



Eyvah Hasta Morarmış

Woe Patient is Purple

Hatice Doğan¹, Banu Karakuş Yılmaz¹, Erdem Çevik², Murat Carus¹

¹Bağcılar EğitimveAraştırmaHastanesi, AcilKliniği, İSTANBUL

²Van AskeriHastanesi, Acil Tıp, VAN

CukurovaMedicalJournal 2014;39(4):914-917.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı künt toraks travmalı hasta sebebiyle travmatik asfiksi yönetimini gözden geçirmektir. Kırk yedi yaşında erkek hasta acil servise çalışırken maruz kaldığı kaza sonrası göğüs ve karın ağrısı şikayeti ile getirildi. Fizik muayenede hastanın yüz, boyun ve gövdenin meme başı hizasının üst tarafı ile üst ekstremiteler 1/3 proksimali siyanotikti ve her iki gözde subkonjonktival hemoraji mevcuttu. Yatak başı ekokardiyografide perikardiyal efüzyon yoktu. Akciğer tomografisinde pnömomediastinum, sternum kırığı ve pulmoner kontüzyon mevcuttu. Hasta entübe edilerek yoğunbakımda takip edildi. Travmatik asfiksi künt torakoabdominal travma ile oluşan klinik bir durumdur ve hastalar iyi travma yönetimi ile daha düşük mortalite ve morbidite ile taburcu edilebilirler.

Anahtar Kelimeler: Travmatik asfiksi, künt torakoabdominal travma, acil servis

ABSTRACT

Our purpose in presenting this case is to review the management of traumatic asphyxia with blunt thoracic trauma patients. A 47 year-old male patient due to accident at work were brought to the emergency department with chest and abdominal pain. On physical examination face, upper extremities, 1/3 of both the proximal and the body to the level of the nipple with cyanosis, subconjunctival hemorrhage in both eyes was seen. At bed side echocardiography it wasn't seen pericardial effusion. At chest computed tomography there were pneumomediastinum, sternum fracture and pulmonary contusion. Patient was intubated and admitted to intensive care unit and followed. Traumatic asphyxia is a clinical condition caused by blunt thoracoabdominal trauma, and with good trauma management patients can be discharged with less mortality and morbidity.

Key Words: Traumatic asphyxia, blunt thoracoabdominal trauma, emergency department

GİRİŞ

Travmatik asfiksi (Perthes sendromu) baş boyun bölgesinde siyanoz, peteşi ve subkonjonktival hemorajinin görüldüğü bir triaddir¹. Bu klinik durum ilk olarak 1837 yılında Oliver d'Angers tarafından otopsi çalışmalarında tanımlanmıştır². Bu sendrom tipik olarak ani gelişen ciddi toraks ve/veya üst abdominal travma

ile genellikle motorlu araç kazaları sonrasında gelişir^{3,4}. Semptomlar derin inspirasyon ile glottisin kapanması ve toraks içi basıncın artması sonucu ortaya çıkmaktadır. Klinik bulgular hafif derecede semptomlardan komaya kadar değişmektedir^{5,6}. Bu olguyu sunmaktaki amacımız; travmatik asfiksi ile gelen künt toraks travmalı erkek hastanın yönetimini gözden geçirmektir.

