

## Vajinal doğum sonrası gelişen spontan pnömomediastinum ve pnömotoraks

Ersin Çintesun<sup>1</sup>, Feyza Nur İncesu Çintesun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya

### Özet

**Amaç:** Vajinal doğum sonrası meydana gelen spontan pnömotoraks ve pnömomediastinum olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Primigravid 40 haftalık gebeliği olan 18 yaşındaki hastada vajinal doğumdan iki saat sonra nefes darlığı ve göğüs ağrısı izlendi. Pulmoner emboli şüphesi ile hasta tetkik edildi. Kan gazı alınması, akciğer grafisi ve akciğer tomografisi çekilmesi sonucunda hastada hipokarbi, mediastende ve sağ plevrada hava izlendi. Hastaya spontan pnömotoraks ve pnömomediastinum tanısı kondu. İstirahat, oksijen tedavisi ve antibiyoterapi gibi destek tedavileriyle iki gün takip edildikten sonra şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Doğum sonrası spontan pnömomediastinum ve pnömotoraks ender görülen, çoğunlukla selim seyirli ancak yine de ölümcül potansiyeli olan bir komplikasyondur. Nefes darlığı, göğüs ağrısı, cilt altı amfizem gibi durumlar da ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Pnömotoraks, pnömomediastinum, doğum.

### Abstract: Spontaneous pneumomediastinum and pneumothorax developing after vaginal delivery

**Objective:** We aimed to present spontaneous pneumomediastinum and pneumothorax developing after vaginal delivery.

**Case:** Dyspnea and chest pain were observed in 18-year-old primigravida patient with 40 weeks of gestation 2 hours after vaginal delivery. She was examined with the suspicion of pulmonary embolism. After blood gas analysis, chest radiography and pulmonary CT scan, hypocarbia and air in mediastinum and pleura of the patient. The patient was established with the diagnosis of spontaneous pneumomediastinum and pneumothorax. She was monitored for two days with supportive care such as resting, oxygen treatment and antibiotherapy, and discharged with full recovery.

**Conclusion:** Spontaneous pneumomediastinum and pneumothorax after delivery are rare complications with mostly benign progress yet with fatal potential. Cases such as dyspnea, chest pain and subcutaneous emphysema should also be considered in differential diagnosis.

**Keywords:** Pneumothorax, pneumomediastinum, delivery.

### Giriş

Spontan pnömomediastinum ve pnömotoraks doğum esnasında görülen nadir bir göğüs ağrısı ve nefes darlığı sebebidir. Cilt altı amfizem de eşlik edebilir.<sup>[1]</sup> İlk olarak 1945 yılında Louis Hamman tarafından tanımlanmıştır.<sup>[2]</sup> Bu yüzden Hamman sendromu da denilmektedir. Oldukça ender görülmektedir. Dünya çapında ise yaklaşık 200 olgu bildirilmiştir ve tahmini insidansı 100 binde birdir.<sup>[3,4]</sup> Korkutucu klinik bulguları olmasına rağmen çoğunlukla selim seyirli ve kendini sınırlayıcıdır.<sup>[3,5]</sup>

En sık semptomu göğüs ağrısıdır. Ek semptomları ise dispne, öksürük ve palpasyondur. Kesin tanı radyolojik olarak konulmaktadır. Hastalığın seyri çoğunlukla selim olmasına rağmen, daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahip pulmoner emboli, amnion mayi embolisi, miyokard infarktüsü ve aort diseksiyonu gibi ciddi hastalıklarla karışabilir. Bu olgu sunumunda, 18 yaşında 40 haftalık primigravid bir gebede vajinal doğum sonrası meydana gelen spontan pnömomediastinum ve pnömotoraks olgusunu ve bu olguların tanı ve tedavi yöntemlerini tartışmayı amaçladık.

**Yazışma adresi:** Dr. Ersin Çintesun, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya. e-posta: ersincintesun@gmail.com

**Geliş tarihi:** 09 Kasım 2016; **Kabul tarihi:** 12 Aralık 2016

**Bu yazının atf künyesi:** Çintesun E, İncesu Çintesun FN. Spontaneous pneumomediastinum and pneumothorax developing after vaginal delivery. Perinatal Journal 2016;24(3):174-177.

