

Spontan Mediastinal Amfizem: 8 Olgu Nedeniyle

Mithat Fazlıoğlu, Gökhan Hacıbrahimoglu, Celalettin Kocatürk, Ayşe Gül Çevik, Mehmet Ali Bedirhan

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Spontan Mediastinal Amfizem: 8 Olgu Nedeniyle

Spontan pnömomediastinum ilk defa Hamman tarafından 1939'da tanımlanmıştır. Bu durum daha çok genç hastalarda genellikle travma olmaksızın, aşırı öksürük, fizik egzersiz ve intra abdominal basınç artışına bağlı olarak gelişmektedir. Spontan gelişen mediastinal amfizemli hastalarda klasik diagnostik semptom triadı ani gelişen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve subkutanöz amfizemdir. Görülme sıklığı, acil polikliniğe başvuran hastalarda 1/12500'dir (5). Böyle olgularda cerrahi dekompresyon hayat kurtarıcıdır.

Anahtar sözcükler: pnömomediastinum, spontan, dekompresyon, cerrahi

Geliş tarihi: 25.02.2005

Kabul tarihi: 02.06.2005

ABSTRACT

Spontaneous Mediastinal Emphysema : 8 Cases

Spontaneous pneumomediastinum (SP) is firstly described by Hamman in 1939. SP is most commonly found young people without trauma. SP generally occurs depended on severe coughing, hard physical exercises and increased intraabdominal pressure. Classical triad of SP is; dispnea, chest pain and subcutaneous amphizema. Incidence of SP is 1/12500 in patients who admitted chest hospital emergency. Surgical decompression is life saving.

Keywords: pneumomediastinum, spontaneous, decompression, surgery

Received: 25.02.2005

Accepted: 02.06.2005

GİRİŞ

Mediastinum içerisinde serbest hava bulunması pnömomediastinum olarak tanımlanmaktadır [1]. Spontan pnömomediastinum ilk defa Hamman tarafından 1939'da tanımlandı [1]. Bu durum daha çok genç hastalarda genellikle travma olmaksızın, aşırı öksürük, fizik egzersiz ve intra abdominal basınç artışına bağlı olarak gelişmektedir [2]. Daha nadir olarak astım bronşiale ve uyusuturucu bağımlılarında, Valsalva manevrası, özophagusun aşırı zorlanması ve vaginal doğumlarda da görülebilmektedir [3,4,6]. En sık görülen semptomlar; göğüs ağrısı, nefes darlığı, cilt altı amfizem, ses kısıklığı, yutma zorluğudur [3,5]. Görülme sıklığı acil polikliniğe başvuran hastalarda 1/12500'dir [5].

Biz bu çalışma ile kliniğimizde Ocak 1996-Ocak 2004 yılları arasında acil polikliniğimize başvuran ve spontan mediastinal amfizem tanısı konulan 8 hastaya yapılan cerrahi uygulamaları ve tedavi sonuçlarını sunmayı amaçladık

GEREÇ VE YÖNTEM

Hastaların kayıtları cinsiyet, polikliniğe başvuru nedeni, yakınma, öykü, öz-soy geçmişi, ek hastalık, saptanan muayene bulgusu, tanı metodu, uygulanan cerrahi girişim, klinik durumun oluş nedeni, hastanede kalış süresi açısından irdelendi.

Hastaların tümü hastane polikliniğinde muayene edildikten sonra radyolojik olarak ilk önce Postero-Anterior

(P-A) akciğer grafisi ile değerlendirildi. Daha ileri radyolojik tetkik olarak toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildi. Tüm hastaların Tansiyon Arteriyel, nabız sayıları ve SatO₂ ölçüldü. Günlük P-A akciğer grafisi, EKG ve arter kan gazı takibine alındı. Taburcu edilen hastalar ilk ay 10 gün arayla 3 defa poliklinik, 3. ayda toraks BT ile takip altında tutuldular.

BULGULAR

Ocak 1996- Ocak 2004 yılları arasında 8 spontan mediastinal amfizemli hastanın tüm kayıtları retrospektif olarak incelendi. 7 (%87) erkek, 1 (%12) kadın olan olguların yaş ortalaması 35,6 (15-62). Hastanemiz polikliniğine başvuru nedeni; 3 olguda boyunda ani şişme, 2 olguda fizik egzersiz sonrası gelişen nefes darlığı, 2 olguda spontan gelişen ani nefes darlığı, 1 olguda malignite nedeniyle radyoterapi sırasında gelişen nefes darlığı. Hastaların en sık yakınması; nefes darlığı 8 olguda (%100), boyunda şişme 7 olguda, öksürük 2 olguda, ses kısıklığı 1 olguda, yutma zorluğu 1 olguda (Tablo I). En çok saptanan muayene bulgusu: cilt altı amfizemi 7 olgu, ses kısıklığı 1 olguda. Hastaların anamnezinde; yakınmalarının 3 hastada şiddetli öksürük sonrasında, 2 hastada fizik egzersiz, 1 hastada şiddetli hapşurma sonrasında geliştiği saptandı. 2 hastada neden saptanamadı (Tablo II).

