

SPONTAN PNÖMOPERİKARDİYUM: OLGU SUNUMU

SPONTANEOUS PNEUMOPERICARDIUM: A CASE REPORT

**Bilge ÜZMEZOĞLU¹ Ebru ÇAKIR EDİS¹ Osman N. HATİPOĞLU¹ Bilkay SEREZ¹
Y. Altumur KARAMUSTAFAOĞLU² Meryem AKTÖZ³ Ercüment ÜNLÜ⁴**

Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne

¹Gögüs Hastalıkları Bilim Dalı, ²Gögüs Cerrahisi Bilim Dalı, ³Kardiyoloji Bilim Dalı, ⁴Radyoloji Bilim Dalı

Anahtar sözcükler: Spontan, pnömoperikardiyum, drenaj

Key words: Spontaneous, pneumopericardium, drainage

Geliş tarihi: 27 / 01 / 2010

Kabul tarihi: 18 / 02 / 2010

ÖZET

Pnömoperikardiyum, perikard içinde hava bulunması olup pek çok farklı nedene sekonder gelişebilmektedir. Etiyolojide en sık neden travma, ikinci sıklıkta komşu organ hastalıklarının perikardı etkilemesi gelir. Travma veya cerrahi dışında spontan gelişmesi çok enderdir. Tamponada neden olabilmesi ve mortal seyredebilmesi nedeniyle yakın takip edilmesi gereken bir tablodur. Hal-sizlik, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, nadiren pembe renkte balgam çıkarma, gece terlemesi ve çarpıntı yakınması ile gelen erkek hastada, radyolojik görüntüleme ile pnömoperikardiyum ve minimal pnömomediastinum saptandı. Öncesinde travma veya cerrahi hikayesi olmayan hastanın etyolojisine yönelik yapılan tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Bu olgu bildirisinde spontan pnömoperikardiyumlu bir vakanın sunulması ve olası spontan pnömoperikardiyum nedenlerini literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

GİRİŞ

Pnömoperikardiyum çok nadir görülen bir durumdur ve pek çok farklı nedene sekonder gelişebilmektedir. Etiyolojide en sık neden

SUMMARY

Pneumopericardium is a condition of having air inside pericard and it may develop as to the several secondary causes. The most ethiological cause is trauma, secondarily there comes the effect of the neighbouring organs' diseases to the pericard. Spontan development is very rare except trauma and surgical procedure. Because it causes tamponad and it is mortal, it must be monitorised. Pneumopericardium and minimal pneumomediastinum have been diagnosed radiologically at a patient who applied to the hospital with some complaints as weakness, fatigue, anorexia, loss of weight, rarely pink sputum, night sweating and palpitation. There was no trauma or surgical procedure history beforehand. We haven't diagnosed any patologia belonging to ethiology. The aim of this case report, we want to present a patient with spontaneous pneumopericardium and discuss spontaneous pneumopericardium reasons with literatures.

travma, ikinci sıklıkta komşu organ hastalıklarının perikardı etkilemesi gelir (1). Tamponada neden olabilmesi ve mortal seyredebilmesi nedeniyle yakın takip edilmesi

gereken bir tablodur (2). Bu olgu bildirisinde, pnömoperikardiyum ve minimal pnömediastinum gelişen 56 yaşında erkek hasta sunularak olası nedenleri tartışılacaktır.

