

# Spontan Pnömotoraksın Tanı ve Sağıtımı

Dr. Fahri ÖZCAN\*  
Dr. Hüsnü SEZER\*  
Dr. M. Ertem KALAYCIOĞLU\*\*  
Dr. Hayati ÖZKAN\*  
Dr. Erdal BAÇÇIOĞLU\*  
Dr. İ. Ayhan ÖZDEMİR\*\*\*

## ÖZET

Sıklıkla 20-40 yaş grubunda görülen spontan pnömotoraks erken tanı ve etkin sağıtım gerektirir. Geç kalındığında büyük sorunlar doğurur. Sağıtımda interkostal tüp ve su altı drenaj geçerli yöntemdir.

1977-1982 yılları arasında kliniğimizde sağıtımı gerçekleştirilen 188 olgudan, yalnızca 9'unda pnömotoraks tekrarlamıştır. Bunlardan 5'ine ikinci kez tüp torakotomi uygulanmış, 4'ü operasyona alınmıştır.

## SUMMARY

### The Diagnosis and Treatment of Spontaneous Pneumothorax

*Spontaneous pneumothorax might be an emergency condition and is usually due to rupture of subpleural blep or bulla. It occurs commanly in men in the second and fourth decades of the life. Tube thoracostomy is the main approach to the patients who have spontaneous pnomothorax. 188 patients have been treated with tube thoracostomy and nine cases had repeated pnomothorax. Four of the nine had thoracotomy and pleural aberation. It is most importent to distinguish spontaneous pneumothorax from a giant pulmonary cyst to avoid unnecessary compli-cations.*

Spontan pnömotoraks, visseral plevranın bütünlüğünü yitirmesi sonucu pleval boşluğun kendiliğinden serbest hava ile dolması şeklinde tanımlanabilir. İlk kez Itard tarafından (1803) gözlemlenmiştir <sup>1</sup>. Gerçek anlamda tanımlanması ise Laennec (1826) tarafından yapılmıştır <sup>2</sup>.

\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Birimi Araştırma Görevlisi

\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Birimi Uzmanı

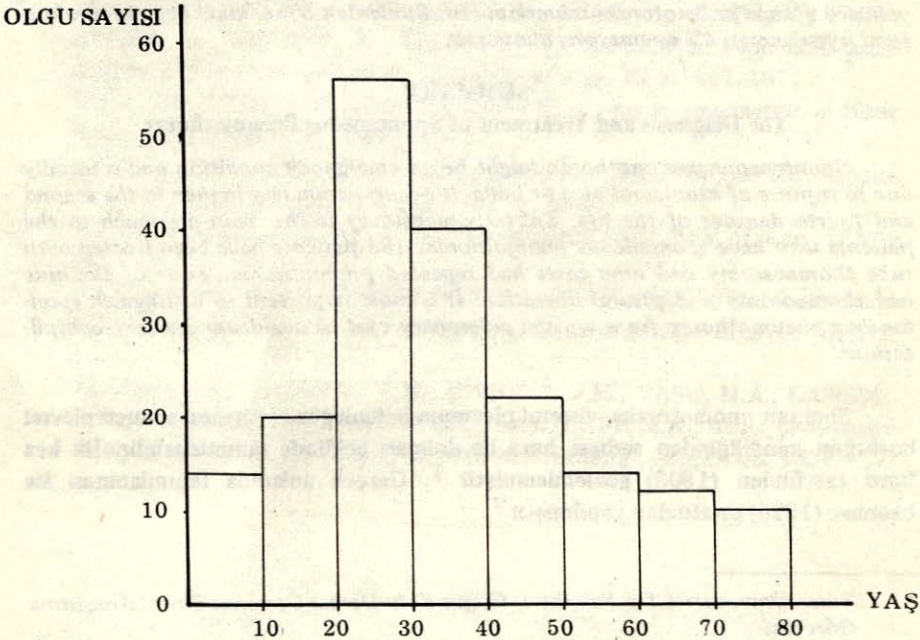
\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Birimi Doçenti, F.A.C.S.

