

İLGİNÇ BİR DİYAFRAGMA RÜPTÜRÜ OLGUSU

AN INTERESTING CASE OF DIAPHRAGMATIC RUPTURE

Levent UĞURLU ¹ Cemil KUL ² Sdıka Nihal TOPRAK ³ Hanife KARA ⁴

Mersin Toros Devlet Hastanesi, Mersin

¹Genel Cerrahi, ²Göğüs Cerrahisi, ³Acil Servis, ⁴Anestezi

Anahtar sözcükler: Diyafragma Ruptürü, travma

Key words: Diaphragmatic Rupture, trauma

Geliş tarihi: 24 / 01 / 2012

Kabul tarihi: 03 / 07 / 2012

ÖZET

Günümüzde, travma nedeniyle hastane başvuru sayılarında, özellikle trafik kazalarının artması ile artış gözlenmektedir. Batın travmalarına bağlı yaralanmalarda yüksek oranda postoperatif mortalite ve morbidite izlenmektedir. Batın organları karaciğer, bağırsaklar ve diyafragma sıklıkla zarar görürler. Fizyolojik olarak ventilasyonun düzenlenmesinde en önemli görevlerden birini üstlenen diyafragmada meydana gelen yırtıklar travma hastalarında en sık gözden kaçan yaralanmalardan biridir. Diyafragmada meydana gelen yaralanmaların tespitinde bilgisayarlı tomografinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Yaralanmanın tespit edilmesi halinde tedavi için laparotomi veya torakotomi gerekmektedir. Batın travması olan olgularda travmatik diyafragma rüptürü akla gelmeli ve şüpheli olguların tanısında bilgisayarlı tomografi tercih edilmelidir.

GİRİŞ

Torakoabdominal travmalar, mortalite ve morbiditesi yüksek travmalardır. Bu grup hastalarda zamanında yapılan müdahale hayat kurtarıcıdır (1-3). Travmatik diyafragma rüptürü (TDR); diyafragmayı etkileyen

SUMMARY

In recent times, the increase in traffic accidents and other reasons due to an increase in the number of references to emergency services with trauma. Abdomen injuries have a high percentage of postoperative morbidity and mortality. The most frequently injured organ in abdomen is the liver, the second one is the bowels and the third one is the diaphragm. Diaphragm has an important function as physiologically in the regulating ventilation. Diaphragmatic lacerations is the most commonly overlooked situations. BT is an important test in diaphragmatic injuries for diagnosis. In the case of detection of injuries, laparoscopy or thoracotomy is used for treatment. Abdomen traumas have to be remembered and computed tomography has to be chosen in suspected cases.

künt veya kesici-delici yaralanmalarının iyi bilinen, ancak kolaylıkla gözden kaçabilen önemli bir komplikasyonudur (4,5). Batın organları ve damarlarla ilgili kombine yaralanmalarda yüksek oranda postoperatif mortalite ve morbidite görülebilir. Sıklıkla

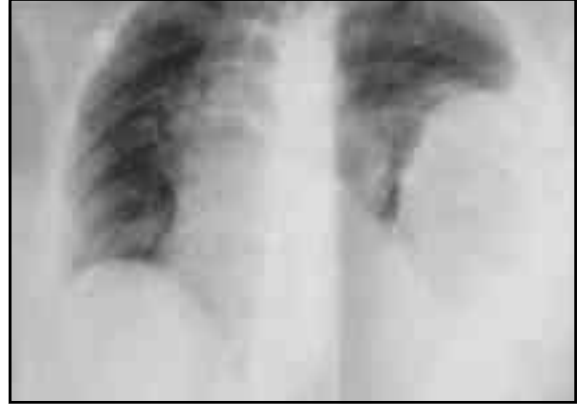
yaralanan abdominal organlar karaciğer, bunu ince barsaklar ve diyafragma (%30) izlemektedir (6-9). Sık yaralanan organlardan diyafragmanın esas fonksiyonu anatomik olarak torasik ve abdominal boşlukları ayırmak gibi görünmekteyse de temel fizyolojik görevi ventilasyonu düzenlemesi ve derin inspiyumda önemli derecede görevlidir. Diyafragma yükselmeleri özellikle erişkinlerde nadir görülen hastalıklardandır. Hastada travma hikayesi yoksa herni, evantrasyon akla gelmekte iken, travma ile gelen ve yapılan tetkiklerde diyafragma yükselmesi izlenen hastalarda diyafragma rüptürü öncelikle düşünülmelidir (10,11). Travmalı hastalarda en sık gözden kaçan yaralanmalardan birisi diyafram yırtığıdır. Tespit edilmesi halinde tedavi için laparotomi veya torakotomi gerekmektedir (9).