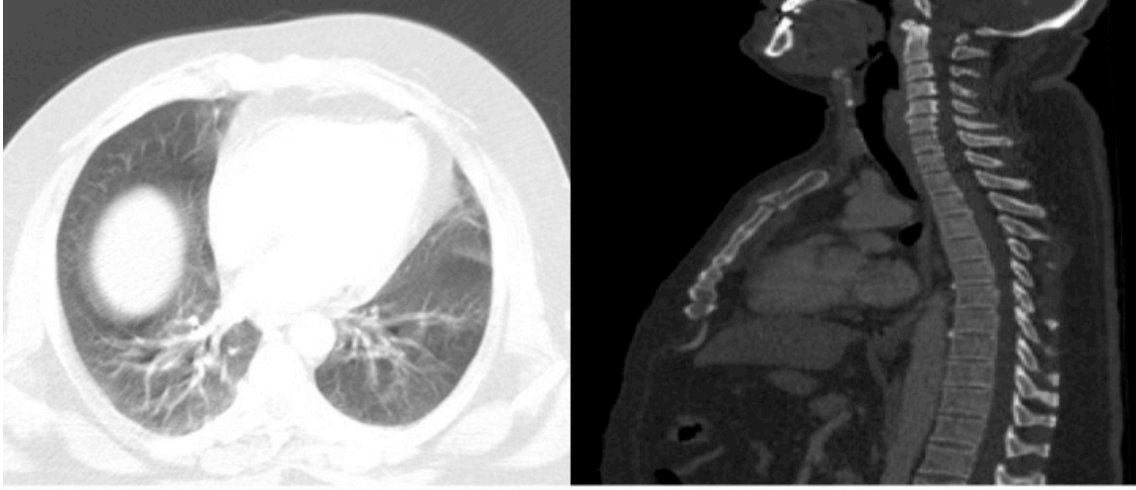
OLGU SUNUMU:

47 yaşında erkek hasta acil servise işyerinde maruz kaldığı kaza sonrası göğüs ve karın ağrısı şikayeti ile 112 tarafından getirildi. Alınan bilgiye göre hasta kamyon kasası ile duvar arasında sıkışmış. Hastanın öz geçmişi ve soy geçmişinde özellik yoktu. Geliş vital bulguları TA: 140/100, Nabız 100 atım/dk, solunum sayısı 22/dk, SpO2 % 99 idi. Hasta oryante, koopere ve bilinç konfüze idi. Glaskov Koma Skoru 14 (E3, M6,V5), pupiller izokorok ve bilateral pupil ışık refkelsi pozitifti. Hastanın yüz, boyun ve gövdenin meme başı hizasının üst tarafı ile üst ekstremitte 1/3 proksimali siyanotikti ve peteşial döküntüler mevcuttu . Her iki gözde subkonjonktival hemoraji mevcuttu (Resim

1). Hastaya künt toraks travması nedeniyle yapılan yatak başı ultrasonografide batın içi serbest sıvı ve perikardiyal efüzyon görülmedi. Toraks tomografisinde ön mediastende yağ yastıkçığı içerisinde az miktarda hava (pnömomediastinum), sternumda kırık ve bilateral pulmoner kontüzyon tespit edildi (Resim 2-3). Sternum fraktürü olan hastanın kardiyak hasarı değerlendirmek için yapılan biyokimyasal incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Bilinç durumu bozulmaya başlayan ve solunum distresi olan hasta havayolu güvenliği ve ventilasyonunun sağlanabilmesi için hızlı seri entübasyon uygulanarak mekanik ventilator alındı. Bir haftalık yoğunbakım takibi sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta ayaktan takip protokolüne alınarak taburcu edildi.



Resim1,



TARTIŞMA

Travmatik asfiksi, torakoabdominal bölgeye ani gelen şiddetli travma ile oluşan ve baş, boyun ve üst ekstremitelerde siyanoz, ödem, peteşi, subkonjonktival hemoraji ile karakterize klinik bir durumdur. Bu duruma geçici nörolojik bulgular ile toraks, abdomen ve eksteremite yaralanmaları da eşlik edebilmektedir¹. İntratorasik basınç derin inspirasyonda glottis kapalı iken torasa travma ile yükselir^{3,4}. Artan toraks içi basınç vana cava superior, vena cava inferior, mediastinal venler ve sağ atrium iletilir. Basınç etkisi ile kan kapak (valve) bulunmayan baş ve boyun venlerini doldurur. Ani artan basınçla servikofasial venlere ve küçük venül ve kapillerlere kan dolar. Bu basınç artışı ile küçük venüller ve damarlarda rüptür oluşur. Travmatik asfiksi kapaksız venlerin drene olduğu bölgelerde görülmektedir^{6,7}. Olgumuzda da

toraksa künt travma ile toraks içi basınç artmış ve klinik bulgular ortaya çekmiştir.