Etken uzun süre tartışılmıştır. Kjaergaard (1932) 51 olguyu içeren çalışmasında spontan pnömotoraks nedeni olarak aktif tüberkülozu göstermiştir<sup>3</sup>. Ancak, Leggett ve Arkadaşları mantoux testi ile aynı serideki olguların ancak % 50'sinde tüberküloz saptayabilmişler, diğer yarısında etkenin tüberküloz olmadığını belirtmişlerdir<sup>4</sup>. Böylelikle spontan pnömotoraksın tüberküloz nedenli olabileceği gibi tüberküloz dışı etkenlerle de oluşabileceği ortaya konmuştur.

Sağıtımda uzun yıllar torasentez tek yöntem olarak kullanılmıştır. Rapport bir çalışmasında 6 haftalık süre içinde tekrarlanan torasentezlere karşın olguların % 30-40'ında tekrarlama oluştuğunu vurgulamıştır<sup>5</sup>. Çeşitlilik gösteren intraplevral iğne ve su altı drenaj girişimlerinin geliştirilmesi sonucu Gobbel günümüzde uygulanan interkostal tüp ve su altı drenajının (tüp torakostomi) ana prensiplerini belirlemiştir.

### GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde 1977-1982 yılları arasında spontan pnömotoraks tanısı konulan olguları arda dönük olarak inceledik. Sözü edilen 5 yıllık süre içerisinde 166'sı erkek 22'si kadın olmak üzere toplam 188 olgunun sağıtımı gerçekleştirildi. En küçüğü 1 günlük, en büyüğü 70 yaşında olup yaş ortalamaları 31 olan olgularda hastalığın sık görüldüğü yaş grupları 20-30 ve 30-40 olarak saptandı (Şekil 1). Yakınmalarının başlangıcı ile kliniğe başvuruları arasında geçen sürelerinin değerlendirilemediği olgularda belirgin yakınmalar yan ağrısı ve nefes darlığı idi (Tablo I).



Şekil I : 188 spontan pnömotoraks olgusunun yaşlara göre dağılımı

**Tablo: I**  
**Olguların Geliş Yakınmaları**

Yakınmalar	Olgu Sayısı
Nefes darlığı + yan ağrısı	94 (% 50)
Yan Ağrısı	46 (% 25)
Nefes darlığı	38 (% 20)
Öksürük	4 (% 2)
Yakınmasız	6 (% 3)

Olguların 135'inde taşikardi (nabız sayısı 120/dak üzerinde) 106'sında takipne (solunum sayısı 40/dak üzerinde) 128'inde siyanoz saptandı. 90'ında sağda, 45'inde solda olmak üzere 135 olguda bir hemitoraks solunuma katılmamakta ve dinlemekle aynı tarafta solunum sesleri alınmamaktaydı. 22'sinde sağda, 20'sinde solda olmak üzere 42 olguda bir hemitoraks solunuma yetersiz katılmakta ve dinlemekle aynı tarafta solunum sesleri azalmış olarak alınmaktaydı. 11 olguda ise iki taraflı olarak solunum sesleri azalmıştı. Kalp tepe atımları 18 olguda sola doğru yer değiştirmişti. 10 olguda ise orta çizgi üzerinde işitilmekteydi.

