

# İzole Boyun Ağrısı ile Başvuran Cilt Altı Amfizem ve Spontan Pnömomediasten

## Spontaneous Pneumomediastinum and Subcutaneous Emphysema with Solitary Neck Pain: Differential Diagnosis

Dr. Erbil AYDEMİR,<sup>a</sup>  
Dr. Erkmen GÜLHAN,<sup>b</sup>  
Dr. Aslı Feride KAPTANOĞLU,<sup>c</sup>  
Dr. Güven ÇETİN<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,  
Özel Ankara Güven Hastanesi,  
<sup>b</sup>Göğüs Cerrahisi Kliniği,  
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve  
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, <sup>c</sup>Dermatoloji Kliniği,  
<sup>d</sup>Göğüs Cerrahisi Kliniği,  
Bayındır Hastanesi, ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 14.11.2006  
Kabul Tarihi/Accepted: 19.03.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Aslı Feride KAPTANOĞLU  
Bayındır Hastanesi,  
Dermatoloji Kliniği, ANKARA  
asliozol@hotmail.com

**ÖZET** Spontan pnömomediasten nadir görülen bir tablo olup, klinik olarak ani başlangıçlı göğüs ağrısı, solunum güçlüğü, disfaji, disfoni, cilt altı amfizemi ve bazen boyun, sırt ağrısı ile bulgu verir. Burada başka hiçbir şikayeti olmayan, ani boyun ağrısı nedeni ile acil servise başvuran ve spontan pnömomediasten tanısı alan 15 yaşında bir erkek olgu sunulmaktadır. Gerek yaş grubu, gerek izole boyun ağrısı kliniği nedeni ile özellik taşıyan bu olgu, çocuklarda boyun ağrılarının ayırıcı tanısında pnömomediasten düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacı ile sunulmaktadır. Zira, spontan pnömomediasten, nadir görülmekle beraber, üst havayolu obstrüksiyonu ihtimali nedeni ile hayati önem taşıyabilir. İntrapulmoner basıncı arttıracak bir travma öyküsü olsun ya da olmasın, ateşi olmayan, atipik ani başlangıçlı boyun ağrılarının ayırıcı tanısında mutlaka spontan pnömomediasten düşünülmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Cilt altı amfizem; diastinal amfizem; boyun ağrısı

**ABSTRACT** Spontaneous pneumomediastinum is a rare entity which is clinically diagnosed by sudden onset chest pain, dyspnea, subcutaneous emphysema, dysphonia and sometimes back or neck pain. In this article, a case of 15 years old male patient admitting with an isolated neck pain without any predisposing factors who was diagnosed as spontaneous pneumomediastinum is presented. This interesting case by its unique symptomatology and age group takes attention to the importance of pneumomediastinum in the differential diagnosis of neck pain in children. Although spontaneous pneumomediastinum is rare, it may be life-threatening by the possibility of airway obstruction. Hence it is emphasised that spontaneous pneumomediastinum should be encountered in the differential diagnosis of sudden onset, atypical, non-febrile neck pain cases with or without a history of trauma or predisposing factor.

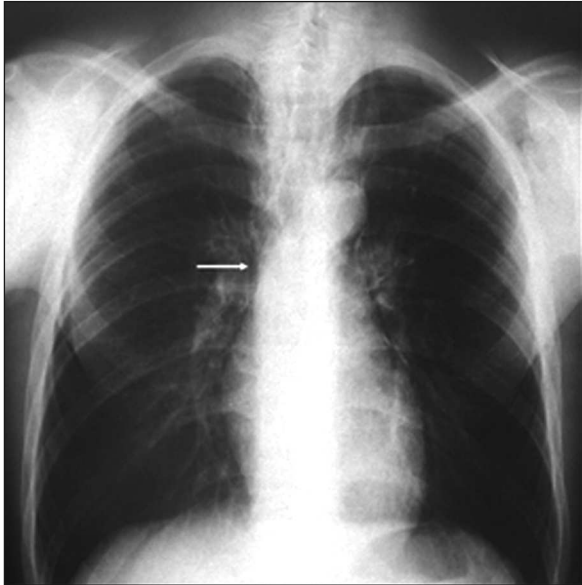
**Key Words:** Subcutaneous emphysema; mediastinal emphysema; neck pain

**Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:249-251**

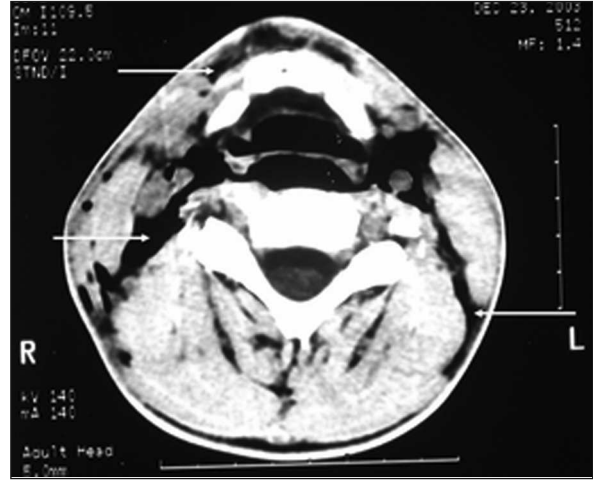
Pnömomediasten, mediasten boşluğunda hava bulunması olup, biriken havanın interstisiyel doku ve büyük damarlar çevresinden boyuna kaçması ile cilt altı amfizemi oluşur. Birçok olguda pnömomediasten gelişimi, alveol basıncında ani artışla sonuçlanacak bir olay ya da buna zemin hazırlayan bir hastalık gelişimi ile yakından ilgilidir. Spontan gelişimi ise nadirdir. Altta yatan bir akciğer hastalığı olabileceği gibi, genellikle öyküde şiddetli bir öksürük atağı, yüksek sesle ve şiddetle bağırarak, ağır egzersiz ve yük kaldırma gibi Valsalva manevrasına benzer şekilde intrapulmoner basıncı arttıran bir neden bulunur.<sup>1-3</sup> Hiçbir hastalığı ya da travma öyküsü bulunmayan idiyopatik olgular ise

çok nadir bildirilmiştir.<sup>4</sup> Burada başka hiçbir şikayeti olmayan, ani boyun ağrısı nedeni ile acil servise başvuran, cilt altı amfizemi ve spontan pnömomediasten tanısı alan 15 yaşında bir erkek olgu sunulmaktadır.

15 yaşında erkek hasta acil servise boyun ağrısı ile başvurdu. Hikayesinde ağrıdan önce hiçbir şikayeti olmadığı, öksürük veya travma öyküsünün bulunmadığı, ağrının 5 saat önce başladığı, belirgin bir artış göstermediği ve öksürükle arttığı öğrenildi. Fizik muayenesinde servikal bölgede bilateral cilt altı krepitasyon tespit edildi. Lenfadenopati saptanmadı. Toraks muayenesinde toraks ön-arka çapı, solunum sayısı ve sesleri normal olarak değerlendirildi, ek ses duyulmadı. Diğer sistemlere ait patoloji izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon: 8 mm/saat, AKŞ: 93 mg/dL, CRP: 2 mg/dL, Hb: 15.1 g/dL, Htc: %44.2, Lökosit: 10.30 bin/mm<sup>3</sup>, Eritrosit: 5.3 milyon/mm<sup>3</sup>, Trombosit: 256.000/mm<sup>3</sup>, ALT: 13 U/L, AST: 12 U/L, T. Protein: 6.9 gr/dL, T. Bilirubin: 0.8 mg/dL, Üre: 13.6 mg/dL, Kreatinin: 1 mg/dL, Na: 136 mEq/L, K: 4.5 mEq/dL. Tam idrar ve gayta incelenmesi: Normal, EKG: Normal, Oksijen satürasyonu: %98 idi. Postero-anterior (PA) akciğer grafisi: Boyunda, mediastende ve paravertebral bölgelerde yaygın amfizemi olduğu tespit edildi (Resim 1). Torakal ve



**RESİM 1:** P/A Akciğer grafisinde boyunda, mediastende, perikard ve paravertebral bölgelerde yaygın amfizem.



**RESİM 2:** Toraks BT (HRCT)'de tüm mediastende, boyunda ve her iki aksillada hava dansiteleri.

Servikal Bilgisayarlı Tomografi (BT): Tüm mediastende superiorda boyuna doğru uzanan, her iki aksillada hava dansiteleri olduğu izlendi. Servikal kesitlerde cilt altında belirgin hava dansiteleri mevcuttu (Resim 2). Olgu, dermatoloji ve göğüs cerrahisi tarafından konsülte edilerek pnömomediasten tanısı ile hastaneye yatırıldı. Tedavide oral alımı kısıtlanıp nazal oksijen ve klorfenoksamin 20 mg/gün (Sistral amp 2 x 1) i.m. başlandı. Olgunun izleminde sorun olmadı. Üçüncü günde şikayetleri geriledi ve 4. günde çekilen PA akciğer grafide serbest hava saptanmaması üzerine taburcu edildi.

