

SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX SECONDARY BRONCHIAL CARCINOMA

Bronşiyal karsinomaya bağlı spontan pnömotoraks

Derya Öztürk¹, Ertuğrul Altınbilek¹, Cemil Kavalcı², Murat Koyuncu³, Fatih Çakmak, İbrahim İkizceli¹

Şişli Etfal EA Hastanesi, Acil Tıp Kliniği¹,
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp² ABD, Ankara,
Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp³ AD Karabük / Türkiye

Corresponding address: Dr. Cemil Kavalcı, cemkavalci@yahoo.com

Cer San d (J Surg Arts), 2015(1):29-31.

<http://dx.doi.org/10.14717/jsurgarts.2015.154>

ABSTRACT

Secondary spontaneous pneumothorax occurs in people with a wide variety of pulmonary pathology especially in chronic obstructive pulmonary disease, bullous emphysema, bronchial asthma, congenital cysts, malignancies, interstitial fibrosis, pneumonia and cystic fibrosis. Secondary spontaneous pneumothorax is a life-threatening condition due to underlying chronic pulmonary pathology and commonly seen in elderly patients. In this case we want to remind possibility of underlying pulmonary malignancy with pneumothorax in an elderly patient.

Keywords: Bronchial carcinoma, spontaneous pneumothorax, and emergency.

ÖZET

Sekonder spontan pnömotoraks büllöz anfizem, konjenital kist, tümörler, interstisiyel fibrozis, pnömoni ve sistik fibrozis gibi kronik obstrüktif hastalıkları takiben daha fazla görülmektedir. Sekonder spontan pnömotoraks hayatı tehdit eden bir patoloji olup yaşlılarda daha sık görülmektedir. Bu vaka nedeniyle malignitelere bağlı olarak gelişen bir olguyu irdeledik.

Anahtar kelimeler: Bronş kanseri, spontan pnömotoraks ve acil.

GİRİŞ

Spontan pnömotoraks, primer ve sekonder pnömotoraks olarak sınıflandırılır. Primer spontan pnömotoraks da travma hikayesi ya da akciğer yapısında herhangi bir patoloji bulunmazken, sekonder spontan pnömotoraks özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) veya büllöz amfizem gibi pulmoner patolojiler sonucunda oluşur (1). Primer akciğer tümörlerinin nadir bir komplikasyonu olarak görülen sekonder spontan pnömotoraks olgusuna dikkat çekmek istedik.

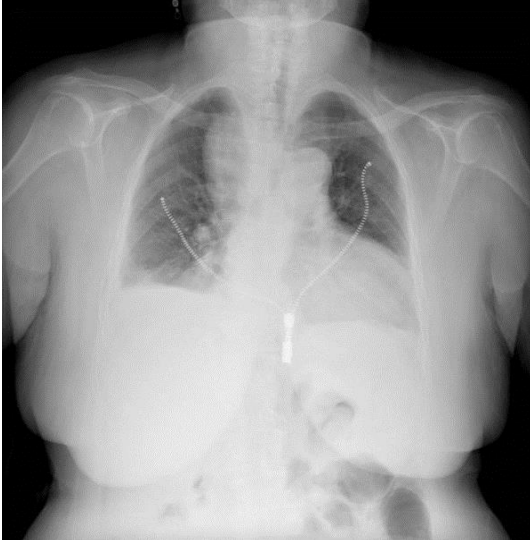
Olgu

Elli yaşında erkek hasta, beş gündür şiddeti artan nefes darlığı, sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı ile

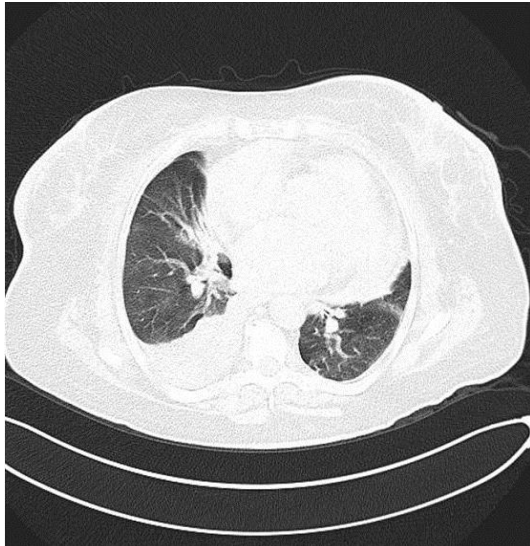
acil servise başvurdu. Özgeçmişinde sigara 40 paket / yıl içimi olan hastanın ek hastalığı yoktu. Yapılan fizik muayenesinde, sol akciğerde solunum sesleri alınmıyor, sağ akciğer solunuma eşit katılıyordu, ekspirasyonu uzun, ral ronküs yoktu. Kardiyak oskültasyonda S₁(+), S₂(+) ritmik ve taşikardikti. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Nabız:105/dk, TA:110/60 mmHg, solunum sayısı:22, SpO₂: %85' ti. Elektrokardiyografisi (EKG) normal sinüs ritmi ile uyumlu ve taşikardikti.