Travmatik asfiksi nadir görülen bir durum olup olguların büyük çoğunluğu motorlu araç kazaları sonrası oluşmaktadır. Diğer oluş mekanizaları içerisinde ağır makina veya mobilya ile ezilme ve daha nadir olarak derin deniz dalışları, epileptik nöbet, zor doğum ve astım atağı sayılabilir⁸. Olgumuz da motorlu araç ile duvar arasında kalarak yaralanmıştır. Sternum kırıkları kardiyovasküler yaralanma açısından ciddi bir yaralanmanın göstergesi olarak kabul edilmiştir. Ancak motorlu araç kazaları sonrası sternum kırığı olan hastalarda kardiyak aritmi insidansı %1,5 ve ölüm oranı < %1'dir. Travma sonrası vital bulguları stabil ve EKG'si normal değerlendirilen hastalarda 6 saat sonra da EKG değişikliği yoksa kardiyak takip genellikle önerilmemektedir⁹. Olgumuzda da

travma sonrası sternum fraktürü oluşmuş olup takibinde kardiyak yaralanma görülmemiştir.

SONUÇ

Acil servise travmatik asfiksi ile getirilen hastada pulmoner ve abdominal yaralanmanın yanında eşlik eden kardiyak yaralanma da olabileceği unutulmamalı ve hastalar, hayatı tehdit eden yaralanmaların yönetimi açısından yakın takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. El Koraichi A, Benafitou R, Tadili J et al. Traumatic asphyxia or Perthe's syndrome. About two paediatric cases. *Ann Fr Anest Reanim* 2012;31:259-61.
2. Besson A, Saegesser F. The acute thoracic compression syndrome: so-called traumatic-asphyxia. A colour atlas of chest trauma and associated injuries. 1st Ed: 117-21. Netherlands, Wolfe Medical Publications Ltd, 1989.
3. Karamustafaoglu YA, Yavasman I, Tiryaki S, Yoruk Y. Traumatic asphyxia. *Int J Emerg Med* 2010;4:379-80.
4. Senoglu M, Senoglu N, Oksuz H, Ispir G. Perthes Syndrome associated with intramedullary spinal cord hemorrhage in a 4-year-old child: a case report. *Cases J.* 2008;13:17.
5. Guitron J, Huffman LC, Howington JA, LoCicero III J. Blunt and Penetrating Injuries of the Chest Wall, Pleura, and Lung. In: Shields TW, Locicero III J, Reed CE, Feins RH, eds. *General Thoracic Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009:891-902.
6. Şenoglu N, Oksuz H, Zincirci B, Ezberci M, Yasım A. Severe traumatic asphyxia: two case report and literature review. *Turkish J Thorac Cardiovas Surg* 2006;14:78-81.
7. Ertok İ, Kurtoglu G, Ercan G, Karakayalı O, Yılmaz M, Erşen T. Review of Traumatic Asphyxia Syndrome with a Case Presentation. *JAEMCR* 2013;4:58-61.
8. Kamali S, Kesici S, Gunduz I, Kesici U. A Case of Traumatic Asphyxia due to Motorcycle Accident. *Case Rep Emer Med* 2013; Article ID 857131.
9. Judith E. Tintinalli, J. Stephan Stapczynski, David M. Cline, O. John Ma, Rita K. Cydulka, and Garth D. Meckle The American College of Emergency Physicians Section 21 Trauma, Chapter 258 Pulmonary Trauma. In: *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7e, 2010.*

YazışmaAdresi / Address for Correspondence:

Dr.Hatice Doğan
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Acil Kliniği
İSTANBUL
E-mail: haticetopcu2000@yahoo.com

Geliş tarihi/Received on : 20.03.2014

Kabul tarihi/Accepted on: 30.04.2014