©2016 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:  
www.perinataljournal.com/20160243006

doi:10.2399/prn.16.0243006

Karekod (Quick Response) Code:

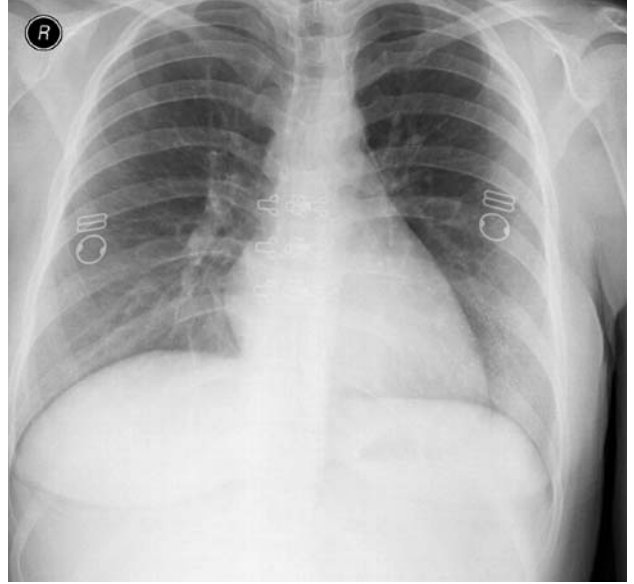


## Olgu Sunumu

Primigravid 40 haftalık gebeliği olan 18 yaşındaki hasta sancı şikayeti olması üzerine hastaneye yatırıldı. Vajinal muayenesinde servikal açıklığın 2 cm, efasmanın cüzi olduğu değerlendirildi. Kontraksiyonların saptanması üzerine travay takibine alındı. Ultrasonografide bebek vertex prezentasyon olarak izlendi. Hastanın sistemik muayenesinde anormal bulgu yoktu. Sigara kullanım öyküsü ve bilinen bir akciğer hastalığı bulunmaktaydı. Herhangi bir ek hastalığı ve cerrahi öyküsü yoktu. Anamnezinden gebelik takiplerini düzenli yaptırdığı ve takiplerinin normal olduğu öğrenildi. Travay takibiyle 6 saat sonra mediolateral epizyotomi ile 3550 g canlı kız bebek doğurdu. Doğum esnasında Kristaller manevrası uygulanmadı. Doğum sonrası takiplerinde problem tespit edilmeyen hastada postpartum ikinci saatte nefes darlığı ve göğüs ağrısı olduğu gözlemlendi. Göğüs ve boyun muayenesinde amfizem bulgusuna rastlanmadı. Her iki akciğer solunuma eşit katılıyordu ve akciğer ve kalp sesleri normaldi. Hasta başında bakılan batin ultrasonografisinde batında mayi, hematoma izlenmedi. Her iki bacağına şişlik, ısı artışı, kızarıklık izlenmedi. Hastadan arteriyel kan gazı alındı ve akciğer grafisi çekildi (**Şekil 1**). Oksijen saturasyonu 90, kan basıncı 110/70 mm/Hg ve nabızı dakikada 95 olarak ölçüldü. Hastanın takipneik olduğu ve solunum sayısının dakikada 28 olarak izlendi. Oksijen tedavisi dakikada 4 lt olacak şekilde verilmeye başlandı. Oksijen saturasyonu %95, pO<sub>2</sub>: 86 mmHg, PCO<sub>2</sub>: 20 mmHg olarak tespit edildi. Hastaya elektrokardiyografi (EKG) çekildi. EKG’de herhangi bir patolojik bulgu izlenmedi. Pulmoner emboli şüphesi ile Göğüs Hastalıkları konsültasyonu istendi. Akciğer grafisinde belirgin patolojik bulgu olmaması ve oksijen tedavisine rağmen hastanın şikâyetlerinin devam etmesi üzerine Göğüs Hastalıkları uzmanının önerisiyle toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Pnömomediastinum ve sağ pnömotoraks saptandı (**Şekil 2**). Hastaya %100 oksijen tedavisi ve 1. kuşak sefalosporinle profilaktik antibiyotik tedavisi başlandı. Takiplerinde semptomları gerileyen hasta Göğüs Cerrahisi servisinde günlük akciğer grafisi ile takip edildi ve 2 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

## Tartışma

Pnömomediastinum, mediastinum boşluğunda hava olması iken, pnömotoraks ise plevral yapraklar arasında hava olması olarak tanımlanır. Travmaya, cerrahi müda-



**Şekil 1.** Akciğer grafisi.

haleye, akciğer hastalıklarına bağlı oluşabileceği gibi ve spontan da meydana gelebilir.

Spontan pnömomediastinum normal vajinal doğumun ender görülen bir komplikasyonudur. Hastalık çoğunlukla genç, sağlıklı, primigravid gebelerde doğumun ikinci evresinde ortaya çıkmaktadır. Ancak bizim olgumuzda doğum sonrası ikinci saatte bulgu vermiştir.

