

EŞZAMANLI BİLATERAL PRİMER SPONTAN PNÖMOTORAKS

SIMULTANEOUS BILATERAL PRIMARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Dr. Mehmet YILDIRIM, Dr. Tamer OKAY, Dr. İlğaz DOĞUSOY, Dr. Bülent AYDEMİR,
Dr. Murat YAŞAROĞLU, Dr. Azmi ÖZLER

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahi Merkezi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İSTANBUL

Adres: Op. Dr. Mehmet YILDIRIM, Altayçeşme Mah. Atatürk Cad. Engin Sok. Narlıpınar Sitesi. B-5 Blok. No: 6, Maltepe / İSTANBUL

Özet

Eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraks dünya literatüründe nadir görülen bir olgudur. Nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile acil polikliniğimize getirilen hastanın çekilen PA akciğer grafisinde solda total, sağda parsiyel olmak üzere bilateral pnömotoraks saptandı. Acilen eşzamanlı olarak sağ ve sol toraksa ayrı ayrı tüp torakostomi uygulandı. Sağdaki toraks dreni hava kaçağının sona ermesi ve akciğerin ekspanse olması üzerine 4. gün alındı. Sol torakstaki hava kaçağının devam etmesi ve ekspansiyon kusurunun olması üzerine sol mini aksiller torakotomi yapıldı. Postoperatif 2. gün çekilen akciğer grafisinde sağ toraksta pnömotoraksın tekrarladığı saptandı. Sağ tarafta da mini aksiller torakotomi yapıldı. Her iki ameliyatta da apikal subplevral blebler tespit edilerek bleb rezeksiyonu ve plevral abrazyon uygulandı. Hastalığın tedavisi ve sonuçları literatürler eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, Aksiller torakotomi

Summary

Simultaneous spontaneous bilateral pneumothoraces are rather rare cases in the world literature. The patient has applied to our emergency department with the complaint of the respiratory distress and chest pain. Chest roentgenogram confirmed total pneumothorax on the left and partial pneumothorax on the right side. Simultaneous tube thoracostomies were carried out both the left thorax and the right thorax. As air leak stopped on the right thorax and the right lung reexpanded on the chest roentgenogram in the fourth day, the thoracic tube on the right was removed. Left mini axiller thoracotomy was carried out because of the persistent air leak and expansion default on the left thorax. Partial pneumothorax on the right thorax recurred on the second postoperative day. The patient was operated through right mini axiller thoracotomy incision. Subpleural blebs were seen in the apical segment and apicoposterior segment and bleb resectins and pleural abrasions were performed in both sides. Thorax drains were removed on the second and fourth consecutive days postoperatively. The patient was discharged from the hospital on the fifth postoperative day. The treatment and results are discussed and the recent literature is reviewed.

Keywords: Pneumothorax, Axillary thoracotomy

Giriş

Eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraks literatürde nadir rastlanan bir olgudur. Acil polikliniğimize nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile gelen hastaya çekilen PA akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks saptanması üzerine hasta acilen yatırılarak hemen cerrahi müdahalede bulunuldu. Uyguladığımız tedavi metodunu literatür bilgileri ışığında sunuyoruz.

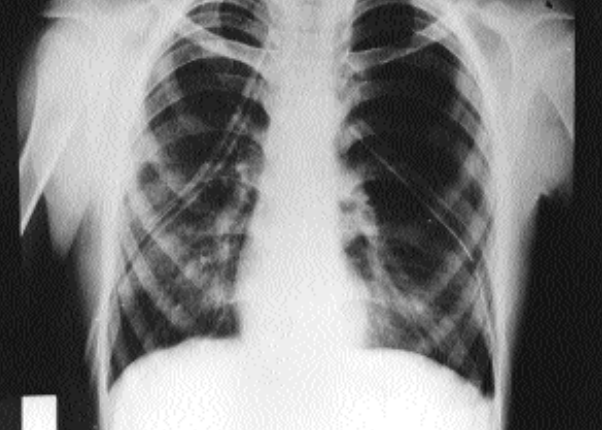
Olgu Sunumu

15 yaşında erkek hasta. Solunum sıkıntısı ve göğüs ağrısı şikayeti ile acil polikliniğimize getirilen hastanın çekilen PA akciğer grafisinde sol toraksta total, sağ toraksta parsiyel olmak üzere bilateral pnömotoraks saptandı (Resim 1). Acilen yatırılan hastaya hemen müdahalede bulunuldu. Eşzamanlı her iki toraksa lokal anestezi altında 28°F toraks dreni