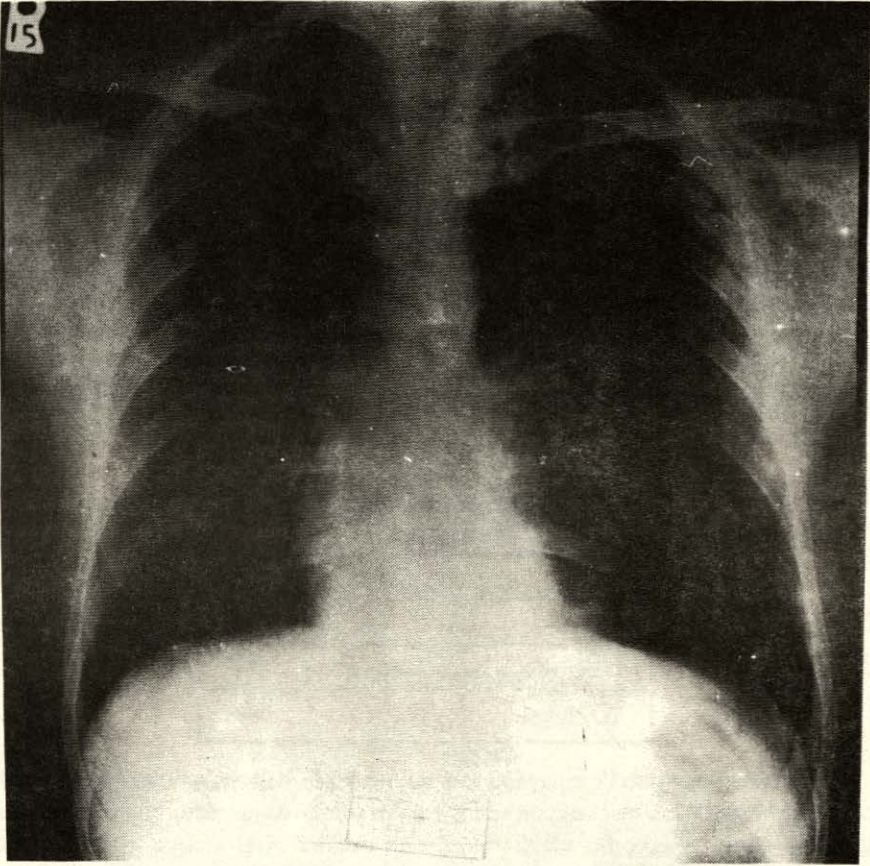
İki yönlü olarak çektilen akciğer radyogramlarında 112 olguda sağda 65 olguda solda, 11 olguda ise iki taraflı pnömotoraks gözlenmekteydi (Tablo II). 18'inde sola, 10'unda sağa doğru olmak üzere 28 olguda mediasten yer değiştirmiştir (Resim 1, 2).

**Tablo: II**  
**Olgularda Pnömotoraksın Anatomik Dağılımı**

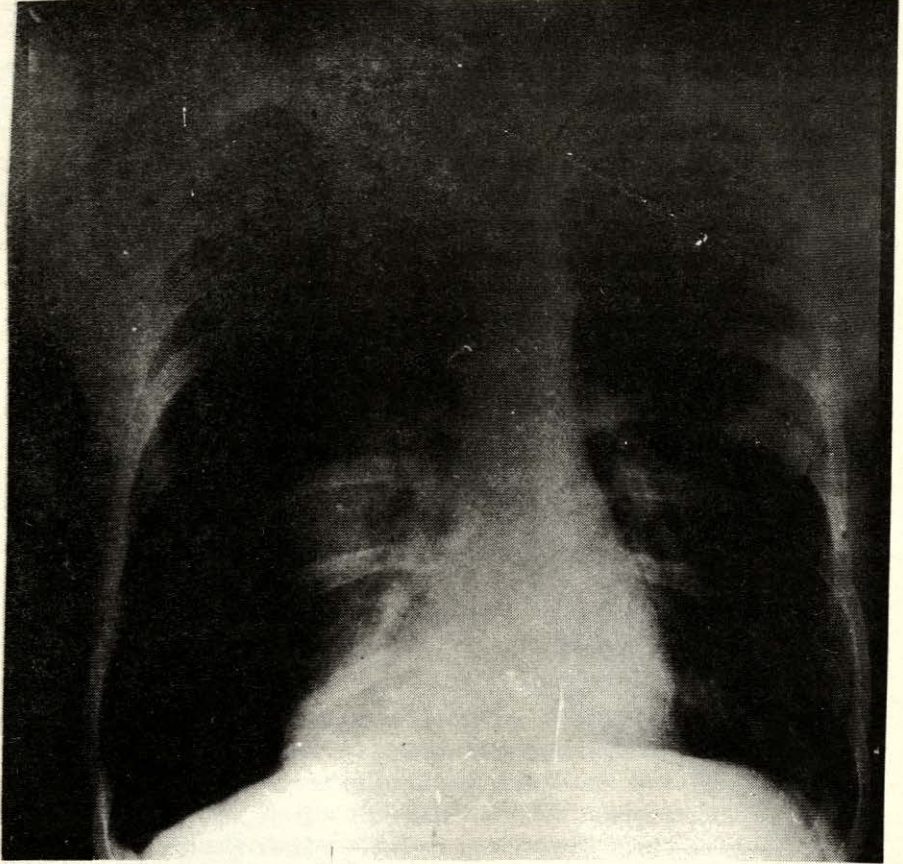
Sağ. ....	112
Sol. ....	65
İki taraflı. ....	11
TOPLAM. ....	188

