

Künt Boyun Travması Sonrası Gelişen Pnömomediastinum ve Pnömotoraks

Pneumomediastinum and Pneumothorax After Blunt Neck Trauma

**Ayhan Özhasenekler¹, Şervan Gökhan¹, Fevzi Yılmaz¹,
Mahmut Taş¹, Ömer Tan², Ahmet Nasır²**

¹ Diyarbakır Devlet Hastanesi, Acil Servis, Diyarbakır

² Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır

ABSTRACT

Pneumomediastinum is air presence in mediastinum. It is spontaneously and traumatically divided into two. While spontaneous pneumomediastinum is generally found in healthy young men, traumatic pneumomediastinum may develop due to skull, neck, chest traumas and intraoral injuries. Pneumomediastinum is a clinical state with high morbidity and mortality due to complications it causes. It should be considered that it can improve and also accompanied by pneumothorax even without trachea and esophagus injury after blunt neck, face and eye traumas.

Key words: Blunt neck trauma, Pneumomediastinum, Pneumothorax

ÖZET

Pnömomediastinum mediastende hava bulunmasıdır. Kendiliğinden ve travmatik olarak ikiye ayrılır. Kendiliğinden pnömomediastinum genellikle sağlıklı genç erkeklerde görülürken, travmatik pnömomediastinum; kafa, boyun, göğüs travmaları ve ağız içi yaralanmalara bağlı gelişebilir. Pnömomediastinum, olası komplikasyonları açısından morbidite ve mortalitesi yüksek bir klinik durumdur. Künt boyun, yüz ve göz travmalarından sonra trakea ve özefagus yaralanması olmadan da gelişebileceği ve buna pnömotoraksın da eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Künt boyun travması, Pnömomediastinum, Pnömotoraks

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Ayhan ÖZHASENEKLER

Urfa Yolu 3. Km Garanti Bankası Üzeri Mega Konutları A Blok No:7 Kayapınar - Diyarbakır-Türkiye

E-mail: drhasenek@mynet.com

Telefon: 0 505 542 86 72

Başvuru Tarihi: 08.01.2010

Kabul Tarihi: 28.01.2010

GİRİŞ

Pnömomediastinum, mediastende hava bulunmasıdır. Kendiliğinden ve travmatik olarak ikiye ayrılır. Travmatik pnömomediastinum; kafa, boyun, göğüs travmaları, ağız içi yaralanmalara bağlı gelişebilir. Ancak boyun ve kafa travması sonrası yüz-boyun bölgesinde cilt altı amfizemi ve pnömomediastinum nadir olarak görülebilir. Spontan gelişen olgular ise daha az bildirilmiştir ⁽¹⁾. Bu yazıda künt boyun travması sonrası trakea ve özefagus yaralanması olmadan pnömomediastinum ve pnömotoraks gelişen bir pediatrik olgu sunulmuştur.

OLGU

5 yaşında bayan hasta evde koşarken düşme sonucu boynunun sağ tarafını saksının kenarına çarpmış. Sonrasında, boynunda şişme olması üzerine acil servisimize başvurdu. Genel durumu orta, şuuru açık, fizik bakıda boyunda şişlik, boynunun sağ tarafında çenenin yaklaşık 3 cm altında yatay seyirli yaklaşık üç cm boyutunda kızarıklık ve çenesinde yaklaşık bir cm boyutunda kızarıklık ve sıyrık mevcuttu (*Resim 1*). Ağız içerisinde kesi veya açık yaraya rastlanmadı. Palpasyonla yaralanma bölgesinde hassasiyet, ağrı ve cilt altı amfizem mevcuttu. Her iki toraksta inspeksiyonla sıyrık, ekimoz, laserasyon gibi travma bulguları yoktu. Dinlemekle sol akciğerde solunum sesleri sağa göre azalmıştı. Solunum sayısı 18/dk, nabız 110/dk, oksijen saturasyonu %95 (oksijensiz) idi. Öyküsünde ses kısıklığı ve yutkunma zorluğu yoktu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın yan servikal grafisi kemik yönünden normal olarak değerlendirildi, ancak yaygın cilt altı amfizem görüldü. Çekilen ön-arka (PA) akciğer grafisi (*Resim 2*) ve toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) (*Resim 3*) sol akciğerde pnömotoraks ve üst mediasten bölgesinde hava değerleri ve toraks ön ve yan yüzlerde cilt altı hava değerleri tespit edildi. Hastaya 'trakea ve/ya özefagus yaralanması' ön tanısı ile göğüs cerrahisi konsültasyonu istendi. Sol toraksa kapalı tüp drenajı (KTD) uygulandı. Çekilen kontrol PA akciğer grafisinde sol akciğer parankiminin tamamen ekspanse olduğu görüldü (*Resim 4*). Daha sonra, olası bir özefagus yaralanmasını dışlamak için özefagografi tetkiki istendi ve herhangi bir ekstrevasiyon saptanmadı. Hasta yoğun bakıma alınarak takip edildi, oral alımı kesildi, mediastinit profilaksisi için intravenöz 1. kuşak sefalosporin (sefazolin sodyum) tedavisi başlandı. Takibinde, kapalı tüp drenajından ekstra bir hava kaçağının olmaması nedeniyle olası bir trakea yaralanmasından uzaklaşıldı. Takiplerinde ateşi olmadı ve 3. gününde boyundaki cilt altı amfizemi tamamen geriledi. 4. günde göğüs tüpü çekildi. Hastaya oral sulu gıda başlandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta yatışının 7. günü şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

