



E Zamanlı Spontan Pnömotoraks ve Pnömomediastinum

Simultaneous and Spontaneous Pneumothorax and Pneumomediastinum

¹ Mustafa ÇÖRTÜK

ÖZET

Spontan pnömomediastinum ve pnömotoraks genellikle genç erkeklerde ve nadir görülen bir klinik durumdur. Sıklıkla nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile hastaneye başvurlar. Tanı için posteroanterior akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisi yeterlidir. Bu makalede ileri yaştaki bir hastada eş zamanlı görülen pnömotoraks ve pnömomediastinum olgusu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Spontan, pnömomediastinum, pnömotoraks.

ABSTRACT

Spontaneous pneumomediastinum and pneumothorax are rare clinical conditions, which usually are seen in young men. They are often admitted to hospital with shortness of breath and chest pain. Posteroanterior chest radiograph and computed tomography are sufficient for diagnosis. In this case report, we present a case of simultaneous pneumothorax and pneumomediastinum in a patient with advanced age.

Keywords: Spontaneous, pneumomediastinum, pneumothorax.

¹ Özel Medline Adana Hastanesi.

GİRİŞ

Spontan pnömotoraks akciğer hastalığı olan ya da olmayan bireylerde ortaya çıkabilir ve bu durum sırasıyla primer ve sekonder spontan pnömotoraks olarak adlandırılır (1). Pnömotoraks olgularında göğüs ağrısı ve nefes darlığı gelişir ve müdahale edilmediğinde yaşamı tehdit edici klinik tabloya yol açabilir. Tedavide uygulanan tüp torakostomi ile akciğerin yeniden ekspansasyonu sağlanır (2). Pnömomediastinum mediasten içinde serbest hava bulunması olarak tanımlanmaktadır ve travmatik ve spontan olarak iki şekilde görülebilir. Spontan pnömomediastinum nadir görülen, sıklıkla genç hastalarda olan ve genellikle kendi kendine iyileşme gösteren bir klinik durumdur. İlk olarak Hamman tarafından 1939 yılında tanımlanmış bir klinik durumdur (3). Bu klinik durum hastane başvuruları arasında 1/25.000-42.000 oranında saptanmıştır (4). Pnömomediastinum durumunda hava mediastene ve subkutan dokuya geçer (5). Bu durum özellikle ağrı efor ve valsalva manevrası benzeri göğüs içi basıncı arttıran hallerde ortaya çıkar (7). Klinikte ani başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı, siyanoz, boyun venlerinde dolgunluk, boyun ağrısı, disfaji, sırt ağrısı, boğazda takılma hissi, disfoni görülebilir. Pnömomediastinuma sekonder olarak mediastinit gelişebilir. Bu durumda diğer semptomlara ek olarak ateş ve hipotansiyon görülür (5). Spontan pnömotoraks ve pnömomediastinin eş zamanlı olarak nadiren görülmesi ve hastamızın bu tür olgular için beklenen yaş grubunun üzerinde olması nedeniyle yazmayı uygun bulduk.

Submitted/Başvuru tarihi:
02.08.2012
Accepted/Kabul tarihi:
21.01.2013
Registration/Kayıt no:
12.08.235

**Corresponding Address /
Yazışma Adresi:**

Uzm. Dr. Mustafa ÇÖRTÜK

Adana Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi

e-posta: mcortuk@yahoo.com

© 2013 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

OLGU

61 yaşında kadın hasta ani başlayan nefes darlığı, göğüs ağrısı ve boyunda şişme ile başvurdu. Olgunun özgeçmişinde astım, broniektazi ve hipotroidi nedeniyle tedavi almakta olduğu bilinmekteydi. Anamnezinde travma veya girişimsel tıbbi işlem öyküsü, kusma, valsalva manevrası benzeri göğüs içi basıncı arttıran herhangi bir öykü yoktu. Yapılan fizik bakıda genel durumunun orta, bilincinin açık olduğu, yardımcı solunum kaslarını kullandığı görüldü. Vital bulgularında; tansiyon arteriyel 130/80 mmHg, nabız 105/dakika, ateş: 36.7 °C, solunum sayısı: 26/dakika olarak tespit edildi. Boyun ve omuz bölgesinde giderek artan subkutan amfizem vardı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde aort kavisi komulu ve daha belirgin izlenen pnömomediasten ile uyumlu görünüm izlendi, pnömotoraks izlenmedi (ekil 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde pnömomediasten ve sağda pnömotoraks olduğu görüldü (ekil 2). Hastanın hızla bozulan klinik ve pnömotoraksı nedeniyle göğüs cerrahisi ile konsülte edilerek sağ pleural boşluğa tüp torakostomi uygulandı. Yapılan özefagus ve mide endoskopisinde gastrit dışında patoloji saptanmadı. Hastaya yattığı sürece bronkodilatör tedaviye ek olarak nazal

