

Krwiak pourazowy lewej jamy opłucnowej powikłany krwiakiem śródpiersia i odmą opłucnową u młodego dorosłego – opis przypadku



Posttraumatic left pleural hematoma complicated by mediastinal hematoma and pneumothorax in a young male: a case report

Jan Głowacki^{1,2}, Marek Filipowski³, Roman Lewandowski³, Jacek Wojtacha³, Michał Hawranek⁴, Małgorzata Greiff⁴, Karol Miszański-Jamka¹, Zuzanna Jackowska², Wojciech Rokicki³

¹Pracownia Diagnostyki Obrazowej, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

²Katedra i Zakład Radiologii Lekarskiej i Radiodiagnostyki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrzu

³Klinika Torakochirurgii i Chirurgii Ogólnej w Zabrzu

⁴III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2010; 7 (3): 341–343

Streszczenie

Autorzy przedstawiają rzadki przypadek krwiaka opłucnowego powikłanego odmą opłucnową i krwiakiem w śródpiersiu. Niejasny wywiad urazowy, po którym po 3 dniach wystąpił ból w klatce piersiowej, spowodował zgłoszenie się pacjenta na izbę przyjęć, gdzie nie wykonano zdjęcia klatki piersiowej. Chory z podejrzeniem zawału został skierowany do Śląskiego Centrum Chorób Serca, gdzie po przeprowadzonej diagnostyce skierowano go do Kliniki Torakochirurgii na zabieg wideotorakoskopii.

Słowa kluczowe: krwiak jamy opłucnowej, odma opłucnowa, krwiak śródpiersia, wideotorakoskopia.

Abstract

The authors present a rare case of pleural hematoma complicated by pneumothorax and mediastinal hematoma. The traumatic history was not clear. 3 days after trauma the pain in the chest occurred and that was the reason for coming to the hospital admission room where the chest X-ray was not done. The patient with a suspected heart attack was sent to the Silesian Centre of Heart Diseases, where after the diagnostic procedure the patient was sent to the Thoraco-surgery Hospital for videothoracoscopy.

Key words: pleural hematoma, pneumothorax, mediastinal hematoma, videothoracoscopy.

Wstęp

Krwiak opłucnej powstaje najczęściej w wyniku uszkodzenia naczyń międzyżebrowych lub miąższu płuca przez fragment złamanego żebra lub z powodu uszkodzenia przez uraz otwarty klatki piersiowej. Uszkodzenie naczyń może również powstać z powodu urazu tępego, bez złamań. Jama opłucnej może pomieścić dużą ilość krwi, nawet do 30–40% objętości krwi krążącej. Dzieje się tak najczęściej przy uszkodzeniu serca lub naczyń dużych. W każdym przypadku konieczne jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej, o ile jest to możliwe – w pozycji stojącej lub siedzącej, i wykonanie, przy istotnym podejrzeniu krwawienia na zdjęciu, USG jam opłucnowych. Tomografia komputerowa wskazana jest przy podejrzeniu uszkodzenia dużych naczyń w celu określenia miejsca krwawienia do jam opłucnowych i diagnostyki ewentualnej obecności tętniaka.

Opis przypadku

Dwudziestopięcioletni chory został przekazany do Śląskiego Centrum Chorób Serca ze szpitala rejonowego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. W wywiadzie kłujące bóle w klatce piersiowej od 3 dni, duszność i uraz – uderzenie w klatkę piersiową podczas gry w piłkę nożną. W szpitalu kierującym nie wykonano zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej; wykonano jedynie EKG. Przy przyjęciu w Śląskim Centrum Chorób Serca wykonano echokardiografię, która wykazała upośledzenie funkcji lewej komory do 45% i uogólnioną hipokinezę lewej i prawej komory serca. Badania laboratoryjne nie odbiegały od norm – Ht 40%, troponina < 0,003. W godzinach wieczornych wystąpiło pogorszenie stanu ogólnego w postaci bólu w klatce piersiowej, duszności i krwiopłucia. W wykonanym zdjęciu klatki piersiowej stwierdzono „guzowatą strukturę w śródpiersiu po stronie lewej, przylegającą do wnęki

