

Spontan Pnömomediasten

Mehmet Bilgin, Cemal Kahraman, Yiğit Akçalı, Fahri Oğuzkaya, Göksel Türker

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi AD, Kayseri

ÖZET

Spontan pnömomediastinum nadir görülen bir klinik durumdur. Çoğunlukla nadir semptom verir ve tanının ardından tedaviye ihtiyaç duymadan semptomlar geriler. Tanı hastanın kliniğine göre konmakla birlikte, bazı durumlarda tanı için ileri incelemelere gereksinim duyulmaktadır. Bu makalede kliniğimizde yatırılarak izlenen iki spontan pnömome-diastinumlu hasta sunduk.

Anahtar sözcükler: spontan, pnömomediastinum

Toraks Dergisi, 2003;4(2):183-185

ABSTRACT

Spontaneous Pneumomediastinum

Spontaneous pneumomediastinum is a rare clinical entity; It rarely causes symptoms and symptoms disappear without any treatment after diagnosis. The clinical presentation is diagnostic; but atypical symptoms may mandate further investigation before diagnosis can be established. In this article, 2 patients with pneumomediastinum who were hospitalized are presented.

Key words: spontaneous, pneumomediastinum

GİRİŞ

Spontan pnömomediasten daha çok genç hastalarda görülen ve çok kez kendi kendine iyileşme eğilimi gösteren bir klinik durumdur. 1939 yılında Hamman ilk defa oskültasyonda kreptasyonları duymuş ve bu tespitin ardından, oskültasyonda kalbin apeksinde duyulan, inspiryumda ve sol lateral dekübit pozisyonunda artan, kalp sesiyle senkronize kreptasyonlar şeklinde tanımlanan bu işarete 'Hamman Sign' denmiştir [1]. Spontan pnömomediastinumda hastalar herhangi bir travma tanımlamaz. Astımlı inhale ilaç kullanan olgular-da, aşırı öksürük, yoğun egzersiz, zorlama, Valsalva manevrası, özofagusun aşırı zorlanmasına bağlı ikincil gelişebileceği gibi vaginal doğum esnasında veya sarkom komplikasyonu olarak da görülebilir [2-5].

Bu klinik durum hastane kayıtlarının araştırılması ile 1/25.000–42.000 olarak saptanmıştır [2]. Genel itibarıyla hava travmatize olduğu yerden (terminal alveol, bronş, trakea, özofagus) dokular arasından diseksiyonla mediastene ve subkutan dokuya geçer [6]. Eğer diseksiyon fazla ise hava boyuna, yüze, kollara hatta karına kadar ilerleme gösterebilir [6]. Bazı olgularda subkutan amfizemin genital bölgeye kadar ilerlediği görülmüştür. Hastaların ilk muayenelerinde genellikle göğüs ağrısı, minimal dispne, subkutan amfizem ve Hamman işareti saptanabilir [3]. Özofagusa ait patolojisi bulunan hastalarda ayrıca bu bulgulara ek olarak salivasyon artışı ve disfaji bulunur.

Bu çalışmada boyunda aniden gelişen subkutan amfizem nedeniyle başvuran spontan pnömomediastenli iki olgunun klinik ve laboratuvar bulguları ile izlem ve tedavileri sunulmuştur.

OLGU 1

Yirmi bir yaşında erkek hasta, ilerleyen tarzda boğaz ağrısı, yutkunmakla artan ağrı, nefes darlığı ve göğüs ağrısı nede-

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bilgin
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
38039 Melikgazi, Kayseri
GSM: 0542 683 23 19
Faks: 0352 437 49 12
e-posta: bilginm@erciyes.edu.tr



Resim 1. Subkutan amfizemi gösteren boyun radyografisi.