oksijen, mediastinit profilaksisi için sefazolin sodyum verildi. Takipte pnömotoraks ve pnömomediasteninin tamamen rezolüsyonda olduğu görüldü. Ek girişim gerekmedi. Hastanede toplam bir hafta yatırılarak tedavi edilen olgunun kliniğinin düzelmesi üzerine taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde hastada tam klinik ve radyolojik düzelme vardı.

TARTI MA

Pnömomediastinum görülme sıklığı değişik kayıtlarda 1/25000 ile 1/42000 arasında bildirilmiştir (4). Spontan pnömomediastinum genellikle genç erkeklerde görülen, çoğu zaman semptomların kendiliğinden gerilediği ve invaziv bir müdahale gerekmeyen nadir bir klinik durumdur (5). Yirmi beş olgunun derlendiği bir çalışmada yaş ortalaması 18,8(±5,2) olarak saptanmıştır (4). Spontan pnömotoraks da genellikle 20-30 yaş arasında ve erkeklerde daha fazla görülür (1). Bizim olgumuz kadın olması ve bu tür hastalar için beklenen yaş ortalamasından daha yaşlı olması nedeniyle sıradışıdır.

Spontan pnömomediastinum genellikle akciğer öksürük, yorgunluk, egzersiz, valsalva manevrası, vajinal doğum gibi göğüs içi basıncın hızla arttığı durumlar sebep olur (7). Bu nadir hastalık astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve diffüz interstisyel pulmoner fibrozis gibi akciğer hastalıklarında da görülebilir (8). Bizim vakamızda göğüs içi basıncı arttıran özel bir durum olmadığı öğrenildi. Astımı nedeniyle nadir öksürükleri olan hasta, olay öncesinde özellikle artan bir öksürük atağı tarif etmemiştir. Spontan pnömomediasten olguları ani baş ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, boyunda şişme, sırt ve boyun ağrısı gibi semptomlar ile hastaneye başvurabilirler (4). Bu hastaların fizik bakışı bazen tamamen normal olabileceği gibi bazen takipne, siyanoz, juguler venöz dolgunluk ve cilt altı

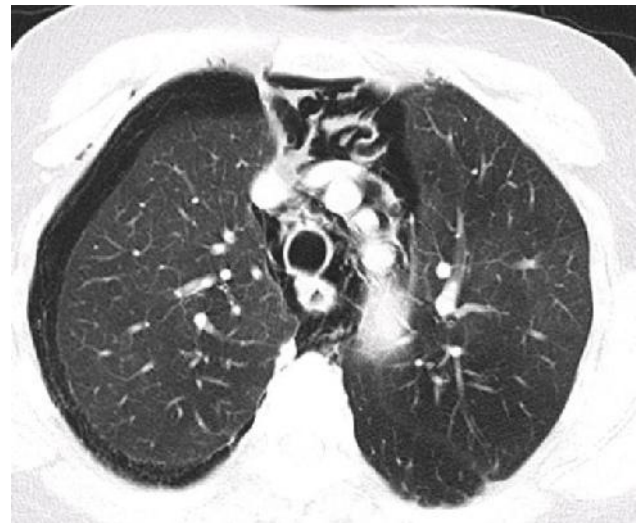
amfizem gibi anormal bulgular da olabilir. Bizim olgumuzun yapılan fizik bakışında da takipneik olduğu, yardımcı solunum kaslarını kullandığı, parmak ucundan bakılan transkutanöz oksijen saturasyonunun düşük olduğu (spo₂: %89) ve belirgin olarak boyun ve göğüs üst kısmında subkutan amfizem olduğu görüldü.