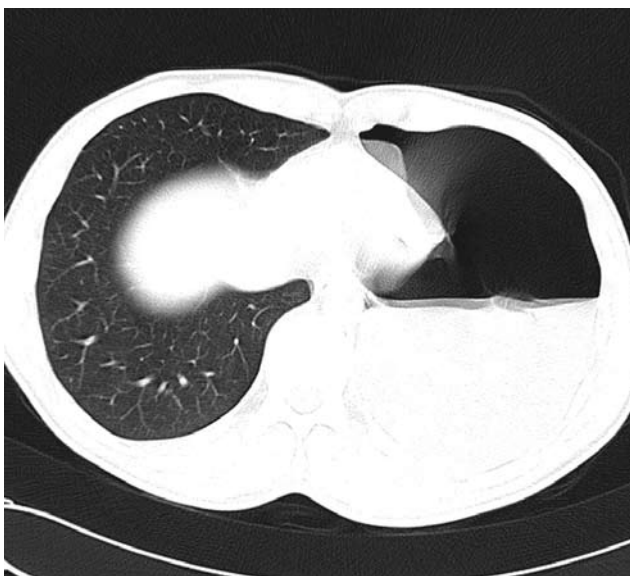
Adres do korespondencji: dr n. med. Jan Głowacki, Pracownia Diagnostyki Obrazowej, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, tel./faks +48 32 373 37 61, e-mail: j.glowacki@sccs.pl



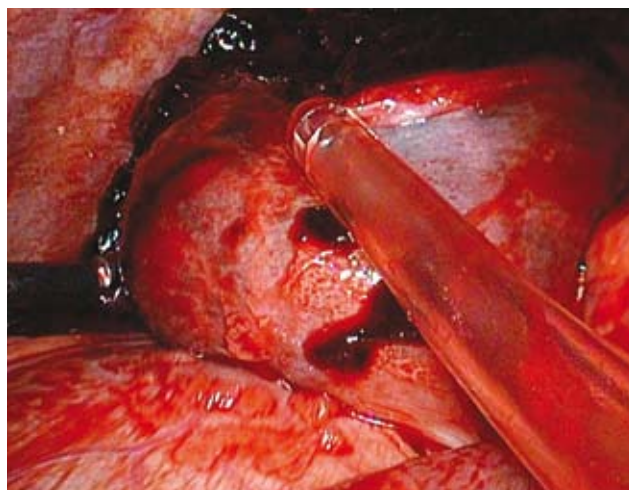
Ryc. 1. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej w projekcji PA. Widać lewostronną odmę opłucnową z poziomem płynu oraz cień guzowaty w śródpiersiu po lewej stronie



Ryc. 2. Tomografia komputerowa ze wzmocnieniem kontrastowym. Płyn w lewej jamie opłucnowej oraz obszar o tej samej gęstości w śródpiersiu po lewej stronie



Ryc. 3. Tomografia komputerowa – „okno” płucne. Lewostronna duża odma opłucnowa z poziomem płynu

