

Şok Tablosuyla Acil Servise Getirilen Spontan Hemopnömotoraks Olgusu

Spontaneous hemopneumothorax case that presented to the Emergency Department in shock state

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010;10(4):194-197

Ali KARAKUŞ,¹ Hayati KANDIŞ,² Ahmet GÜNGÖR,³ Mustafa ŞAHAN,⁴ Ertan SÖNMEZ⁵

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce

³Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Kırıkkale

⁴Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Elazığ

⁵Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Acil Servisi, Samsun

ÖZET

Spontan hemopnömotoraks, spontan pnömotoraksli hastalarda plevral boşluğa kanama sonucu oluşan hayatı tehdit edici nadir bir durumdur. Literatürde spontan pnömotoraksli vakalara sık karşılaşılmamasına rağmen spontan hemopnömotoraks vakalarının sayısı azdır. Bu yazıda, şok tablosu ile acil servise getirilen ve spontan hemopnömotoraks tanısı alan bir olguyu paylaşmak istedik.

Anahtar sözcükler: Acil servisi; spontan hemopnömotoraks; şok.

SUMMARY

Spontaneous hemopneumothorax is a rare medical entity in which bleeding into the pleural space causes life-threatening condition in patients. Even though spontaneous pneumothorax cases are more commonly referenced in the literature, spontaneous hemopneumothorax is rarely encountered in clinical practice. We aimed to report a patient who presented to the emergency department in the state of shock and was diagnosed as a spontaneous hemopneumothorax.

Key words: Emergency department; spontaneous hemopneumothorax; shock.

İletişim

Dr. Ali KARAKUŞ

Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi
Acil Servisi, 31100 Hatay, Turkey.

Tel: +90 - 326 - 229 10 00 / 2602

Elektronik posta: drkarakus@yahoo.com

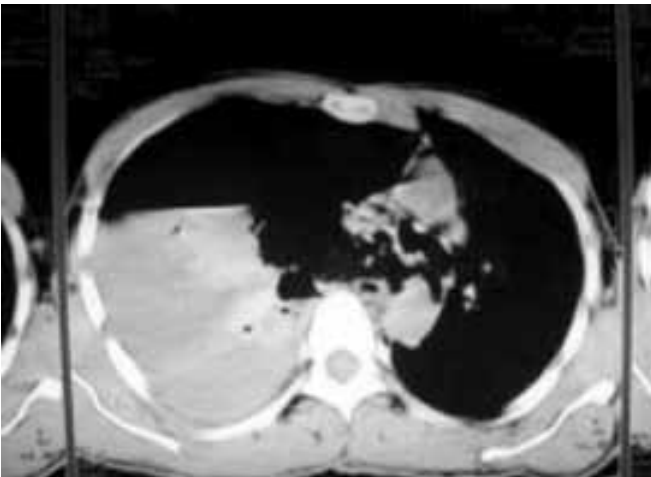
Giriş

Spontan hemopnömotoraks (SHP), genellikle spontan pnömotoraksın nadir bir komplikasyonu (%2-20) olarak plevral alana aktif kanama sonucu görülen, hayatı tehdit edici, mortalite oranı yüksek, erken tanı ve tedavi gerektiren acil bir durumdur.^[1-3] SHP'nin mortalitesi geçmiş yıllarda %33 olarak rapor edilmesine karşın günümüzde erken tanı ve uygun tedavi ile büyük oranda iyileşme gözlenmektedir.^[1,4,5]

Acil servise travmatik olmayan şok tablosu ile başvuran hastalarda spontan hemopnömotoraks nadir görülen ve ilk başta akla getirilmesi zor olan bir acildir. Biz, yazımızda sık rastlanmayan bir hastalığı raporlayıp bu konuda acil servis hekimlerinin dikkatini çekmeyi amaçladık.



Şekil 1. Geliş ön-arka akciğer grafisi.



Şekil 2. Gelişte toraksın bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

Olgu Sunumu

Kırk iki yaşında erkek hasta aniden başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleriyle bir tıp merkezine başvurmuş, oradan pnömoni ve ileus ön tanıları ile hastanemize sevk edilmişti. Hastanın öyküsünde travma, kanama diyatezi, ilaç alımı ve akciğer hastalığı gibi bilinen bir hastalığı yoktu. Yirmi yıldır günde 1 paket sigara içimi mevcuttu.

