

## PULMONER DAMARLARIN PNÖMONEKTOMİ GEREKTİREN YARALANMA OLGUSU

Dr.Yener YÖRÜK Dr.Selçuk KÖSE\*

\*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

Onyediyedi yaşındaki erkek hasta, sol göğüsden bıçaklanma nedeniyle acil servisimize getirildi. Yapılan muayenede solda sternumda 2cm. lateralde 5. interkostal aralıkta 2cm. eninde transvers kesi görüldü. Hasta şok tablosunda, tansiyon arteriel 40/0mmHg. idi. Hızla damar yolu açılarak sıvı replasmanına başlandı. Solda bazalde matite mevcuttu ve solunum sesleri duyulmuyordu. Arka koltukaltı çizgi 5. interkostal aralıktan 32 no tüp torakostomiye karar verilerek hasta entübe edildi ve nonsteril şartlarda bistüri ile hızlı anterolateral torakotomi yapılarak 5. interkostal aralıktan toraksa girildi. Yapılan eksplorasyonda toraks boşluğunda bol pıhtı ve hemoraji vardı. Toraks dreni yerleşimi uygundu, bunlar temizlendikten sonra hilustan yaygın kanama saptandı, komprese edilerek kontrol edildi. Perikard tamponadı yoktu ve perikard yaralanması bulunmadı. Aorta hasarı yoktu. Hasta hızla ameliyathaneye hiler kompresyon ile alındı. Yarı lateral pozisyon verilerek steril örtüldü. Yeni damar yolları açıldı ve kan grubuna uygun transfüzyon başlandı. Toraks ekartörü konularak yapılan eksplorasyonda hiler kanama mevcuttu. Hilusa büyük vasküler klamp konularak kanama kontrol edildi. Sol ana pulmoner arterde alt lob arterine uzanan 1.5cm kesi, üst pulmoner ven apikal dalında kesi ve çevrelerinde pulmoner parankimde 4cm. çapında hemoraji alanı saptandı. Ayrıca alt lob periferinde 2cm. boyunda parankim kesisi vardı. Hiler yaralanma tamirinin yeterli düzeyde yapılamayacağı düşünüldüğü için pnömotektomiye karar verildi. Hastaya bulunabilen 2 ünite kan, 500cc hemaccel ve 2000cc %5 dextrose Ringer Laktat infüzyonu ile tansiyon arteriel 80/40mmHg ya yükseldi. Daha sonra 60mm. UKL stapler ile enbloc pnömonektomi uygulandı. Bir adet dren konularak torakotomi klasik şekilde kapatıldı. Peroperatif toplam 4 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Erken postoperatif

dönemde şuur açıldı ve nörojenik hasar bulunmadı. Sistolik arter tansiyonu 90mm.Hg düzeyinde seyretti. Drenajın saatlik 100cc altına inmemesi ve 8 saatte toplam 1400cc hemoraji gelmesi üzerine retorakotomiye karar verildi. Eksplorasyonda cerrahi kanama saptanmadı. Yaygın tüm dokulardan sızmalar vardı ve pıhtı oluşmamıştı. Koagulopati düşünülerek torakotomi kapatıldı. Hastaya 4 ünite taze kan transfüzyonu yapıldı.

K vitamini ve aminokaproik asit tedaviye eklendi. Kanama miktarı gittikçe azalarak 24 saat içinde serozlaştı. Nonsteril şartlarda acil torakotomi yapıldığı için hastaya günlük rifampicinli 1000cc izotonik ile toraks irrigasyonu başlandı. Postoperatif 2. gün melena görüldü. Koagulopati sonucu olarak değerlendirildi. Üç gün sonra kayboldu. Üçüncü gün 3000cc. idrar çıkışı oldu, dansite 1010 idi. Kreatinin klirensi 105 ml/dk/m<sup>2</sup> bulundu. Şok tablosunda böbrek yetmezliği olarak değerlendirildi. Günlük elektrolit balansı takibi ve elektrolit replasmanı ile 2. hafta idrar miktarı ve dansite normale döndü. Toraks dreni 6. gün ateş olmaması ve kültürde üreme görülmemesi üzerine çıkartıldı. Postoperatif 11. gün nefes darlığı, yüksek ateş, lökositoz görülmesi üzerine yapılan torasentezde asinetobakter üredi. Antibiyogram sonucuna göre ciprofloksacin başlandı. Bronkoskopide bronş güdüğü intakt bulundu. Postpnömonektomik ampiyem nedeniyle 3. kot ön koltuk altı hattı üzerinden 5cm rezeke edilerek tüp torakostomi uygulandı. Rifampicinli irrigasyonlar 2 hafta sürdürüldü. Ardışık 2. kültürün steril gelmesi üzerine dren alındı. Hasta postoperatif 35. gün taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde ateş, öksürük ve balgam yoktu. PA akciğer grafisinde trakea sola deviyeye ve sol hemitoraksın tam opaklaşması vardı (Resim-I). Normal eforda hasta dispne tarif etmedi.



