

# HAYATI TEHDİT EDEN NADİR BİR DURUM; SPONTAN HEMOPNÖMOTORAKS

*A RARE AND LIFE-THREATENING CONDITION: SPONTANEOUS HEMOPNEUMOTHORAX*

Mustafa Kuzucuoğlu

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs  
Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Balıkesir

## Yazışma Adresi:

Mustafa Kuzucuoğlu  
Balıkesir Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma  
Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ad Çağış  
Yerleşkesi Bigadiç Yolu 17. Km 10145  
Balıkesir - Türkiye  
E posta: mustafakuzucuoğlu@hotmail.com

Kabul Tarihi: 05 Temmuz 2017

doi: [10.5505/bsbd.2017.72691](https://doi.org/10.5505/bsbd.2017.72691)

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

[bsbd@balikesir.edu.tr](mailto:bsbd@balikesir.edu.tr)

[www.bau-sbdergisi.com](http://www.bau-sbdergisi.com)

## ÖZET

Yirmi altı yaşında erkek olgu göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Spontan hemopnömotoraks tanısı konan olgudan 1850cc hemorajik vasıflı drenaj sağlandı. Bu çalışmada nadir görülen ancak hayatı tehdit edebilen spontan hemopnömotoraks tablosu bir olgu ile sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Spontan, Hemopnömotoraks, Cerrahi, Acil

## SUMMARY

A twenty six years old male presented to the clinic presenting with chest pain and dyspnea. The diagnosis of spontaneous hemopneumothorax was established, and 1850 ml of hemorrhagic fluid were drained from the chest cavity. This study presents a case of spontaneous hemopneumothorax which is rarely seen, but which can be life-threatening.

**Keywords:** Spontaneous, Hemopneumothorax, Surgery, Emergency

## GİRİŞ

Spontan hemopnömotoraks; travma ya da sekonder bir nedene bağlı olmaksızın spontan pnömotoraksa hemotoraksın eşlik ettiği tabloya denir. Genellikle pnömotoraks gelişimi sırasında visseral ve parietal plevra yaprakları arasında yer alan damarların yaralanmasından kaynaklanmaktadır. Tüm spontan pnömotoraks olgularının %1-12'sinde hemotoraks eşlik eder<sup>1,2</sup>. Olgular ani başlayan şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı ve şok tablosuna kadar varabilen çeşitli klinik tablolar ile başvurabilirler. Tedavisinde öncelikle tüp torakostomi, gerek olursa video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) ya da torakotomi uygulanmaktadır. Bizde çalışmamızda kliniğimize spontan hemopnömotoraks ile başvuran ve

tüp torakostomi ile başarılı şekilde tedavi edilen olgumuzu sunduk.

