

DÜŞÜK YÜZDELİ PNÖMOTORAKSIN EŞLİK ETTİĞİ SPONTAN PNÖMOMEDİYASTİNUM OLGUSU

A Spontaneous Pneumomediastinum Case with Concomittant Low Percentage Pneumothorax

Dr. B. Koçer • Dr. G. Gülbahar • Dr. N. Günal • Dr. K. Dural • Dr. Ü. Sakıncı

OLGU SUNUMU

ÖZET

Spontan pnömomediyastinum sık değildir. Spontan pnömotoraksın eşlik etmesine ise daha ender rastlanır. Pnömomediyastinum genellikle konservatif yöntemlerle spontan gerilerken eşlik eden pnömotoraksın tedavisinde semptomların şiddeti ve pnömotoraksın yüzdesi önem taşır. Şiddetli öksürük sonrası ani gelişen boyun ve göğüs ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvuran, spontan pnömomediyastinumun yanı sıra sağda konkomittan pnömotoraksı nedeniyle yatırılan ve konservatif yaklaşımla 9. günde iyileşen olguyu ender rastlanması nedeniyle sunduk.

Anahtar kelimeler: Spontan mediastinal amfizem, spontan pnömomediyastinum, spontan pnömotoraks.

GİRİŞ

Spontan pnömomediyastinum (SPM) sıklıkla genç erişkinlerde bronşiyal astmanın sık olmayan bir komplikasyonu şeklinde görülmekle beraber, bilinen presipite edici faktör veya hastalık olmayan sağlıklı bireylerde de görülebilen ender bir klinik durumdur.

SPM astma, marihuana ve kokain gibi narkotik ajan kullanımı, şiddetli öksürük ve kusma, valsava manevrası, vajinal doğum, yoğun egzersiz gibi etiyolojilere bağlı olarak ortaya çıkabilir (1). Genellikle konservatif yöntemlerle tedavi edilir.

OLGU SUNUMU

24 yaşında erkek hasta öksürük nöbeti sonrası ani başlayan boyun ve sağ göğüs ağrısı şikayetiyle hastanemiz acil servi-

CASE REPORT

ABSTRACT

Spontaneous pneumomediastinum phenomenon is not frequent. However spontaneous pneumothorax accompanying to spontaneous pneumomediastinum is very rare. Pneumomediastinum often regress by itself with conservative treatment modalities but symptom severity and the percentage of pneumothorax are important parameters for the treatment of accompanying pneumothorax. Because of its rarity, we would like to present a pneumomediastinum case who has concomittant spontaneous pneumothorax which developed with sudden neck and pleuritic pain following severe cough and treated successfully by conservative approach in nine days hospital stay.

Key words: Spontaneous mediastinal emphysema, spontaneous pneumomediastinum, spontaneous pneumothorax.

sine başvurdu. Şikayetleri yutkunma ve solunum ile artmaktaydı. Özgeçmişinde herhangi bir kronik hastalık, ilaç veya madde kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil ve solunumu rahattı. Boyunda subkutan amfizem vardı ve sağda solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar incelemesinde biyokimyasal ve hematolojik parametreleri normal düzeylerdeydi. Direkt akciğer ve boyun grafilerinde, sağda pnömotoraks, pnömomediyastinum ve servikal amfizem mevcuttu (Resim 1). Bilgisayarlı tomografiyle tanı desleklendi ve parenkimal patoloji yoktu (Resim 2).

Hastaya yattığı süre içinde oral gıda verilmedi. Parenteral mayii replasmanın yanı sıra analjezik, 1. kuşak sefalosporin ile ampirik profilaktik antibiyoterapi ve aralıklı nazal oksijen tedavisi başlandı. Şikayetleri gerileyen hastanın günlük direkt grafi takiplerinde 3. günde pnömotoraks ve subkutan amfizemde gerileme izlenmesi üzerine oral gıda baş-

İletişim:

Dr. Gültekin Gülbahar

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği

GSM: 0505 335 95 31 • **e-mail:** mdgultekin@gmail.com

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara



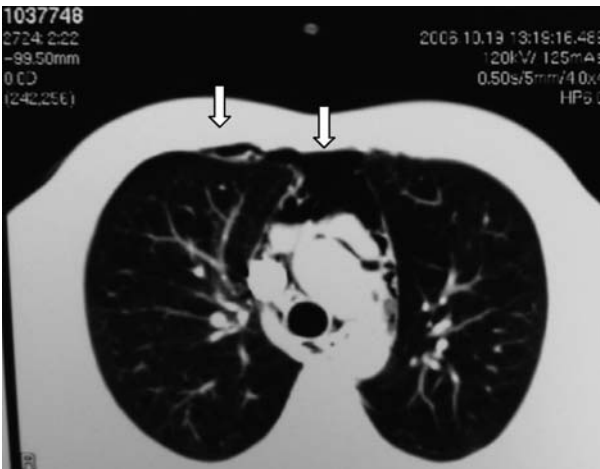
Resim 1— Servikal ve mediastinal amfizemin yanı sıra sağda pnömotoraksın izlendiği servikal grafisi.

landı. Şikayetlerinin tamamen geçmesi üzerine 9. günde sorunsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA

SPM, birbirinden farklı çeşitli mekanizmalarla meydana gelebilir. Genellikle, intratorasik basıncın artmasına neden olan herhangi bir faktörün, alveol rüptürüne neden olması ve takiben hava kaçağının vasküler yapıları takip ederek mediastene geçmesi sonucu oluşur (1,2). Alveolar rüptür sonrası açığa çıkan havanın hem mediastene hem de plevraya dekompresye olarak SPM'un yanı sıra pnömotoraksa neden olması ise oldukça nadirdir.