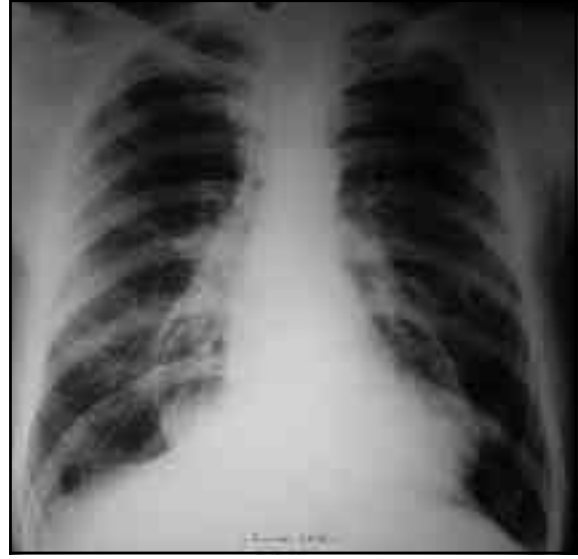
OLGU

56 yaşında erkek hastanın bir aydır halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, nadiren pembe renkte balgam çıkarma ve gece terlemesi yakınmaları mevcuttu. Hasta, bir hafta önce çarpıntısının gelişmesi üzerine başvurduğu kardiyoloji bölümü tarafından çekilen akciğer grafisinde patoloji saptanması üzerine tarafımıza gönderilmişti.

Anamnezinde, 40 paket/yıl sigara içtiği, inşaat işçisi olduğu ve herhangi bir travma veya operasyon öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, ateşi 36.6 C, nabız 115/dak, kan basıncı 110/85 mmHg, solunum sayısı 16/dakikaydı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde kalp sesleri derinden geliyordu ve taşikardikti. Solunum sistemi muayenesinde bilateral üst zonlarda solunum seslerinde azalma dışında özellik yoktu.

Elektrokardiyografisinde (EKG) atrial fibrilasyon mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde beyaz küresi 10300 mm³, C- Reaktif Protein 6.4 mg/dl olarak saptandı. Diğer laboratuvar değerleri normaldi.

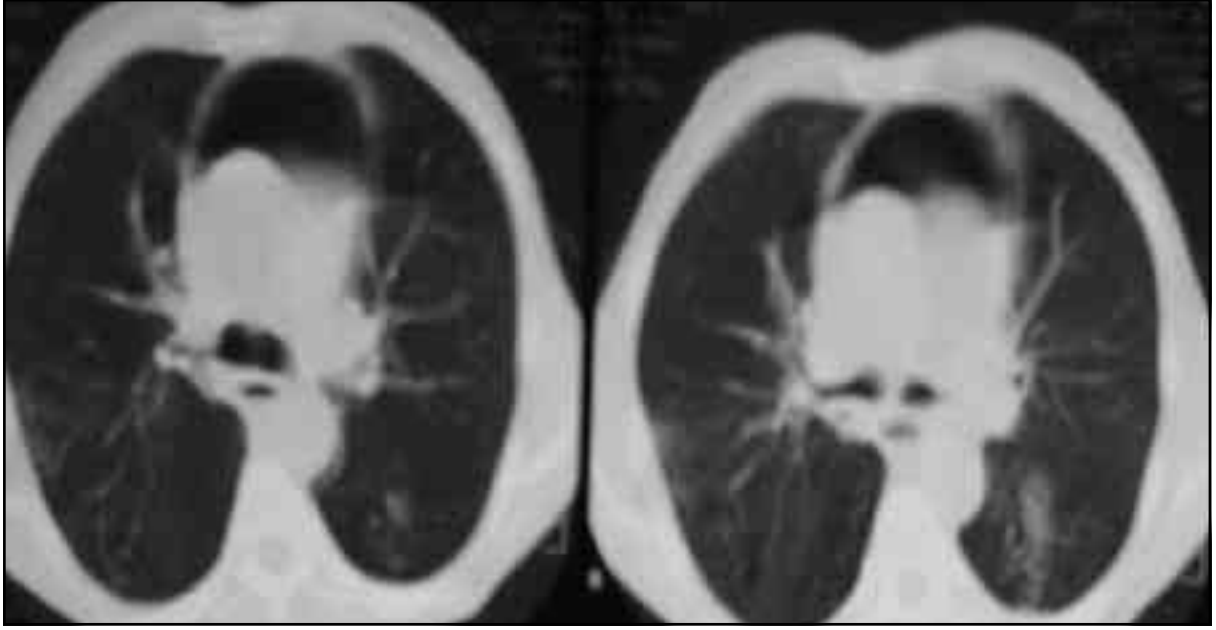
Akciğer grafisinde pnömoperikardiyum ve sağ orta zonda şüpheli infiltrasyonu mevcuttu. Pnömotoraks, cilt altı amfizemi ya da kot kırığı izlenmedi (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde pnömoperikardiyum, minimal perikardiyal efüzyon, paratrakeal ve subkarinal bölgede minimal pnömome-diastinum ve sol alt lob süperiorda infiltrasyonu saptandı (Resim 2). Ekokardiyografisinde her diastolde sağ atriumu kollabe eden, perikardın içerisinde ya da komşuluğunda lokalize bir oluşum saptandı.



