

Çocuklarda Göğüs Ağrısının Nadir Bir Nedeni Spontan Pnömomediastinum

Spontaneous Pneumomediastinum As a Rare Etiology of Chest Pain in Children

Gonca KESKİNDEMİRÇİ*, Nuray AKTAY AYAZ*, Ayşe ZOPÇUK*, Helen BORNAUN**, Ali ER***, Gönül AYDOĞAN*, Kazım ÖZTARHAN**

* Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

** Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyolojisi Kliniği

*** Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

ÖZET

Spontan pnömomediastinum (SPM) daha çok genç erkeklerde görülen ve genellikle kendi kendine iyileşme eğilimi gösteren mediasten içinde hava bulunması durumudur. En sık rastlanan belirti (%80-90) göğüs ağrısıdır ve substernal bölgeye lokalize olur. SPM genellikle 24-36 saat sürüp en geç 48 saat içinde kendiliğinden gerilemektedir. Yinelmesi çok nadirdir. Acil servisimize şiddetli öksürük sonrası ani başlayan göğüs ağrısı nedeniyle getirilen 15 yaşında erkek hastada akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisi ile pnömomediastinum tespit edilen olgu sunulmuştur. Olgumuz, göğüs ağrısının ayırıcı tanısında SPM dikkat çekmek amacıyla sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: göğüs ağrısı, spontan pnömomediastinum, radyolojik değerlendirme

SUMMARY

Spontaneous pneumomediastinum (SPM) is defined as the presence of air within the mediastinum that is more common in young men, and mostly it is self limiting. The most common symptom (80-90 %) is chest pain, and it is localized in the substernal region. SPM usually resolves spontaneously within 24-36 hours and persists at least 48 hours. Recurrences are very rare. We presented the case of SPM diagnosed with radiologic evaluation. This case was reported to point out that SPM is important in the differential diagnosis of severe chest pain encountered in the emergency unit.

Key words: chest pain, spontaneous pneumomediastinum, radiologic evaluation

GİRİŞ

Spontan pnömomediastinum (SPM) daha çok genç erkeklerde görülen ve genellikle kendi kendine iyileşme eğilimi gösteren mediasten içinde hava bulunması durumudur ⁽¹⁾. Özgül olmayan yakınmalardan, hayatı tehdit eden solunum yetmezliğine kadar ilerleyebilen klinik semptomlarla tanınabilir. En sık rastlanan yakınma (%80-90) göğüs ağrısıdır ve substernal bölgeye lokalize olur ⁽²⁾. Acil servise göğüs ağrısı ile başvurup, değerlendirme sonrası SPM saptanan olgumuzu, göğüs ağrısının ayırıcı tanısında SPM dikkat çekmek amacıyla sunmayı amaçladık.

OLGU

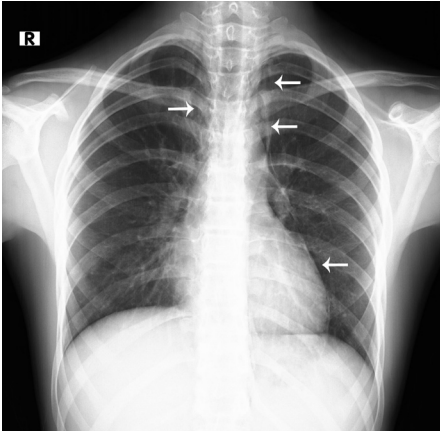
On beş yaşında erkek hasta, 1 hafta önce başlayan boğaz ağrısı ve 2 gün önce çok şiddetli öksürük sonrası başlayan göğüs ağrısı yakınmalarıyla acil servisimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde kan basıncı: 110/70 mmHg, nabız: 100/dk., solunum: 20/dk., ateş: 37°C idi. Hastada siyanoz, cilt altı amfizem saptanmadı, ancak sol akciğer kalp komşuluğunda ve kalp üzerinde krepatasyon alındı. Laboratuvar incelemesinde: lökosit: 16900/uL dışında patolojik değer saptanmadı. Çekilen ön-arka akciğer grafisinde, mediastende pnömomediastinum

Alındığı tarih: 05.05.2014

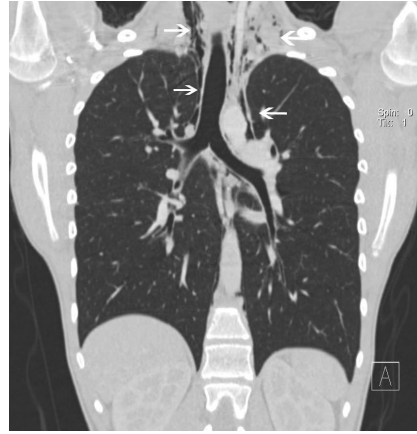
Kabul tarihi: 12.09.2014

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Gonca Keskindemirci, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Turgut Özal Cad. No: 1 Küçükçekmece, İstanbul

e-posta: keskindemirci@hotmail.com



Resim 1.



