

HER GÖĞÜS AĞRISI KARDİYAK KÖKENLİ MİDİR?

Is Every Chest Pain from Cardiac Origin?

Elnare GÜNAL¹, Gülşen ÇIĞŞAR¹, Bilge Kağan TUR², Şahin KAHRAMANCA³,
Handan ÇİFTÇİ¹, Ali Cihat YILDIRIM³, Eray ATALAY², Turgut ANUK⁴

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, KARS

²Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, KARS

³Harakani Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, KARS

⁴Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KARS

ÖZ

ABSTRACT

Pnömodiastinum mediastende serbest hava bulunmasıdır. Spontan ve sekonder pnömmediastinum olarak ikiye ayrılır. Spontan pnömmediastinum presipite edici bir faktör olmaksızın gelişen iyi seyirli ve kendini sınırlayıcı nadir görülen bir hastalık olarak tanımlanır. Genç erkek hastalarda daha sık görülmektedir. Benign seyirli bir hastalık olup, semptomları arasında göğüs ağrısı, dispne, öksürük, odinofaji, subkutan amfizem, boyunda şişlik vardır. Semptomlardan göğüs ağrısı ve boyunda subkutan amfizem en sık görülenidir. Hastaların çoğu ise acil kliniğine göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuruda bulunurlar. Genellikle göğüs direkt grafisi ile tanı koyulsa da bilgisayarlı tomografi tanıda altın standarttır.

Olgumuzda sadece göğüs ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurup, akciğer grafisinde patoloji tesbit edilmese de klinik şüphe doğrultusunda çekilen toraks bilgisayarlı tomografide pnömmediastinum tesbit ettiğimiz hastayı sunmayı hedefledik.

Pneumodiastinum is the presence of air in the mediastinum. It can be divided into two as spontaneous and skonder pneumodiastinum. Spontaneous pneumodiastinum is a self-limitting rare clinical entity with good prognosis without an apparent cause. It occurs in young male patients most frequently. It is a benign disease with symptoms such as chest pain, dyspnea, coughing, odinophagia, subcutaneous emphysema, swelling of neck. Chest pain and subcutaneous emphysema are most common symptoms. Most of the patients admit to emergency department (ED) with chest pain. Plain chest radiogram is often adequate for diagnosis but computerized tomography (CT) is golden standard. We aimed to present the patient that admitted to ED with chest pain, whose chest radiogram was clear but thorax CT was performed because of clinical suspicion and diagnosed with pneumodiastinum.

Anahtar Kelimeler: Göğüs ağrısı, acil servis, spontan pnömmediastinum

Keywords: Chest pain, emergency department, spontaneous pneumodiastinum



Yazışma Adresi / Correspondence: **Dr. Elnare GÜNAL**

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, KARS, TÜRKİYE

Telefon: 0506 5983884

E-posta: ekaelish@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 07.09.2016

Kabul Tarihi / Accepted: 12.12.2016

GİRİŞ

Pnömodiastinum mediastende serbest hava bulunmasıdır (1). Spontan ve sekonder pnömomediastinum olarak ikiye ayrılır. Spontan pnömomediastinum presipite edici bir faktör olmaksızın gelişen iyi seyirli ve kendini sınırlayıcı nadir görülen bir hastalık olarak tanımlanır (1,2,3,4). Genç yetişkin erkeklerde daha sık görülür (3,5). Sekonder formunun etyolojisinde penetran veya künt travma, intratorasik gaz üreten organizma kaynaklı enfeksiyonlar, özofageal rüptür, trekeal laserasyon, kusma, iyatrojenik nedenler rol oynayabilir (1,4,6). Spontan pnömomediastinum ilk olarak 1939 yılında Hamman ve ark. tarafından tanımlanmıştır (4). Patofizyolojik mekanizması intratorasik basınçtaki ani artışlar sonucu gelişen intraalveolar basınç yükselmesidir. Alveol-parenkim basınç gradyentindeki artış alveoler hava kaçığına ve akciğer interstisyumundan mediasten içine serbest hava akımına yol açar (7). Semptomları arasında göğüs ağrısı, dispne, öksürük, odinofaji, subkutan amfizem, boyunda şişlik vardır. Bu vakalarda pnömotoraks da görülebilir (4,6). Spontan pnömotoraks tanısı bir dışlama tanısıdır (6). Pnömomediastinumun tanısında direk göğüs grafisi ve bilgisayarlı tomografiden (BT) yararlanılabilir. Bilgisayarlı tomografi tanıda altın standarttır (6).

