

Çocuk Hastada Nadir Bir Göğüs Ağrısı Nedeni: Spontan Pnömomediastinum

A Rare Cause Chest Pain In Children: Spontaneous Pneumomediastinum

Abdullah YAZAR¹, Esra TÜRE¹, Fatih AKIN¹, Sevgi PEKCAN², Dursun ODABAŞ¹

1. Çocuk Acil Departmanı, Meram Tıp Fakültesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, Türkiye

2. Çocuk Göğüs Hastalıkları Departmanı, Meram Tıp Fakültesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, Türkiye

ÖZET

Spontan pnömomediastinum (Hamman's sendromu) nadir görülen, kendini sınırlayan genellikle genç erişkin erkeklerde görülen bir hastalıktır. Pulmoner interstisyumda alveolar rüptüre sekonder intratorasik basınç artışı sonucu, havanın hilum ve mediastene doğru ilerlemesi sonucu ortaya çıkar. Olgular çoğunlukla göğüs ağrısı, boyun ağrısı, sırta yayılan ağrı, ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve öksürük şikayetleri ile başvururlar. Bu yazıda çocuk acil kliniğine göğüs ağrısı ile başvurup, değerlendirme sonrası spontan pnömomediastinum (SPM) saptanan olgumuz, göğüs ağrısının ayırıcı tanısında SPM'ye dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: spontan pnömomediastinum, göğüs ağrısı, çocuk

SUMMARY

Spontaneous pneumomediastinum (Hamman's syndrome) is a rare, self-limiting disorder commonly seen in young adult males. It occurs by the flow of air towards to the hilum and mediastinum due to increased intrathoracic pressure secondary to alveolar rupture. The cases usually present with the complaints of chest pain, neck pain, back pain, dysphonia, dysphagia and coughing. In this article, we present a case of spontaneous pneumomediastinum (SPM), who admitted to the pediatric emergency clinic with the complaint of chest pain. SPM should be kept in mind in the differential diagnosis of chest pain.

Keywords: spontaneous pneumomediastinum, chest pain, child

GİRİŞ

Spontan pnömomediastinum göğüs travması ve mekanik ventilasyon hikayesi olmaksızın mediastende dokuların arasında serbest hava bulunması olarak tanımlanır. Çocuklarda nadirdir ve genellikle operatif yönetim gerektirmez [1]. SPM etyolojisinde enfeksiyon, astım, özofagus veya trakea rüptürü, yabancı cisim aspirasyonu ya da idiyopatik nedenler suçlanmaktadır [2]. Patogenezinde intraalveoler basınç artışına bağlı ani intratorasik basınç artışı suçlanmaktadır. Pulmoner parankimdeki basınç gradyanlarındaki ani artış teorik olarak alveol rüptürü ve interstisyuma hava sızması ile sonuçlanır [3]. Bu yazıda çocuk acil kliniğine göğüs ağrısı ile başvurup, değerlendirme sonrası SPM saptanan olgumuz, göğüs ağrısının ayırıcı tanısında SPM'ye dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU

Altı yaşında erkek hasta iki gündür devam eden öksürük ve sabahları beri olan şiddetli göğüs ağrısı şikayetleri ile çocuk acil kliniğine getirildi. Öyküsünden 2 gündür non-produktif öksürüğünün olduğu, göğüs ağrısının son 12 saattir sıkıştırıcı tarzda devam ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde; nabız 90/dakika, solunum sayısı 30/dakika, kan basıncı 90/70 mmHg ve oksijen saturasyonu %97 olarak ölçüldü. Hastanın boyun bölgesinde cilt altında krepitasyon ve akciğerde bilateral belirgin krepitan ralleri mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 12.9 g/dL, beyaz küre: 24600/mm³, trombosit: 367.000/mm³, sedimentasyon: 25 mm/saat, C-reaktif protein: 0.8 mg/L, kan gazında pH 7.39, PaCO₂: 38.2 mmHg, PaO₂: 104 mmHg idi. Çekilen postero-anterior ve yan akciğer grafisinde (Şekil 1a-1b) pnömomediastinum (PM) görünümü ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (Şekil 2a-2b) göğüs duvarı ve boyun bölgesinden mediastene uzanan cilt altı amfizem ve PM tespit edildi. PM için predispozan faktör öyküsü olmayan hasta çocuk göğüs hastalıkları servisine SPM tanısı ile yatırıldı.

İletişim:

Sorumlu Yazar: Abdullah YAZAR, M.D, Asist. Prof.