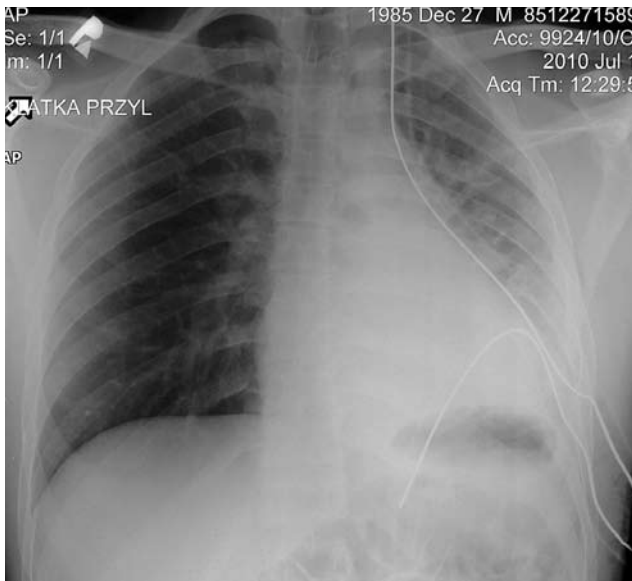


Ryc. 4. Zdjęcie rentgenowskie pola operacyjnego – wideotorakoskopia. W centrum guz śródpiersia – częściowo wypełniony skrzepinami krwiak

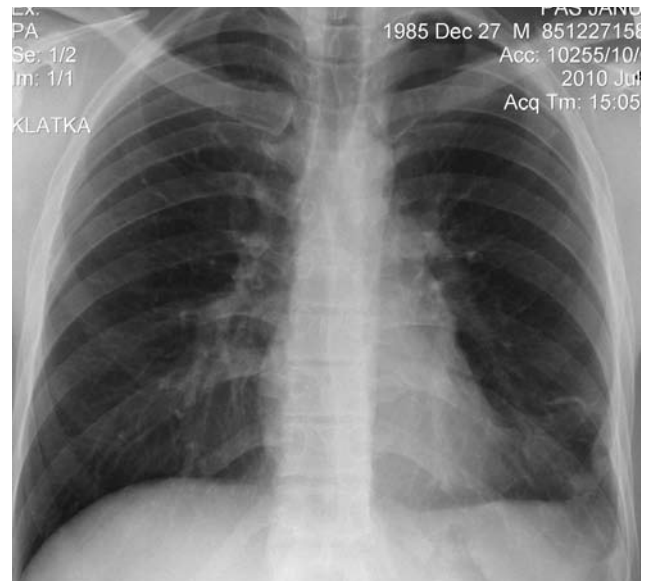
“płuca i serca oraz odmę i płyn w lewej jamie opłucnowej” (ryc. 1). Chorego skierowano w trybie pilnym na badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej ze wzmocnieniem kontrastowym *i.v.* Badanie potwierdziło dużą odmę opłucnową lewostronną z poziomem płynu oraz przestrzeń o densyjności gęstego płynu w śródpiersiu – w różnicowaniu krwawienie do lewej jamy opłucnowej i śródpiersia lub torbiel oskrzelowa (ryc. 2. i 3.). Obustronnie nie stwierdzono uszkodzeń (złamań) żeber. Zaznaczono konieczność dalszej diagnostyki po odbarczeniu. Chorego przekazano do Kliniki Torakochirurgii w Zabrze. Pacjenta operowano w trybie doraźnym; wykonano wideotorakoskopię.

Opis zabiegu

Wprowadzono port do lewej jamy opłucnowej. Uwidoczniono krwiak w lewej jamie opłucnowej, który usunięto za pomocą ssaka – w sumie ok. 2000 ml. W śródpiersiu otorbiony guz, który okazał się być zwłókniałym krwakiem w trakcie włóknienia. Krwiaka usunięto, kontrolowano krwawienie. Założono 2 dreny do klatki piersiowej, szwy i opatrunek (ryc. 4.). Przebieg pooperacyjny bez powikłań: chory nie gorączkował, drenaż utrzymywał się na poziomie 300 ml (bez przecieku powietrza) – w 6. dobie pooperacyjnej usunięto dren (ryc. 5.). W 10. dobie wykonano kontrolne zdjęcie klatki piersiowej, które nie wykazywało zmian patologicznych. W 11. dobie po zabiegu chorego wypisano w stanie dobrym do domu (ryc. 6.).