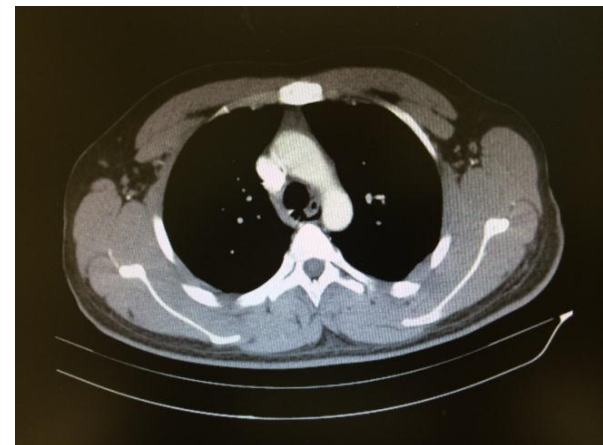
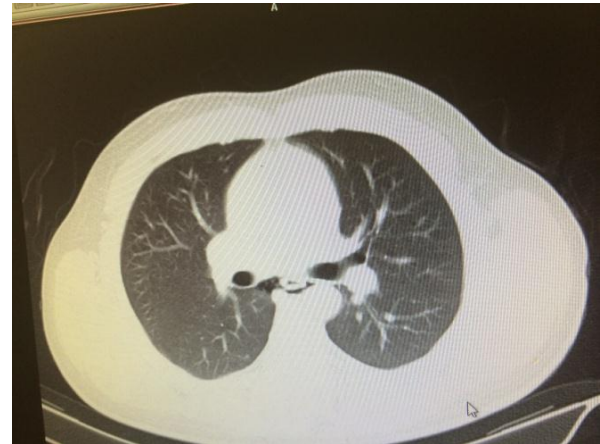
OLGU SUNUMU

21 yaşında inşaat işçisi erkek hasta göğüs ağrısı şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde kötü alışkanlığı, ek hastalığı yoktu. Göğüs ağrısı birkaç saat önce batıcı tarzda göğüs ortasında başlamış ve bunun dışında ek şikâyeti olmamış. Detaylı sorgulandığında seyahat, immobilizasyon, kusma, herhangi bir travma, invazif girişim öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde patolojik bulgusu olmayan hastanın, vital bulguları normal sınırlarda seyretti. Arteriyel kan gazı değerleri normal olan hastanın Wells kriter puanı sıfırdı. Çekilen ilk elektrokardiyografisi (EKG) normal olup, takibinde çekilen ardışık EKG'de patolojik

değişiklik görülmedi. Kardiyak enzim takipleri normal sınırlarda seyreden hastanın postero-anterior (PA) akciğer grafisinde (AC) anormal bulgu tesbit edilemedi (Resim 1). Hastanın plörotik tipte tariflediği ağrısının devam etmesi üzerine göğüs ağrısı etyoloji açısından ön tanı yelpazesi genişletildi. PA AC grafisinde görülemeyen patolojileri ekarte etmek için toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapıldı ve pnömomediastenum tespit edildi (Resim 2,3).



Resim 1: Hastanın akciğer grafisi



Resim 2,3: Hastanın toraks BT görüntülemesi

TARTIŞMA

Spontan pnömomediastinum nadir görülen ve tanıda kolayca gözden kaçabilecek bir hastalıktır (5). Acil servislerde pnömomediastinum görülme oranı nadirdir (2,4). 41 vaka ile yapılan bir çalışmada ortalama yaş 21,3 olarak bulunmuştur (4). Bizim hastamız da 21 yaşındaydı.

Spontan pnömomediastinum tespit edilen hastalarda başlatıcı olay olarak sigara, kusma, astım, öksürük, fiziksel aktivite, üst hava yollarının süperenfeksiyonu, madde inhalasyonu çeşitli çalışmalarda raporlanmıştır (2,4,5,6,8,9). Anamnezinde başlatıcı olay öyküsü bulunmayan hastaların oranı ise %21 ve %51.2 arasında raporlanmıştır (4,6). Hastamız inşaat işçisi olarak çalışıyordu fakat son zamanlarda herhangi bir fiziksel yoğun aktivite tanımlamamıştı, sigara ve madde kullanım öyküsü yoktu, kusma, öksürük vb. bir durum yaşamamıştı. Göğüs ağrısı ve subkutan amfizem spontan pnömomediastinumun en sık görülen semptomlarıdır. Dispne, inatçı öksürük, odinofaji, Hamman bulgusu daha az sıklıkta görülür (2,3,4,5,6). Hastamızda sadece göğüs ağrısı şikâyeti bulunmakta idi. Macia ve ark. semptomların ortaya çıkışı ile hastaneye başvurma arasındaki süreyi ortalama 12 saat olarak bulmuşlardır (4). Bizim hastamız da sabah gelişen göğüs ağrısı ile akşam üzeri acil servise başvurdu ve bu süre istatistiklerle uyumluydu.