Spontan pnömomediastinum sebepleri birkaç teori ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlardan en kabul edili ise, doğumun ikinci evresinde güçlü ve tekrarlayan Valsalva manevrası, kusma, bağırama gibi sebeplerden dolayı artmış alveolar basınca bağlı marjinal alveolar rüptürdür.<sup>[6]</sup> Ayrıca artmış alveolar basınca uyum sağlayamayan vasküler yapıların kılıfının disseke olması da mediastene bir hava akımı oluşturur ve mediastene dolan hava fasyal planlar boyunca subkutan ve retroperitoneal alanlara hareket eder. Hava akımının visseral ve plevral periton arasına yerleşmesinden dolayı pnömotoraks da eşlik edebilir.<sup>[7,8]</sup>

Göğüs ağrısı en sık görülen semptomdur diğer semptomlar ise; öksürük, nefes darlığı, palpasyon, disfaji, boğazda takılma hissi ve ses kısıklığıdır. Hastanın boyun bölgesinde elle muayenede çırttı hissedilmesi de patognomiktir. Tipik fizik muayene bulgusu ise Hamman belirtisi olarak bilinen, oskültasyon sırasında göğüs ön yüzünde kalp tepe atımıyla eşzamanlı çırttı sesinin duyul-

masıdır.<sup>[6,7,9]</sup> Olgumuzda göğüs ağrısı ve nefes darlığı semptomları mevcuttu. Cilt altı amfizemi gözlenmemiştir.

Spontan pnömomediastinum spesifik yönetim gerektiren pnömotoraks, interstisyel amfizem ve pnömoperikardiyum ile karıştırılmamalıdır. Spontan pnömomediastinum tanısı olabildiğince hızlı konmalı, hasta için hayati tehdit oluşturabilecek tansiyon pnömotoraks, özofagus rüptürü, miyokard infarktüsü, amnion sıvı embolisi, pulmoner emboli ve aort diseksiyonu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.<sup>[10,11]</sup> Olgumuzda pulmoner emboli ön planda düşünülerek araştırılmıştır.

Spontan pnömomediastinum ve pnömotoraksta ilk basamak tanı aracı direk akciğer grafisidir. Akciğer grafisinin yetersiz olduğu veya diğer klinik tanıları kesinleştirmek için BT kullanılmalıdır. BT hem mediastinumdaki az miktardaki havayı gösterir hem de cilt altı amfizemin yaygınlığını gösterir.<sup>[12]</sup> Olgumuzda akciğer grafisinde

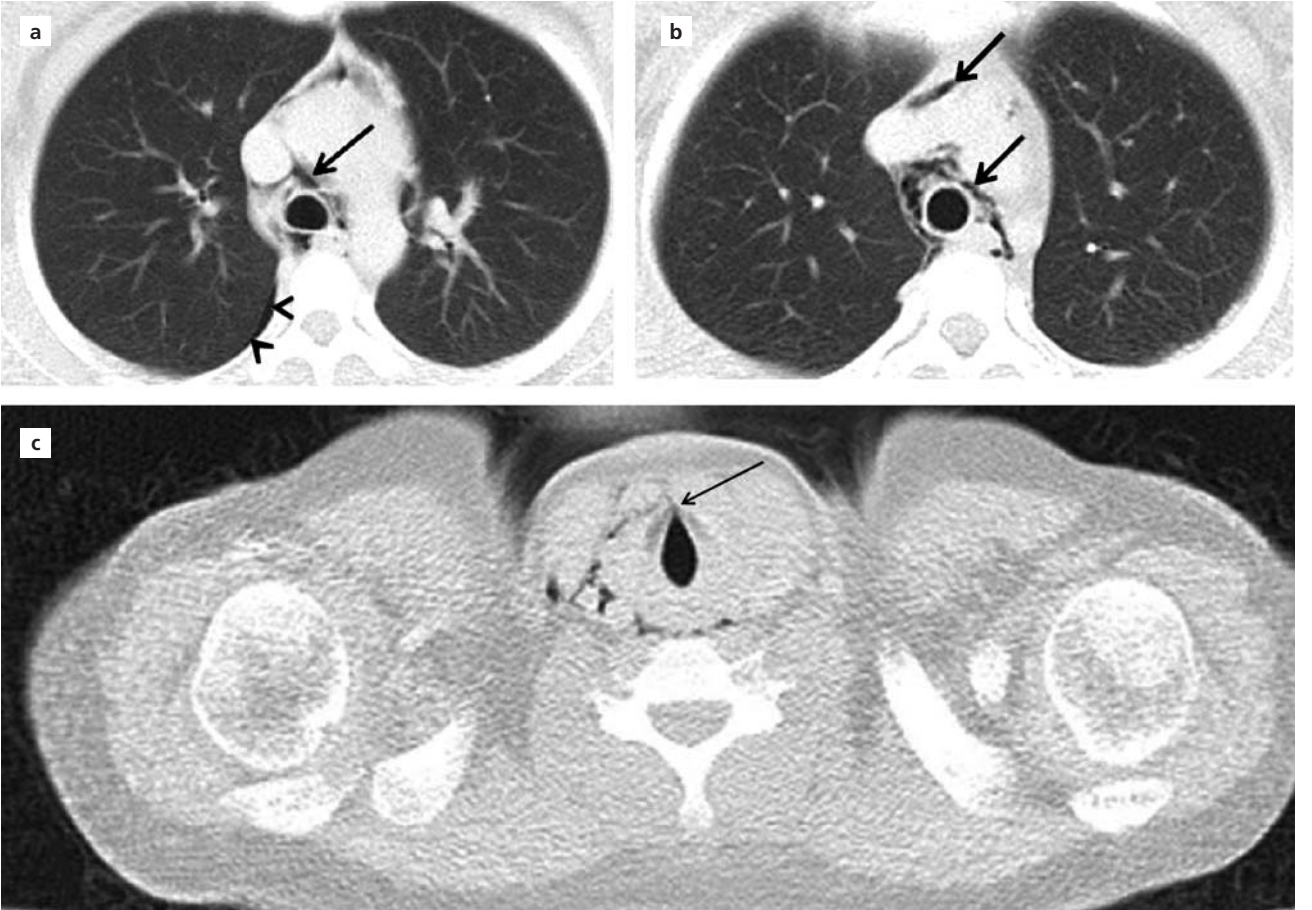
herhangi bir patoloji izlenmedi ve kesin tanı BT ile konuldu.