Acil serviste hastanın genel durumu orta-kötü, konfüze, kan basıncı 90/60 mmHg, nabızı 120 atım/dakika, solunum sayısı 20 soluk/dakika, ateşi 36.5°C olarak tespit edildi. Deri ve mukozalar soluk, dispneik olan hastanın dinlemekle sağda solunum sesleri yoktu ve aynı tarafta perküsyon muayenesinde matite tespit edildi. Hastanın diğer fizik muayene bulguları doğaldı.

Beyaz küre 16.5 K/uL (4-11), hemoglobin 10.4 g/dl (14-18), hematokrit %31.7 (35-50), trombosit 225 K/uL (150-420) saptandı. Kan glukozu, elektrolit değerleri, böbrek fonksiyon testleri, PT, PTT ve INR değerleri normal sınırlarda idi. Arka-ön akciğer grafisinde, sağ akciğer havalanmasının kaybına bağlı yaygın opasite artışı tespit edildi (Şekil 1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde ise sağ akciğerde, içerisinde hava sıvı seviyesi ve sola doğru mediastinal şift görüldü (Şekil 2).

Hastaya iki damar yolu açıldı, monitorize edildi ve serum fizyolojik ile sıvı tedavisi başlandı. Torasentez ile defibrine hemorojik sıvı alınmasının ardından hastanın spontan hemopnömotoraks olduğu düşünüldü ve toraks tüpü



Şekil 3. Tüp torakostomi sonrası ön-arka akciğer grafisi.

yerleştirilip kapalı su altı drenajı uygulandı (Şekil 3). Stabil hale getirilen hasta göğüs cerrahisi adına yoğun bakıma yatırıldı. 2200 ml hemorojik vasıfta mayi aşamalı olarak 4 saat boyunca direne edildi. İlk gün 2 ünite eritrosit transfüzyonu yapılan hasta, 7 gün boyunca takip edildi. Bu süre içerisinde hematokrit değerleri düzelen, kapalı su altı drenajından aktif kanaması olmayan ve akciğer ekspansiyonu sağlanan hasta taburcu edildi. Yaklaşık bir ay sonraki kontrolünde, akciğer grafisinde sinüs kapanıklığı şeklinde koleksiyon saptanan hastanın tekrar yatışı yapılarak takibe alındı. Torasentez ile ksantokromik sıvı tespit edilen hastaya tüp torakostomi uygulandı ve 300 ml sıvı direne edildi. Üç gün boyunca takiplerinde drenajından sıvı gelmeyen ve tam radyolojik düzelme saptanan hastanın toraks tüpü çekilerek taburcu edildi. Hastanın 6 aylık poliklinik kontrollerinde tekrarlama görülmedi.

Tartışma

Spontan hemopnömotoraks, spontan pnömotorakslı olguların plevral kavitelerinde 400 ml'den daha fazla kan toplanması olarak tanımlanmıştır. SHP ilk olarak 1828 yılında Laennec tarafından yapılan bir otopside tanımlanmış olup literatürde az rastlanan bir durumdur.^[1] Çalışmalarda spontan pnömotoraksın ve komplikasyonu olabilecek hemotoraksın, sıklıkla subplevral yerleşimli küçük bleplerin patlaması ile oluşabileceği, genellikle genç, sigara içen erkeklerde gözlenebileceği ve sigaranın akciğerde oluşturduğu hasar sonucu sıvı toplanmasını kolaylaştıracağı belirtilmiştir.^[6] Sağ akciğerde görülme sıklığı soldan fazla iken iki taraflı görülme sıklığı ise %10 civarındadır.^[7] Biz de hemopnömotoraksın sağ akciğerde görüldüğü, erkek ve sigara kullanma alışkanlığı olan bir olguyu sunduk.

Semptomları ve fizik muayene bulguları, spontan hemotoraksı oluşturan nedenlere bağlı olarak değişkenlik gösterir.^[8] Plöro-pulmoner bir patoloji nedeni ile birbirine yapışmış visseral ve parietal plevraların ayrılmasında da çoğu kez pnömotoraksla birlikte olan hemotoraks görülür.^[2] Hemopnömotoraksa bağlı toraks boşluğuna aşırı kan toplanması nedeniyle hastalar şok tablosuna gidebilir.

Şok, acil servislerde hemen tanınması ve ayırıcı tanısının yapılması gereken hayatı tehdit eden önemli bir durumdur. Travma olmaksızın açıklanamayan hipovolemi, nefes darlığı ve tek taraflı solunum seslerinde azalma durumunda, acil hekimleri hayatı tehdit eden SHP'yi akla getirmeli ve erken müdahale edilmelidir. Bir çalışmada 363 spon-

tan pnömotorakslı hastanın 24'ünde SHP gelişmiş olup bu hastaların 11'inde sıvı ve kan transfüzyonu gerektiren hipovolemik şok geliştiği bildirilmiştir.^[9] Sunulan olgunun nabızı yüzeysel, deri soğuk soluk, hipotansif ve şok indeksi 1'in üzerindeydi. Hasta şok tablosunda değerlendirilip monitorize edilerek her iki koldan damar yolu açıldı, sıvı ve kan ile desteklenerek klinik düzelme sağlandı.