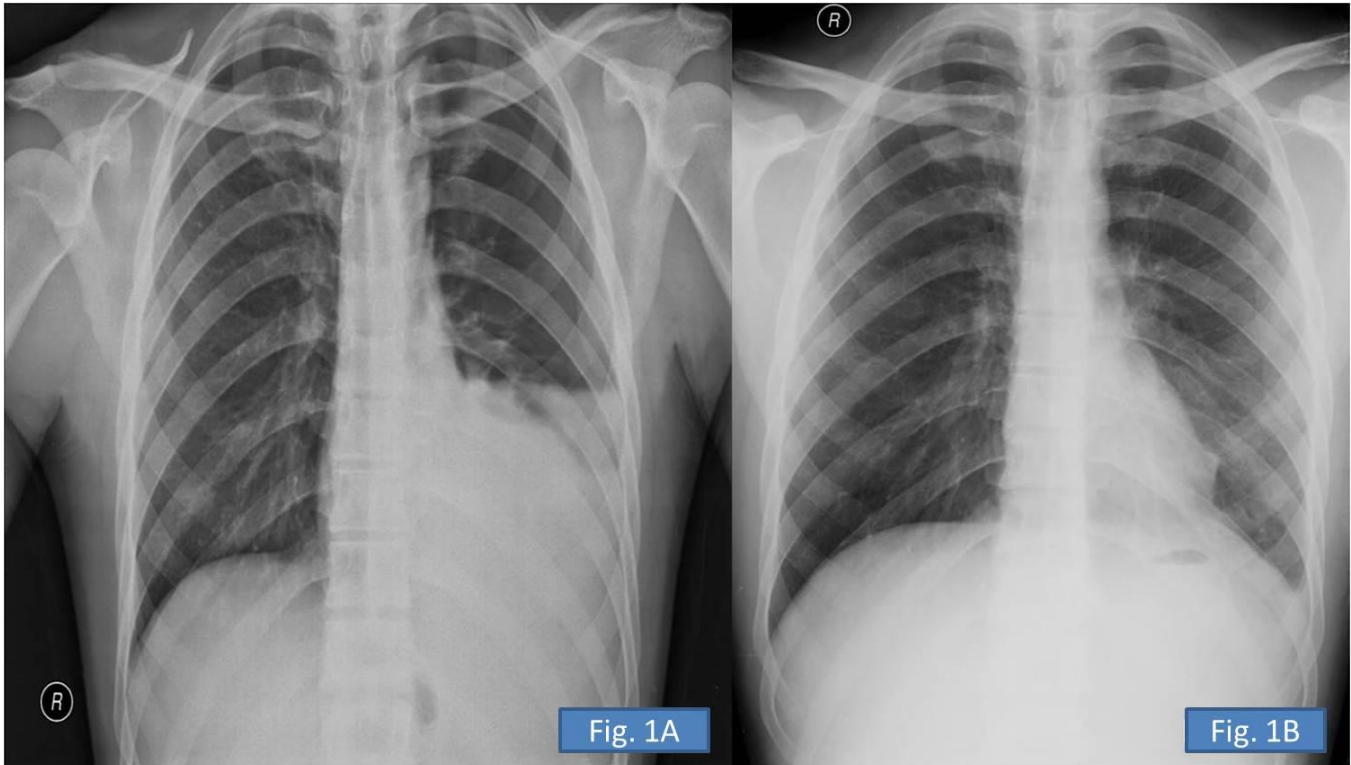
## OLGU

Yirmi altı yaşında erkek olgu ani başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınması ile acil servise başvurmuş. Burada tetkikleri yapılan olgu analjezik tedavisi uygulanarak taburcu edilmiş. Ağrısı azalmayan ve nefes darlığında artış olan olgu halsizlik yakınması da olması üzerine 2 gün sonra göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Burada çekilen akciğer grafisinde hidropnömotoraks saptanan olgu göğüs cerrahisi polikliniğine yönlendirilmiş (Figür 1A). Olgunun yapılan tetkiklerinde Hb:10.8gr/dl, Plt:181000, aktivite:%91, PTZ:13.9sn, aPTT:31.2sn, INR:1.02, KTA:90, TA:140/70mmHg olarak ölçüldü. Olguya tüp torakostomi uygulandı ve hava çıkışı ile

birlikte 1300cc koyu renkli hemorajik vasıflı drenaj sağlandı. Travma öyküsü, bilinen bir kanama bozukluğu ya da ilaç kullanımı olmayan olgu spontan hemopnömotoraks olarak kabul edildi. Olgunun plevral sıvısından gönderilen hemoglobin düzeyi 13gr/dl olarak saptandı. Olgunun ilk 4 saatlik izleminde 200cc, sonraki 16 saatlik takibinde de 200cc daha drenaj olduğu, hemoglobin düzeylerinde düşme olmadığı görüldü. Çekilen toraks BT de sol apikal bölgede subklavian ven komşuluğunda rüptüre bülü düşündüren konsolide alan,

apikalde yaklaşık 2 cmlik bül görünümü ve bazallerde hematoma ile alt lobta kompresyon atelektazisi izlendi (Figür 2). Olguya bül eksizyonu önerildi ancak kabul etmedi. Olgunun sonraki 72 saatlik takibinde 150cc hemorajik vasıflı drenaj daha gözlendi. Kontrol akciğer grafileri ile takip edilen olgunun akciğer grafisinin ekspansiyonu olması, hava kaçağı ve drenajının olmaması üzerine toraks dreni 4. gün çekildi ve 5. gün şifa ile taburcu edildi (Figür 1B).