niyle acil servise başvurdu. Hastanın yakınmaları yük taşıma sırasında ortaya çıkmış olup bu andan itibaren artmıştır. Olaydan 24 saat sonra acil servisteki muayene bulguları: Ateş 36.5°C, solunum sayısı: 24/dak, arteriyel tansiyon: 120/85 mmHg idi. Yapılan ilk fizik muayenede sağ servikal bölgede cilt altı amfizem vardı. Palpasyonda o bölgede hassasiyet ve krepitasyonlar alınıyordu. Çekilen PA akciğer ve servikal grafilerde subkutan amfizem saptandı (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde, pnömotoraks veya hemotoraks yoktu. Yine BTT'de akciğer parankimi ve mediastinal organlar normal, mediastinal amfizem net olarak izlenmekte idi (Resim 2). Kan tahlillerinde beyaz küre $8 \times 10^3/\mu\text{l}$, Hb:12.1 g/dL, trombosit sayımı $250 \times 10^3/\mu\text{l}$ idi. Hasta bu sonuçlarla servise alındı. Yatışının ertesi günü gastrografin (E. R. Squibb & Sons) ile çekilen özofagus pasaj grafisinde özofagusta herhangi bir anormallik saptanmadı. Yatışından itibaren 4 günlük konservatif tedavi verildi, semptomlar geriledi ve cilt altı amfizem rezorbe oldu. İlk üç gün mediastinit profilaksisi için geniş spektrumlu birinci kuşak sefalosporin grubu antibiyotik (sefazolin sodyum) verildi. Bu tedavi sonrası taburcu edilen hastanın 10 gün sonra yapılan kontrol muayenesinde amfizem tamamen rezorbe olmuştu.



Resim 2. Aynı hastanın toraks tomografileri: Yaygın mediastinel amfizem.

OLGU 2

Kırk yaşında erkek hasta. Sağ yan ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Servise başvurmadan önce tanımladığı herhangi bir zorlama ve efor yoktu. Hastanın yan ağrısına eşlik eden minimal bir göğüs ağrısı ve nefes darlığı vardı. Olaydan önce ve sonra disfajik yakınmaları yoktu. Olay öncesi travma, kusma, öksürük ve inhale ilaç kullanımı öyküsü yoktu.

Hastanın acil serviste yapılan fizik muayenesinde hafif derecede disfoni ve cilt altı amfizemi vardı. Kan incelemelerinde sonuçlar normal sınırlardaydı. Elektrokardiyografi normal sinüs ritmindeydi ve patolojik bulgular saptanmadı. Çekilen grafilerde boynun ve göğsün sağ tarafında cilt altı dokuda yaygın amfizematöz görünüm mevcuttu. BTT'de yaygın mediastinal amfizem vardı. Hasta bu tablo ile serviste izlendi. İzlemlerinde oral kullanım kesilerek geniş spektrumlu birinci kuşak sefalosporin grubu antibiyotik verildi. Yirmi dört saat sonra çekilen gastrografinli özofagus pasaj grafisinde patolojik bulgu yoktu. Hastanın yakınmalarında gerileme olması üzerine yatışının 5. günü taburcu edildi. On beş gün sonra kontrole gelen hastanın amfizematöz lezyonlarının tamamen gerilediği görüldü.

TARTIŞMA

Spontan pnömomediastenli hastalardaki klinik görünüm; ani başlayan göğüs ağrısı ile solunum güçlüğü, disfaji, disfoni, cilt altı amfizemi, muhtemel boyun ve sırt ağrısıdır [7]. Özellikle ağır efor sonrası ve Valsalva manevrası sonrası bu klinik görüntü açığa çıkar. Ayrıca kas iskelet, plöral, pulmoner, kardiyak ve özofageal sebepler düşünülebilir. Özofagus rüptürü ile ortaya çıkan mediastinal amfizem olgularında morbidite ve mortalitede artış görülür [7]. Özofagus perforasyonu özofa-

gusun aletle perfore edilmesi, yabancı cisim, malignensi veya postemetik perforasyon (Boerhaave's sendromu) durumlarında görülür [3-7]. Klinik olarak mediastinal amfizeme ateş, hipotansiyon, disfaji ve lökositöz eşlik eder. Tanıda PA akciğer, servikal grafiler ve BTT, daha sonra mediastinite yol açmayacak maddeler kullanılarak özofagus pasaj grafileri kullanılır. Özofagus perforasyonu saptanırsa tanısal endoskopi ve cerrahi müdahale gerekir [6,7]. Bu makalede sunulan iki vaka da özofagus pasaj grafileri normal olduğu için endoskopi yapılmadı.