Tetkiklerinde; WBC:8300/uL, Hgb:14,1g/dL, PLT:230000/uL AKŞ:114 mg/dL, arter kan gazında Ph:7.30, pO₂:75 mmHg, pCO₂:40 mmHg olarak saptandı. Hastanın çekilen akciğer grafisinde sol hemitoraksta pnömotoraks saptanması üzerine (Resim 1), 24

F tüp ile midaksiller 4. interkostal aralıktan tüp torakostomi uygulandı. Akciğer reekspansiyonunu ve tüpün yerini değerlendirmek amacıyla çekilen kontrol akciğer grafisinde, sol akciğerin ekspansiyon olmadığı görüldü. Göğüs tüpünün yeri uygun olmasına rağmen, sıvı osülasyonunun gözlemlenmemesi ve akciğerin ekspansiyon olmaması üzerine çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde, sol ana bronşta kitle ile uyumlu görünüm saptandı, tüp uygun pozisyondaydı (Resim 2). Hastaya Göğüs Cerrahisi konsültasyonu istendi. Rijit bronkoskop ile trakea bifurkasyonuna kadar uzanan bası yapan kitle çıkarıldı, akciğer ekspansiyon oldu, endobronşiyal lezyon olan yerden biyopsi ve fırçalama işlemi yapılan hasta ileri tetkik amacıyla kliniğe yatırıldı.



Resim 1: Sol hemitoraksta pnömotoraks.



Resim 2: Sol ana bronşta kitle görünümü.

TARTIŞMA

Spontan pnömotoraks, primer ve sekonder pnömotoraks olarak sınıflandırılır. Primer spontan pnömotoraks da travma hikayesi ya da akciğer yapısında herhangi bir patoloji bulunmazken, sekonder

spontan pnömotoraks özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) veya büllöz amfizem gibi pulmoner patolojiler sonucunda oluşur (1). Sekonder spontan pnömotoraks altta yatan kronik bir akciğer patolojisinin bulunması ve hastaların genellikle ileri yaşta olması nedeniyle hayatı tehdit edici bir durumdur (2). Bizim hastamız da orta ileri yaş grubundaydı.

Belli bir hastalığa sekonder görüldüğünden altta yatan sebep tam olarak ortadan kaldırılamıyorsa tekrarlama riski bulunmaktadır (3). Sekonder spontan pnömotoraksın başlıca risk faktörü KOAH'dır. Ancak bronşial astım, konjenital kist ve büller, maligniteler, interstisyel fibrozis, pnömoni ve kistik fibrozis gibi hastalıklar da neden olabilir (4). Bizim vakamızda da primer akciğer malignitesi buna sebep olmuştu.

Sekonder spontan pnömotoraksta tedavi primer hastalığa göre daha agresiftir. "ACCP"(American Collage of Chest Physicians) kılavuzunda, böyle bir vakayla ilk karşılaşıldığında tüp torakostomi uygulanmasını ve rekürrensi önlemek için plörodezis yapılmasını önermektedir (5). Spontan pnömotoraks olgularında risk faktörleri üzerinde çok sayıda araştırma yapılmış ve pek çok risk faktörü belirlenmiştir. Ancak nüksün önceden tahmin edilmesi mümkün değildir. Bu nedenle sekonder spontan pnömotorakslı hastalarda, nüks riskini en aza indirmek için, kliniği uygun ise ilk pnömotoraks atağında torakoskopik cerrahi yöntemler veya açık cerrahi girişim önerilmektedir (6). Bizim vakamızda rijit bronkoskopi ile müdahale yeterli oldu.

Intraplevral boşluk yeterli bir şekilde drene edilir ve akciğer yeniden ekspansiyon olursa, genellikle hava kaçağı birkaç hafta içinde durabilmektedir. Göğüs tüpünden hava kaçağı olan ve/veya akciğeri ekspansiyon olmayan hastaların göğüs tüplerine negatif basınç uygulanarak akciğer reekspansiyonu desteklenmektedir. Akciğerin ekspansiyon olduğu fakat hava kaçağının uzun sürdüğü durumlarda, hastaları hem hastane enfeksiyonlarından korumak hem de hastayı taburcu edip ayaktan takibini sağlayabilmek için göğüs tüpünün ucuna takılabilen Heimlich valvi faydalı olabilir. Guo ve arkadaşları, sekonder spontan pnömotorakslı hastalarda nüks oranını % 26-50 olarak bildirmiştir. 100 vakalıklı sekonder spontan pnömotorakslı seriyi içeren çalışmada ise nüks % 15 olarak bulunmuştur (7). Akciğer kanserlerinin erken tanısında ve evrelendirilmesinde, bronkoskopik incelemenin değeri bilinmektedir.