Resim 1: Olgunun ilk PA grafisi (Bilateral spontan pnömotoraks)

kullanılarak orta aksiller hattın, 4. interkostal aralığı kestiği yerden tüp torakostomi uygulandı (Resim 2). Her iki torakstan bol miktarda hava kaçağı olduğu görüldü. Hastadan kontrastlı toraks BT istendi. Ancak hastanın maddi olanaksızlıklarından dolayı bilgisayarlı tomografi çekilemedi. 4. gün sağ toraks tüpünden hava kaçağının durması, osilasyonun minimal olması ve PA akciğer grafisinde sağ akciğerin ekspanse olması üzerine sağ toraks dreni alındı. 7. gün sol torakstaki hava kaçağının devam etmesi ve PA akciğer grafisinde sol akciğerin ekspanse olmaması nedeniyle ameliyat kararı verildi. Hasta çift lümenli endotrakeal tüp kullanılarak entübe edildi. Sol mini aksiller torakotomi insizyonu ile toraks boşluğuna girildi. Eksplorasyonda sol üst lob apikoposterior



Resim 2: Bilateral tüp torakostomi uygulandıktan sonra

segmentte subplevral bleblerin olduğu görüldü. Bleb rezeksiyonu ve plevral abrazyon yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif 2. gün çekilen PA akciğer grafisinde sağ toraksta pnömotoraksın tekrarladığı görüldü. Bu kez sağ torakotomiye karar verilerek, postoperatif 3. gün çift lümenli endotrakeal tüp kullanılarak hasta entübe edildi. Sağ mini aksiller torakotomi insizyonu ile toraksa girildi. Yapılan eksplorasyonda sağ üst lob apikal segmentte subplevral blebler saptandı. Bleblere wedge rezeksiyon yapıldı. Ayrıca plevral abrazyon yapılarak kanama kontrolünü takiben toraksa bir adet dren konarak toraks kapatıldı. Her iki torakotomi öncesinde epidural kateter yerleştirilerek postoperatif analjezi sağlandı. Postoperatif dönemde bir komplikasyon gelişmedi. Gönderilmiş olan patoloji parçalarının raporu subplevral blebler olarak geldi. Hastanın toraks drenleri hava kaçığının olmaması ve akciğerlerin ekspansiyon olmasıyla en son dreni postoperatif 4. gün olmak üzere alındı. Postoperatif 5. günde hasta şifa ile taburcu edildi (Resim 3). Hastanın bir ay sonra kontrol PA akciğer grafisinde akciğerler ekspansiyon idi.