Adres: Necmettin Erbakan University, Meram Medical Faculty, Department of Pediatrics, Meram, 42080, Konya, Türkiye

Tel: +90 (332) 223 65 93

E-Posta: drabdullahyazar@hotmail.com

Makale Geliş: 24.03.2017

Makale Kabul: 10.09.2017

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.300340

Klinik takibe alınan hastanın izleminde oksijen saturasyonları normal seyretti, solunum sıkıntısı gelişmedi ve herhangi bir komplikasyon görülmedi. Göğüs ağrısı yakınması da gerileyen hastanın, çekilen kontrol akciğer grafisinde PM'nin tamamen gerilediği görüldü ve hasta şifa ile taburcu edildi.

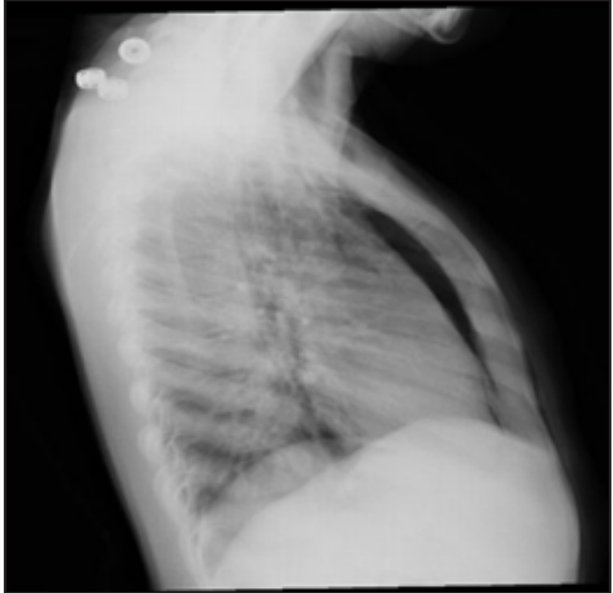
TARTIŞMA

Spontan pnömomediastinum (Hamman's sendromu) nadir görülen, kendini sınırlayan genellikle genç erişkin erkeklerde görülen bir hastalıktır [4]. Acil servis başvuruları arasında sıklığı 800-42000'de bir olarak rapor edilmiştir [5]. İlk kez Louise Hamman tarafından 1939 yılında tanımlanmıştır [6].

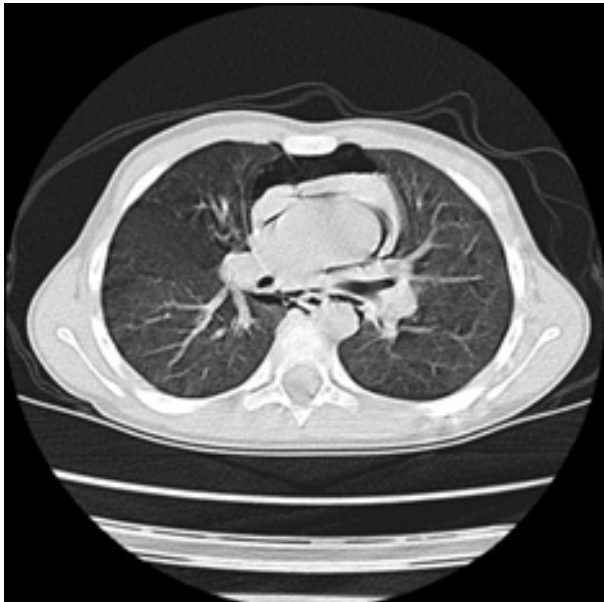
Tüm yaş gruplarında görülebilmekle birlikte çocuklarda en yaygın 4 yaş altında ve 15-18 yaş arasında görülür [2].

Genellikle pulmoner interstisyumda alveolar rüptüre sekonder intratorasik basınç artışı sonucu, havanın hilum ve mediastene doğru ilerlemesi sonucu ortaya çıkar. Nadiren kendiliğinden de ortaya çıkabilse de, vakaların %70-90'ında bir predispozan faktör vardır. Pediatrik hastalarda en sık görülen predispozan faktörler arasında astım ve enfeksiyonların yanı sıra, kusma, çığlık atma, derin nefes alma gibi valsava manevrasına neden olan durumlar ve yoğun spor aktiviteleri bulunmaktadır [5, 7]. Çocuklarda en sık görülen neden astımdır ve astımlı çocukların yaklaşık %0.3'de PM gelişmektedir [8].

