

Pnömomediastinum: Olgu Sunumu

Spontaneous Pneumomediastinum: Case report

Polat Durukan¹, İsmail Tekin², Şule Yakar³, Ömer Salt⁴, Necmi Baykan⁵, Seda Özkan⁶

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

² Muş Devlet Hastanesi Acil Servisi, Muş, Türkiye

³ Şırnak Devlet Hastanesi Acil Servisi, Şırnak, Türkiye

⁴ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

⁵ Nevşehir Devlet Hastanesi Acil Servisi, Nevşehir, Türkiye

⁶ Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Spontan pnömomediastinum, herhangi bir tetikleyici sebep olmaksızın mediasten içinde hava bulunmasıdır. Oldukça nadir görülen, iyi huylu ve genellikle kendisini sınırlayan bir durumdur. Acil servise boğazda takılma hissi ve nefes darlığı şikayetleri ile başvuran ve spontan pnömomediastinum tanısı alan bir olgu sunulmuştur. Olgu konservatif tedavi ile sorunsuz iyileşmiştir. Spontan pnömomediastinum şüphesi olan olguların tanısı için dikkatli bir fizik muayene ve radyolojik değerlendirme çok önemlidir. Hastaların olası komplikasyonlar açısından yakın takibi gerekir.

Anahtar Sözcükler: Pnömomediastinum, nefes darlığı, toraks BT

Geliş Tarihi: 27.07.2017

Kabul Tarihi: 07.09.2017

ABSTRACT

Spontaneous pneumomediastinum, without any triggering factor is described as presentation of air in the mediastinum and this is a benign, uncommon and generally self limiting condition. Admitted to the emergency department the feeling of congestion in the throat and dsypnea complaints, which present a case with the diagnosis of spontaneous pneumomediastinum. She was managed conservatively and recovered uneventfully. Careful physical examination and radiologic evaluation are very important in making the diagnosis of spontaneous pneumomediastinum. A close follow-up is needed to avoid from possible complications.

Key Words: Pneumomediastinum, dyspnea, chest, CT

Received: 07.27.2017

Accepted:09.07.2017

GİRİŞ

Pnömomediastinum (PM); ilk defa Hamman tarafından, mediasten içinde hava bulunması olarak 1939 yılında tanımlanmıştır (1). Etiyolojik olarak; spontan, travmatik ve iyatrojenik olarak sınıflandırılabilir, ancak PM çoğu olguda travmatik nedenlerden kaynaklanmaktadır (2,3). Spontan pnömomediastinum (SPM); periferik pulmoner alveollerin rüptüre olması sonucunda, genellikle bilinen hastalık öyküsü olmayan genç erkeklerde ortaya çıkan ve çoğu tesadüfen saptanan nadir bir klinik durumdur (3).

Olguların çoğunda sternum alt bölgesinde yerleşimli ağrı, en sık ortaya çıkan klinik bulgudur; disfaji, boğazda takılma hissi, dispne ve disfoni ise diğer bulgulardır (4). Solunum sistemi muayenesinde, göğüs ön yüzünde kalp atımıyla eş zamanlı çıtırtı sesinin duyulması tipiktir ve Hamman belirtisi olarak bilinmektedir (1). SPM tanısında toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) altın standarttır, bununla birlikte komplike olmayan olguların çoğunun konservatif olarak iyileştiği bilinmektedir (5).

Bu olgu sunumunda, yakınları tarafından boğazda takılma hissi ve nefes darlığı şikayetleri ile acil servise getirilen, yine yakınları tarafından psikolojik problemleri olduğu ifade edilen SPM'li bir olgunun tanı ve tedavisindeki tipik özelliklerin sunulması amaçlanmıştır.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Polat Durukan Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye E-posta: polatdurukan@gmail.com

