

## Spontaneous Tension Pneumothorax Resorbing Spontaneously

Burçin Çelik, Yasemin Bilgin Büyükkarabacak, Zeynep Pelin Sürücü

### ABSTRACT

The respiratory distress syndrome associated with transfusions is called "Transfusion Related Acute Lung Injury". It is characterized with non cardiac pulmonary edema. The most important step in management of this complication is to provide the early differential diagnosis of this condition. In this report, we aim to present a rare case of acute lung injury due to blood transfusion following gastrojejunocolic fistula of surgery.

Key words: Tension pneumothorax, spontaneous, pleura

### Kendiliğinden Rezorbe Olan Spontan Tansiyon Pnömotoraks

### ÖZET

Tansiyon pnömotoraks nadir ve hayatı tehdit edici bir durumdur. Tansiyon pnömotoraks tanısı klinik bulgularla konular ve spontan pnömotoraksların sadece %1-3'ünü oluşturur. Spontan tansiyon pnömotoraks oldukça nadirdir ve olgumuzdaki gibi fark edilmeden kendiliğinden rezorbe olması durumu daha da nadir kılmaktadır.

Anahtar kelimeler: tansiyon pnömotoraks, spontan, plevra

### Giriş

Tansiyon pnömotoraks (TP) nadir ve hayatı tehdit edici bir durumdur. TP, akciğer parankiminden veya göğüs duvarından plevral boşluğa devamlı tek yönlü hava geçişi sonucu sırayla akciğerin kollapsı, giderek artan intraplevral basınç ve mediastinal şift ile sonuçlanır (1). Tansiyon pnömotoraks tanısı genellikle klinik olarak konular ve spontan pnömotoraksta görülme oranı %1-3'tür. Etiyolojik faktörler arasında genellikle invaziv girişimler ve mekanik ventilasyon uygulaması bulunmaktadır. Spontan tansiyon pnömotoraks ise daha da nadirdir ve genellikle büllöz ve amfizematöz akciğer hastalıklarında karşımıza çıkmaktadır (1-4).

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı,  
Samsun, Türkiye

Received: 14.02.2016, Accepted: 22.02.2016

Bu makalede asemptomatik olan ve fark edilmeden kendiliğinden rezorbe olan spontan tansiyon pnömotoraks olgusunu literatür bilgileri ışığında sunduk.

### Olgu

Hematoloji kliniğinde evre IV Mantle hücreli lenfoma tanısı ile tedavi edilen 64 yaşında erkek hastada gelişen nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri nedeniyle kliniğimiz tarafından konsülte edildi. Hastanın özgeçmişinden 40 paket/yıl sigara kullanım öyküsü ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) nedeniyle inhaler tedavi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; dudaklarda hafif siyanoz,

Yazışma adresi: Doç.Dr.Burçin Çelik  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı  
Tel: (362) 312 19 19/2701, Fax: (362) 457 60 41  
E-mail: cburcin@hotmail.com



Resim. 1-Sol hemitoraksta üst ve alt lobu kollabe eden pnömotoraks, trakea ve mediyastinal yapılarda sağa deviasyon izlenmekte. 2-Sol hemitoraksta uygulanan tüp torakostomi sonrası akciğerde ekspansiyon izlenmekte. 3- Hastanın 15 gün önce çekilen direk akciğer grafisinde sol hemitoraksta mediyastinal yapıları ve trakeayı sağa iten, sol diyafragmada düzleşmeye neden olan tansiyon pnömotoraks ve mediyastinal amfizem izlenmekte.

göğüs ön-arka çapında artış, hafif bir takipne, sol hemitoraksın solunuma katılımında azalma tespit edildi. Dinlemekle solda solunum seslerinde azalma ve ekspiryumda uzama tespit edildi. Labaratuvar bulguları incelendiğinde kan sayımı ve biyokimyasal parametrelerde anormal bir bulguya rastlanmadı.

Hastanın direk akciğer grafisinde sol tarafta pnömotoraks izlendi ve hastaya sol 5. interkostal aralıktan tüp torakostomi uygulandı. (Resim 1) Tüp torakostomi sonrası göğüs tüpünden bol hava drenajı olduğu ve hastanın takipnesinin ve siyanozunun düzeldiği gözlemlendi. Kontrol direk akciğer grafisinde sol akciğerin ekspansiyon olduğu görüldü. (Resim 2) Hastanın hastanede yattığı döneme ait direk akciğer grafileri geriye dönük incelendi. On beş gün önce çekilmiş olan direk akciğer grafisinde sol hemitoraksta akciğeri totale yakın kollabe eden pnömotoraks, diyafram konturunda düzleşme, mediyastinal yapılarda ve trakeada karşı tarafa itilme izlendi. (Resim 3) Bu bulgular ile o dönemde sol hemitoraksta tansiyon pnömotoraks olduğu ve herhangi bir girişimsel tedavi uygulanmadığı tespit edildi. Hasta tekrar sorgulandığında o dönemde herhangi bir şikayetin olmadığı öğrenildi. Bu dönemde yatarak tedavi gören hastanın sadece aralıklı olarak oksijen tedavisi ve KOAH'a yönelik medikal tedavi aldığı belirlendi.

Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde; her iki akciğer üst loblarda sentrilobüler, paraseptal ve büllöz amfizem alanları, sol hemitoraksta pnömotoraks ve buna sekonder akciğerde kollaps tespit edildi. (Resim 4) Hasta tüp torakostomi sonrası uzamış hava kaçacağı nedeniyle 14 gün takip edildi, solunum fonksiyonlarının düşük olması ve ilk pnömotoraks atağı olması nedeniyle cerrahi

tedavi uygulanmadı. Akciğer ekspansiyonu sonrası talk ile kimyasal plörodezis uygulanan hastanın göğüs tüpü çekilerek ve önerilerle taburcu edildi.

#### Tartışma

Tansiyon pnömotoraks akciğer parankiminden ve/veya trakeobronşiyal sistemden plevral boşluğa tek yönlü hava kaçacağı sonucu gelişir. TP, klinik tanıdır ve radyolojik olarak doğrulanması beklenmemelidir. Klinikte; ajitasyon, solunum sıkıntısı, taşikardi ve hipotansiyon görülürken, fizik muayenede; trakeal deviasyon, tek taraflı solunum seslerinin alınamaması, perküsyonda hipersonorite tespit edilir. TP'da nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyetleri basit pnömotorakstan daha belirgindir. Boyun venlerinde distansiyon ve siyanoz geç dönemde ortaya çıkan bulgulardır (1-3).

Etiyolojisinde en sık mekanik ventilasyona bağlı barotrauma izlenmektedir (4). Diğer nedenler; travma, invaziv girişimler ve olgumuzda olduğu gibi büyük bir amfizem bülünün rüptüre olmasıdır. Tansiyon pnömotoraksta intraplevral basınç 20-30 cmH<sub>2</sub>O'ya kadar ulaşabilir, bu durumda intraplevral boşluğun acil dekompresyonu gereklidir. Hastanın solunumu rahatlatıldıktan sonra tüp torakostomi uygulanmalıdır. Gerekli müdahale yapılmaz ise hasta kaybedilebilir (3,4).

KOAH'lı hastalarda sık izlenen semptomlardan birisi olan nefes darlığı hem pnömotoraksta hem de akut alevlenme durumlarında görülebilir. Tansiyon pnömotoraksın nadir görüldüğü KOAH'lı hastalarda tanı zamanında konulmaz ise düşük akciğer kapasitesi nedeniyle ölüme sonuçlanabilir (5). Olgumuzda sol akciğerde yer alan bü-

lün rüptürü sonucu tansiyon pnömotoraks gelişmiş ancak herhangi bir semptom izlenmemiştir. Klinikte yattığı dönemde çekilen akciğer grafisinde tansiyon pnömotoraks gözden kaçmıştır. Akciğer grafilerini tekrar incelediğinde 15 gün önceki grafide tansiyon pnömotoraks tespit edilmiştir. Bu dönemde hasta sadece oksijen desteği almış ve kliniği bozulmamıştır. Olgumuzda akciğer parankiminden olan tek taraflı hava kaçağı bir dönem sonra kendiliğinden kesilmiş ve aldığı oksijen desteği ile plevral boşluktaki serbest hava emilmiştir.

Tansiyon pnömotoraks klinik olarak ciddi bir tablodur. Tanı ve tedavi başlangıcı arasındaki süre mümkün olduğunca kısa olmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi fark edilmeden ve ciddi semptomlara yol açmadan izlenmesi nadir bir durumdur. KOAH'lı ve büllöz akciğeri olan hastalarda ani gelişen nefes darlığında ve göğüs ağrısında pnömotoraks düşünülmeli ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinden destek alınmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Nadir A, Şahin E. Hemotoraks, pnömotoraks ve şilotoraks. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 2010;1:39-44.
2. Erbey A, Oruç M, Şahin A, Meteroğlu F. Tansiyon pnömotoraksı taklit eden dev bül. J Clin Exp Invest 2012;3:548-51.
3. Gökçe M, Saydam Ö, Altın R, Kart L. Giant bulla mimicking tension pneumothorax. Tub Toraks Derg 2009;57:435-8.
4. Rim T, Bae JS, Yuk YS. Life-threatening simultaneous bilateral spontaneous tension pneumothorax. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2011;44:253-6.
5. Spindelboeck W, Moser A. Spontaneous tension pneumothorax and CO2 narcosis in a near fatal episode of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Am J Emer Med 2012;30:1664.e3-e4.