

Spontan Pnömomediastinum Olgusu ve Tedavi Yöntemi

Dr. Oya KUTLAY*
Dr. Berrin ÖZCAN**
Dr. Nedret ÖMÜR***

ÖZET

Spontan olarak gelişen cild altı amfizem ve pnömomediastinumun oldukça ender rastlanır olgular olduğu kaynak verileri tarandığı zaman ortaya çıkmaktadır. Bu bildiride böyle durumlarda trakeal kanala uygulanan anjiyotetlerin intratrakeal basıncı düşürerek iyileşmeyi hızlandırdığı tartışılmıştır.

SUMMARY

A CASE OF SPONTANEOUS PNEUMOMEDIASTINUM and THERAPEUTIC METHOD

It is understood when the concerning literature is reviewed that, the cases of subcutaneous and mediastinal emphysema are very rare.

In this article, it is discussed that an angiostat applied into the tracheal lumen enhances the healing by decompressing the intratracheal pressure.

Pnömomediastinum veya mediastinal amfizem, mediasten boşluğunda gaz bulunması olayıdır¹.

Etyolojisi incelenecek olursa, spontan, travmatik, özofagus veya bronşiyal ağacın rüptürüne bağlı ya da bir rastlantı

sonucu geliştiği görülür. 20-40 yaş arasında erkeklerde rastlanan pnömomediastinum sıklıkla spontan şekilde oluşur. Rüptür büyük bir olasılıkla bronşiyolit nedeniyle gelişmiş sübap mekanizmalı bir bronş obstrüksiyonu sonucu olmaktadır. Hava akciğer interstisyel dokularına geçer, interstisyel aralıktan hilusa ve mediastene ulaşır. Hava periferde, visseral plevraya veya plevra boşluğuna açılabilir. Erişkinlerde çoğu zaman boyun ve göğüs ön duvarına kaçan hava, bu bölgelerde subkütan amfizeme neden olur.

Travmatik pnömomediastinum genellikle kapalı göğüs yaralanmalarında görülür, mekanizma spontan pnömomediastinumdaki gibidir.

Özofagus veya trakeobronşiyal ağaca bazen tanı amacı ile sokulan aletler de perforasyonlara neden olabilirler.

Başlıbaşına özofagus rüptürü ise şiddetli kusmalar sırasında gelişebilir.

Rastlantı sonucu gelişen pnömomediastinum ise, ön karın duvarı fasya tabakalarından, tanı veya tedavi amacıyla verilen havanın kaçması ile olur².

(*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kürsüsü Doçenti
(**) " " " " " " " " Uzmanı
(***) " " " " " " " " Asistanı

OLGU: A.S. Prot.No.: 113533, Tarih 15.11.1978.

Abdominal histerektomi endikasyonu konulmuş olan 53 yaşındaki hastanın ameliyat öncesi vizitinde genel durumu, laboratuvar bulguları, E.K.G. ve akciğer grafleri incelenmiştir. Sadece hafif bir bronşit hali görülerek genel anestezi almasında bir sakınca olmadığına karar verilmiş ve vizit fişine ameliyat sabahı cilt altına 50 mgr. Dolantin ve 1/4 mgr. Atropin verilmesi önerilmiştir.

Hasta ameliyat masasına alındıktan sonra el sırtındaki ven içerisinden % 5'lik sudaki Dekstroz solüsyonu infüzyonuna başlanmıştır.

Dakikadaki nabız sayısı 84, AB'ci 130/90 mm. Hg. ölçüldükten sonra 400 mgr. % 2,5'luk tiyopental sodyum ve 100 mgr. suksinilkolin induksiyonu ile 36 no'lu balonlu endotrakeal tüp kullanarak entübe edilmiştir.

2/3 litre/dak. O₂/N₂O gaz akımı ile kontrollü solunum sağlanmış ve gaz akımına % 0.4 Halotan ilave edilmiştir. Kas gevşemesi 4 mgr. Pavulon ile sağlanmıştır. Cerrahi girişim başlatılmış, sık sık AB ve nabız sayısı ölçülerek kaydedilmiştir. Birinci saat içerisinde AB 120/85 mm. Hg, nabız sayısı ise 84-90 civarında seyretmiştir. Fakat bu süre sonunda AB'nın 80 mm Hg'ya düştüğü ve nabız sayısının 70 olduğu görülerek damar içerisine 1/4 mgr. Atrofin verilmiş ve olay Halotana bağlanarak Halotan uygulamasına son verilmiştir. İzleyen dakikalarda nabız sayısının ve arter basıncının düzeldiği görülmüştür.

Cerrahi girişimin sona ermesi ile anesteziye de son verilmiş, dekürarize edilen hastanın solunumu yeterli görülerek ekstübe edilmiştir. Saat 13.30'da yatağına alınan hastada aynı gün saat 16.00'da önce yüzünün sağ tarafında başlayıp omuza yayılan bir şişkinlik olduğu dikkati çekmiş ve muayenede bir cilt altı amfizemi geliştiği anlaşılmıştır (Resim 1-2). Derhal