Histolojik ve sitolojik inceleme için materyal alınmasına olanak sağlaması, fleksibl fiberoptik bronkoskopi (FOB) bronş kanseri tanısında en kullanışlı invaziv teknik yapmıştır. Bronkoskopik metodlarla bronş kanserlerinin %60-90'ına tanı konulabilmektedir. Günümüzde bronkoskop ile uygulanabilen tanı yöntemleri endobronşiyal forseps biyopsi, bronş lavajı, bronkoalveoler lavaj, bronşiyal fırçalama ve transbronşiyal iğne aspirasyonudur. Bronş kanseri tanısında birden fazla bronkoskopik yöntemin aynı anda uygulanmasının, tanı verimliliğini arttırdığı bildirilmektedir (8). Santral yerleşimli akciğer tümörleri sıklıkla seg-

mental veya subsegmental bronşlardan köken alır ve bunların çoğu skuamöz veya küçük hücreli karsinomlardır. En belirgin radyolojik bulguları; lezyonun periferinde kollaps ve obstrüktif pnömoni ile tek başına ya da bu bulgularla birlikte olabilen hiler büyümedir. Hava hapsi olması, santral yerleşimli tümöre bağlı olarak meydana gelen değişikliklerin daha nadir görülen formudur. Sübap mekanizması ile inspiyumda giren hava ekspiyumda çıkamaz ve hiperinflamasyona neden olur. Akciğer grafilinde bu bölge daha siyah olarak görülür. Çekilen ekspiyum grafisi ile lezyon tarafında hacimsel değişiklik olmazken, normal tarafta hacimsel azalma gözlenir (9). Tümörün dolaylı bulgusu olan çek-valv tipi obstrüksiyona bağlı hava hapsini ortaya koyabilir.

Hastalarda ağır obstrüktif havayolu hastalığı olduğu için distal havayollarının yoğun sekresyonlarla tıkanması alveollerin içinde hava hapsine neden olabilmektedir. Alveoler basınç interstisyel basınçtan daha fazla olduğunda, hava interstisyuma doğru hareket etmekte ve hilusa geçmekte (pnömomediasten), takiben de mediastende parietal plevradaki yırtılmalardan dolayı pnömotoraks gelişmektedir. Daha nadiren, visseral plevradaki subplevral bleblerde yırtılma da görülebilmektedir, ancak kistik fibrözlü hastalarda bleb veya kistlerin varlığıyla pnömotoraks görülmesi arasında zayıf bir ilişki vardır (10). Bizim hastamızda da, kitle bronş içinde olduğundan, hava hapsine sebep olup, pnömotoraksa yol açtığı düşünüldü.

Sonuç olarak, sekonder spontan pnömotoraks erken tanı ve tedavisi gereken bir hastalıktır. Tedavide tüp torakostomi birinci seçenek olmalıdır. Hastaların büyük çoğunluğunda tüp torakostomi ile gereken tedavi sağlanabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Schramel FM, Postmus PE, Vanderschueren RG. Current aspects of spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J.* 1997;10:1372-9.
2. Gupta D, Hansell A, Nicholas T, et al. Epidemiology of pneumothorax in England. *Thorax.* 2000;55:666-71.
3. Videm V, Pillgram-Larsen j, Ellingsen o, et al. Spontaneous pneumothorax in chronic obstructive pulmonary disease: complications, treatment and recurrences. *Eur J Respir Dis.* 1987;71:365-71.
4. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, et al. Management of spontaneous pneumothorax. *Chest* 2001;119:590-602.
5. Çelik B, Nadir A, Şahin E, et al. Nüks spontan pnömotorakslı olgularda risk faktörleri, klinik ve radyolojik değerlendirme. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg.* 2008;16:107-12.
6. Gursoy S, Yazgan S, Yapucu MU ve ark. Cerrahi tedavi uygulanan spontan pnömotorakslı olguların analizi. *Solunum Hast.* 2003;14:46-51.
7. Turkyılmaz A, Erdem AF, Aydın Y, Cinici O, Eroğlu A. Sekonder spontan pnömotoraksta tedavi: 100 olguluk tecrübe. *Eurasian J Med.* 2007;39:97-102.
8. Popovich J Jr, Kvale PA, Eichenhorn MS, et al: Diagnostic accuracy of multipl biopsies from flexible fiberoptic bronchoscopy. A comparison of central versus peripheral carcinoma. *Am Rev Respir Dis* 1982;125:521-3.
9. Berkmen YB. Tek akciğer nodülünün radyolojik ve klinik değerlendirilmesi. *TRD* 1997;249-57.
10. Flume PA. Pulmonary complications of cystic fibrosis. *Respiratory Care* 2009;54:618-27.