

SPONTAN PNÖMOTORAKS

Dr. Sedat TARHAN (x)

Dr. İlker ÖKTEN (xx)

Dr. Mustafa PAÇ (xx)

ÖZET:

Spontan pnömotoraks genç erkeklerde daha sık görülür. Bunlar ani bir göğüs ağrısı şikayeti ile acil olarak müracaat ederler. Hastalar genellikle işçi veya çiftçidirler. Fakat literatürde meslek grupları ile bu hastalık arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır.

GİRİŞ:

Türkiyede endemik olarak bilhassa Karadeniz bölgesinde daha çok rastlanılan bir hastalıktır.

Spontan pnömotoraks ilk defa 1803'de Itard tarafından tarif edilmiştir. (1) Plevral kavitede havanın mevcudiyeti, 5. yüzyıldan beri bilinmektedir. Hipokrat' plevral kavitede hava ve sıvı bulunan bir hasta sallandığında duyulan çarpma sesine benzer bir ses olduğunu eserlerinde belirtmiştir. Hedsel 1859'da onsekiz yaşında tansiyon pnömotorakstan ölen bir hastanın otopsi raporunu vermiştir. Genç bir Fransız doktoru olan Itard 1803'de pnömotoraksı doktora tezinde açıklamış ve etiyolojik ajan olarak tüberkülozu kabul etmiştir. Laennec 1819 pnömotoraksın klinik tablosunu ve bir hastada nasıl tanınabileceğini ve ilk önce nasıl görülebileceğini ifade etmiştir. Laennec pnömotoraksın röntgendeki görünüşünü 1901'de belirtmiştir.

Kjaergaard 1932'de spontan pnömotoraks hakkında yazdığı eserde etiyolojisinde tüberküloz olmayan vakaların hepsini bir bütün olarak ayırır. (5)

Pnömotoraks plevra boşluğuna hava toplanmasıdır.

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi GKDC Anabilim Dalı Uzmanı.

(xx) Aynı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(xxx) Aynı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

Spontan pnömotoraksın etiolojisinde konjenital subplevral amfizem bülüyirtılması ilk sırayı işgal eder. daha sonra akciğer tüberkülozu, akciğer malignensisi ve diğer bazı hastalıklar gelir.

Spontan pnömotoraksın en çok görülen nedenlerinden alveoler hava kistleri; Alveol duvarlarının çeşitli nedenlerle yırtılması sonucu alveoler boşlukların birleşmesi ile oluşan ince cidarlı subplevral ve komplikasyonları ile belirti veren kistlerdir. (6)

Tasnifi: A- Soliter alveoler kistler.

I- Büyümeyen kistler: a) Blister (0'5-1 cm)

b) Bleb (1 - 2 cm)

c) Bül (3 - 6 cm)

2- Büyümeye meyilli kistler (Pnömatosel)

B- Diffüz alveoler kistler

Diffüz kistik amfizem

SEMPTOMLAR:

Başlıca klinik belirtileri göğüs ağrısı ve dispnedir. % 75 vakada hastaların en çok yakındığı. göğüs ağrısı vardır. Ağrı çok kez ani ve şiddetli olarak başlar. Çoğu zaman intraplevral boşlukta hava ile birlikte kan ve sıvı toplanır. Dispneik hastalarda siyanoz taşikardi, huzursuzluk ve hava açlığı şikayetleri olabilir.

Pnömotarks tanısı çok kez fizik inceleme ile konabilir. Hasta hemitoraks daha genişlemiş olup perküsyonla timpanizm ve oskültasyonla solunum seslerinde azalma vardır.

Spontan pnömotoraksın tipik semptomatolojisi belirli bir sebep olmadan birdenbire başlayan yan ağrısı ve nefes darlığıdır. Bazı durumlarda septomlar yumuşak olabilir. Bu hastalar anormal durumun varlığından habersizdirler Ve pnömotoraks röntgen bulgusu ile tesbit edilir. Başlangıç faktörü plevral yapışıklıkla subplevral dokunun ıkınma, öksürme zorlanma esnasında zayıf bir yerinden çekilmesiyle olabilir. (6)

TEŞHİS METODLARI

Spontan pnömotoraksın nedeni akciğerde yer işgal eden tüboeküloz kaverni veya akciğer malignensisi gibi bazı patolojik durumları teşhis etmede akciğer sintigrafisi ve pulmoner arteriogram önem taşır.

Akciğer fonksiyon testleri bilhassa büllöz amfizemin ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının neden olduğu spontan pnömotoraks vakalarında önemlidir.