**Figür 1. 1A:** Acile başvuru akciğer grafisi **1B:** Tüp torakostomi sonrası akciğer grafisi



## TARTIŞMA

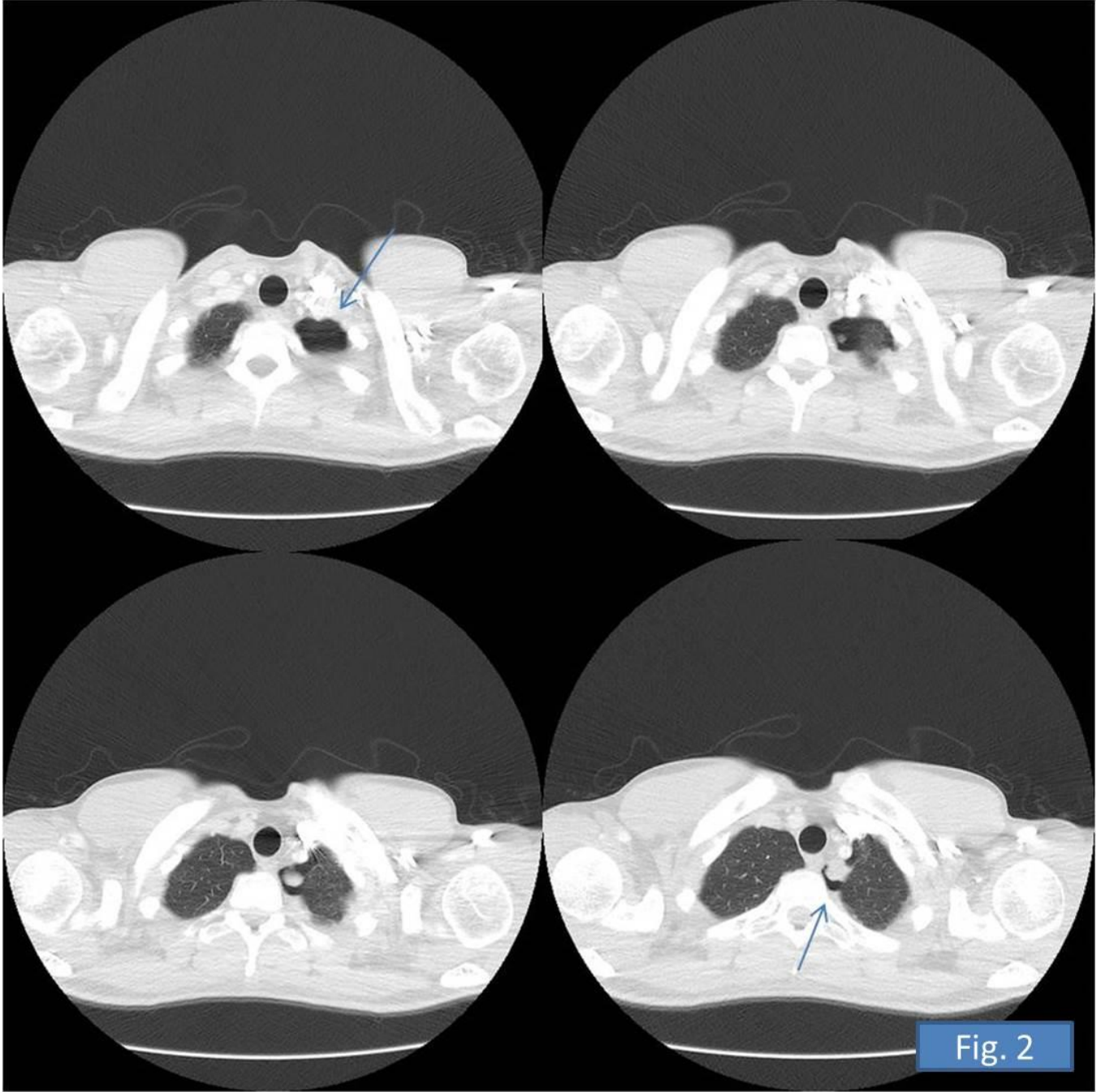
Spontan hemopnömotoraks herhangi bir neden olmaksızın plevral boşluk içine kan ve hava birikmesi olarak tanımlanır. İlk olarak bir otopside Laennec tarafından 1828 de tarif edilmiştir. İlk tedavisi ise 1876 yılında tekrarlayan aspirasyonlar ile Whittaker tarafından uygulanmıştır<sup>3</sup>. Spontan hemopnömotoraks tedavisinde torakotomi ilk olarak 1948 yılında Elrod ve Murphy tarafından uygulanmıştır<sup>4</sup>.

