



## Ergenlik döneminde torakal yaralanmalar

### *Thoracal injuries in adolescents*

**Burhan USLU**

*Serbest Hekim*

*Ergenlik dönemindeki kişilerde torakal bölge, geniş yer kaplaması ve vücudun orta kısmında bulunması nedeniyle sıklıkla zedelenmeye maruz kalır. Bunların çoğu önemli sorunlar oluşturmaz. Bununla birlikte, spor hekimleri nadir görülen, ama ciddi iç organ yaralanmalarına karşı uyanık olmalıdırlar.*

*In adolescents, the chest is frequently vulnerable to sports-related trauma due to its size and location. Fortunately, most of them are insignificant in nature. However, sports physicians should always be alert to rare serious visceral organ injuries.*

Ergenlik dönemindeki kişilerde torakal bölge, geniş yer kaplaması ve vücudun orta kısmında bulunması nedeniyle zedelenmeye sık maruz kalır. Bununla birlikte, torakal bölgenin anatomik yapısı, kemik destekler ve kas yapısı ciddi zedelenmelere karşı koruyucu rol üstlenir.

Futbol, basketbol, güreş gibi temas sporlarında ezilme ve gerilmelerle oldukça sık karşılaşmaktadır. Zedelenmelerin çoğu, olguların yaşları nedeniyle hafif şiddette görülmektedir. Sıradan tedavi yöntemleri ile çok iyi ve çabuk yanıt alınır.

Yetişkinlerde rastlanan ciddi derecedeki meme ezilmeleri ve ileri derecede gerilmeler kanama ile birlikte görülür ve cerrahi olarak aspire edilir. Kız çocuklarda görülen şiddetli meme ezilmelerinde yağ nekrozu gelişimi bildirilmiştir.<sup>[1,2]</sup> Göğüs ön kaslarından olan pektoralis majörde ileri derecede gerilmelerde, kolun üst kısmında ani keskin ağrı, ekimoz oluşur; kolun adduksiyon, fleksiyon ve iç rotasyonda zayıflık, ön aksiller katlantıda çukurlaşma görülür. Yetişkinlerde çoğunlukla kasın ameliyatla onarımı gerekir. Ergenlik döneminde bu durumla karşılaşılması çok nadirdir.<sup>[1,2]</sup>

Yetişkin erkek ve kadın sporcularda, çoğunlukla koşucularda sık rastlanan meme ucu zedelenmesi ya da tahrişine ergenlik döneminde daha az rastlanmaktadır. Bu yaralanmalar, giysinin yapısına ve vücuda uygunluğuna bağlı olarak meme ucuna sürtünmesi ile oluşur. Meme ucunda ağrı ve kanama görülür. Tedavisi tahrişin önlenmesi şeklindedir ve meme ucunun pudra ya da jel ile örtülmesi, ipek ya da sentetik kumaşlı giysiler giyilmesi ile yürütülür.<sup>[1,3]</sup>

Ergenlik döneminde, futbol, basketbol ve güreş sporlarında sık görülen yaralanmalardan biri de çıkıklardır. Sekizinci, dokuzuncu ve onuncu kostaya ya da ilk üç kostaya gelen tek taraflı darbelerle yukarıya doğru çıkık oluşabilir ve bu arada alttaki organlar zedelenebilir.<sup>[3-5]</sup> Sternuma ya da göğüs ön yan duvarına dönme ile beraber gelen doğrudan darbe ile subluksasyon oluşabilir. Sternoklaviküler çıkık çoğunlukla öne doğrudur; arkaya doğru çıkıklardan üç kat daha fazla görülür ve kolay redükte edilir.<sup>[3-5]</sup>

Birinci ve ikinci derece yaralanmalarda ön-arka kostokondral, kostosternal ya da kostovertebral bağlarda kısmi ya da tam yırtık oluşabilir. Bu arada in-

terkostal sınırlar sıkışabilir. Üçüncü derece yaralanmalarda bunlarla birlikte yarı çıkık ya da tam çıkık oluşabilir.<sup>[3-6]</sup> Üçüncü derece zedelenmeler ergenlik döneminde çok nadir görülmektedir. Genellikle bu tip zedelenmelerde yaralanma bölgesinde ağrı, şişlik ve solunum sırasında ağrı oluşur. Öksürme ve sağa sola dönmeyle ağrı artar. Muayenede ödem, palpasyon ile krepitasyon ve bölgede duyarlılık saptanır. Kosta, sternum ve omurgaların radyolojik olarak incelenmesi, kırık ve çıkığın ekarte edilmesi gerekir. Tedavide buz, dinlenme, gerekirse interkostal blok uygulanır. Uzun süreli tedavilerde göğüs bandaj uygulaması düşünülebilir.