Resim 3: Postoperatif PA Akciğer grafisi

Tartışma

Spontan pnömotoraks erkeklerde 100.000'de 7.4 vaka, kadınlarda 100.000'de 1.2 yıllık insidansla yaygın bir hastalıktır [1]. Ayrıca spontan pnömotoraks insidansının 100.000'de 9, bunun da % 1,3'ünü bilateral ve eşzamanlı spontan pnömotoraksın oluşturduğu bildirilmektedir [1]. Onbir ülkede saptanan 1988 pnömotoraks olgusunun 25'inde eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraks saptanmış ve bu oran ortalama %1,3'e tekabül etmektedir [2]. Spontan pnömotoraks, küçük bül yada bleblerin rüptürü sonucu oluşan primer spontan pnömotoraks ve alttaki akciğer hastalığının varlığına bağlı olarak gelişen lezyonlara sekonder pnömotoraks olarak adlandırılarak iki ana grup altında incelenmektedir [3]. Sekonder pnömotoraksın içinde büllöz hastalık, kistik fibrosis, özofagusun spontan rüptürü, Marfan sendromu, cuzinofilik granülo-ma, pneumocystis carinii, metastatik kanserler, catamenial, astma, akciğer kanseri, lenfanjiolleiomyomatozis gibi alta yatan hastalık etkenleri mevcuttur. Ayrıca iatrojenik nedenler, barotravma, travmatik nedenlere bağlı olarak da pnömotoraks oluşmaktadır [4]. Esther ve arkadaşları 1971-1990 yılları arasında 12 eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraks olgusu saptamışlar ve bunun beşinin primer, yedisinin sekonder eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraksa bağlı olduğunu bildirmişlerdir [2]. Göğüs grafisi pnömotoraksın tanısı için standart prosedürdür [4]. Toraks BT Pnömotoraksın değerlendirilmesinde mükemmel sonuç vermektedir. Ancak hastanın ekonomik probleminden dolayı toraks BT çekilememiştir. Tedavinin amacı, akciğerin tam reekspansiyonunu sağlamak ve rekürrensi önlemektir. Plevral boşluğun interkostal tüp drenajı, genellikle akut tablonun tedavi metodudur. Buna rağmen akciğerin inkomplet reekspansiyonu ve erken rekürrens %25'e kadar çıkabilmektedir [5,6]. Bu olgumuzda da pnömotoraks saptanın saptanmaz hemen her iki toraksa tüp drenaj uygulanmış ve reekspansiyon kusuru ve erken rekürrens bu olgumuzda da gözlenmiştir. Primer spontan pnömotoraksın en yaygın nedeni apikal subplevral bleblerin rüptürüdür [4]. Bleblerin etiyojisi belirsizdir. Bazı yazarlar akciğerin apeks ve bazali arasında alveoler basınçtaki bir farka bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir [4]. Spontan pnömotoraksın cerrahi tedavisi torakotomi, median sternotomi yada videotorakoskopi ile akciğer kaçığının suture edilmesi yada bül rezeksiyonu, ve plörektomi yada plevral abrazyondan ibarettir (4,7-12). Biz bu olguda bilateral mini aksiller torakotomi tercih ettik. Literatüre baktığımızda aksiller torakotomi, videotorakoskopi ve median sternotomi birbirleriyle karşılaştırıldıklarında karşılıklı avantajları ve dezavantajları olduğunu gördük. Videotorakoskopi torakotomiye göre üstünlükleri; postoperatif ağrının daha az olması, dolayısıyla postoperatif analjeziye daha az ihtiyaç duyulması ve hastaneden daha kısa sürede taburcu olmasıdır. Buna karşılık videotorakoskopi dezavantajlarından biri ise torakotomiye göre rekürrens ve reoperasyon oranı biraz daha fazladır. Bu bulguları yayınlarda desteklemektedir [11,13,14]. Bertrand ve arkadaşları primer spontan pnömotorakslı 163 olguya videotorakoskopik girişim sonrasında iki hastanın uzamış hava kaçığından ve iki hastanın da inkomplet reekspansiyondan dolayı toplam 4 olguyu tekrar torakotomi ile opere etmişlerdir [3]. Ayrıca plevral abrazyon işleminin videotorakoskopiye göre torakotomi ile daha efektif olduğu bildirilmiştir [3]. Bazı yayınlarda uzun süreli sonuçlar, videotorakoskopi torakotomiye göre biraz daha az etkili olduğunu göstermiştir [11,13,14]. Naunheim ve arkadaşları videotorakoskopik işlemlerle % 4,1 oranında rekürrens saptamışlardır [14]. Torakotomi ile büllöz hastalığın

rezeksiyonu ve plevral abrazyon yada plörektomi ile reoperasyon gerektiren olguların rekürrens oranı %0,5-1 arasındadır. Biz de bu olgumuzda operasyon sonrası rekürrens riski ve reekspansiyon riskini en aza indirmek düşüncesiyle bilateral mini aksiller torakotomi tercih ettik. Literatürde eşzamanlı bilateral primer spontan pnömotoraks olguları çok nadirdir. Hatta ve arkadaşları 18 yaşındaki eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraks olgusuna hemen bilateral tüp torakostomi uygulamışlar. Sonrasında her iki aksiller insizyonla torakotomi yapmışlar ve sonucun mükemmel olduğunu bildirmişlerdir [15]. Buna benzer, Ohara ve arkadaşları eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraks olgusunda, Hatta ve arkadaşlarının uyguladıkları cerrahi prosedürü aynen uygulamışlardır [16]. Buna benzer yaklaşımı daha önceleri Straaten ve arkadaşları da uygulamışlardır [17]. Neal ve arkadaşları da median sternotomi yoluyla bilateral bleb rezeksiyonu yapmışlardır [18]. Minami ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada şu sonuçlar ortaya çıkmıştır: Eşzamanlı bilateral spontan pnömotoraks olguların etiolojisinin çoğunda altında bir akciğer hastalığı olduğunu bulmuşlardır ve eşzamanlı bilateral primer spontan pnömotoraks olgularının çok nadir görüldüğü bildirilmiştir [19]. Biz bu olguyu literatürde nadir görülmesi ve hastaya uyguladığımız cerrahi tekniği literatür ışığı altında irdelemek amacıyla yayın yapmayı uygun bulduk. Hastaya bir ay sonra çekilen PA akciğer grafisinde akciğerlerin ekspansiyon olması ve hastanın normal fiziksel aktivitelerine tekrar dönmüş olduğunu gözlemlemiş olmamız yapılan ameliyattan mükemmel sonuç aldığımızı göstermektedir.