Resim 2.

imajı saptandı (Resim 1). Kan gazı normaldi. Şiddetli göğüs ağrısında kardiyak patolojiyi dışlamak amacıyla kardiyoloji konsültasyonu yapıldı. Renkli ekokardiyografi (rEKO)'de kardiyak bulgular normal olmakla beraber, kalbin etrafında havalanma artışı izlendi. Kreatinin kinaz MB (CK-MB), Troponin I değerleri normal sınırlarda bulundu. Kontrastlı toraks BT'de mediastende tüm kadranlarda, servikal bölgeye bilateral karotid zincire doğru uzanan yaygın hava imajı (pnömomediastinum) izlendi (Resim 2). Solunum fonksiyon testi normal olarak değerlendirildi. Pnömomediastinum için predispozan faktör öyküsü olmayan hastaya SPM tanısı koyuldu. Hastada, sol akciğer kalp komşuluğunda ve kalp üzerinde duyulan krepitasyonun pnömomediastinumda görülebilen Hamman bulgusu olduğu düşünüldü. Çocuk göğüs hastalıkları önerisi ile hasta yatırılarak klinik izleme alındı, beslenmesi kesildi ve parenteral destek tedavisi verildi. Hastanın izlenmesi sırasında solunum sıkıntısı gelişmedi ve herhangi bir komplikasyon görülmedi. İzleminde göğüs ağrısı yakınması da gerileyen hastanın, hastaneye başvurusundan üç gün sonra kontrol akciğer grafisi çekildi, pnömomediastinumun tamamen gerilediği görüldü. Parenteral destek tedavisi kesilerek tam ağızdan beslenmeye geçildi. Spontan düzelleme saptanan hastanın ayakta yapılan takiplerinde ek yakınması olmadı ve benzer tabloya rastlanmadı.

TARTIŞMA

Çocuklarda göğüs ağrısının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Okutan ve ark.'nın⁽³⁾, çocuk yaş grubunda yaptıkları prospektif bir çalışmada, göğüs ağrısı ile

başvuran hastaların %64,9'unda organik bir neden bulunmayıp, bunların da %46,4'ünün idiyo-patik, %18,5'inin psikojenik nedenli olduğu vurgulanmıştır. Organik nedenli göğüs ağrısında ise etiolojide %12 kas-iskelet sistemi, %10,2 solunum sistemi, %5,6 kardiyak, %4,6 kostokondritik nedenler, %1,8 göğüs travması ve %0,9 sindirim sistemi ile ilgili nedenler olduğu saptanmıştır.

Göğüs ağrısının nedenleri arasında olan pnömomediastinum (PM) travmatik ve spontan olarak iki şekilde meydana gelebilir. Travmatik PM sıklıkla künt göğüs travması, kafa travması, trakeostomi, endoskopi-bronkoskopi sonrası ve mekanik ventilasyon sonucu ortaya çıkmaktadır. Spontan pnömomediastinum ise tanı konulmasının ardından semptomların kendiliğinden düzeldiği nadir bir klinik durumdur. İlk defa 1939 yılında Hamman tarafından tanımlanan SPM'li hastalarda etiyolojik bir travma anamnezi yoktur ve yinelemesi çok nadirdir⁽⁴⁾. Predispozan faktörler arasında başta astım olmak üzere akciğer hastalıkları, inhaler ilaç kullanımı, aşırı öksürük, ıkınma, yoğun egzersiz, valsava manevrası, özofagusun aşırı zorlanması sayılabilir⁽⁵⁻⁷⁾.

SPM'li hastalarda klinik bulgular, ani başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, boyun ve sırt ağrısı, ciltaltı amfizemi, ateş ve hipotansiyondur⁽⁸⁾. Pnömomediastinumda özgül bulgu olan Hamman belirtisi göğüs ön yüzünde kalp tepe atımı ile eşzamanlı duyulan çıtırtı sesidir ve olguların %10'unda görülür⁽⁴⁾. PM tanısında ön-arka ve yan akciğer grafileri yararlıdır. En sık radyolojik bulgu özellikle arkus aorta ve kalbin sol kenarı boyunca

uzanan radyoopak çizgidir. En duyarlı tanı yöntemi ise toraks BT'dir⁽⁹⁾. Mediastende genişleme ile beraber, serbest hava görülmesi tanıyı kesinleştirir.