Klinik ve radyolojik muayene sonrası olgularda tüberküloz olduğu kesinlikle bilinenler dışında kalanlara uygulanan işlem tüp torakostomi oldu. Tüp torakostomi kliniğimizde 5. interkostal aralık ön ve orta aksiller çizgi arasından yapılmakta, ardından iki yönlü akciğer radyogramları alınarak tüpün konumu gözlenmektedir. Tüp torakostomi sonrası yatak istirahati ve solunum fizyoterapisine alınan hastalar 2-3 günlük aralıklarla çektilen akciğer radyogramları ile izlendiler (Resim III). Olgularımızda interkostal tüp ve su altı drenajı en kısa 3 gün en uzun 6 hafta olarak saptandı.

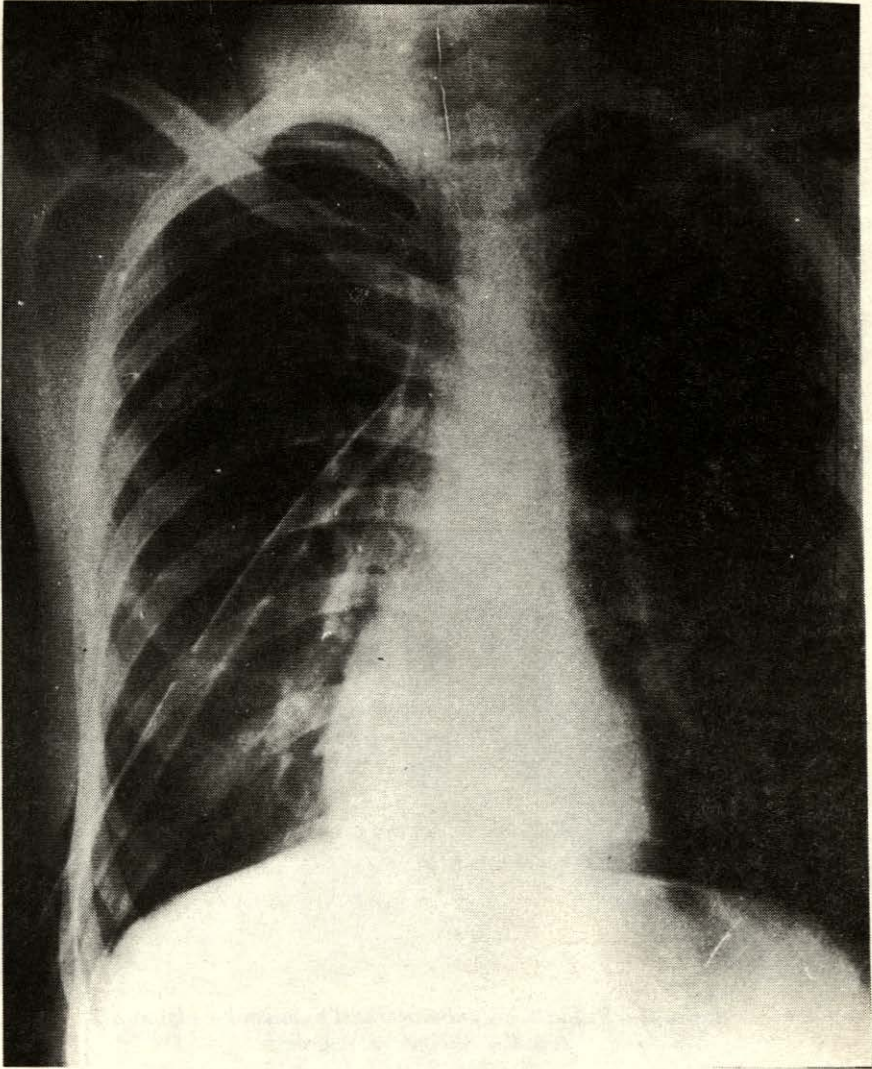
Etkene yönelik çalışmalar sonucu 188 olgudan 15'inde tüberküloz, 5'inde doğumsal hava kistleri, 1'inde lenfoma, 2'sinde metastatik akciğer tümörü, 2'sinde sepsis pnömotoraks nedeni olarak ortaya çıkarıldı (Tablo III).