©Telif Hakkı 2017 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2017.83>

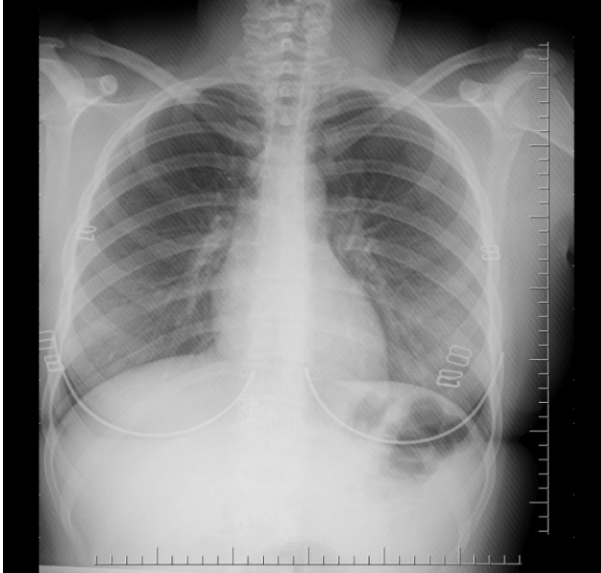
Onaltı yaşında bayan hasta acil servise sakız yutma sonrası başlayan boğazda takılma hissi ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde antidepresan ilaç kullanımı dışında özellik saptanmadı.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde vital bulguları; TA:110/56 mmHg, SS: 20 /dk, kalp atım hızı: 74 /dk, ateş:36,6 °C ve sPO₂: %98 (oksijensiz) olarak belirlendi. Genel durumu iyi, bilinci açık olan hastanın baş-boyun bölgesi, solunum ve kardiyovasküler sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanılmadı. Hastadan alınan hemogramın sonucu: lökosit 9020 /mm³, hematokrit %37,2, hemoglobin 12.3 gr/dL, trombosit 239.000 /mm³ olarak saptandı. Hastanın çekilen elektrokardiogramında (EKG) kalp hızı 66 atım /dk ve EKG normal sinüs ritminde idi. Çekilen PA akciğer grafisinde trakea orta hatta idi ve havalanma farkı yoktu (Resim 1). Hastanın semptomları akciğer grafisi ile açıklanamadığından, hastaya kontrastsız toraks BT çekildi ve mediastinal alanda serbest hava kabarcıkları görüldü (Resim 2), endobronşial lezyon izlenmedi ve PM dışında ek patolojiye rastlanılmadı. İlgili bölümlerle konsültasyon sonrası; hastanın PM etiolojisine yönelik yapılan otolaringolojik muayene ve endoskopi bulguları normal olarak saptandı.

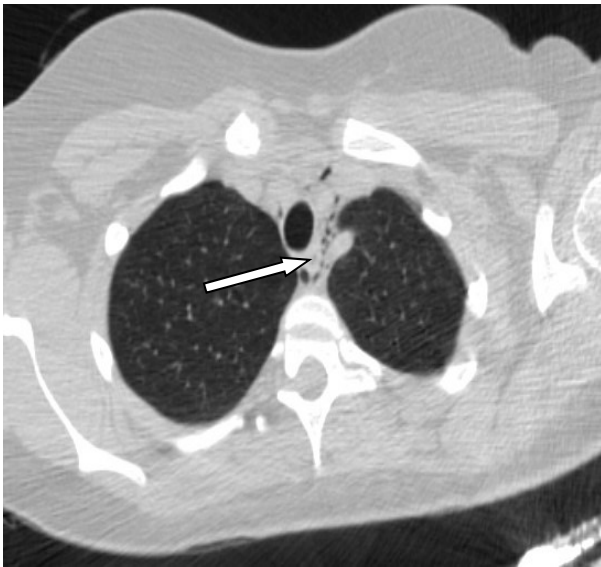
Spontan PM tanısı kesinleşen hasta takip amaçlı göğüs cerrahisi servisine yatırıldı. Hastaya nazal O₂ ve antibiyotik tedavisi uygulandı ve yatak istirahati önerildi. Konservatif tedavinin beşinci gününde semptomları gerileyen, klinik iyileşme görülen ve ek problem gelişmeyen hasta poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edildi.



Resim-2b: Toraks Bilgisayarlı Tomografi (mediasten penceresi)



Resim 1: PA Akciğer Grafisi



Resim 2a: Toraks Bilgisayarlı Tomografi (parankim penceresi)

TARTIŞMA

Spontan pnömomediastinum, toraks travması, cerrahisi veya başka tıbbi prosedürlerden bağımsız olarak mediastende serbest hava bulunması ile karakterize nadir bir durumdur (6). Patofizyolojide; alveoler basınçtaki artışın ya da doku içi basınç azalmasının alveolar rüptüre yol açtığı ilk olarak 1944 yılında Macklin tarafından sunulmuştur (7). Kesin olarak insidansı bilinmemekle birlikte, yaklaşık olarak 30.000 acil başvurusunda bir olduğu bildirilmiştir (5). Spontan PM daha çok genç erkeklerde görülmektedir (4), ancak burada 16 yaşında bir bayan hasta sunulmuştur.