Resim-1: Sol pnömonektomi sonrası 2. ay PA grafisi

### TARTIŞMA

Toraks travmalı hastalarda görülen şokun en büyük nedeni masif hemotorakstır (1). Masif kanama künt travma sonucu görülebilir, fakat çoğunlukla masif hemotoraks ve şok, kalp aorta sistemik arterler ve ender olarak da pulmoner arter ve venleri tutan penetran yaralanmalar sonrası görülür (2).

Masif hemotoraks nedeniyle şokta olan hastalara hızlı sıvı verilmelidir. Sıvı verilmeye başladıktan sonra, tüp torakostomi arka koltukaltı hattı 5-6. interkostal aralıktan takılmalıdır. Olguların çoğunda tüp torakostomi yeterli olmamaktadır. Graham 373 penetran toraks travmalı hasta serisinde %76 hastada tüp torakostomiye tek tedavi yöntemi olarak yeterli bulmuştur (3). Geçmişte hemotoraksın hemen boşaltılıp boşaltılmaması tartışılmıştır. Bazı yazarlar kanın boşaltılması ile intraplevral basıncın düşeceğini ve kanamayı artıracığını düşünmüşlerdir (4). Maloney ve diğer yazarlar intraplevral kanın etkili tampon olmadığını bildirmişlerdir (5). Artık hemotoraksın hızlı boşaltılması uygulanmaktadır.

Hemitoraksın tamamen opaklaşması, 1000cc veya

üzerinde ani drenaj, sıvı verilmesi ile düzelmeyen hemodinamik instabilite acil torakotomi endikasyonlarıdır. Saatte 200ml veya üstü kanamada da operasyon gereği vardır (2,6,7,8). Çoğunlukla 5. interkostal aralıktan toraksa girilir. Kardiak hasarlarda sternotomi yapılmalıdır. Toraksa bistüri ile insizyonel kanamalara bakılmaksızın hızla girilir. Göğüs açıldığında pıhtı ve kan dışarı alınarak kanama yeri kompresyonla kontrol edilir. Kan ve sıvı verilmesi ile hasta stabilize olmadan cerrahi işlem yapılmamalıdır (2,9). Hulusun parmaklarla veya vasküler klempile kompresyonu kanamayı veya hava kaçışını durdurur. Kanama veya hava kaçışı kontrol altına alındıktan sonra damar ve bronş hasarları tamir edilir. Fakat çoğu durumda merkezi yaralanmanın tamiri mümkün olmamakta ve hasarlı lob veya akciğer rezeke edilmektedir (2,9).

Bizim olgumuzda da merkezi yaralanma nedeniyle pnömonektomi yapmak zorunda kaldık. Postoperatif dönemde koagülopati, poliürik böbrek yetmezliği ve postpnömonik ampiyem komplikasyonları gelişti. Bunlarla etkili mücadele ile hasta mortalitesi ve morbiditesi çok yüksek bu ağır travmadan kurtarıldı.

### KAYNAKLAR

1. Rutherford RB, Campbell DN: Thoracic injuries. In Zuidema GD, Rutherford RB, Ballinger WF: The management of Trauma, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders Co. 1985.
2. Boyd AD: Pneumothorax and hemothorax. In Hood RM, Boyd AD, Culliford AT: Thoracic Trauma, Philadelphia, WA Saunders Co. 1989.
3. Graham JM, Mattox KL, Beall AC: Penetrating trauma of the lung. J Trauma 19: 665, 1979.
4. Bowers WF: Surgery of Trauma. Philadelphia, JB Lippincott Co, 1953, pp220
5. Maloney JVI: The conservative management of traumatic hemothorax. Am J Surg 93: 533, 1957.
6. Drummond DS, Craig RH: Traumatic hemothorax: Complications and management. Am Surg 33: 403, 1967.
7. Kirsh MM, Sloan H: Traumatic pneumothorax and hemothorax. In Blunt Chest Trauma: General Principles and Management. Boston, Little, Brown and Co. 1977.
8. Mattox KL: Indications or thoracotomy deciding to operate. Surg Clin North Am .69: 47-59, 1989.
9. Mattox KL: Approaches of trauma involving the major vessels of the thorax. Surg Clin North Am: 69: 77-93, 1989.

Yazışma Adresi : Dr.Yener YÖRÜK,  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs  
Cerrahisi Anabilim Dalı,  
Edirne