Artan taşıt sayısı ile orantılı trafik kazaları sonrasında TDR'nin akılda tutulması ve tetkikte şüphe halinde toraks bilgisayarlı tomografiye öncelik verilmesini vurgulamak amacı ile olguyu sunmak istedik.

OLGU

Trafik kazası geçiren 71 yaşında kadın hasta başvurduğu ilk hastanenin acil servisinde sol hemotoraks ön tanısı ile hastanemize sevk edildi. Hastanın genel durumu kötü, bilinci konfü idi. Vital bulguları; Tansiyon Arterial: 110/70 mmHg, Nb: 125 atım/dk, solunum sayısı: 16/dk, oksijen saturasyonu %78. Yapılan fizik muayenede sol hemitoraksta solunum sesleri alınamıyordu ve batin sol üst kadranda ağrı mevcuttu. Hastanın geliş kan değerleri: Lökosit: 37.000, glukoz 168 mg/dl. Diğer laboratuvar parametreleri normal sınırlarda idi. hasta başı çekilen PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta yukarı doğru uzanan hipodens opasite mevcuttu (Resim 1). Hastanın genel durumunun kötü olması nedeniyle hastaya acil olarak tüp

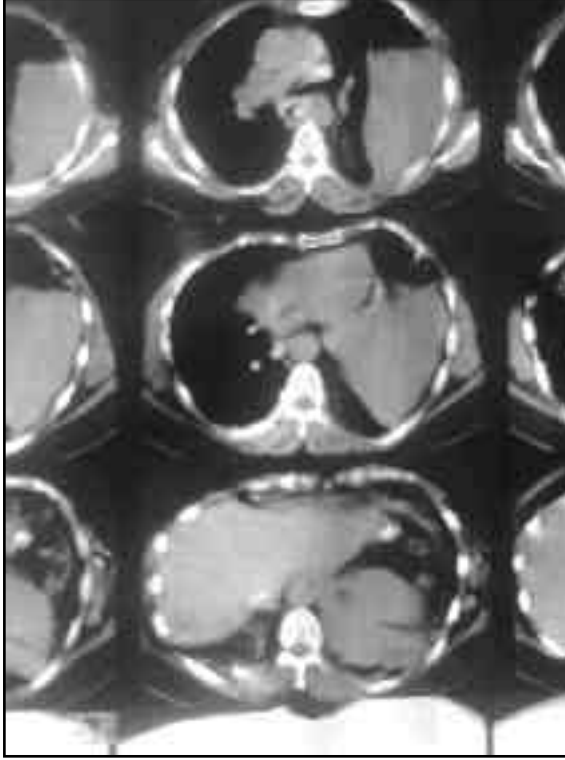
torakostomi ile kapalı su altı drenajı uygulandı. Hastaya tüp torakostomi sonrası hemotoraks tanısıyla beklenen hemorajik mayinin gelmemesi ve hastanın karın ağrısının da olması üzerine, PA akciğer ile ayakta direk batin grafisi çekildi (Resim 2). PA ve batin grafisinde sol hemitorakstaki



Resim 1. Pa-akciğer grafisi.



Resim 2. Ayakta direkt grafisi.