Radyolojik bulgular.

Pnömotoraksın radyolojik teşhisi visseral plevranın sınırının görülmesiyle doğrulanır. Kollabe akciğerin yoğunluğu çok kez diğer akciğerden değişik değildir. Çünkü intraplevral boşluğa hava dolup ve ilgili akciğerin kollabsı giderek artarken kan akımı bu gelişmeye bağlı olarak azalır. Böylece hava ve kan arasındaki kontrast görünüm değişmez. Ancak akciğerin kollabsı önemli derecede olduğu takdirde içerisindeki hava azalarak radyografide daha yoğun görülür. İntraplevral hava azolduğu zaman visseral plevranın sınırı belirgin olmayabilir. Böyle bir vakada maksimal ekspirasyonda film çekilirse akciğer hacminin küçülmesinden dolayı visseral plevranın sınırı daha net görünür. Pnömotoraks şüphesi olan hastalarda objektif tanı için uygulanan diğer bir radyolojik yöntem ise lateral dekübitis pozisyonunda göğüs grafisi çekilmesidir. Bu pozisyonunda hava apikal bölgeden çok göğüsün lateral duvarına doğru toplanır.

Tomografik inceleme hafif akciğer kollabsına neden olan spontan pnömotoraks tanısına yardımcı olur. Bu tür hafif spontan pnömotorakslar küçük hava-kistlerinin yırtılmasına bağlıdır.

KOMPLİKASYONLARI:

İnaplevral hava fazla ise özellikle tansiyon pnömotortarks vakalarında trakea ve mediasten karşı tarafa itilir. Eğer bir bit yırtılması söz konusu ise hastada hemotoraks görülebilir. Hastada solunum yetersizliğine bağlı hipoksi, hiperkapni görülür. Eğer bilateral ise tehlikeli olabilir.

TEDAVİSİ:

Tedavisi kollabsın derecesine; plevra içerisindeki basınca hastanın şikayetlerine bağlı olmak üzere değişik olmaktadır.

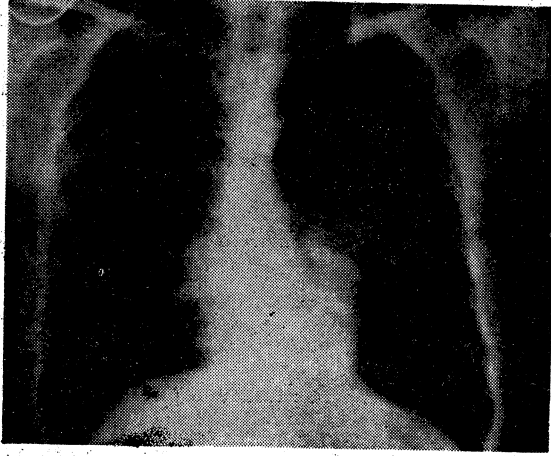
a) Akciğerin % 25 veya daha az bir kısmını kollabe etmişse, şahısta çok az bir şikayete yol açmışsa muhafazakar kalınabilir. Az miktardaki hava kendi kendine ve odukça kısa bir zamanda rezorbe olabilir. Bir kaç hafta yatak istirahat ve fizik muayenelerden kaçınmak yeterli olabilir.

b) Plevra boşluğunda toplanan hava akciğerin % 25'inden fazlasını kollabe etmişse hastaya şiddetli yan ağrısı solunum zorluğu vermekte ise havanın boşaltılması gerekecektir. Boşaltma önce iğne ile denenebilir. Ancak bir kliniğimizde genellikle bu yola başvurmuyoruz. Çünkü iğne ile yapılan boşaltma sırasında pnömotoraks daha da arttırılabilmektedir. Bu vakalardan apekse yakın bir bölgeden iki veya üçüncü interkostal aralıktan sternumun iki parmak dış tarafından trokar yardımı ile birden konur, kapalı su altı drenajına bağlanır.