SHP'de tanı fizik muayene bulguları ve akciğer grafisi ile konulabilir. Arka-ön akciğer grafisinde pnömotoraks hattı ve bazalde seviye veren pleural sıvı görülebilir. Bizim olgumuzdaki gibi bir hemotoraks mayi ile tamamen kapanırsa tanı koymak zor olabilir. Bu durumda ayırıcı tanı için bilgisayarlı toraks tomografisi planlanabilir.^[2,3] Bizim olgumuzda arka-ön akciğer grafisinde sağ akciğerde halalanma kaybı, opasite artışı ve mediastinal shift tespit edildi. Toraks tomografisinde de sağ akciğer kesitlerinde içerisinde saptanan hava sıvı seviyesi, bize olgunun spontan hemopnömotoraks olabileceğini düşündürdü.

Tedavide, öncelikle tüp torakostomi uygulanmalı, kan kaybına bağlı hipovolemik şoka gidişi önlemek için hızla sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır.^[1,2,10,11] 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.^[1,12] Hacıibrahimoğlu ve ark.'nın^[12] yaptığı çalışmada 9 hemopnömotoraks gelişen olgunun 7 tanesi tüp torakostomi ile konservatif olarak tedavi edilirken 2 olgu VATS ve torakotomi ile tedavi edilmiştir. Takip ettiğimiz olguda tüp torakostomi ile ilk drenajda 2200 ml hemorojik vasıfta sıvı direne olmasına rağmen devamında drenaj olmadığı için torakotomi ve VATS'a ihtiyaç duyulmadı.

Sonuç

Şok tablosuyla acil servise getirilen beraberinde nefes darlığı ve göğüs ağrısı olan hastalarda ayırıcı tanıda SHP'ye bağlı hipovolemik şok düşünülmelidir. Hayat kurtarıcı sıvı resüsitasyonu ve tüp torakostomi zaman kaybetmeden gerçekleştirilip, yoğun bakımda monitarizasyonu sonrası hastalar tam iyileşme ile taburcu edilebilirler.

Kaynaklar

1. Kandış H, Güngör A, Katırcı Y, Deniz H, Deniz T. Spontaneous hemopneumothorax observed in a healthy young. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2008;7:46-8.
2. Tatebe S, Kanazawa H, Yamazaki Y, Aoki E, Sakurai Y. Sponta-

-
- neous hemopneumothorax. *Ann Thorac Surg* 1996;62:1011-5.
3. Calvin SH Ng, Anthony PC Yim. Spontaneous hemopneumothorax. *Curr Opin Pulm Med* 2006;12:273-277.
 4. 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.
 5. Hwong TM, Ng CS, Lee TW, Wan S, Sihoe AD, Wan IY, et al. Video-assisted thoracic surgery for primary spontaneous hemopneumothorax. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26:893-6.
 6. Melton LJ 3rd, Hepper NG, Offord KP. Incidence of spontaneous pneumothorax in Olmsted County, Minnesota: 1950 to 1974. *Am Rev Respir Dis* 1979;120:1379-82.
 7. Donovan PJ. Bilateral spontaneous pneumothorax: a rare entity. *Ann Emerg Med* 1987;16:1277-80.
 8. Kollef MH. Loculated hemopneumothorax of a major fissure in patients with COPD and associated pleural disease. *Chest* 1990;97:873-6.
 9. Wu YC, Lu MS, Yeh CH, Liu YH, Hsieh MJ, Lu HI, et al. Justifying video-assisted thoracic surgery for spontaneous hemopneumothorax. *Chest* 2002;122:1844-7.
 10. Abyholm FE, Storen G. Spontaneous haemopneumothorax. *Thorax* 1973;28:376-8.
 11. Deslauriers J, Leblanc P, McClish A. Bullous and bleb diseases of the lung. 3rd ed. Philadelphia: Thomas W. Shields; 1989. p. 745.
 12. Hacıbrahimoglu G, Cansever L, Kocaturk CI, Aydogmus U, Bedirhan MA. Spontaneous hemopneumothorax: is conservative treatment enough? *Thorac Cardiovasc Surg* 2005;53:240-2.