SPM, hastane kayıtlarının incelemesinde 1/12.000 ile 1/42.000 arasında saptanmıştır (1,3). Tipik olarak genç erkek hastalarda görülür. En sık semptom boyuna veya sırta yayılan retrosternal ağrı, nefes darlığı ve disfonidir (1,3,4).



Resim 2— Aynı hastanın bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

Fizik muayenede boyun amfizemi palpe edilmesinin yanı sıra oskültasyonda, 1939 yılında Hamman tarafından tanımlanan ve "Hamman Sign" olarak bilinen, kalbin apeksinde sistol ile senkronize krepatasyonlar duyulabilir (5). Bazen trakeostomi açılmasını gerektirecek şiddette mediastinal basınç artışı olabilse de genellikle SPM olgularında hayatı tehdit edecek bulgular ortaya çıkmaz. Olgumuzda önde gelen semptom, solunumla artan boyun ve göğüs ağrısıydı. "Hamman Sign" ise tespit edilmedi.

SPM tanısında öykü ve fizik muayenenin yanı sıra direkt grafiler çoğu zaman yeterlidir. Pnömomediastinumun gösterilemediği ancak şüphenin devam ettiği olgularda toraks bilgisayarlı tomografisi tanıya yardımcı olabilir. Şüphe durumunda ise kontrast özofagogram ile özofagus perforasyonunun ekarte edilmesi gerekebilir. Konuya yönelik yapılan bir çalışmada %30 olguda, hastalığın tanısının konmasında tek başına direkt grafiler yeterli olmamış, bilgisayarlı tomografiye gereksinim duyulmuştur (6). Hastamızın tanısı öykü ve fizik muayenenin yanı sıra direkt grafilerle konmuş, tanı bilgisayarlı tomografi ile desteklenmiştir.

Şiddetli olgularda trakeotomi gibi cerrahi girişimler gerekebilse de SPM tedavisi genellikle konservatiftir. Pek çok hasta özofagus perforasyonu gibi cerrahi gerektiren nedenler ekarte edildikten sonra ağrı kontrolü ve oksijen tedavisi ile başarıyla tedavi edilir (7).

Bazı hastalarda havanın aynı zamanda plevra yaprakları arasına dekompresye olması pnömotoraksa neden olabilir. Bir çalışmada 20 yılda tespit edilen 22 SPM olgusundan 6'sında konkomittan pnömotoraks tespit edilmiştir (8). Bu durumda uygulanacak tüp torakostominin hava yolu basıncını ve insizyon etrafındaki subkutan dokudan hava çıkışı ile ciltteki gerginliği azaltacağı ileri sürülmektedir (9). Olgumuz ise, semptomların şiddetli olmaması ve pnömotoraksın düşük yüzdeli olması nedeniyle tüp torakostomi uygulanmaksızın konservatif yöntemlerle başarıyla tedavi edildi.

Sonuç olarak SPM tedavisinde ağrı kontrolü, ampirik antibiyoterapi ve nazal oksijen çoğu zaman yeterlidir. Eşlik eden pnömotoraks durumunda tüp torakostomi uygulanabilir. Ancak düşük yüzdeli ve asemptomatik veya tedaviye cevap veren yüzeysel semptomatik olgularda konservatif yaklaşım da etkili bir tedavi modalitesidir.

KAYNAKLAR

1. Patel A, Kesler B, Wise RA. Persistent pneumomediastinum in interstitial fibrosis associated with rheumatoid arthritis. *Chest* 2000;117:1809-13.
2. Macklin CC, Macklin MT. Malignant interstitial emphysema of the lungs: An interpretation of clinical literature in light of laboratory experiments. *Medicine* 1944;23:281-352.
3. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum: a report of 25 cases. *Chest* 1991;100:93-5.
4. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. *Ann Emerg Med* 1992;21:1222-7.

5. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull. Johns Hopkins Hosp* 1939;64:1-21.
6. Weissberg D, Weissberg D. Spontaneous mediastinal emphysema. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26:885-8.
7. Langwieler TE, Steffani KD, Bogoevski DP, Mann O, Izbicki JR. Spontaneous pneumomediastinum. *Ann Thorac Surg.* 2004;78:711-3.
8. Kaneki T, Kubo K, Kawashima A, Koizumi T, Sekiguchi M, Sone S. Spontaneous pneumomediastinum in 33 patients: Yield of chest computed tomography for the diagnosis of the mild type. *Respiration* 2000;67:408-11.
9. Eveloff SE, Donat WE, Aisenberg R, Braman SS. Pneumatic chest wall compression. A cause of respiratory failure from massive subcutaneous emphysema. *Chest* 1991;99:1021-3.