*Resim I : Solda % 80 pnömotoraksı bulunan bir olgunun  
pelis PA Akuper radyogramı*



*Resim II : Sağda % 85 pnömotoraksı bulunan bir olgunun  
pelis PA Akciğer radyogramı*



*Resim III : Spontan pnömotorakslı olguda  
Tüp torakostomi sonrası kontrol PA Akciğer radyogramı*

**Tablo: III**  
**Olgularda Etkene Yönelik Çalışma ile Ortaya**  
**Çıkarılabilen Pnömotoraks Nedenleri**

Tbc. ....	15
Doğumsal hava kistleri .....	2
Metastatik Akc. tm. ....	2
Lenfoma .....	1
Sepsis .....	2

Tüp torakostomi uygulanan olgulardan 9'u dışındaki 179'unda ilgili taraf akciğerinde tam açılma sağlandı. Pnömotoraksı tekrarlayan 9 olgudan 5'ine ikinci kez tüp torakostomi uygulandı. Geri kalan 4 olgudan 2'sinde akciğerler yeterince açılmadığı ve plevrada kalınlaşma geliştiğinden dekortikasyon ile iyilik sağlandı. Diğer 2'sinde varolan hava kistlerinin tümü açılarak pleval operasyon ile akciğerlerin göğüs duvarına yapışmaları gerçekleştirildi (Tablo IV).

**Tablo: IV**  
**188 Olguda Alınan Sonuçlar**

Tüp torakostomi ile tam iyileşme .....	179
İkinci kez tüp torakostomi .....	5
Dekortikasyon .....	2
Plevral aberasyon .....	2
Exitus .....	—

Olgularımızın tümü sağlıklı olarak yaşamlarını sürdürmektedirler.

### TARTIŞMA

Spontan pnömotoraks genellikle 20-40 yaş grubunda görülür. Erken ve etkili sağıtımı, yeterince izlemeyi gerektirir. Primer ve sekonder olarak iki grupta toplanabilirler. Primer spontan pnömotoraks pleval büll yada bileplerin patlaması sonucu visseral plevranın yırtılarak pleval boşluğa hava dolmasıyla oluşur. Sekonder spontan pnömotorakslarda ise önceden geçirilmiş yada devam etmekte olan akciğer enfeksiyonları, obstruktif akciğer hastalıkları sorumlu tutulmaktadır. Ender olarak primer yada metastatik akciğer tümörleri pnömotoraks oluşturabilirler. Killen ve Gobbel (1968) 461 sekonder spontan pnömotoraks olgusu üzerinde yapmış oldukları çalışmada olguların 441'inde kronik bronşit ve amfizem, 20'sinde tüberküloz saptamışlardır <sup>6</sup>.