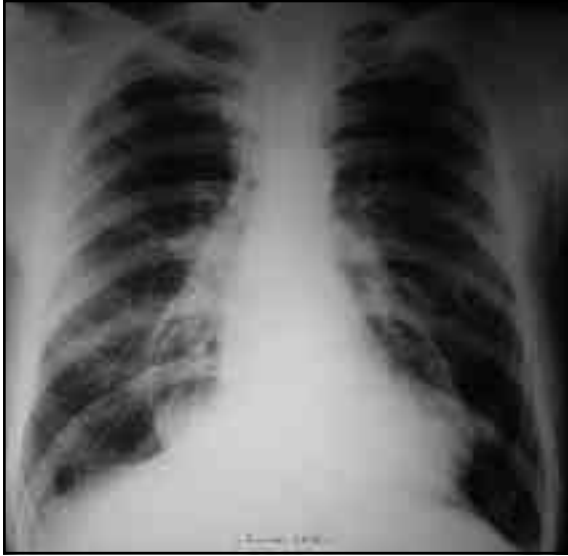
Resim 1. Geliş PA akciğer grafisi.

Hasta monitöriz e edildi, ampirik ampicilin/sulbaktam tedavisi başlandı. Üç kez istenilen aside rezistan basil (ARB) sonuçları negatif olarak geldi. Balgam aerob kültüründe üremesi olmadı. Anti-HIV negatifti. Çarpıntı yakınması süren, EKG' de atrial fibrilasyonu devam eden ve kardiyotorasik endeks büyüyen hasta perikardiyal drenaj için Göğüs Cerrahisi Kliniğine devredildi. VATS yapılan hastada perikard, aşırı hava birikimi nedeniyle çok gergin saptandı. Hastada perikardiyal pencere ve tüp drenajı uygulandı. Sonrasında çarpıntı yakınması gerileyen ve kontrol filminde pnömoperikardiyumu kaybolan (Resim 3) hastada tüp drenajı 5. günde çekilerek taburcu edildi. Gönderilen perikardiyal doku ARB'si negatif geldi. Perikardiyal biopsisi fibrinli perikardit olarak rapor edildi. Drenaj sırasında saptanan minimal perikardiyal efüzyonda ADA düzeyi 55 mg/dl olarak saptandı.

Taburculuğundan bir hafta sonra nefes darlığı yakınması ile acil servise başvuran hasta, göğüs cerrahisi servisine yatırıldı. Yatışından kısa süre sonra, birden bire kötüleştiği ve ex olduğu öğrenildi.



Resim 2. Olgunun bilgisayarlı tomografisi.



Resim 3. Drenaj sonrası PA akciğer grafisi.

TARTIŞMA

Spontan pnömoperikardiyum nadir görülen bir tablo olup perikardiyum ve mediastinumda hava girişi şu teori ile açıklanmaktadır. Valsalva manevrası gibi nedenlerle alveolar

basınç artışı ve alveolar rüptür sonrasında bronkovasküler kılıf boyunca ilerleyen serbest hava mediastinumda ulaşır (1). Mediastinumla ilişkili submandibular aralık, retrofaringial aralık ve vasküler kılıfın diseksiyonu ile serbest havanın perikard yaprakları arasına geçisi ile pnömoperikardiyum gelişir (3).