Resim 3. Bilgisayarlı tomografisi.

mevcut opa k görünümde değişim olmadığı izlendi. Genel cerrahi konsültasyonu istendi. Hastaya üst batın bilgisayarlı tomografi çekildi. Hastada sol diyafragma rüptürü olduğu izlendi (Resim 3). Acilen ameliyata alınarak laparotomi ile kolon ve diyafragmadaki rüptüre kısımlar tespit edilerek usulüne uygun bir şekilde onarıldı. Postoperatif 1. gün toraks dreni çekildi. Hastada yattığı süre boyunca herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hasta yatışının 8. gününde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Postravmatik ölümlerin %25'ini göğüs yaralanmaları oluşturmaktadır. Multitravma en az iki bölgeyi ilgilendiren travmalardır. Bu travmalarda sıklık sırasıyla ekstremiteler, baş-boyun, batın ve toraks travmasıdır (1-3). Hastamız toraks travması olarak ilk başvurduğu üniteden sevkle geldi. Sonraki tetkiklerinde ağırlıklı travmanın batın ilave olarak

toraks travmasının olduğu izlendi. Travmatik diyafram rüptürlerinin tanısında ilk direkt grafilerden (Akciğer ve Batın) faydalanılır. Ultrasonografi, flouroskopi, bilgisayarlı tomografi (BT), multi-slice tomografi, manyetik rezonans, karaciğer dalak sintigrafisi, torakoskopi ve laparaskopi diğer tanı araçlarıdır (12,13). Hastamız genel durum bozukluğu nedeniyle toraks travması olarak değerlendirilip müdahalesi yapıldıktan sonra ek tetkikleri (Ayakta direkt batın grafisi ve Batın BT) istendi. Travmatik diyafragma rüptürleri (TDR) nadir izlenen ve teşhiste zorlanılan olgulardır. Ayrıca tanıda hemotoraks, pnömoni, lokule plevral sıvı, kontüzyon, alt lob kollapsı değerlendirilmelidir (7-13).

Genel vücut travmalarında birçok organ etkilendiğinden çok ve değişik şikayetler olmaktadır. Olgumuz akciğer grafisine göre hemotoraks, akciğer kontüzyonu ön tanısıyla sevk edilmişti. Genel durumu ajite, yaygın göğüs alt kısım ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. TDR'leri sol diyafragmada sağ diyafragmaya göre 10 kat daha fazla görülmektedir TDR'lerin %68'inin sol taraftan olduğunu belirten yayınlar olup bizim olgumuzda da sol taraftaydı (9,10). Hastamızda da sol tarafta izlendi. Travmalı hastada kanama, direkt organ hasarı, sıvı elektrolit dengesizliği, enfeksiyon ve postoperatif komplikasyonlar mortalite etkenleridir. Yapılan yayınlarda mortalite oranları %11-21 arasında bulunmuştur (3,9). Yaralanmanın şiddetine ve yaralanma bölgesine göre bu oran artmaktadır. Travmalı bir hastaya uygun cerrahi ve anestezi yaklaşımı ve gerekli invaziv monitorizasyonla perioperatif ve postoperatif komplikasyonların azaltılabileceği birçok yayında vurgulanmıştır (9, 11,12). Erken dönemde tanı konan olguların cerrahi tedavisinde abdominal yaklaşım önerilmektedir. Bu yol yeterli olmadığında veya geç tanı konan olgularda torakoabdo-

minal veya torakal insizyonlar önerilmektedir (15). Hastamıza laparotomi yapıldı ve yeterli oldu.

Toraks travmalı olguların birçoğu konservatif tedavi ile iyileşmekte iken, mortalite ve morbiditeyi etkileyen faktörler; yelken göğüs, 3'den çok kosta kırığı, bilateral veya hava kaçağıyla beraber olan geniş pulmoner kontüzyon, hemotoraks, pnömotoraks, yandaş baş veya abdomen yaralanması bulunmasıdır. Multitravma ile gelen hastalarda bilgisayarlı toraks tomografisi öncelikli veya acil durum sonrası gerekli tetkiklerden biridir (13,14). Bizim olgumuzda hastanın genel durumunun kötü olması ve geliş bulgularının hemotoraks lehine olması nedeniyle ileri tetkik elektif şartlar sonrasına bırakıldı. Travmayı izleyen dönemde spesifik semptomlar ve radyolojik bulguların olmadığı durumlarda tanı konamayabilir. Bu özellik nedeniyle

yıllar içinde TDR'nin morbitide ve mortalitesi artabilir (3,5,8,14).