Cerrahi müdahale düşünülmeden hasta gruplarında hastalar izlemlerinde oral gıda almazlar. Bu süreç içinde hastalar günlük fizik muayeneleri yapılarak ve göğüs radyografileri ile izlenirler. İzlemlerde hastaların semptomlarının hızla gerilediği görülür ve klinik olarak stabil seyreden hastalar taburcu edilebilirler [7]. İzlem süreleri en az 24 ya da 36 saat olmakla birlikte bu süre klinik duruma göre uzatılabilir [7]. Kliniğimizde izlenen iki hastaya mediastiniti önlemek açısından 3 gün, günde 1 gram birinci kuşak sefalosporin (sefazolin sodyum) grubu antibiyotik intravenöz olarak verildi. Her iki hastanın da klinik izlemlerinde cilt altı ve mediastinal amfizemlerinin hızla gerilediği gözlenmiştir. Hastalara 4. gün oral başlandıktan sonra taburcu edilmişlerdir. Hastaların poliklinik kontrollerinde yakınmaları tamamen ortadan kalkmıştır.

Spontan pnömomediastenli hastalarda, havanın boyundaki yumuşak dokular arasından geçerek üst solunum yolunu tıkaması nadir, ancak ciddi bir komplikasyondur. Acil trakeotomi gerektiren üst solunum yolu obstrüksiyonu bildirilmiştir [8]. Trakeotomi sonrası insizyon etrafından havanın çıkması ile mediastinal dekompresyon sağlanarak normal ventilasyon sağlanabilir. Yaşamı tehdit eden pnömomediastende

trakeotomi ilk seçenek olabilir [8]. Bazı hastalarda havanın plevra yaprakları arasına girmesi pnömotoraksa neden olur. Bu durum tüp torakostomi gerektirir. Eveloff ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmaya göre tüp torakostomi için açılan insizyon sonucu havanın direne edilmesiyle hava yolu basıncının 35 cm su basıncına düştüğü saptanmıştır [9]. Ayrıca insizyon etrafındaki yumuşak dokulardan hava çıkışı ile 5 dakika içinde ciltte gerginliğin anlamlı şekilde azaldığı gösterilmiştir [9].

Spontan pnömomediastinum özellikle genç erkekleri etkileyen nadir görülen klinik bir durumdur. Kliniğimizde izlenen iki spontan pnömomediastenli hastanın klinik izlem ve tedavisini sunarak bu klinik durumu bir kez daha hatırlatmak istedik.

KAYNAKLAR

1. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. Bull Johns Hopkins Hosp 1939;64:1-21.
2. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum; a report of 25 cases. Chest. 1991;100:93-5.
3. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, et al. Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. Ann Emerg Med 1992;21:67-72.
4. Fraser WH, Stephance YG and Campanella C. Pneumomediastinum during spontaneous vaginal delivery. Ann Thorac Surg. 2002;73:314-15.
5. Loucius JF, Brodousky HS and Howe CD. Spontaneous pneumothorax and pneumomediastinum as complications of sarcoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1972;84:467-71.
6. Flynn AE, Verrier ED, Way LW, et al. Esophageal perforation. Arch Surg. 1989;124:1211-15.
7. Ralph-Edwards AC and Pearson FG. Atypical presentation of spontaneous pneumomediastinum. Ann Thorac Surg. 1994;58:1758-60.
8. Larsen KD. Submucosal emphysema with airway obstruction from nasal oxygen cannula. Anesth Analg. 1988;67:586-87.
9. Eveloff SE, Donat WE, Aisenberg R. et al. Pneumatic Chest wall compression: A cause of respiratory failure from massive subcutaneous emphysema. Chest. 1991;99:1021-23.