Resim: 1



Resim: 2

K.B.B. kliniğinden konsültasyon istenmiş, uygulanan indirekt laringoskopide trakea ön duvarının hemorajik krutlarla sıvalı bulunduğ u ve gelişen amfizemin muhtemelen entübasyon tübünün yarattığı travmatik trakeokütan fistüle bağlı olabileceğ i ileri sürülmüş ve boyuna hafif bandaj yapılması önerilmiştir. Amfizemin giderek artması üzerine Göğüs Kalp Damar Cerrahisinden de konsültasyon istenmiştir. Bu arada çekilen akciğ er graflerinde 2 taraflı spontan pnömotoraks ve pnömomediastinum olduğ u görüldüğ ünde, her iki toraksa tüp konularak su altı drenajına bağlanmış trakea halkaları hizasından 14 no'lu anjiyoketler konulmuştur. Hastanın öksürük refleksi aşırı olursa trakea kanalına verilmek üzere 1-2 damla lidokain önerilmiştir. Ayrıca yüksek doz antibiyotiğ e başlanılmıştır. Hasta geceyi huzursuz geçirmiş ve kendisine sedasyon yapılmıştır. Ertesi gün yüzdeki şişliğ in biraz azaldığı ve hastanın daha rahat olduğ u izlenmiştir. 3. gün: Cilt altı amfizeminin gerilediğ i ve akciğ er graflerinde de olayın ilk filmlere göre daha azaldığı farkedilmiştir. 7. gün: Bugüne kadar hastanın giderek düzeldiğ i, amfizematö durumun kaybolduğ u görülerek anjiyoketler çıkarılmış, akciğ er grafleri kontrolünden sonra drenleri alınmıştır. 2 gün daha kontrol altında tutulup bu arada ameliyat bölgesinin pansumanları tamamlanan hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Endotrakeal anestezi sırasında oluşan amfizemlerle ilgili ilk rapor 1912'de bildirilmiştir³. Bu konuda yaptığımız kaynak taramasında spontan pnömomediastinum olgusu ile nadiren karşılaşıldığı dikkatimizi çekmiştir. Bu konu üzerinde Fraser ve Pare ş u bulguları bildirmektedirler¹. Pnömomediastinumla bağlı semptom ve belirtiler mediastendeki hava miktarına ve be-

raberinde enfeksiyon olup olmamasına bağlıdır. Erişkinlerde tanıya hastanın anemnezi yardımcı olur. Kollara ve omuza vuran retrosternal ağrı, öksürük, hışırtı, kusma gibi intratorasik basıncı arttıran durumlardan sonra ortaya çıkabilir. Ağrı solunumla bazen de yutma sırasında artar. Fizik muayenede toraks üzerinde ve boyunda subkütan hava tespit edilir. Havanın mediastinden boyuna rahatlıkla kaçamadığı (özellikle yeni doğanlarda) hastalarda, boyun venlerinde birikim olur. Nabız sıratlı fakat filiformdur. Kalb apeks bölgesinde oskültasyonla Hamman belirtisi bulunabilirki bu belirti kalb çarpmalarıyla senkron hışırtıların duyulmasıdır.

Tofield⁴ travmayı takibeden bir pnömomediastinum vak'ası bildirmiş ve yüzde olan kırıklarda subkutan bir amfizem gelişmesi olağan olmasına rağmen aynı zamanda pnömomediastinumda görülmesinin ender bir olay olduğ una işaret etmiştir.

Onart ve ark.² yayınladıkları bir vak'alarında 9 aylık hamile bir kadının yüzünde ve boynunda şişlik ve nefes darlığı ile başvurduğunu, muayene ve tetkiklerde yaygın cilt altı amfizemi olduğunu, bunun yanısıra çekilen akciğ er graflerinde herhangi bir patolojik bulgu olmadığını bildirmişlerdir. Tedavi amacı ile trakeaya 1. ve 2. halkalar hizasından anjiyoket uygulamışlar ve 7. günde hastada herhangi bir anfizematö durum kalmadığını saptadıktan sonra anjiyoketi çıkarmışlardır ve hasta şifa ile taburcu olmuştur.

Bizim olgumuzu da bulduğumuz verilerle karşılaştırdığımız zaman, pnömomediastinumun, önceden enfeksiyona bağlı olarak zedelenmiş olan trakea cidarının, entübasyon tübünün basıncı ile rüptüre olmasıyla geliştiğ i kanısına varılmıştır. Onart ve ark.²'nin olgularında olduğ u gibi bu olguda da trakeaya 1. ve 2. halkalar hizasından anjiyoketler uygulanmış ve has-

tanın intratrakeal basıncının azalması sonucu kısa zamanda iyileştiği izlenmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bir olgu nedeni ile kaynak taraması yapıldığında spontan pnömomediastinumun oldukça ender geliştiği dikkatimizi çekmiştir. Bu gibi olaylarda trakea kanalına 1. ve 2. halkalar hizasından uygulanan anjiyotetlerin, intratrakeal basıncı azaltarak süratle iyileşmeyi sağladığı kanısına varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. FRASER, R.G., PARE, J.A.P.: Diag-

nosis of Diseases of the chest, Vol: 2, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1970, p. 1174.

2. ONART, S. ve ark.: Trakeo-bronkiyal kesimde spontan perforasyon, 15. Otorinolaringoloji Kongresinde Tebliğ edilmiştir. 1979.
3. LEE, A.J., ATKINSON, R.S.: A synopsis of anaesthesia, 7. edition, Bristol, John Wright and Sons LTD., 1973, p. 978.
4. TOFIELD, J.J.: Pneumomediastinum following fracture of the maxillary antrum, Brit. J. Plastic Surgery, 30, 1977, p. 179-181.