Travma hastalarının çoğunluğu genç nüfus oluşturmakta ve birçoğu ilk dört saatte kaybedilmektedir. Multitravmalı hastaların acil müdahale gerektiren tedavileri başladıktan sonra mutlaka ayrıntılı bir fizik muayene (baş-boyun, toraks, batin ve ekstremiteler) ve tetkikleri tekrarlanmalıdır. Ayrıca gerekli konsültasyonların da erken dönemde yapılması gerekmektedir. Sonuç olarak, travmatik diyafram rüptürleri, multi organ hasarlarının olması ve hastaların çoğunun hemodinamisinin instabil olması tanıya yardımcı tetkiklerin istenmesine en başta engel oluşturmaktadır. Hastaların ilk müdahaleleri yapıldıktan sonra mutlaka travma ile ilgili branşların konsültasyonunun gerekliliğini ve diğer organ hasarlarının tespiti için gerekli teşhis yöntemlerine başvurulması gerekliliğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Taçyıldız İH, İnci İ, Boylu Ş, Akgün Y, Koç Ş. Torakoabdominal yaralanmalar. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 1997; 3; 185-90.
2. Demirhan Ö, Kaynak MK. Thoracic traumas. *Solunum* 2003; 6: 320-37.
3. Humphries RL, Stone CK, Stapchinski JS, Florea S. An assessment of pediatric all-terrain vehicle injuries. *Pediatr Emerg Care* 2006; 22: 491-4.
4. Hasdemir O, Çetinkunar S, Yalçın E, Gazioğlu D, Soylu S. Minör künt travmaya bağlı diyafragma rüptürü ve herniasyon-olgu sunumu. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 9: 31-4.
5. Greaves I, Porter KM, Ryan JM. Thoracic Trauma. In *Trauma Care Manuel*. New York: Oxford University Press Inc; 2001: 54-70.
6. Göksu S, Avcı N. Penetran torakoabdominal travma-olgu sunumu. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2007; 5: 32-3.
7. Shah R, Sabanathan S, Mearns AJ, Choudhury AK. Traumatic rupture of diaphragm. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1444-9.
8. Düzgün AP, Özmen MM, Coşkun F. Factors influencing mortality in traumatic ruptures of diaphragm. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2008; 14: 132-8.
9. Boulanger BR, Milzman DP, Rosati C, et al. A comparison of right and left blunt traumatic diaphragmatic rupture. *J Trauma* 1993; 35: 255-60.
10. Shields TW. Diaphragmatic function, diaphragmatic paralysis and evantration of the diaphragm. In: Shields TW, ed. *General Thoracic Surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 617-21.
11. Kul C, Gürsoy S, Üçvet A, Er M, Aksel N. Diyafragma evantrasyonu: Olgu sunumu. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2009; 23: 159-63.
12. Celik A, Altınli E, Koksall N, Caglayan K, Uzun MA, Erdogan D, Ozkan OF. Diagnostic process and management of diaphragmatic injuries: approach in patients with blunt and penetrating trauma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16: 339-43.

13. Polychronidis A, Bounovas A, Didilis B, Perente S, Simopoulos C. Intraperitoneal air in the diagnosis of blunt diaphragmatic rupture. J Cardiovasc Surg 2001; 42: 845-7.
14. Sozubir S, Tander B, Bernay F, Ariturk E, Rizalar R, Gurses N. Traumatic diaphragmatic rupture in children. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2005; 1164-8.
15. Balcı AE, Eren MN, Eren Ş, Ülkü R, Onat S, Cebeci E. Travma Torakotomilerinde Mortaliteyi Etkileyen Faktörler. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2001; 9: 215-20.

Yazışma Adresi:

Dr. Cemil KUL
Mersin Toros Devlet Hastanesi
Göğüs Cerrahisi, MERSİN
e-posta : cemilkul4233@hotmail.com