Pnömomediastinumda hava deri altına geçerek boyuna ve yüze doğru ilerleyerek cilt altı amfizemine neden olabilir (9). Tanıda posteroanterior akciğer grafisi, bilgisayarlı toraks tomografisi gereklidir. Hastamızın eklemlenmiş göğüs ön yüzü ve boyunda gelişen cilt altı amfizemi nedeniyle yağ gurubu uymamasına rağmen tanıda klasik astım atağından farklı olarak pnömotoraks veya pnömomediasten olduğu ühpesiyle hızla radyolojik değerlendirme yaparak tanı koymamıza yardımcı olmuştur. Spontan pnömomediastinumda nedeni bulmak için, bronkoskopi, özofagus perforasyonu ühpesinde özofagus pasaj grafisi, cilt altı amfizemi ühpesinde ise servikal direkt anteroposterior grafiden faydalanılabilir. Bu olguda da posteroanterior akciğer grafisi pnömomediastinum tanısı koydurmuş, tanıyı doğrulamak için çekilen toraks tomografisinde pnömotoraksın eklemlenmiş pneumomediastinum tespit edilmiştir.

Pneumomediastinum tedavisinde genellikle invaziv girişim gerekmez ve nazal oksijen yeterlidir. Nadiren cerrahi girişim gerekebilir (9). Hastaların en az izlem süresinin 24-36 saat olması gerektiği bildirilmiştir (10). Astım ve KOAH gibi akciğer kapasitesi sınırlı hastalarda pnömomediasten ve pnömotoraks nedeniyle hızlı klinik bozulma görülebilir. Ayrıca ciddi subkutan amfizem durumlarında cilt altı amfizemi azaltmak gerekebilir (11). Pnömotoraks varlığında genellikle tüp torakostomi gereklidir. Bizim hastamızda eklemlenmiş astım nedeniyle zaten kısıtlı olan akciğer kapasitesine ek olarak gelişen pnömotoraks olması nedeniyle acil ortamlarda tüp torakostomi uygulanmıştır. Daha önce yapılan çalışmada tüp torakostomi için açılan insizyon bölgesinden hava çıkışı ile cilt altı amfizemin anlamlı şekilde azaldığı ve hava yolu basıncının düştüğü saptanmıştır (12). Özofagus rüptürü ile ortaya çıkan mediastinal amfizem olgularında morbidite ve mortalitede artış görülür. Mediastinit ühpesinde hızla tanınan endoskopi ve gereğinde cerrahi müdahale gerekir (5,6). Olgumuzda yapılan erken dönem endoskopide patoloji tespit edilmedi. Mediastinit düştürecek klinik tablo gelişmedi. Ancak hastamızda profilaksi amacıyla günde 3 gram sefazolin sodyum kullanılmıştır.



ekil 1:Hastanın ilk başvurusunda çekilen posteroanterior akciğer grafisinde aort topuzu komulu pnömomediastinum ile uyumlu görünüm.



ekil 2: Göğüs tüpü takılmadan önce çekilen akciğer tomografisinde mediastende sağ pleural boşlukta serbest hava.

Acil servise nefes darlığı, göğüs ağrısı ile çok sayıda hasta başvurmakta. Bu hastalarda ayırıcı tanıda spontan pnömotoraks ve/veya pnömomedistinum düşünülmalıdır. Biz de ülkemizin tanımlanan klinik durumlar için yaş ve cinsiyeti uygun olmasa da bu tanıların her zaman akılda kalması gerektiğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Baumann MH, Noppen M. Pneumothorax. *Respirology*. 2004; 9:157-164.
2. Kandis H, Deniz H, Gungor A, Katirci Y, Deniz T. Sıklıkla Bir Gençte Gözlenen Spontan Hemopnömotoraks. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2008;7: 46-8.
3. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1939;64:1-21.
4. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum; a report of 25 cases. *Chest*.1991;100:93-5.
5. Bilgin M, Kahraman C, Akçalı Y, Özkaya F, Türker G. Spontan Pnömomediasten. *Toraks Dergisi*.2003;4:183-185.
6. Ralph-Edwards AC, Pearson FG. Atypical presentation of spontaneous pneumomediastinum. *Ann Thorac Surg*. 1994;58:1758-1760.
7. Fraser WH, Stephance YG and Campanella C. Pneumomediastinum during spontaneous vaginal delivery. *Ann Thorac Surg*. 2002;73:314-15.
8. Caceres M, Ali S, Braud R, Weiman D, Garrett HE. Spontaneous pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg* 2008, 86: 962-966.
9. Demirel A, Aynacı E, Özgül MA, Özgül G, Uysal MA. Primer spontan pnömomedistinum. *Solunum*. 2008; 10:71-73.
10. Ralph-Edwards AC, Pearson FG. Atypical presentation of spontaneous pneumomediastinum. *Ann Thorac Surg* 1994; 58:1758-60
11. Tokur M, Kürkçüoğlu C. Cilt altı amfizemi yönetimi. *J Clin Anal Med* 2012; 3(4): 488-90
12. 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.