

Trakeaya Penetran Saçma Yaralanması: Olgu Sunumu

Mehmet Oğuzhan ÖZYURTKAN^a, Murat KILIÇ, Akın Eraslan BALCI

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Travma sonrasında trakeobronşiyal yaralanma nadir görülmekle birlikte yaşamı potansiyel olarak tehdit eden bir patolojidir. Havayollarının travmatik hasarı sıklıkla künt travma sonucudur, penetran yaralanmalar tüm olguların sadece %6-10'unu oluşturur. Penetran trakea yaralanmalarının %75-80'i servikal trakeada görülür. Tedavide cerrahi yaklaşımlar ön planda olmakla birlikte, klinik ve endoskopik bulgular göz önüne alınarak bazı seçilmiş vakalara konservatif tedavi uygulanması önerilmektedir. Yazıda saçma yaralanması yüzünden boyun bölgesinde penetran trakea hasarı meydana gelen ve konservatif tedavi uygulanan bir hasta sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Penetran travma, Trakea, Konservatif tedavi.

ABSTRACT

Penetrating Pellet Wound to the Trachea: A Case Report

Although it is rare, posttraumatic tracheobronchial injury is a potentially life-threatening condition. It is mostly seen after blunt injuries, cases due to penetrating injuries consist only 6 to 10%. About 75 to 80% of penetrating tracheal injury occurs in cervical trachea. Surgery is the traditional approach in the treatment, but conservative treatment may be advised for some patients selected on the basis of physical and endoscopic findings. Here in this paper, a patient suffering from pellets wound affecting the servikal trachea and treated conservatively was reported.

Key words: Penetrating injury, Trachea, Conservative treatment.

Travma sonrasında trakeobronşiyal yaralanma nadir görülen, ancak yaşamı potansiyel olarak tehdit eden bir patolojidir (1, 2). Toraks travması sonucu ölenlerin otopsilerinde %0.85-2.8 oranında havayolu yaralanması görüldüğü bildirilmiştir (1). Havayollarının travmatik hasarı sıklıkla künt travma sonucudur, penetran yaralanmalar ise tüm olguların sadece %6-10'unu oluşturur (2). Travmatik havayolu hasarında tercih edilen geleneksel tedavi yöntemi cerrahi olmakla birlikte, son dönem yayınlarında seçilmiş bazı vakalarda konservatif tedavinin etkisi vurgulanmıştır (1, 2). Yazıda saçma yaralanması yüzünden boyun bölgesinde penetran trakea hasarı meydana gelen ve konservatif tedavi uygulanan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

On altı yaşındaki bayan hasta saçma yaralanması sonrası geti-

rildiği acil serviste değerlendirildi. Fizik muayenesinde sağ göz, boyun, göğüs duvarı, batın ve uylukta birden çok saçma giriş deliği görüldü. Yaralanma bölgelerindeki ağrının dışında hastanın başka bir şikayeti mevcut değildi. Nefes darlığı tariflememekteydi. Hastanın boyun bölgesinde yaygın cilt altı amfizemi vardı. Akciğer ve batın grafisinde saçma taneleri görülmekteydi (Resim 1). Boyun, toraks ve batına yönelik tomografi incelemeleri, boyndaki iki saçma tanesi hariç, hepsinin yüzeysel oldukları saptandı. Boyun tomografisi hastada cilt altı amfizem ile pnömomediasten olduğunu, karotis arter komşuluğunda bir, trakea arkası vertebra komşuluğunda bir olmak üzere iki adet saçma tanesini gösterdi (Resim 2). Herhangi bir pnömotoraks, mediastinal hematoma veya damar yapılı- rında düzensizlik mevcut değildi. Hastaya uygulanan



Resim 1. Hastanın akciğer ve batın grafisinde saçma tanelerinin görüntüsü.