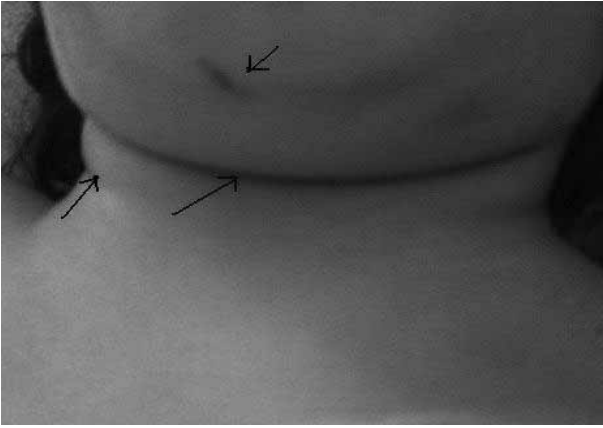
Pnömomediastinum, mediastende ekstraalveoler hava varlığıdır ve travmaya bağlı bir komplikasyon olarak ilk kez 1819 yılında Laennec tarafından tanımlanmıştır ⁽²⁾. Alveoler ve intrabronşiyal basınç artışına yol açan olaylar sonucunda alveoller yırtılır. Pnömotoraks, pnömomediastinum ve derialtı amfizemine yol açar ⁽³⁾. Pnömomediastinum, kendiliğinden ve travmatik olarak ikiye ayrılır. Kendiliğinden pnömomediastinum genellikle sağlıklı genç erkeklerde görülür. Travmatik pnömomediastinum; kafa, boyun, göğüs travmaları ve ağız içi yaralanmalara bağlı gelişebilir. Pnömomediastinum görülme sıklığı 1/32000 ila 1/7000 arasında bildirilmiştir ⁽⁴⁾. Klinik çok değişkendir ve masum şikayetlerden hayatı tehdit eden Ani Sıkıntılı Solunum Sendromu (ARDS) tablosuna kadar çok çeşitli klinik tablo ile karşımıza gelebilir. Klasik olarak göğüs ağrısı, ağrılı yutma, cilt altı amfizemi, mediastinal basıncın derecesine göre belirtiler (nefes darlığı, morarma) ve pnömotoraks en sık saptanan klinik durumlardır ⁽⁵⁾.

Astmatik bronkospazm, intratorasik basıncı arttıran fiziksel aktiviteler, şiddetli öksürük, aksırma, kusma, öğürme, ağır kaldırma, hızlı vajinal doğum, valsalva manevrası, barotravma, kokain ve diğer ilaçların burundan çekilmesi, alveoler ve intrabronşiyal basıncı arttırarak pnömomediastinum ve citaltı amfizemine yol açabilmektedir ⁽⁶⁾. Biz hastamızda, düşme anında glottisinin ani kapanması sonucu intraalveoler basıncın artmasına bağlı olarak alveoler rüptür ve bunun sonucunda pnömotoraks geliştiğini, pnömotoraksın da mediastinel plevrayı etkileyerek pnömomediastinuma neden olduğunu düşünüyoruz.