Pnömoperikardiyum asemptomatik olabileceği gibi göğüs ağrısı, dispne, senkop, üst kadran ağrısı gibi semptomlara da neden olabilmektedir. Fizik muayenede oskültasyonda Hamman bulgusu olarak tanımlanan her kalp atışı ile birlikte duyulan çıtırtı sesi tipiktir. Ayrıca oskültasyonda 'bruit de moulin üfürümü' (değirmen çarkı şeklinde üfürüm) ve frotman duyulabilir (2).

Radyolojik bulgular tanı koydurucudur. Kalbin çevresini saran sıvılı ya da sıvısız hava gözlenir ve etrafında perikardı içeren yumuşak doku dansitesi mevcuttur. Pnömomediastinumdan farkı, perikardın üst sınırından daha yukarısında hava bulunmaması ve

dekübit pozisyonunda çekilen akciğer grafisinde havanın yer değiştirmesidir (3). Bizim olgumuzda akciğer filminde perikardın üst tarafında hava gözlenmemekteydi ve tanı radyolojik olarak konuldu.

Tedavide hastalar monitörize edilir. Yatak istirahati ve seri akciğer grafileri ile hastaların kontrolleri yapılır. Tansiyon pnömoperikardiyum gelişmeyen hastalarda spontan regresyon gözlenebilir. Pnömo-perikardiyum tedavisinde tamponad gelişimi ya da tamponada gidiş semptomları önem taşır, çünkü mortal seyredip acil müdahale gerektirir (2).

Hastamızın öyküsünde pnömoperikardiyuma neden olabilecek etiyolojik risk faktörü saptanamadı. Kronik semptomları olan ve radyolojik olarak sol alt lob süperior yerleşimli infiltrasyonu saptanan hastada biz öncelikle tüberküloza sekonder pnömoperikardiyum

düşündük ancak hastamızda tüberküloza yönelik tetkikler negatif olarak sonuçlandı.

Literatürde erişkinlerde altta yatan predispozan bir faktör olmadan gelişen pnömoperikardiyum vakaları çok nadirdir (2,4).

Drenaj sonrası çarpıntı yakınması ve pnömoperikardiyumu kaybolan hastanın taburculuğundan kısa süre sonra birden bire kötüleşmesi sonrası ex olması bize, pnömoperikardiyumun tekrarlamış olabileceğini ve tamponad gelişimi sonucu hastanın kaybedilmiş olabileceğini düşündürdü. Literatürde pnömoperikardiyumda uzun dönem sonrası rekkürens riski olduğu bildirilmektedir (2). Olgumuzda otopsi çalışması yapılamadığı için kesin ölüm nedeni saptanamamıştır.

Altta yatan predispozan bir faktör olmadan da spontan pnömoperikardiyum gelişebileceğini vurgulamak amacı ile olgu sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Takahashi K, Nagao K, Momokawa T, Maruyama A, Fujita H, Ono S et al. Two cases of idiopathic pneumopericardium. *Kokyu To Junkan* 1991; 39: 95-7.
2. Taupin JM, Laudinat JM, Fellingier F, Dickele MC, Lemaitre C, Elaerts J, et al. Spontaneous idiopathic pneumopericardium in young patients. Review of the literature. Apropos of a new case. *Ann Cardiol Angeiol* 1992; 41: 485-8.
3. Zylak CM, Standen JR, Barnes C, Zylak CJ. Pneumomediastinum revisited. *Radiographics* 2000; 20: 1043-57.
4. Gheno G, Cantone A, Cucchini F. Spontaneous (idiopathic) pneumopericardium. A case report and review of the literature. *G Ital Cardiol* 1993; 23: 809-12.

Yazışma Adresi:

Dr. Bilge ÜZMEZOĞLU
Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, EDİRNE
e-posta: bilgeuzmezoglu@hotmail.com