Spontan PM; çoğunlukla alveol basınç artışına sebep olan öksürük, kusma, ıkınma ve valsava manevrası benzeri durumlarda gelişmektedir (8). Astım, diyabetik ketoasidoz, zorlu egzersiz, uyuşturucu madde kullanımı, interstisyel akciğer hastalığı; spontan alveol rüptürü için predispozan faktörlerdendir (2). Diğer nedenler; mekanik ventilasyona bağlı oluşan barotrauma, dalış sırasında yüzeye hızlı yükselme ve hiperbarik tedavidir (6). Bu olgudaki hastanın özgeçmişinde antidepresan ilaç kullanımı dışında özellik yoktu, madde kullanımını dışlamak amacıyla servis takiplerinde hastaya psikiyatri konsültasyonu istendi ancak özellik saptanmadı.

Spontan PM'li hastalarda klinik olarak; ani başlangıçlı göğüs ağrısı, dispne, disfaji, disfoni, boyun ve sırt bölgesinde ağrı, hipotansiyon, subkütan amfizem ve tipik bir oskültasyon bulgusu olarak Hamman belirtisi görülebilmektedir (5). Buradaki olguda sadece nefes darlığı ve boğazda takılma hissi şikayetleri mevcuttu, ayrıca yapılan fizik muayenesinde cilt altı amfizem bulgusu saptanmadı.

PM olgularının bazılarında EKG'de; düşük voltaj, nonspesifik aks değişikliği, lateral göğüs derivasyonlarında ST-T değişiklikleri ve ST yüksekliği görülebilmektedir (4). Bu olguda çekilen EKG normal sinüs ritminde idi ve EKG'de patolojik bulgu saptanmadı.

Akciğer grafisi; SPM tanısında ilk görüntüleme yöntemi olup çoğu vakada tanı koyulmasını sağlar, grafide; özofagus, ana bronşlar etrafında ve mediastinal bölgede hava birikimi SPM tanısı için anlamlıdır (3). PM tanısında en duyarlı görüntüleme tetkiki toraks BT'dir, BT'de mediasten genişlemesi ve serbest hava kabarcıklarının varlığı ile PM tanısı koyulmaktadır (5). Bu olguda PA akciğer grafisinde patolojik bulgu görülmedi, çekilen toraks BT'de mediastende hava kabarcıkları görülmesi ile SPM tanısı koyuldu.

SPM tedavisi etyolojiye yöneliktir, gerekli görülmesi halinde cerrahi girişim planlanmalıdır ve PM tanısı alan olgular ortalama 24-36 saat gözetim altında tutulmalıdır; ayrıca genellikle hastaların şikayetleri hızlı düzelir ve klinik olarak stabil hale gelen olgular taburcu edilebilir (3,4). Bu olguda cerrahi tedaviye gerek görülmemiş olup, konservatif tedavinin beşinci gününde semptomlarda tamamen düzelmeye görülmüş ve hasta taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak; acil servise başvuran ve özgeçmişinde psikiyatrik hastalık hikayesi bulunan hastalara ön yargı ile yaklaşılmamalıdır. Yakınmaları dikkate alınarak bütün hastalara detaylı fizik muayene yapılmalı, morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan hastalıklar dışlanmalıdır. Bu vakada olduğu gibi nefes darlığı ve boğazda takılma hissi ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda SPM mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. Bull Johns Hopkins Hosp 1939;64:1-21.
2. Akdemir HU, Turköz B, Katı C, Duran L, Kayhan S, Çalışkan F. Spontan Pnömomediastinum: Nefes Darlığı ve Ses Kısıklığı Birlikteliği. J Clin Anal Med 2013;4:229-31.
3. Adadioğlu İ, Yavuz Y, Solak O, Yürümez Y, Esmel H. Primer Spontan Pnömomediastinum: Olgu Sunumu. AKATOS 2010;1:37-40.
4. Demirel A, Aynacı E, Özgül MA, Özgül M, Uysal MA. Primer spontan pnömomediastinum. Solunum 2008;10:71-3.
5. Dirweesh A, Alvarez C, Khan M, Chistmas D. Spontaneous pneumomediastinum in a healthy young female: A case report and literature review. Respir Med Case Rep 2017 Feb 6;20:129-132.
6. Dionisio P, Martins L, Moreira S, Manique A, Macedo R, Caeiro F et al. J Bras Pneumol 2017 Mar-Apr;43:101-5.
7. Fan KP, Kun WM, Tung WK. Spontaneous pneumomediastinum-An uncommon disease presenting as a common complaint. Hong Kong J Emerg Med 2000;7:42-5.
8. Akdur O, Durukan P, İkizceli I, Ozkan S, Avsarogullari L. A rare complication of chlorine gas inhalation: pneumomediastinum. Emerg Med J 2006;23:59.