplikasyon gözlenmemiştir.

Tartışma

Primer spontan pnömotoraks sıklıkla subpleval yerleşimli küçük bleblerin patlaması ile oluşur ve genellikle genç, sigara içen erkeklerde gözlenir (1). Sağ akciğerde görülme sıklığı soldan fazladır. Bilateral görülme sıklığı %10 civarındadır (2). Akciğer kollapsının derecesine göre göğüs ağrısı ve dispne ile kendini belli eder. Non produktif öksürük tabloya eşlik eder (3). Tanının vazgeçilmez direkt PA akciğer grafisidir. Standart film ile gözlenmeyen pnömotoraks lar expirasyon grafisi ile gözlenebilir. Ayırıcı tanıda büllöz akciğer önemle dikkat edilmelidir. Çünkü pnömotoraks yanlış tanısıyla büle tüp takılması istenmeyen ve ciddi komplikasyonlara neden olur (Resim 1,2). Bu ayırım direkt grafi ile

yapılmadığında bilgisayarlı toraks tomografisi ile bu ayırım yapılabilir.

Hemopnömotoraks % 10-20 olguda gözlenir (4). EKG bulgusu olarak, T dalgasının ters dönmesi, sağ axis ve QRS amplitüdünde düşme görülür.

Tansiyon pnömotoraks olgularında klinik tablo ciddidir ve acil müdahale gerekir.

Primer spontan pnömotoraks olgularının % 25'i iki yıl içinde tekrarlar (5). Nüks eden bir olgunun üçüncü kez nüks etme olasılığı % 50'dir (6).

Primer spontan pnömotoraksın tedavisinde temel belirleyici pnömotoraksın derecesidir. Pnömotoraks derecesi % 20'nin altında olan olgular klinik olarak asemptomatiktir. Her 24 saatte pleval boşluktaki havanın % 1.25'i absorbe olur (50-70 / gün) (7).

Torasentez ile aspirasyon küçük dereceli olgularda kullanılabilir. Ancak genel olarak spontan pnömotoraks olgularında tercih edilen yöntem tüp torakostomidir. Tüp torakostominin uygulamasında standart olarak 6.ICA orta aksiller hattın yapılmaktadır. Ülkemizde bazı merkezlerde önden 2. ICA'tan tüp torakostomi uygulanmaktadır.

Bauman ve ark. 3-4 günlük tüp torakostomi uygulamasından sonra ekspansiyon olmamış olgularda cerrahi girişim önermektedir (8). Cerrahi indikasyonlar; uzamış hava kaçağı, ekspansiyon olmayan akciğer, bilateral pnömotoraks, hemotoraks, tansiyon pnömotoraks ve total pnömotoraks olarak sayılabilir (9).



Resim 1: Total pnömotorakslı bir olgu.



Resim 2 : Geniş bülü olan bir olgu.

Bize başvuran olguların çok büyük bir kısmında tüp torakostomi ile kapalı sualtı drenajı uygulanmış (% 99) sadece 1 olguda (% 1) torasentez ile aspirasyon uygulanmıştır. Uzamış hava kaçaklı 3 olguya (% 3.5) aksiller torakotomi ile bül rezeksiyonu ve plevrektomi yapılmıştır. Bu olgularda operasyon sonrasında komplikasyon gözlenmemiştir. Cerrahi yaklaşım için standart torakotomi ile bül rezeksiyonu, axiller yaklaşım ve torakoskopik yaklaşım uygulanabilmektedir. Günümüzde bir çok yazar stapler ile blabektomi ve plevral abrazyonun komplikasyon oranının düşük olması dolayısıyla tercih ettiklerini bildirmişlerdir (10).

Sonuç olarak; primer spontan pnömotoraksın tedavisinde eğer komplikasyon gelişmemişse tüp torakostomi yeterli olmaktadır. Cerrahi yaklaşım komplikasyonlu ve ikiden fazla tekrar etmiş pnömotoraks olgularında uygulanmalıdır. Cerrahi uygulanan her hastaya büllektomi yanında plevral abrazyon veya plevrektomi eklenmelidir.

Kaynaklar

1. Melton LJ, Hepper NG, Offord KP: Incidence of spontaneous pneumothorax in Ilmsted County, Minnesota : 1950 to 1974. *Am Rev Respir Dis* 1979; 120:1379.
2. Donovan PJ: Bilateral spontaneous pneumothorax. *Ann Emerg Med* 1987; 16:1277.
3. De Vries WC, Wolfe WG: The management of spontaneous pneumothorax in emphysema. *Surg Clin North Am.* 1981; 60:851.
4. Tatebe S, Kanazawa H, Tamazaki Y et al: Spontaneous hemopneumothorax. *Ann Thoracic Surg.* 1996; 62:1011.
5. Sadikot RT, Green T, Meadows K, Arnold AG: Recurrence of primary spontaneous pneumothorax. *Thorax.* 1997; 52: 805.
6. Gobbel WG Jr, Rhea WG Jr, Nelson IA et al: Spontaneous pneumothorax. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1963; 46:331.
7. Kirchner LT Jr, Sweartzel RL: Spontaneous pneumothorax and its treatment. *JAMA.* 1954; 155: 24.
8. Baumann MH, Strange C: Treatment of spontaneous pneumothorax: A more aggressive approach? *Chest.* 1997; 112: 789.
9. Pearson FG, Cooper JD et al. *Thoracic Surgery. Spontaneous Pneumothorax and Pneumomediastinum.* Second Edition. Philadelphia; Churchill Livingstone.2002: 1195-213.
10. Mouroux J, Elkaim D, Padovani B et al: Video-assisted thoroscopic treatment of spontaneous pneumothorax: Technique and results of lung one hundred case. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1996; 112: 385.