Tanı, 3 olguda P-A akciğer grafisi ile, diğer 5 olguda toraks BT ile konuldu.

Tüm olgulara oral beslenme kesilerek profilaksi amacıyla parenteral 2. kuşak sefalosporin başlandı. Hastalara

Yazışma Adresi: Dr. Ayşe Gül Çevik, Yeşilkent Sitesi E Blok D:10 Artvin-Türkiye,
Tel: +90 466 2121040, GSM: +90 505 3706069, e-posta: dr_aysegul@hotmail.com

Tablo I.

Olgularda görülen şikayetler	Görülme sıklığı
Nefes darlığı	8
Boyunda şişme	7
Öksürük	2
Ses kısıklığı	1
Yutma zorluğu	1

nazal 2 lt/dak O₂, parenteral analjezi tedavisi uygulandı. 2 olguda cilt altı amfizeminin artması üzerine genel anestezi altında rijit bronkoskopi yapıldı. Bronş sisteminin doğal saptanması üzerine aynı seansta servikal insizyonla pretrakeal fasya açıldıktan sonra parmak disseksiyonu ile mediastinostomi yapıldı ve mediastene 18f dren konulduktan sonra yapılan insizyon kenarına tespit edilerek servikal insizyon anatomik olarak kapatıldı. 6 hastaya cerrahi girişim yapılmadan konservatif tedavi uygulandı. 7 olgu şifa ile taburcu edildi. Akciğer malignitesi nedeniyle radyoterapi sonrasında gelişen mediastinal amfizem nedeniyle takip edilen 1 olgu abondan kanama nedeniyle 5. gün eksitus oldu. Ortalama hastanede kalış 4,75 gün [2-7].

TARTIŞMA

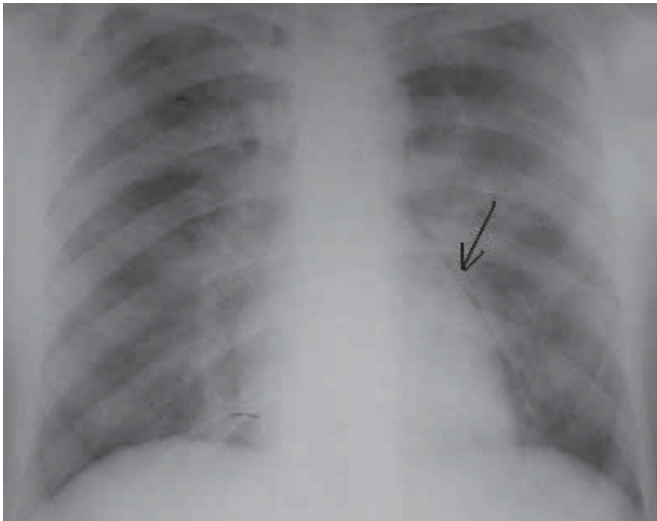
Mediastinal amfizemin fizyopatolojisi ilk olarak 1944 yılında Macklin tarafından tarif edildi [4]. Bu tarife göre artmış intraalveolar basınca bağlı olarak akciğerin terminal alveollerindeki yırtık sonucu havanın parankim içinde artmış basınç gradientine bağlı olarak daha gevşek olan peribronko-vasküler dokudan mediastene ulaşmasıdır [4].

Spontan gelişen mediastinal amfizemli hastalar hastaneye ani gelişen nefes darlığı, boyunda şişme ve öksürük yakınması ve daha nadiren yutma zorluğu ile başvururlar [5].

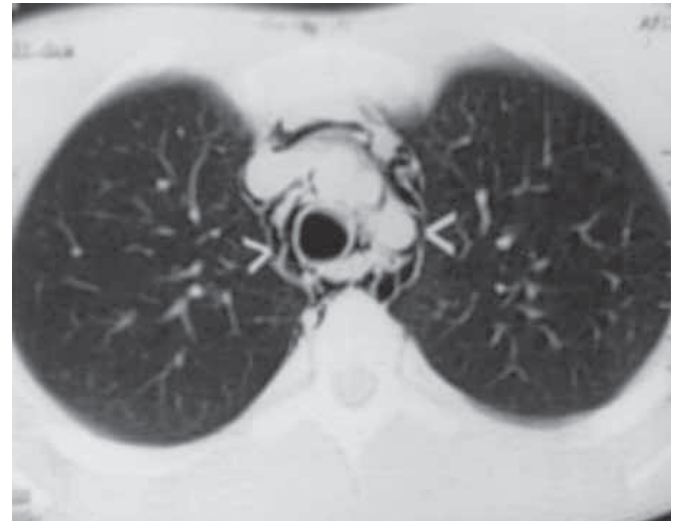
Tablo II.