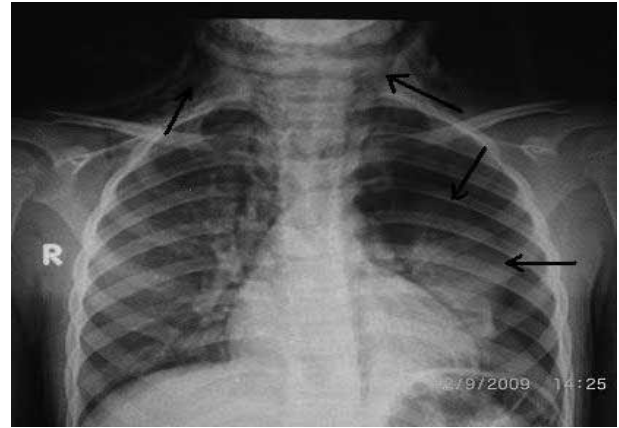
Pnömomediastinumda radyolojik tanı, standart PA ve yan akciğer grafisi ile konur. Standart PA akciğer grafisinde sol kalp ile mediastinal plevra arasında hava sütunu hattı tipik bulgudur ⁽⁴⁾. Radyolojik görüntüleme sonra diğer tanı amaçlı tetkikler de (göğüs tomografisi, özofagoskopi ve bronkoskopi) olası bir ana soluk ağacında veya yemek borusunda yırtılmayı ayırt etmede önemlidir. Çünkü hastaların tedavisinde altta yatan nedene yönelik gerekirse cerrahi müdahale yapılması kaçınılmaz olacaktır. Potansiyel letal bir durum olması nedeni ile hızlı tanı önemlidir. Pnömomediastinumlu hastalar monitorize edilerek yakın takip edilmelidir. Pnömomediastinumun tedavisinde ana soluk ağacı ya da yemek borusunda yaralanma yoksa ve akciğer dokusundan kaynaklanan büyük bir hava kaçağı kaynağı (bül veya blep gibi) saptanamıyorsa, tedavide yaklaşım çoğunlukla koruyucu (istirahat, ağrı kesici, antibiyoterapi ve valsalva manevrasından kaçınma) ve destek amaçlı olmalıdır. Ciddi komplikasyonlar için mediastinal iğne aspirasyonu, servikal mediastinotomi, trakeostomi veya acil torakotomi yöntemleri kullanılabilir ⁽⁷⁾.

Sonuç olarak; pnömomediastinum, olası komplikasyonları açısından morbidite ve mortalitesi yüksek bir klinik durumdur. Künt boyun, yüz ve göz travmalarından sonra trakea ve özefagus yaralanması olmadan da gelişebileceği ve buna pnömotoraksın da eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır.

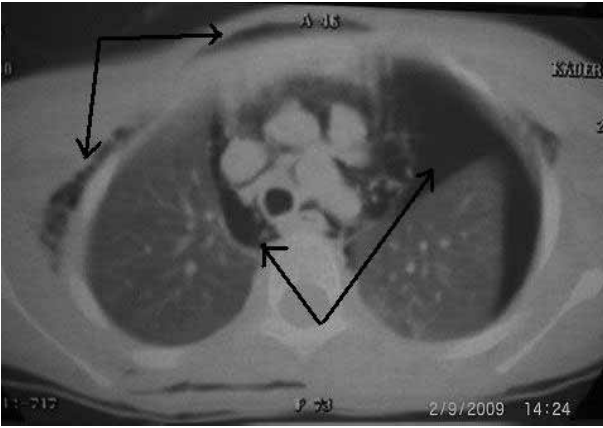
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



KAYNAKLAR

1. Işık AF, Kurnaz M, Çobanoğlu U. Göz travmasına bağlı pnömomediastinum. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg. 2005;13:177-178.
2. Chu CM, Leung YY, Hui JYH, Hung IFN, Chan VL, Leung WS, et al. Spontaneous pneumomediastinum in patients with severe acute respiratory syndrome. Eur Respir J. 2004;23:802-4.
3. Ender L, Sarıman N. Pnömotoraks olmaksızın pnömomediastinum ve derialtı amfizemi gelişen bronşial astım olgusu. Solunum 2008;10:131-135.
4. Maravelli AJ, Skiendzielewski JJ, Snover W. Pneumomediastinum acquired by glass blowing. J Emerg Med. 2000;19:145-7.
5. Raley JC, Andrews JI. Spontaneous pneumomediastinum presenting as jaw pain during labor. Obstet Gynecol. 2001;98:904-6.
6. Newcomb AE, Clarke CP. Spontaneous pneumomediastinum: A benign curiosity or a significant problem? Chest 2005;128:3298-302.
7. Altınok T. ve Ceran S. Pnömomediastinum. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3:39-42.