

KÜNT TRAVMA İLE OLUŞAN İZOLE TRAKEOBRONŞİAL RÜPTÜR
(BİR OLGU NEDENİYLE)

AN ISOLATED TRACHEOBRONCHIAL RUPTURE CAUSED BY BLUNT TRAUMA

Dr.Suat TAYAN Dr.Ali Burak ÇULHAOĞLU Dr.Mehmet MİHMANLI Dr.Uğur DİKMEN*

ÖZET: Şişli Etfal Hastanesi acil cerrahi biriminde tedavi edilen künt travma ile oluşmuş midtorasik trakeobronşial rüptür olgusu. Travmanın yeri ve mekanizmanın nadir oluşu nedeniyle, bu konudaki literatürde gözden geçirilerek sunmaya çalıştık. Künt toraks travmasını takiben oluşan pnömotoraksın tüp drenajla düzeltilemediği durumlarda trakeobronşial rüptür olasılığının düşünülmesi gerektiği ve tanı gecikmesinin ölümcül olabileceği vurgulandı.

SUMMARY: Midthorasic tracheobronchial rupture case caused by blunt injury, treated at the emergency ward of Şişli Etfal Hospital Because of the location of the injury and the rarity of the mechanism, we try to present the case by summarizing the relevant literature. After blunt thorax injury, failure of the lung to expand after thoracostomy tube insertion should suggest tracheobronchial rupture and delay in diagnoses can be fatal.

Trakeobronşial yaralanmalar son iki dekatta motorlu araç kazalarının artışı, gelişmiş transport olanakları ve travma merkezlerinin sayısındaki artış nedeniyle daha sık görülmeye başlamıştır (1).

Tanı gecikmesinin fatal sonuçlanabileceği bu tür travmalar yine de nadir olmakta genellikle başka organ lezyonlarıyla birlikte görülmektedir (1).

Biz bu yayında künt travmayla oluşan izole trakeobronşial rüptür olgusunu ilgili literatürde inceleyerek sunmaya çalıştık.

OLGU

T.D., erkek, 16 yaşında

Şişli Etfal Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği prot. No:4187 16.2.1993 tarihinde acil cerrahi polikliniğimize araç dışı trafik kazası nedeniyle olay anından 20 dakika sonra getirildi. İlk gözlemede şuur açık, solunum dispneik, sağ suprakviküler hematoma, boyunda cilt altı amfizemi mevcuttu.

Fizik Muayenede: TA:90/50mmHg, NDS:90/R; sağ hemitoraksta solunum sesleri alınmıyor, sağ hemitoraksta ve batında şiddetli ağrı tarif ediyor.

Akciğer grafisinde %100 sağ pnömotorax, klavikula ve 2. kot fraktürü saptandı. Periton lavajı negatif, Htc:%35 olarak saptandı. Hastaya 6.IC aralık midaxiller hatttan 36F toraks tüpü yerleştirildiğinde bol miktarda hava drenajı oldu. 20 dakika sonra çekilen kontrol grafisinde tüpün uygun pozisyonda olmasına rağmen ekspansiyon görülmedi. Hava çıkışının şiddetli olarak devam etmesi ve hastada siyanozun gelişmeye başlamasıyla trakeobronşial rüptür ön tanısıyla acil ameliyata alındı.

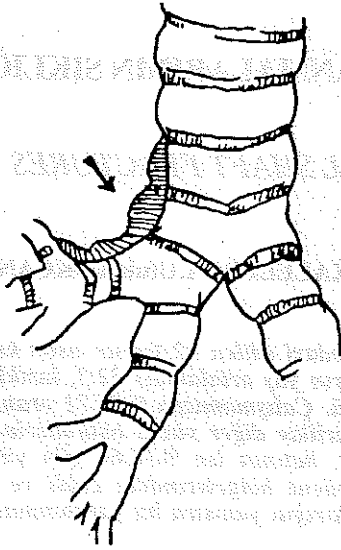
6. IC aralıktan sağ anterolateral torakotomi yapıldığında sağ akciğer kollabe, sağ apikal segmentte çeşitli lacerasyonlar mediastinal plevrada da 5cm.lik bir defekt ve karinanın hemen üzerinde apikal segment bronşunu da içine alan sağ lateral yüzde 3 cm.lik vertikal rüptür saptandı. Rüptüre alanda endotrakeal tüpün ucu görülüyordu. Damarsal yapılar sağlamdı. Defekt derhal parmakla kapatılarak sol akciğerin havalanması ve oksijen saturasyonu göstergelerinin normale dönmesi sağlandıktan sonra defektin kenarları kısmen debride edilerek 2/0 ipekle tek tek sütüre edildi. Sağ akciğerin apikal segmenti dışındaki bölümleri ekspansiyon olarak tüm hemitoraksı doldurdu. Apikal segmentin devitalize bölümleri debride edilerek sütüre edildi. Apikal bronşun trakeaya anastomozu, bütünlüğünün bozulması nedeniyle uygun görülmedi. Hava kaçağı ve hemostaz kontrolünü takiben toraks KSAD ile kapatıldı. Postop komplikasyon görülmeyen hasta 14. gün