^a Yazışma Adresi: Dr. Mehmet Oğuzhan ÖZYURTKAN, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
Tel: 0 424 2333555
e-mail: moozyurtkan@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 06.12.2012

Kabul Tarihi/Accepted: 15.03.2013

*Bu çalışma Türk Toraks Derneği 15. Yıllık Kongresi, 11-15 Nisan 2012, Starlight Kongre Merkezi, Side, Antalya'da sunulmuştur.

özofagoskopi özofagus duvarında bir hasar göstermezken, yapılan fiberoptik bronkoskopi trakeanın 4 ila 5. santimetresinde saat 11 ve 5 yönlerinde saçmanın sebep olduğu giriş-çıkış deliklerini gösterdi. İlgili alanlar yıkanıp temizlendikten sonra herhangi bir aktif kanama odağı veya hava kaça olmadığı anlaşıldığından hastaya konservatif tedavi uygulanması uygun görüldü. Destek tedavisi sonrası hastanın cilt altı amfizemi geriledi ve nefes darlığı gelişmedi. Hasta üçüncü gün göz kliniğine devredildi ve sağ vitrektomi sonrası sorunsuz taburcu edildi. Travma sonrası altıncı ay kontrolünde hastaya yeniden fiberoptik bronkoskopi yapıldı ve önceki hasar bölgelerinde herhangi bir striktür veya granülom gelişimi olmadığı görüldü.



Resim 2. Cilt altı amfizem ve pnömomediasteni, ayrıca karotis arter ile trakea arkası vertebra komşuluğunda iki adet saçma tanesini gösteren boyun-toraks tomografisinden bir kesit.

TARTIŞMA

Travmatik trakea yaralanması sık karşılaşılan bir durum değildir. Tipik olarak bu hasarlar künt veya penetran travmalar sonucu meydana gelmektedirler. Trakeanın mediastinal kısmında sıklıkla künt, servikal kısmında penetran travmaya bağlı hasarlar oluşmaktadır. Penetran trakea yaralanmalarının %75-80'i servikal trakeada görülür (3). Boyun bölgesinde meydana gelen penetran yaralanmalarda %10-39 oranında trakea yaralanmasıyla karşılaşılır (4-6).

Trakeanın penetran yaralanması sonucunda en sık karşılaşılan bulgular cilt altı amfizemi, pnömomediastinum ve nefes darlığıdır. Ayrıca hastalarda pnömotoraks, ses kısıklığı ve hemoptizi de meydana gelebilir (1, 2, 6, 7). Spiral tomografi ile üç boyutlu rekonstrüksiyon yapılarak trakea hasarlarının saptanabildiği bildirilmiş olmasına rağmen (8), trakea hasarının kesin tanısını koymada bronkoskopi hala altın standart olarak görülmektedir (3). Hastamızda cilt altı amfizem dışında bir bulguya rastlanmadı ve yapılan fiberoptik bronkoskopi ile hasarın yeri ve boyutu görüldü.

KAYNAKLAR

1. Carretta A, Melloni G, Bandiera A, Negri G, Voci C, Zannini P. Conservative and surgical treatment of acute posttraumatic tracheobronchial injuries. *World J Surg* 2011; 35: 2568-74.
2. Gómez-Caro A, Ausin P, Moradiellos FJ, et al. Role of conservative medical management of tracheobronchial injuries. *J Trauma* 2006; 61: 1426-34.