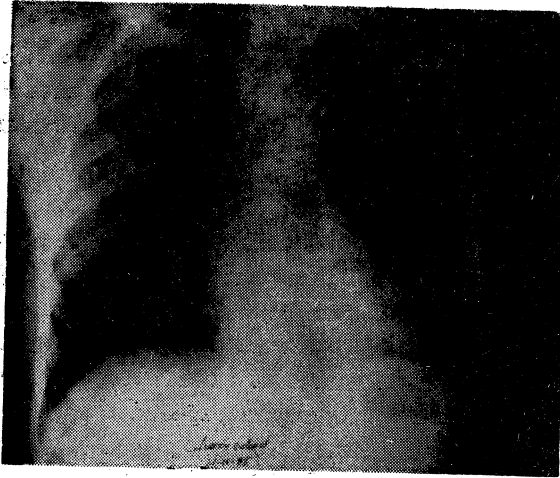
c) Bütün anlatılan tedbirlere rağmen akciğerin açılması sağlanamazsa veya pnömotoraks tekrarlamakta ise bu takdirde cerrahi müdahale gerekecektir. To-

raks açılarak pnömotoraks sebebi ortaya çıkarılacaktır. Ufak bir kist veya bül kenar rezeksiyonu daha geniş lezyonlar segment rezeksiyonu, lobektomi vb. ile ortadan kaldırılır. (6)

Hastaların büyük bir kısmında göğüs tüpü uygulamasıyla yapılan 24-72 saatlik pleural drenaj hava kaçağının tıkanması ve reekspansiyonun temini için yeterlidir. (Resim-1,2).



Resim 1- Sol hemitoraksta total pnömotoraks ve mediasteninin karşı tarafa itilmesi görülmektedir.



Resim 2- Sol akciğerin göğüs tüpü takıldıktan sonra tamamen ekspanse olduğu görülmektedir.

Hava kaçağı göğüs tüpü yoluyla 7-10 gün devam eden hastalarda nedenleri ortadan kaldırmak için açık torakotomi gerekebilir. Aynı zamanda plevral yapışıklıkların yok edilmesini sağlamak için dekortikasyon işlemi yapılmalıdır. Pnömotoraks vuku bulan hastaların % 30'unda rekürrens meydana gelir. İkinci bir olaydan sonra üç ve dördüncü rekürrens ihtimali yarı yarıyadır. İkinci olayda açık torakotomi ihtiyatlı tavsiye edilmelidir. Üçüncüden sonra açık torakotomi endikasyonu kesindir. (4)

Gerçekte idiopatik spontan pnömotoraks hemen daima visseral plevranın altında veya içinde hava ihtiva eden bir yerin rüptürü sonucu oluşur. Bu genellikle plevral bir blebdir. Nadiren 1-2 cm. çapından daha büyüktür, genellikle akciğerin apeksinde bulunur. Bleb bulunan vakalarda genellikle onun bir kist şeklinde akümüle olduğu yerde visseral plevranın fibröz dokuları arasında bir alveolün rüptürüyle ortaya çıkan havanın interstisyel doku içerisinden yayılması sonucu şekillendiği ifade edilir. Alveolleri rüptüre olan mekanizması ve interstisyel amfizem gelişmesi açıklanamamıştır. (2)

Hava kaçağının devam etmesi nedeniyle torakotomi yapılan vakalarda hava kaçağı geniş bir yüzeyden meydana geliyor ve hava kaçaklarını bülleri bağlamak ve dikmek yöntemiyle kontrol etmek mümkün değilse ve bu işlemden sonra akciğer toraks boşluğunu dolduramıyorsa paryetal plevra intratorasik fasiyadan soyularak büllöz akciğer üzerine yapıştırılır. Bu ameliyat yöntemiyle hem hava kaçakları önlenir hemde toraks içerisinde boşluk kalması önlenir. (7)

SUMMARY

(SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX)

Spontaneous pneumothorax occurs in young males mostly. The patients refer to hospital with chest pain. They are generally workers of farmers. But there is not a relation with professions in the literature.

KAYNAKLAR

- 1- Debrins, WC., Wolfe, WG.: The management of spontaneous pneumothorax and bullous emphysema. Surg. Clin. Nort. Am. 60: 851 1980.
- 2- Frasier, RC., Pare, IA.: Pneumothorax in diagnosis of diseases of chest. Philadelphia WB Saunders, 1979.
- 3- Gazioğlu K.: Akciğer Hastalıkları. Cild-1, Tek Ofset Matbaası, İstanbul, 1978.
- 4- Schwartz, Shires. Spencer, Starer. Principles of Surgery. Third edition. Chapter-17; 692, 1979.

5- Stanley, B., Getz jr, MD., Walter, E., Beasle, MD Racks. The American journal of Surgery Volume, 145 june, 1983.

6- Vardar, A.: Göğüs Hastalıkları. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları. Cild: 6, Sayfa: 308. Sermet Matbaası, İstanbul, 1975.

7- Yalav, E., Ökten, İ., Urak, G.: Spontan Pnomotoraksın cerrahi tedavisinde yeni bir ameliyat metodu. A. Ü. Tıp Fak. Mecm. 27: 671. 1974.