Ohmari ve arkadaşları<sup>5</sup> tarafından spontan hemopnömotoraks, bugünde kullanmakta olduğumuz

şekliyle visseral ve parietal plevralar arasında hava ve 400 ml'den fazla kan toplanması olarak tanımlanmıştır. Klinik olarak olgular ani başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı, hipotansiyon, taşikardi hatta şok tablosu gibi ağır tablolar ile başvurabilir. Bizim olgumuzda ani başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvurmuştu.

Spontan hemopnömotoraks pnömotorakslı olguların yaklaşık %1-12'sinde görülmektedir<sup>1,2</sup>. Tatabe ve arkadaşları<sup>6</sup> 428 olguluk çalışmalarında bu oranı %2 olarak bulurken, Homma ve arkadaşlarının<sup>1</sup> 1993-2006 yılları arasında 239 olguluk çalışmasında bu oran %4,6 olarak bulunmuştur. Ülkemizde Hacıbrahimoğlu ve

**Figure 2.** Tüp torakosotomi sonrası Toraks BT ve apikal yerleşimli bül görünümü



arkadaşlarının<sup>7</sup> 1997-2002 arası 291 spontan pnömotoraks olgusunda yaptığı çalışmada ise bu oran %3 olarak bulunmuştur.

Spontan hemopnömotoraksli olgularda meydana gelen kanamadan 3 mekanizma sorumlu tutulmaktadır. Birincisi

visseral ve parietal plevra yaprakları arasındaki adezyonlardan meydana gelen plevra yaprakları arasındaki küçük ve kontrakte damarların yırtılması sonucu oluşan kanamalar, ikincisi iyi vaskülarize olmuş büllelerin rüptürü sonucu meydana gelen kanamalar ve

üçüncüsü parietal plevra ve bül arasındaki aberran damarlardan meydana gelen kanamalardır<sup>3,8</sup>. Bizim olgumuzda ise videotorakoskopi ya da torakotomi uygulanmadığından tam olarak nedeni bilinmemekle kanamanın sebebi toraks bilgisayarlı tomografi bulguları göz önüne alınarak iyi vaskülerize olmuş bir bül ya da plevra ve bül arasındaki aberran bir damar olarak değerlendirildi.

Spontan hemopnömotoraks olgularında akciğer kollabe olduğu ve tamponlama yapmadığı için küçük bir kanama bile ciddi kan kayıplarına hatta şok tablosuna yol açabilir. Bu sebeple erken tanı ve tedavi hayati önem taşımaktadır. Çoğu zaman anamnez, fizik muayene ve akciğer grafisi tanı için yeterli olmaktadır. Akciğer grafisinde pnömotoraksa bağlı visseral plevra hattı ve hemotoraksa bağlı bazallerde hava sıvı seviyelenmesi tanıyı koydurmaktadır<sup>9</sup>. Şüphede toraks BT tanıda ve hemotoraksın nedenini belirlemede yardımcı olabilir. Bizim olgumuzda 2 gün önce acil servise başvurmuş ancak acil serviste hemopnömotoraks tanısı konulamamıştı. İki gün sonra şikayetleri devam eden olgu polikliniğimize başvurdu ve hemopnömotoraks tanısı ile servise yatırıldı.