Hamman sendromu çoğunlukla selim seyirlidir. Spontan pnömomediastinumda sıklıkla tedavi analjezi, oksijen desteği ve sedasyondur. Destek tedavisi ile çoğunlukla klinik tablo iki hafta içerisinde kendiliğinden geriler. Olgumuzun klinik seyri selim seyretti ve girişimsel bir işleme ihtiyaç kalmadı.

Hastalık genelde tekrar etmez ve takip edilmesine gerek olmadığı bildirilmiştir.<sup>[13]</sup> Ancak nadir de olsa tekrarlayan olgular da bildirilmiştir.<sup>[14]</sup>

## Sonuç

Spontan pnömomediastinum ve pnömotoraks, olgumuzda kendini sınırlamış olsa da ölüm potansiyeli olan durumlardır. Doğum sonrası nefes darlığı, retrosternal



Şekil 2. (a) Ok başları: Pnömotoraks, ok: Pnömomediastinum; (a-c) Oklar: Pnömomediastinum.

ağrı gibi semptomlarda pnömotoraks ve pnömomediastinum da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

**Çıkar Çakışması:** Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

### Kaynaklar

1. Revicky V, Simpson P, Fraser D. Postpartum pneumomediastinum: an uncommon cause for chest pain. *Obstet Gynecol Int* 2010;2010:956142.
2. Hamman L. Mediastinal emphysema: the Frank Billings lecture. *JAMA* 1945;128:1-6.
3. Seidl JJ, Brotzman GL. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema following vaginal delivery: case report and review of the literature. *J Fam Pract* 1994;39:178-80.
4. Heffner J, Sahn S. Pleural disease in pregnancy. *Clin Chest Med* 1992;13:667-78.
5. Scala R, Madioni C, Manta C, Maggiorelli C, Maccari U, Ciarleglio G. Spontaneous pneumomediastinum in pregnancy: a case report. *Rev Port Pneumol (2006)* 2016;22:129-31.
6. Mahboob A, Eckford SD. Hamman's syndrome: an atypical cause of postpartum chest pain. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:652-3.
7. Bonin MM. Hamman's syndrome (spontaneous pneumomediastinum) in a parturient: a case report. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28:128-31.
8. Tytherleigh MG, Connolly AA, Handa JL. Spontaneous pneumomediastinum. *J Accid Emerg Med* 1997;14:333-4.
9. Khurram D, Patel B, Farra MW. Hamman's syndrome: a rare cause of chest pain in a postpartum patient. *Case Rep Pulmonol* 2015;2015:201051.
10. Kandiah S, Iswariah H, Elgey S. Postpartum pneumomediastinum and subcutaneous emphysema: two case reports. *Case Rep Obstet Gynecol* 2013;2013:735154.
11. Sutherland FW, Ho SY, Campanella C. Pneumomediastinum during spontaneous vaginal delivery. *Ann Thorac Surg* 2002;73:314-5.
12. Kelly S, Hughes S, Nixon S, Paterson-Brown S. Spontaneous pneumomediastinum (Hamman's syndrome). *Surgeon* 2010;8:63-6.
13. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum: a report of 25 cases. *Chest* 1991;100:93-5.
14. Mohamed Faisal AH, Hazwani A, Soo CI, Andrea Ban YL. Recurrent spontaneous pneumothorax during pregnancy managed conservatively: a case report. *Med J Malaysia* 2016;71:93-5.