SPM'li çocuklar çoğunlukla göğüs ağrısı, boyun ağrısı, sırta yayılan ağrı, ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve öksürük şikayetleri ile başvururlar. Klinik olarak ateş, hipotansiyon ve lökositöz eşlik edebilir [9]. Fizik muayenede boyunda ödem ve palpasyonla krepatasyon (subkutan amfizem) görülür.



Şekil 1a, 1b : Postero-anterior ve yan akciğer grafisinde pnömomediastinum görünümü.



Şekil 2a, 2b : Toraks bilgisayarlı tomografide pnömomediastinum görünümü.

Göğüs ön yüzünde oskültasyonda kalp atışları ile senkronize krepitasyon duyulması (Hamman's belirtisi) ise PM için patognomiktir ancak duyulmaması PM ekarte ettirmez [10]. Bizim olgumuzda Hamman's belirtisi mevcuttu.

PM tanısında ön-arka ve yan akciğer grafilerlerinden faydalanılır ancak tanı için altın standart toraks bilgisayarlı tomografisidir. Mediastende genişleme ile beraber, serbest hava görülmesi tanıyı kesinleştirir [11].

Tedavinin temelinde istirahat, ağrı kontrolü ve valsava manevrasına neden olan durumların ortadan kaldırılması yatmaktadır. Olguların çoğu 3 ile 15 gün içinde kendiliğinden düzelmektedir [10]. Takip süresi en az 24-36 saat olmalıdır. Genellikle 48 saat içinde kendiliğinden gerilemektedir [5].

Çocuklarda göğüs ağrısının çok çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Öztürk ve ark.'nın [12] çocukluk yaş grubunda yaptıkları prospektif bir çalışmada, göğüs ağrısı ile başvuran hastaların %46.9'unda kas iskelet sistemi, %17.5'inde kardiyovasküler sistem, %5.1'inde solunum sistemi, %3.3'ünde gastrointestinal sistem, %3'ünde psikojenik nedenli göğüs ağrısı tespit edilmiş, %21.4'ünde ise göğüs ağrısının nedeni bulunamamış ve idiyopatik göğüs ağrısı olarak tanımlanmıştır.

Sonuç olarak, çocuklarda çok çeşitli göğüs ağrısı nedenleri arasında SPM acil hekimleri tarafından mutlaka akla getirilmeli, ayrıntılı sistemik fizik muayene yapma ve göğüs radyografisinin dikkatle yorumlanması konusunda gerekli dikkat ve özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Versteegh FG, Broeders IA. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Eur J Pediatr*. 1991 Mar;150(5):304-7.
2. Lee CY, Wu CC, Lin CY. Etiologies of spontaneous pneumomediastinum in children in middle Taiwan. *Pediatr Pulmonol*. 2010 Sep;45(9):869-73.
3. Caceres M, Ali SZ, Braud R, Weiman D, Garrett HE Jr. Spontaneous pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg*. 2008 Sep;86(3):962-6.
4. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R and et al. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Pediatr Pulmonol*. 2001 Jan;31(1):67-75.
5. Ralph-Edwards AC, Pearson FG. Atypical presentation of spontaneous pneumomediastinum. *Ann Thorac Surg*. 1994 Dec;58(6):1758-60.
6. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp*. 1939;64:1-21.
7. Dekel B, Paret G, Szeinberg A, Vardi A, Barzilay Z. Spontaneous pneumomediastinum in children: clinical and natural history. *Eur J Pediatr*. 1996 Aug;155(8):695-7.
8. McSweeney WJ, Stempel DA. Non-iatrogenic pneumomediastinum in infancy and childhood. *Pediatr Radiol*. 1973 Oct;1(3):139-44.
9. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. *Ann Emerg Med*. 1992 Oct;21(10):1222-7.
10. Johnson NN, Toledo A, Endom EE. Pneumothorax, pneumomediastinum, and pulmonary embolism. *Pediatr Clin North Am*. 2010 Dec;57(6):1357-83.
11. Okada M, Adachi H, Shibuya Y, Ishikawa S, Hamabe Y. Diagnosis and treatment of patients with spontaneous pneumomediastinum. *Respir Investig*. 2014 Jan;52(1):36-40.
12. Öztürk K, Çetin İİ, Ekici F, Kocabaş A, Şaylı TR. Göğüs ağrısı yakınması ile başvuran çocukların etiyolojik açıdan değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast Derg*. 2015;9(4).