Spontan mediastinal amfizeminin en sık görüldüğü ortalama yaş  $18.8 \pm 5.2$  olup, nadiren daha küçük yaşlarda da bildirilmiştir.<sup>1,5</sup> Bizim olgumuz adolesan yaş grubunda olup kısmen bu yaş grubuna yakındır. Etiyopatogeneizde altta yatan bir akciğer hastalığı olabileceği belirtilse de, genellikle öyküde şiddetli bir öksürük atağı, yüksek sesle ve şiddetle bağırarak, ağır egzersiz ve yük kaldırma gibi Valsalva manevrasına benzer şekilde intrapulmoner basıncı arttıran bir neden bulunur.<sup>4</sup> Ancak öyküsünde hiçbir neden bulunamayan olgular da bildirilmiştir.<sup>3,4</sup> Bizim olgumuzun bu nedenlere benzer hiçbir öyküsü yoktu.

Spontan pnömomediastende boyun ağrısı görülme sıklığı %48 olarak belirtilmiştir. Eşlik eden cilt altı amfizemi sıklığına ait ise farklı oranlar bil-

dirilmektedir. Geronouis ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, 22 olgudan sadece 11'inde eşlik eden cilt altı amfizemi saptanmıştır.<sup>2</sup> Lasic ve ark. ise astıma bağlı olan spontan pnömomediasten olgularında bu oranı, 9/10 olarak bildirmişlerdir.<sup>5</sup> Pnömomediasteni olan olgularda cilt altı amfizeminin önemi hem klinik muayenede hızlı ve kolay tespiti ile erken teşhise olanak vermesi hem de servikal bölgede üst solunum yollarına bası ile obstrüksiyona neden olabilmesidir. Bu obstrüksiyon nadir görülmele beraber, acil trakeotomi gerektirebilir.<sup>2</sup> Ciddi bir solunum yolu obstrüksiyonu olmadığında olgular konservatif bir yaklaşımla izlenirler. Bu süreç içinde oral alım kısıtlanır, göğüs radyografileri ile günlük fizik muayeneleri yapılır. İzlemlerde olguların semptomlarının hızla gerilediği görülür ve klinik olarak stabil seyreden olgular taburcu edilebilirler.<sup>3,5</sup> İzlem süreleri en az 24 ya da 36 saat olmakla birlikte bu süre klinik duruma göre uzatılabilir. Bizim olgumuzda belirgin ve yaygın cilt altı amfizemi olmasına rağmen genel durumu iyi idi. Dispne, wheezing, göğüs ağrısı, palpasyon gibi ek bir obstrüksiyon bulgusu ya da solunum sıkıntısı izlenmedi ve 4. günde taburcu edildi.

İdiyopatik spontan pnömomediaste olgularında, özellikle pediatrik grupta, akut dönem iyi-

leştikten sonra altta yatan bir astım olup olmadığı araştırılması önerilmektedir. Uzun dönem takiplerinde bu olgulara ağır fiziksel egzersiz, ağır kaldırma, dalış, paraşütle atlama gibi barotravmalardan korunmaları ve intrapulmoner basıncı arttıracak manevraları yapmamaları önerilmektedir. Ayrıca üflemlerli çalgılar kullanmamalarını öneren yayınlar vardır.<sup>5</sup> Bizim olgumuz da bu açıdan değerlendirilmiş ancak astım açısından bir patoloji bulunamamıştır. Spontan pnömomediasten ve cilt altı amfizemi olan bu olguyu sunarak; çocukluk çağında nadir görülen bu klinik durumu bir kez daha hatırlatmak istedik.

İntrapulmoner basıncı arttıracak bir travma öyküsü olsun ya da olmasın, ateşi olmayan, atipik ani başlangıçlı boyun ağrılarının ayırıcı tanısında mutlaka spontan pnömomediasten düşünülmelidir. Spontan pnömomediasten, nadir görülmele beraber, üst havayolu obstrüksiyonu ihtimali nedeni ile hayati önem taşıyabilir. Bu nedenle olgular mutlaka hospitalize edilerek gözlenmelidir. Tedavi sonrasında olgular altta yatabilecek hastalıklar açısından yeniden değerlendirilmeli ve sakınılması gereken durumlar hakkında mutlaka bilgilendirilmelidirler.

## KAYNAKLAR

1. Gerazounis M, Athanassiadi K, Kalantzi N, Moustardas M. Spontaneous pneumomediastinum: a rare benign entity. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;126:774-6
2. Bilgin M, Kahraman C, Akçalı Y, Oğuzkaya F, Türker G. Spontan pnömomediasten. *Toraks Dergisi* 2003;4:183-5.
3. Dekel B, Paret G, Szeinberg A, Vardi A, Barzilay Z. Spontaneous pneumomediastinum in children: clinical and natural history. *Eur J Pediatr* 1996;155:695-7.
4. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R, et al. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Pediatr Pulmonol* 2001;31:67-75.
5. Lasić M, Gunek G. Spontaneous pneumomediastinum as a complication of asthma in adults and adolescents. *Lijec Vjesn* 2000;122:168-71.