Travmatik havayolu yaralanmasında geleneksel tedavi yöntemi cerrahi yaklaşımdır. Hasar trakeanın üst 2/3'lük kısmındaysa transvers veya sol servikotomi (gerekirse parsiyel sternotomi eklenerek), alt 1/3'lük kısmındaysa sağ torakotomi tercih edilen insizyonlardır (1, 3, 6). Bazı seçilmiş vakalarda cerrahiye gerek duyulmadan konservatif yaklaşımla hastalara tedavi sunulabildiği ve belirgin bir sıkıntı yaşanmadığı bildirilmiştir. Hastaya ne tür bir tedavi uygulanacağına (cerrahi/konservatif) klinik ve endoskopik bulgulara göre karar verilir. Eşlik eden özofagus hasarı, ilerleyen cilt altı amfizemi veya pnömomediastinum, entübasyon gerektiren nefes darlığı, göğüs tüpünden majör kaçak görülen pnömotoraks halı, açık trakea hasarı ve mediastinit olması cerrahi yaklaşımı gerektirmektedir (1, 2, 9). Gómez-Caro ve ark. (2) ayrıca membranöz kısım hasarlarının sıklıkla konservatif tedavi edilebildiğini, ancak majör semptom yaratan tüm kartilajinöz hasarlara cerrahi uygulanmasının gerektiğini bildirmişlerdir. Carretta ve arkadaşlarının çalışmasında majör bulgusu olmayan, cerrahi yaklaşım gerektirmeyen ve hasar boyutu 2.2 ± 1.0 cm olan trakea hasarlarında konservatif tedavinin öncelikli olması gerektiği sonucuna varılmıştır (1). Yazıda bahsedilen hastamızda acil cerrahi uygulanmasının gerektirecek herhangi bir problem mevcut değildi, endoskopik bulguları da hasarın milimetrik boyutta olduğunu gösteriyordu. Bu sebepten cerrahi yaklaşım kendisine düşünülmemiştir. Takibinde de cilt altı amfizemi gerilemiş ve ilave bulgu ortaya çıkmamıştır.

Travmatik trakea yaralanması sonrasında morbidite oranı %11-35 arasında değişirken, mortalite oranı %3-30'dur (3, 6, 7). Cerrahi uygulanan, entübasyon öyküsü olan vakalarda uzun dönemde striktür ve sikatrizasyon gelişmesi gibi problemler karşılaşılsa da, ileriki dönemlere cerrahi uygulanarak bu lezyonlara başarıyla düzeltme yapılabilmektedir (7, 10). Bronkoskopik dilatasyon ve stenozun lazerle tedavi edilmesi diğer metodlar arasındadır (2). Hastamızda saçma tanesinin yarattığı milimetrik hasarların ileriki dönemde striktür veya granülom yaratıp yaratmadığı, altı ay sonraki bronkoskopiyle incelenmiş ve bir probleme rastlanmamıştır.

Az karşılaşılmakta birlikte travmatik trakea yaralanması belirgin oranda morbidite ve mortalite riski taşır. Erken tanınması ve gerekli tedavinin uygulanmasıyla bu riskler düşük seviyede kalırlar. Tedavide cerrahi yaklaşımlar ön planda olmakla birlikte, klinik ve endoskopik bulgular göz önüne alınarak bazı seçilmiş vakalara konservatif tedavi uygulanması önerilmektedir.

3. Grillo HC. Tracheal and bronchial trauma. In Grillo HC ed. *Surgery of the trachea and bronchi*. London B.C. Hamilton Inc 2004: 271-90.
4. Breeze J, Masterson L, Banfield G. Outcomes from penetrating ballistic cervical injury. *J R Army Med Corps* 2012; 158: 96-100.
5. Neto JC, Dedivitis RA. Prognostic factors of penetrating neck trauma. *Braz J Otorhinolaryngol* 2011; 77: 121-4.
6. Balcı AE, Eren N, Eren Ş, Ülkü R. Surgical treatment of post-traumatic tracheobronchial injuries: 14-year experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 984-9.
7. Farzanegan R, Alijanipour P, Akbarshahi H, et al. Major airways trauma, management and long term results. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 17: 544-51.
8. Moriwaki Y, Sugiyama M, Matsuda G, et al. Usefulness of the 3-dimensionally reconstructed computed tomography imaging for diagnosis of the site of the tracheal injury (3-D-tracheography). *World J Surg* 2005; 29: 102-5.
9. Ross HM, Grant FJ, Wilson RS, Burt ME. Nonoperative management of tracheal laceration during endotracheal intubation. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 240-2.
10. Kiser AC, O'Brien SM, Detterbeck FC. Blunt tracheobronchial injuries: treatment and outcomes. *Ann Thorac Surg* 2001; 71: 2059-65.