Kaynaklar

- Melton J, Hepper N, Offord K: Incidence of spontaneous pneumothorax in Olmsted country. *Am. Rev. Res. Dis.* 1979;120:1379-82.
- Esther Graf-Deuel, Andreas Knoblauch: Simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax. *Chest.* 1994;105: 1142-6.
- Patrick C. Bertrand, Jean-Francois Regnard, Lorenzo Spaggiari: Immediate and long-term result after surgical treatment of primary spontaneous pneumothorax. *Ann. Thorac. Surg.* 1996;61:1641-5.
- Willard A. Fry, Kerry Paape: Pneumothorax. Shields T(ed). *General Thoracic Surgery*, Philadelphia 2000;675-86.
- Mercier C, Page A, Verdant A, et al: Outpatient management of intercostal tube drainage in spontaneous pneumothorax. *Ann. Thorac. Surg.* 1976;22:163-5.
- Lichter I: Long-term follow-up of planned treatment of spontaneous pneumothorax. *Thorax.* 1974;29:32-7.
- Deslauriers J, Beaulieu M, Desrpes JP, et al: Transaxillary pleurectomy for treatment of spontaneous pneumothorax. *Ann. Thorac. Surg.* 1980;30:569-74.
- Weeden D, Smith G: Surgical experience in the management of spontaneous pneumothorax, 1972-82. *Thorax.* 1993;38:737-43.
- Murray K, Matheny R, Howanits P, et al: A limited axillary thoracotomy as primer treatment for recurrent spontaneous pneumothorax. *Chest.* 1993;103:137-42.
- Hazelrigg S, Landreneau R, Mack M, et al: Thoracoscopic stapled resection for spontaneous pneumothorax. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1993;105:389-93.
- Inderbitzi R, Leiser A, Furrer MU: Three years experience in video-assisted thoracic surgery for spontaneous pneumothorax. *J Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1994;107:1410-55.
- Liu HP, Lin PJ, Hesieh MJ, et al: Thoracoscopic surgery as a routine procedure for spontaneous pneumothorax. *Chest.* 1995;107:559-62.
- Yim APC, Ho HK, Chung C, et al: Video-assisted thoracoscopic surgery for spontaneous pneumothorax. *Aust.NZ.J. Surg.* 1994;64:667-70.
- Naunheim K, Mack M, Hazelrigg S, et al: Safety and efficacy of video-assisted thoracic surgical techniques for treatment of spontaneous pneumothorax. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1995;109:1198-204.
- Hatta T, Mastuda S, Kuris S, et al: A case of simultaneous bilateral pneumothorax. *Kyobu Geka.* 1993 ;46:287-9.
- Ohara K, Yamazaki T, Sakaguchi K, et al: A case of simultaneous bilateral pneumothorax. *Kyobu Geka.* 1994;47:1110-1.
- Straaten L Van, Gallet M: An unusual occurrence: simultaneously bilateral spontaneous pneumothorax. *Lyon Med.* 1968;219:695-705.
- Minami H, Senda K, Horio Y, et al: Simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax. *Nippon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi.* 1990;10:1321-5.
- Neal JF, Vargas G, Smith DE, et al: Bilateral bleb excision through median sternotomy. *Am. J. Surg.* 1979;138:794.