Şikayetlerin başlama nedeni	Olgu sayısı
Şiddetli öksürük	3
Fizik egzersiz sonrası	2
Şiddetli hapşurma	1
Neden yok	2

Bu durum daha çok ağır egzersiz ve şiddetli öksürük sonrasında ortaya çıkmaktadır. Daha nadir olarak Boerhove's sendromu sonrasında gelişen oesophagus rüptürlerinde de ve spontan vajinal doğumlarda geliştiği tariflenmiştir [5, 6]. Tanıda P-A akciğer grafisi, toraks BT ve eğer şüphe varsa oesophagus pasaj grafileri kullanılır [5]. Bizim olgularımızın 3'ünde P-A akciğer grafisi ile 5 olguda ise toraks BT ile tanı konuldu. Klinik olarak hiçbir olguda oesophagus rüptürü düşünülmediği için pasaj grafisi çektilmedi. Mediastinal amfizem tanısı konulan hastalar kliniğe yatırılarak tıbbi takip altına alındılar. Olgularımızın oral beslenmesi kesilerek devamlı 2 lt/dak O₂, profilaksi amaçlı 2.kuşak sefalosporin ve parenteral analjezik tedavi başlandı. Klinik takiplerde 2 hastada 2. gün nefes darlığı ve cilt altı amfizeminde artma olması üzerine hastalar sedatize edilerek FOB yapıldı. Bronş ağacında patoloji saptanmaması üzerine muhtemel mediastinal kompresyonu engellemek için 2 olguya cerrahi girişim yapıldı. Suprajuguler insizyon ile pretrakeal fasya açıldıktan sonra parmak ile mediastene inilerek "mediastinostomi" uygulandı. Mediastene 18F dren konularak dren insizyondan dışarı çıkarılarak cilde tespit edildi. Her 2 olgudada kontrol P-A akciğer grafisinde radyolojik düzelme sağlandı, cilt altı amfizemi geriledi. Postop dönemde komplikasyon gelişmedi, drenler 3. gün sonlandırıldı. Hastalar 5.gün taburcu edildi. Diğer 6 olgu-



Şekil 1. Arka ön akciğer grafisinde sol perikart etrafında hava



Şekil 2. Olgunun toraks BT kesiti

muza konservatif yaklaşımla; günlük 2lt/dak O₂, profiaksi amaçlı 2.kuşak sefalosporin ve parenteral analjezi sağlandı. 5 olguda klinik ve radyolojik düzelme görüldü. Radyoterapi sonrasında mediastinal amfizem gelişen 1 olguda 7.gün abondan kanama gelişmesi üzerine ex oldu. Diğer hastaların ayaktan takiplerinde nüks saptanmadı.

Spontan mediastinal amfizemli hastalarda mediastinal kompresyon nedeniyle morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Diğer taraftan boyundaki çilt altı amfizemi üst solunum yollarında kompresyon oluşturabilir. Bizler böyle yaşamı yaşamı tehdit eden spontan pnmmediasten olgularında acil "mediastinostomi" yi önermekteyiz. Uyguladığımız 2 olgudada cerrahi şifa sağlandı.

Bizler kliniğimizde 1996-2004 yılları arasında tedavi edilen 8 olgunun konservatif ve cerrahi tedavilerinin sonuçlarını sunmayı amaçladık

KAYNAKLAR

1. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. Bull Jhons Hosp 1939;64:1-21.
2. Yellin A, Gapany-Gapanavicius M, Liberman Y. Spontaneous pneumomediastinum: is it a care cause of chest pain? Thorax 1983;38:383-5.
3. Abolnik I, Lossosis Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum: A report of 25 causes. Chest 1991;100:93-8.
4. Koullias JG, Korkolis DP, Wong XJ, Hommond GL. Current assessment and management of spontaneous pneumomediastinum; experience in 24 adult patients. Eur J Cardiothorac Surg 2004;25:852-5.
5. Jougon JB, Ballester M, Delcombre F et al. Assesment of spontaneous pneumomediastinum: experience with 12 patients. Ann Thorac Surg 2003;75:1711-4.
6. Sutherland FW, Ho SY, Companelle C. Pneumomediastinum during spontaneous vaginal delivery. Ann Thorac Surg 2002;73:314-5.