Şişli Etfal Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi:Dr.Suat SAYAN

Şişli Etfal Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği, Şişli-İstanbul

Resim-I: Rüptüre Alan



taburcu oldu. 1 yıl boyunca takip edilen hastada pulmoner komplikasyon yoktu. Trakeal yaralanmalar %75 boyun veya üst göğüs bölgesinin penetran ve daha az sıklıkla künt travmalarıyla oluşur. Künt travmalar genellikle motorsiklet kazalarında, boyna direkt darbe veya manubrium kırıklarının yolaçtığı rüptürler şeklinde oluşur. Tanısı penetran yaralara göre daha geç olarak konur (1,4,5).

Künt travma ile midtorasik yerleşimli izole trakeal rüptür çok daha az görülür. Texas, Houston'daki Ben Taub General ve Jefferson Davis Hastanelerinde geçen 27 yıl süresince 700 majör boyun travmalı hastadan 11 olgu künt travmaya bağlı boyun yaralanması olup sadece 5 olguda intratorasik trakea yaralanması görülmüştür. Yine Elvis Presley Regional Trauma Center'da 1200 travmatik ölümün 33 tanesinde trakeobronşial yaralanma görülmüştür. Bunların 5 tanesi intratorakal yaralanmaydı (2,3).

Hastanemiz 5 yıllık kayıtlarında midtorakal izole trakea rüptürü olgusuna rastlanılmamıştır.

Intratorasik trakea yaralanmaları genellikle ateşli silah ve damar yaralanmaları ile birlikte olur (1). Tanı sıklıkla eşlik eden lezyonlar için yapılan operasyonda konur.

Künt travma deselarasyona yol açarak majör bronkus yaralanmasına sebep olabilir. Genellikle başka organ lezyona katılmaz. Bu nedenle tanısı gecikir ve mortalitesi de oran-

da yüksektir. Lezyon genellikle yırtık şeklinde olup karınınan 2 cm. üstündedir. Nadiren iki taraflı olup sıklıkla üst lob bronşu etkilenir. Hızla tansiyon pnömotoraksı, mediastinal amfizem ve şift gelişir. Künt toraks travmalı hastada hızla büyüyen amfizem, devam eden veya tekrarlayan pnömotoraks, fazla hava kaçağı, pnömomediastenum bronşial rüptürü düşündürmelidir.

Tanı için fleksibil bronkoskopi stabil hastalarda kullanılabilir. Diğer bir tanı yöntemi de endotrakeal tüpten verilen Oianosil gibi kontrast bir madde ile yapılan düşük riskli bronkogramdır.

Torakostomi yapılmaksızın yapılan entübasyon fatal sonuçlar yaratabilir. Bu nedenle anestezile tam bir işbirliği gerekmektedir. Çift lümenli endotrakeal tüp kullanılması önerilmektedir. Cerrahi yaklaşımda posterolateral torakotomi iyi bir görüş sahası sağlar (1,4). Trakeal defekt tamir öncesi parmakla kapatılarak hastanın oksijenizasyonu ve debridmanı takiben 4-0 polypropylene veya polyglycolic acid ile sütüre edilir (1,5). İpek materyal geç dönemde sütür granülasyonuna yol açabilir, böyle durumlarda rijit bronkoskopi ile çıkarılabilir. Akciğer parenkiminde yaygın lezyon veya ateşli silah yaralanması söz konusuysa pulmoner rezeksion gerekebilir.

KAYNAKLAR

1. Pate JW et al: Tracheobronchial end esophageal injuries. *Surg. Clin North Am.* 69: 11 1989.
2. Sheely CH, Maltax KL, Beall AC: Management of Acute Cervical Tracheal Trauma. *Am. J Surg* 128: 806, 1974.
3. Kirsh MM, Sloan H: *Blunt Chest Trauma*, Boston, Little Brown, 1977.
4. Symbas PN, Hatcher CR Jr, Vlasis SE: Bullet Wounds of Trachea, *J Thorac Cardiovasc Surg* 83: 235, 1982.
5. Feliciano DV, Bitondo CG, Maltax KL, et al: Combined tracheoesophageal injuries. *Am. J Surg* 150: 710, 1985.
6. Campbell FC, Robbs JV: Penetrating injuries of the neck: a prospective study of 108 patients. *Br J Surg* 67: 582-586, 1980.
7. Sulak M, Miller RH, Maltax KL: The management of gunshot and stab injuries of the trachea. *Arch Otolaryngol* 109: 56-59, 1983.
8. Mulliken JB, Grillo HC: The limits of tracheal resection with primary anastomosis. Further anatomical studies in man. *J Thorac Cardiovasc Surg* 55: 418-212, 1968.