Serimizde etkene yönelik çalışma sonucu olgulardan 15'inde tüberküloz, 2'sinde metastatik akciğer tümörü, 5'inde doğumsal hava kistlerini neden olarak saptadık. Spontan pnömotorakslarda bulgular öncesinde var olan hastalığın ve akciğer sönmesinin derecesine bağlı olarak değişir. Semptomsuz olgular yanında yan ağrısı, ağır dispne, hipoksi ve şok (Özellikle tansiyon pnömotoraksta) görülebilir. Serimizde olguların 94'ünde (% 50) yan ağrısı ve nefes darlığı, 46'sında yan ağrısı, 38'inde

nefes darlığı vardı. Altı olgu değişik nedenlerle alınan akciğer radyogramlarında pnömotoraks görülmesi üzerine semptomsuz olmalarına karşın kliniğe yatırılmışlardı. Spontan pnömotoraksta kesin tanı akciğer radyogramı ile konulur. İlk kez oluşan ve % 20'nin altındaki pnömotorakslarda solunum güçlüğü belirmediği ve pnömotoraks yüzdesinde artma olmadığı sürece istirahat ve gözlem önerenler vardır <sup>7</sup>. % 20'nin üzerindeki pnömotorakslarda ise etkene yönelik kemoterapi ile birlikte interkostal tüp ve su altı drenajı uygulanmalıdır.

Pulmoner fonksiyonları sınırda bulunan amfizemli ve kor pulmonaleli olgularda spontan pnömotoraks (özellikle tansiyon pnömotoraks) sağıtında büyük sorunlar oluşturabilir. Sık olarak kan gazlarının bakılması yakın EKG izlemesi, yardımcı solunum gerekebilir. Gerçekleştirilen iki çalışmada 57 olguluk bir seride 10, 74 olguluk bir diğer seride ise 12 hastanın gecikmiş tanı ve yetersiz sağıtım yüzünden kaybedilmiş olmasının belirlenmesi hastalığın önemini vurgulaması yönünden anlamlıdır <sup>8,9</sup>.

İnterkostal tüp ve su altı drenaj sistemi uygulanan olgular 2-3 günlük aralıklarla akciğer radyogramları alınarak kontrol edilmelidir. Akciğer enfeksiyonu özellikle tüberküloz sonucu oluşan spontan pnömotorakslarda iki haftalık interkostal tüp ve su altı drenajı uygulamasına karşın akciğerde yeterli açılma sağlanamamış ise açık drenaj yöntemiyle enfeksiyon tümüyle kontrol altına alındıktan sonra dekortikasyon uygulamak seçilecek yöntem olmalıdır. Serimizde 2 olguda bu yolla tam iyilik sağladık.

Pnömotoraksın tekrarlama durumunda yada pnömotoraks nedeni olarak doğumsal hava kistleri saptandığında uygulanacak cerrahi girişim torakotomi ile pleval aberasyon olmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. ITARD, J.E.M.G.: Sur le pneumothorax, ou les congestions gazeuses qui se forment dans la poitrine, Paris, 1803.
2. LAENNEC, R.T.H.: Traite de l'Auscultation Mediate et des Maladies des Poumons et du Coeur, 2 me ed. Paris, Chaude, 1826. 2V., XXXVI, 728 p., 4 pl.; 790 p. 11 pl.
3. KJEARGAARD, H.: Spontaneous pneumothorax in the apparently healthy. Acta. Med. Scand., Supp. 43, 1932.
4. LEGGETT, E.A., MYERS, J.A., and LEVINE, I.: Spontaneous pneumothorax report of 31 cases. Am. Rev. Tuberc., 29: 348, 1934.
5. RAPPORT, R.L., THURLOW, A.A., and KLASSEN, K.P.: Etiology and management of spontaneous pneumothorax. A.M.A. Arch Surg., 67: 266, 1953.
6. KILLEN, D.A. and GOBBEL, W.G.: Spontaneous Pneumothorax. Boston, Little Brown Comp., 1968.
7. KIRSCHER, L.T. and SWARTZEL, R.L.: Spontaneous pneumothorax and its treatment, J.A.M.A., 155: 24, 1954.
8. DINES, D.E., CLAGETT, O.T., and PAYNE, W.S.: Spontaneous pneumothorax in emphysema. Mayo Clin. Proc., 45: 481, 1970.
9. STEIER, M. CHING, N., ROBERTS, E.B., and NEALON, T.F., Jr.: Pneumothorax complicating continous ventilatory support. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 67: 17, 1974.