



Pnöminektomi sonrası gelişen kontralateral pnömotoraks

Contralateral pneumothorax after pneumonectomy

Onur Akçay, Özgür Samancılar, Serpil Sevinç, Ozan Usluer, Şeyda Örs Kaya

Özet

Pnöminektomi sonrası pnömotoraks gelişmesi oldukça nadir bir durumdur. Kritik bir durum olup morbidite ve mortalitesi yüksek seyreder. Bu çalışmada, akciğer karsinomu nedeni ile sol pnöminektomi uygulanan ve postoperatif erken dönemde kontralateral pnömotoraks gelişen olgu ilgili literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: *pnöminektomi, pnömotoraks, kontralateral.*

Abstract

Contralateral pneumothorax after pneumonectomy is a rare critical condition with high morbidity and mortality rates. In this study, a case of contralateral pneumothorax in the post-operative period which occurred soon after left pneumonectomy for non-small cell lung carcinoma is presented with the related literature.

Key words: *pneumonectomy, pneumothorax, contralateral.*

Pnöminektomi sonrası kontralateral pnömotoraks gelişimi sık karşılaşılmayan bir durumdur (1). Bu çalışmada, akciğer karsinomu tanısı ile sol pnöminektomi yapılan, operas-

yondan sonraki on beşinci günde kontralateral pnömotoraks gelişen ve cerrahi tedavi uyguladığımız olgu, ilgili literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Department of Thoracic Surgery, Dr.Suat Seren Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İzmir, Turkey

Submitted (Başvuru tarihi): 23.05.2012 **Accepted (Kabul tarihi):** 03.07.2012

Correspondence (İletişim): Onur Akçay, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

e-mail: onur_akcay@yahoo.com



OLGU

Elli sekiz yaşında erkek hastaya, sol akciğerde skuamöz hücreli akciğer kanseri ve mediastinal lenfadenopati tanısı ile öncelikle mediastinoskopi ve lenf bezi biyopsisi operasyonu yapıldı. Operasyon sonrası hastada bilateral pnömotoraks gelişmesi üzerine bilateral tüp torakostomi uygulandı. Örnek alınan lenf nodlarının patolojik inceleme sonucu reaktif hiperplazi olarak rapor edildi. Daha sonra yapılan sol pnömonektomi ve 5-8. kot parsiyel rezeksiyonu operasyonu sonrası, olgu T3N0M0 Evre IIB olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemi problemsiz olan olgu, operasyon sonrası altıncı günde taburcu edildi. Taburculuk sonrası sekizinci günde hasta nefes darlığı şikâyeti ile dış merkez acil servisine başvurmuş ve çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağda pnömotoraks saptanması üzerine sağ tüp torakostomi uygulanarak kliniğimize sevk edildi (Şekil 1).



Şekil 1: Hastaya ait başvuru anındaki posteroanterior akciğer grafisi

Hastada uzamış hava kaçağı gelişmesi ve solunumsal parametrelerinin düzelmemesi üzerine operasyon kararı verildi. Sağ aksiller torakotomi ile sağ üst loba wedge rezeksiyon ve apikal plörektomi operasyonu uygulandı. Stapler hatları stapler koruyucu kılıf ile desteklendi. Operasyon sırasında manipülasyonu kolaylaştırmak için kısa süreli apne periyodları yapıldı. Hastanın takiplerinde, göğüs tüpü postoperatif on birinci

günde çekildi (Şekil 2). Hasta altı aydır takipte olup karsinom veya pnömotoraks rekürrensi izlenmemiştir.



Şekil 2: Hastanın taburculuk sonrası posteroanterior akciğer grafisi

TARTIŞMA

Pnömonektomi sonrası erken ve geç morbidite yüksek oranda gözlenir (%40-60) (2). Operasyon sonrası kontralateral pnömotoraks gelişmesi nadir görülen bir durumdur ve ölümcül seyredebilir (3,4). Tedavisinde standart bir yöntem bulunmamakla birlikte, öncelikle drenaj sağlanması önerilmekte ve plörodez ya da operasyon kararı hastanın genel durumuna göre verilmektedir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi uzamış hava kaçağı geliştiğinde, operasyon uygulamalarının yapıldığı bildirilmiştir (2).

Primer spontan pnömotoraksın bilinen en sık nedeni bül-blep rüptürüdür (5). Hastamıza sağ aksiller torakotomi ile yaptığımız operasyonda iki adet rüptüre olmuş bül saptandı ve wedge rezeksiyon ile eksize edildi. Stapler hatları stapler koruyucu kılıf ile desteklendi.

Manipülasyonları kolaylaştırmak amacıyla operasyon esnasında kısa süreli apne periyodları gerekebilmektedir. Opere edilen akciğere apne uygulanmaması, hastanın intraoperatif solunumsal ve hemodinamik parametrelerinin bozukluk göstermesi ve hayatı tehdit edici bir durum oluşması halinde kardiyopulmoner bypass kullanımı da bildirilmiştir (4). Bizim olgumuzda operasyonun kritik aşamalarında kısa süreli apne peri-

yodları yapıldı ve bu dönemlerde solunumsal parametrelerde herhangi bir problem izlenmedi.

Literatürde, videotorakoskopik yaklaşım uygulanan olguların olduğu bildirilmesine karşın, videotorakoskopi veya açık cerrahi tercihi, hastanın genel durumuna ve kardiopulmoner by-pass şartlarının bulunup bulunmamasına bağlıdır (4). Kardiyopulmoner by-pass uygulanamayacak durumlarda torakotomi seçilecek bir yaklaşım olup, bizim olgumuzda da olduğu gibi hastanın genel durumu izin verdiği ölçüde apne periyodları bu manipülasyonu kolaylaştırabilmektedir. Pnömonektomi sonrası spontan pnömotoraks gelişmesi oldukça nadir ve hayatı tehdit edici bir durumdur. Bu nedenle bu hastalara en hızlı şekilde drenaj sağlanması ve gereken durumlarda ve elektif şartlarda operasyon seçeneğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Blalock JB. Contralateral pneumothorax after pneumonectomy for carcinoma. *Dis Chest* 1960; 37:371-7. [\[CrossRef\]](#)
2. Cesario A, Kawamukai K, Margaritora S, Granone P. Persistent late post-pneumonectomy spontaneous pneumothorax: a challenging case. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2003; 2:477-9. [\[CrossRef\]](#)
3. Hubbard JG, Nkere UU, Bhatnagar NK. Spontaneous contralateral pneumothorax following pneumonectomy. *Postgrad Med J* 1997; 73:107-8. [\[CrossRef\]](#)
4. Birdas TJ, Beckart DH, Keenan RJ. Contralateral spontaneous pneumothorax after pneumonectomy: thoracoscopic management with cardio-pulmonary bypass. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2005; 4:27-9. [\[CrossRef\]](#)
5. Maniwa T, Saito Y, Saito T, Kaneda H, Imamura H. Evaluation of chest computed tomography in patients after pneumonectomy to predict contralateral pneumothorax. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 57:28-32. [\[CrossRef\]](#)