Kırıklar, temas ya da raket sporlarında dolaylı zedelenme sonrasında sık görülür. Künt göğüs yaralanması sonrasında sıklıkla orta ve alt kostalar da zedelenir. İlk dört ve son iki kaburgadaki kırıklarda ciddi iç organ zedelenmeleri de oluşabilir. Ancak üst kosta kırıkları ergen sporcularda nadirdir. Tenis, kürek, golf gibi sporlarda, tekrarlayan zedelenmeler sonrası kostalarda stres kırığı görülür.<sup>[4-7]</sup> Kaburga ya da sternum kırıklarına ezilme, ayrılma ve gerilmeler eşlik edebilir. Kırık yerinde ağrı, yüzeysel solunum, sternum zedelenmesi sonrası dispne görülür. Bu durumda ayrıntılı göğüs ve karın muayenesi yapılmalı ve iç organ zedelenmeleri gelişebileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Deplase kosta kırıklarında pnömotoraks, hemotoraks ve akciğer ezilmesi gibi komplikasyonlar oluşabilir ve bunlar radyografik inceleme ile saptanabilir. Dalak, böbrek ve karaciğer zedelenmeleri oluşabileceği de göz önünde bulundurularak, batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi ile araştırılmalıdır.<sup>[4-7]</sup>

Akut stres kırıkları, kırık oluşumundan 10-14 gün sonra, iyileşme olduğunda görülür. Ön-arka, yan ve oblik grafilerle inceleme yapılır. Kalp-damar cer-

rahisi konsültasyonu yapılması gerekmektedir. Sternum zedelenmelerinde mutlaka EKG çekilmelidir; ST-T dalgalarında anormallik görülür. Tedavide torakal cerrahi ile birlikte hareket edilir. İç organ zedelenmesine yol açan kırıklarda, kırık kosta askıya alınır. Spora dönme 6-12 hafta sürebilir.

Torakal bölgede omurga zedelenmeleri ergenlik döneminde sık görülmez. Bölgenin esnek olması, göğüs kafesinin koruyucu etkisi, kırık ve çıkığa yol açacak kuvvetlerin etkisini azaltır. Çocuk ve ergen kişilerde torakal bölgede spinal kord zedelenmesi sıklıkla kırık gelişmeden oluşur.<sup>[1,6-8]</sup>

Ergenlik döneminde kompresyon kırıkları en düşük derecelerde oluşur. Kemik intrinsikin esnekliği, bu tür zedelenmelerde posterior elemanlarda çok az harabiyete yol açar ve çok stabil bir zedelenme oluşur. Ön ve arka longitudinal bağlar sağlam kalır.<sup>[1,6-8]</sup> Zedelenmelerde tanı için ön-arka ve yan grafiler çekilmeli, tomografik inceleme yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Yancey RA, Micheli LJ. Thoracolumbar spine injuries in pediatric sports. In: Stanitski CL, DeLee JC, Drez D Jr., editors. Pediatric and adolescent sports medicine. Vol. 3, Philadelphia: W. B. Saunders; 1994. p. 162-174.
2. Spence EK, Rosato EF. The slipping rib syndrome. Arch Surg 1983;118:1330-2.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Sports Medicine: Recommendations for participation in competitive sports. Pediatrics 1988;81:737-9.
4. Miles JW, Barrett GR. Rib fractures in athletes. Sports Med 1991;12:66-9.
5. Birrer RB. Chest injuries. In: Sport medicine for the primary care physician. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 1994. p. 377-9.
6. Micheli LJ. Overuse injuries in children's sports: the growth factor. Orthop Clin North Am 1983;14:337-60.
7. Rooks DS, Micheli LJ. Musculoskeletal assessment and training: the young athlete. Clin Sports Med 1988;7:641-77.
8. Hubbard DD. Injuries of the spine in children and adolescents. Clin Orthop 1974;(100):56-65.