Spontan hemopnömotoraks tedavisinde öncelikle tüp torakostomi tedavisi ve mevcut kanamaya yönelik replasman tedavisi başlanmalıdır. Genellikle tüp torakostomi tedavide yeterli olmaktadır. Ancak bu hastalara her an cerrahi girişim gereksinimi olabileceğinden yakın drenaj takibi uygulanmalıdır. Aktif drenajı devam eden, vital bulgularında bozulma, hemogram değerlerinde ciddi düşme hatta şok tablosu gelişen olgularda VATS ya da torakotomi ile kanama odağı bulunmalı ve kanama durdurulmalıdır<sup>8,10</sup>. Bizim olgumuzda da tüp torakostomi tedavi için yeterli olurken çekilen bilgisayarlı tomografide görülen bül açısından cerrahi önerildi ancak olgumuz cerrahiye kabul etmedi.

## SONUÇ

Acil servise ani başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı ile başvuran olgularda hipotansiyon, taşikardi, akciğer grafisinde hidropnömotoraks görünümü saptandığında spontan hemopnömotoraks akılda tutulmalı ve olguya cerrahi gereksinim olabileceğinden sıkı hemodinamik takip uygulanmalıdır. Spontan hemopnömotoraks gibi

hayati tehdit edebilecek durumlar hakkında acil birimde çalışan doktorlar bilgilendirilmeli, klinik şüphede anında olgular mutlaka göğüs cerrahisi hekimi tarafından değerlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Homma T, Sugiyama S, Kotoh K, Doki Y, Tsuda M, Misaki T. Early surgery for treatment of spontaneous hemopneumothorax. *Scandinavian Journal of Surgery* 2009; 98: 160-3.
2. Çobanoğlu U, Sayır F, Sertoğullarından B, Mergan D, Aydın İ. Spontan Hemopnömotoraks: 8 olgunun analizi. *J Clin Anal Med* 2012;3(1):59-2
3. Tezel Ç, Okur E, Baysungur V, Çardak E, Halezeroğlu S. Nadir görülen bir hemopnömotoraks nedeni: Aberan sistemik arter. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17 (3):280-282
4. Kandil H, Güngör A, Katırcı Y, Deniz H, Deniz T. Sağlıklı bir gençte gözlenen spontan hemopnömotoraks. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2008; 7 (4): 46-48
5. Ohmori K, Ohata M, Narata M, Lida M, Nakaoka Y, Irako M. 28 cases of spontaneous hemopneumothorax. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1988;36:1059-64.
6. Tatebe S, Kanazawa H, Yamazaki Y, Aoki E, Sakurai Y. Spontaneous hemopneumothorax. *Ann Thorac Surg* 1996;62,1011-5.
7. Hacıbrahimoglu G, Cansever L, Kocaturk Cİ, Aydogmus U, Bedirhan MA. Spontaneous Hemopneumothorax: Is conservative treatment enough? *Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 53: 240-2
8. Özsoy İE, Yazkan R. Spontan hemopnömotoraks: hayati tehdit eden nadir bir klinik antite. *Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi* 2011;2(1):17-20.
9. Hsu CC, Wu YL, Lin HJ, Lin MP, Guo HR. Indicators of hemothorax in patients with spontaneous pneumothorax. *Emerg Med J.* 2005;22:415-17.
10. Wu YC, Lu MS, Yeh CH, Liu YH, Hsieh MJ, Lu Hi, et al. Justifying videoassisted thoracic surgery for spontaneous hemopneumothorax. *Chest* 2002;122:1844-47.