Ryc. 5. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej w projekcji PA po zabiegu (widoczne dreny). Brak uprzednio opisywanego cienia guzowatego w śródpiersiu oraz płynu w lewej jamie opłucnowej



Ryc. 6. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej w projekcji PA. Splycenie lewego kąta przeponowo-opłucnowego przez zrosty. Poza tym obraz narządów klatki piersiowej bez zmian radiologicznych – stan przy wypisie

Dyskusja

W omawianym przypadku nie występowały klasyczne objawy krwiaka opłucnowego. Uraz nie był bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do lekarza; chory informował o silnych bólach dopiero w 3. dobie po wątpliwym urazie („podczas gry w piłkę”). Błędem było, po badaniu fizykalnym w pierwszym szpitalu, niewykonanie zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej, które jest rutynowym badaniem w tego typu przypadkach. Z tego powodu chory, zamiast na oddział torakochirurgii, został skierowany do szpitala kardiologicznego z podejrzeniem zawału. Pierwsze zdjęcie rentgenowskie obok płynu w lewej jamie opłucnowej i odmy ujawniło obecność zmiany guzowatej w rzucie lewej wnęki. Konieczne stało się uzupełnienie diagnostyki o TK w celu różnicowania z tętniakiem lub przerwaniem dużego naczynia [1, 2]. Wynik tomografii wykluczył te schorzenia i wskazał na różnicowanie zmiany krwotocznej śródpiersia z torbielą osierdziową lub oskrzelową, w zasadzie wykluczając guza nowotworowego. Metodą z wyboru, co podkreślają autorzy w piśmiennictwie, jest widotorakoskopia [3–5]. Jej wynik potwierdził obecność krwiaka śródpiersia, częściowo zwłóknionego, oraz krwawienie i odmę w lewej jamie opłucnowej. Jest to o tyle nietypowe, że nie stwierdzono złamań żeber, które mogłyby powodować uszkodzenie dużych naczyń, a tym bardziej uszkodzenie struktur naczyniowych w śródpiersiu [6, 7]. Autorzy pierwszy raz spotkali się z taką sytuacją i dlatego uznali, że przypadek jest wart przedstawienia szerszemu audytorium.

Wnioski

1. Obserwowany przez autorów przypadek krwiaka śródpiersia oraz krwawienia i odmy opłucnowej wskazuje na konieczność uwzględnienia w diagnostyce różnicowej wystąpienia takiego powikłania tępego urazu klatki piersiowej.
2. Przestrzeganie wykonywania rutynowych badań, jakim w omawianym przypadku było zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, skróciłoby czas pomiędzy zgłoszeniem się chorego do lekarza a wdrożeniem właściwego leczenia.

Piśmiennictwo

1. Ayed A, Al-Din H. The results of thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax. *Chest* 2000; 118: 235-238.
2. Hanvesakul R, Momin A, Gee MJ, Marrinan MT. A role for video assisted thoracoscopy in stable penetrating chest trauma. *Emerg Med J* 2005; 22: 386-387.
3. Wicky S, Capasso P, Meuli R, Fischer A, von Segesser L, Schnyder P. Spiral CT angiography: an efficient technique for the diagnosis of traumatic aortic injury. *Eur Radiol* 1998; 8: 828-833.
4. Dörnhöfer T, Dinkel HP, Carrel T, Pfammatter JP, Vock P. Complex, traumatic rupture of the thoracic aorta in a child: diagnostic findings and delayed surgery. *Eur Radiol* 2002; 12: 1459-1462.
5. Komatsu T, Neri S, Fuziwara Y, Takahashi Y. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) for penetrating chest wound: thoracoscopic exploration and removal of a penetrating foreign body. *Can J Surg* 2009; 52: E301-E302.
6. Navsaria PH, Vogel RJ, Nicol AJ. Thoracoscopic evacuation of retained post-traumatic hemothorax. *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 282-285.
7. Abolhoda A, Livingston DH, Donahoo JS, Allen K. Diagnostic and therapeutic video assisted thoracic surgery (VATS) following chest trauma. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997; 12: 356-360.