SPM, genellikle selim seyirlidir ve çoğu olguda konservatif yaklaşım gösterilir. Hastaneye başvuran hastalara genellikle istirahat ile birlikte oksijen tedavisi, analjezik, bronkodilatör ve bazen de antibiyotik ile tedavi edilir. Nadir fakat ciddi komplikasyonları nedeniyle hızla tanısı koyulmalıdır. Kalp ve büyük damarlara baskı, pnömoperikardiyum, retrofarengeal ve retroperitoneal alana hava kaçışı, pnömoraksi, pnömotoraks nadir ancak ciddi komplikasyonlardır ve acilen cerrahi müdahale gerekebilir^(10,11).

Takip süresi en az 24-36 saat olmalıdır⁽⁸⁾. Genellikle 48 saat içinde kendiliğinden gerilemektedir.

Acil servisimize özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan, şiddetli öksürük sonrası ani başlayan göğüs ağrısı yakınması ile başvuran hastaya, radyolojik değerlendirilme sonrasında spontan pnömomediyastinum tanısını koyuldu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde gastrointestinal sisteme ait yakınma olmadığından gastrointestinal sistem patolojisi dışlandı. Kardiyolojik muayene ve değerlendirmede sonucunda patoloji görülmemesi üzerine göğüs ağrısının nedenleri arasında olabilen kardiyak patolojileri dışlandı. Klinik izlemeye alınan hastanın takibinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılma. Hastaneye yatışından kısa süre sonra hem klinik hem de radyolojik olarak tam düzelme olan olgumuzu, acil servise göğüs ağrısı yakınması ile gelen hastalarda SPM'un ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunmaya değer bulundu.

KAYNAKLAR

1. **Cevik Y, Akman C, Şahin H, Altınbilek E, Balkan E.** Spontan pnömomediyastinum: İki olgu. *Akademik Acil Tıp Derg* 2009;8(1):60-2. <http://dx.doi.org/10.4170/jaem.2009.01.0012>
2. **Akdemir HU, Türköz B, Kati C, Duran L, Kayhan S, et al.** Spontan pnömomediyastinum: Nefes darlığı ve ses kısıklılığı birlikteliği. *J Clin Anal Med* 2012;5:1-3.
3. **Okutan V, Lenk MK, Akın R, Yozgat Y, Özcan O.** Çocuklarda göğüs ağrısının nedenleri ve klinik özellikleri: Prospektif bir çalışma. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 1997;6:13-7.
4. **Hamman L.** Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1939;64:1-21.
5. **Yellin A, Gapanay-Gapanavicius M, Lieberman Y.** Spontaneous pneumomediastinum: is it a rare cause of chest pain? *Torax* 1983;38:383-5.
6. **Caceres M, Ali SZ, Braud R, Weirnan D, Edward H, et al.** Spontaneous pneumomediastinum: A comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg* 2008;86:962-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2008.04.067>
7. **Sahni S, Verma S, Grullon J, Esquire A, Patel P, et al.** Spontaneous pneumomediastinum: Time for consensus. *N Am J Med Sci* 2013;5(8):460-4. <http://dx.doi.org/10.4103/1947-2714.117296>
8. **Ralph-Edward AC, Pearson FG.** Atypical presentation of spontaneous pneumomediastinum. *Ann Thorac Surg* 1994;58(6):1758-60. [http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975\(94\)91683-7](http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975(94)91683-7)
9. **Okada M, Adachi H, Shibuya Y, Ishikawa S, Hamabe Y.** Diagnosis and treatment of patients with spontaneous pneumomediastinum. *Respir Investig* 2014;52(1):36-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resinv.2013.06.001>
10. **Al-Mufarrej F, Gharagozloo F, Tempesta B, Margolis M.** Spontaneous cervicothoracolumbar pneumorrhachis, pneumomediastinum and pneumoperitoneum. *Clin Respir J* 2009;3:239-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-699X.2008.00116.x>
11. **Şahin S, Masoom MA, Eroğlu A, Taştan Y.** Kendiliğinden gelişen pnömomediyastinum olgusu. *Türk Ped Arş* 2013;336-38.