Akciğer direkt grafisi tanı için kullanılan ilk adımdır. Caceres ve ark akciğer grafisinin %69 oranında pnömomediastinum gösterdiğini bildirmiştir (6). Yapılan çalışmalar göstermiştir ki PA AC tek başına vakaların %50'sinin gözden kaçırmaktadır ve bu nedenle lateral grafi ile beraber hastaların değerlendirilmesi önerilmektedir (4,5,6). Kaneki ve ark %30 hastada direkt grafinin normal olduğunu raporlamışlardır ve spontan pnömomediastinum tansında direkt grafi ile birlikte pulmomer BT'yi önermektedirler (10). Hastamızın akciğer grafisinde patolojik bulgu bulunmamaktaydı ve tanısı BT ile kondu. Spontan pnömomediastinum tedavisinde agresif yöntemler önerilmemektedir (4,5). Oksijen, analjezi, profilaktik antibiyoterapi ve dinlenme önerilen

yöntemlerdir (1, 11,12). Hastalık benign seyirlidir ve fatal olgu literatürde bildirilmemiştir, rekürrens oranları düşüktür (4,6,13,14). Hastamıza antibiyoterapi verildi ve acil serviste takibinde herhangi bir sorun yaşanmadı.

Spontan pnömomediastinum nadir görülen bir hastalıktır ve tanıda gözden kaçabilir. Genç erkeklerde daha sık görülür ve en sık semptomu göğüs ağrısıdır. Acil servise başvuran göğüs ağrılarının tanı sürecinde akciğer grafisi normal olsa bile klinik şüphe halinde ileri tetkik yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Newcomb AE, Clarke CP. Spontaneous pneumomediastinum: A benign curiosity or a significant problem? *Chest*. 2005; 128(5): 3298-302
2. Perna V, Vilà E, Guelbenzu JJ, Amat I. Pneumomediastinum: is this really a benign entity? When it can be considered as spontaneous? Our experience in 47 adult patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2010; 37(3): 573-5.
3. Kim SH, Huh J, Song J, Kang IS. Spontaneous Pneumomediastinum: A Rare Disease Associated with Chest Pain in Adolescents *Yonsei Med J*. 2015; 56(5): 1437-42.
4. Macia I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007; 31(6): 1110-4.
5. Koullias GJ, Korkolis DP, Wang XJ, Hammond GL. Current assessment and management of spontaneous pneumomediastinum: experience in 24 adult patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2004; 25(5): 852-5.
6. 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; 86(3): 962-6.
7. CC Macklin. Transport of air along sheaths of pulmonic blood vessels from alveoli to mediastinum. *Arch Intern Med (Chic)*. 1939; 64(5): 913-926

8. Ito S, Takada Y, Tanaka A, Ozeki N, Yazaki Y. A case of spontaneous pneumomediastinum in a trombonist. *Kokyu to junkan* 1989; 37(12): 1359-62
9. Mihos P, Potaris K, Gakidis I, Mazaris E, Sarras E, Kontos Z. Sports related spontaneous pneumomediastinum. *Ann Thorac Surg* 2004; 78(3): 983-6.
10. Kaneki T, Kubo K, Kawashima A, Koizumi T, Sekiguchi M, Sone S. Spontaneous pneumomediastinum in 33 patients: yield of chest computed tomography for the diagnosis of the mild type. *Respiration* 2000; 67: 408-11.
11. Freixinet J, Garcia F, Rodríguez PM, Santana NB, Quintero CO, Hussein M. Spontaneous pneumomediastinum long-term follow-up. *Respir Med.* 2005; 99(9): 1160-63.
12. Jougon JB, Ballester M, Delcambre F, Mac Bride T, Dromer CEH, Velly JF. Assessment of spontaneous pneumomediastinum: experience with 12 patients. *Ann Thorac Surg.* 2003; 75: 1711-4.
13. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum: a report of 25 cases. *Chest.* 1991; 100: 93-5.
14. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis and management. *Arch Intern Med.* 1984; 144: 1447-53.