

Travmatik Total Sağ Ana Bronş Rüptürü (Olgu Sunumu)

Sinan KAYA*, Ayşen TASLAK ŞENGÜL**, Ahmet BAŞOĞLU***,
Tülin DURGUN YETİM****, A. Osman AKDAĞ*****

- ✓ Pnömotoraks nedeni ile göğüs tüpü uygulanan travmatik hastalarda masif hava kaçağı halinde bronş rüptürü öncelikle düşünülmelidir. Masif hava kaçağı nedeni ile hastanemize sevk edilen hastaya, ön tanıda bronş rüptürü düşünülerek yapılan cerrahi eksplorasyonla kesin tanı konuldu. Acil travmatik hastalarda klinik değerlendirmenin önemini vurgulamak amacıyla, sağ ana bronş rüptürü olan ve acil torakotomi ile tedavi edilen hasta rapor edildi.
Anahtar kelimeler: *Trakea, bronş, yaralanmalar*

- ✓ **Traumatic Total Rupture of the Right Main Bronchus (Case Report)**
In traumatic patients who underwent tube thoracostomy because of pneumothorax massive air leak priorly suggests bronchial rupture. The patient who has transported with massive air leak reason, thought in initial diagnosis it's bronchial rupture and had certain diagnosis with surgical exploration. To emphasize the importance of clinical evaluation in urgent traumatic patients, we present a patient with a right main bronchial rupture who underwent emergency thoracotomy.
Key words: *Trachea, bronchus, rupture*

GİRİŞ

Trakea ve bronş yaralanmaları genellikle künt göğüs travmaları sonucu meydana gelmekte olup sıklığı %1-2'dir⁽¹⁾.

Bu hastalarda mortalite yaklaşık %30'dur. Ölümün çoğu ilk saatlerde görülmektedir. Genellikle acil servislerde erken teşhiste sorunlar yaşanır. Hayatta kalanların %65'i geç dönemde tanı almaktadır. Geç dönemde tanı alanlarda komplikasyonlar daha sık görülmektedir⁽²⁾. Total bronş rüptürleri radyografik olarak düşük akciğer (fallen lung) bulgusu ile tanınabilir.

OLGU BİLDİRİMİ

On sekiz yaşında erkek hasta traktör devrilmesi sonucu ağaca çarpmış. Nefes darlığı, göğüs ağrısı şikâyeti ile kazadan üç saat sonra hastaneye müracaat etmiş. Sağ akciğerde total pnömotoraks tespit edilerek göğüs tüpü takılmış, akciğerin ekspanse olmaması ve tüpten masif hava kaçağının devam etmesi üzerine bronş rüptürü düşünülerek hastanemize sevk edilmiştir. Fizik muayenede; genel durumu iyi ve koopere idi. Sağ hemitoraksa göğüs tüpü takılmıştı, ancak dinlemekle sağ tarafta solunum sesleri alınmıyordu. Sol ta-

* Uzm. Dr., Yozgat Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, YOZGAT

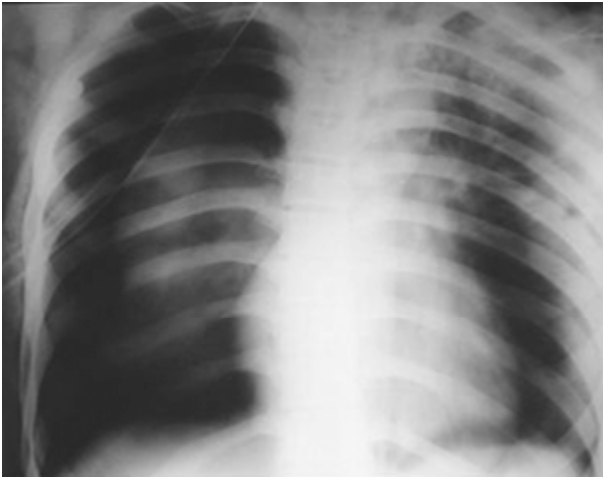
** Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, SAMSUN

*** Prof.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, SAMSUN

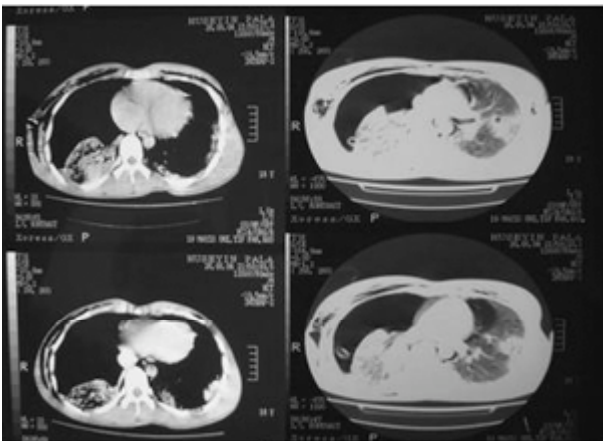
**** Araş.Gör., Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, SAMSUN

***** Uzm.Dr., Gazi Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, SAMSUN

rafta solunum sesleri doğaldı. Akciğer grafi-sinde; sağda göğüs tüpü ve totale yakın pnö-motoraks tespit edildi (Resim 1). Göğüs tü-pünden masif hava kaçağı devam ediyordu. Laboratuar tetkiklerinde hemoglobin 11 gr/dL beyaz küre 8800 bin/uL idi. Biyokimya de-ğerleri ile kan gazı analizleri normaldi. BTT'de (bilgisayarlı toraks tomografisi) sağ akciğerde total kollaps ve solda minimal pnömotoraks tespit edildi (Resim 2). Hastaya sol taraftan göğüs tüpü takıldı, takibinde sağ akciğerin ekspansiyon olmadığı ve düşük akciğer görüntü-sünün devam ettiği görüldü.



Resim 1. Sağda göğüs tüpüne rağmen devam eden total kollaps.



Resim 2. Göğüs tüpüne rağmen sağ akciğer total kollapsının (fallen lung) BTT'deki görünümü.

Bronkoskopik değerlendirme ve eksplorasyon amacıyla hasta ameliyathaneye alındı. Genel anestezi uygulanan hastanın induksiyonunu takiben oksijen saturasyonu 74'e düştü. Hastaya bronkoskopi yapılamadı Entübasyon tüpü sol ana bronşa yerleştirilerek torakotomiye geçildi.

Yapılan eksplorasyonda sağ ana bronşun karinanın 1,5-2 cm distalinden rüptüre ve uç-ların tam olarak ayrıldığı görüldü. Vasküler yapılar sağlam ve akciğer total kollaps halinde posterobazalde lokalizeydi. İntraoperatif de-ğerlendirmede proksimal uçtan karinaya ka-dar lineer yırtık tespit edildi (Resim 3).



Resim 3. Sağ ana bronş rüptürünün intraoperatif görünümü.

Proksimal uç distal uç tek tek 3/0 vikril-ile yaklaştırılarak primer tamir gerçekleştirildi ve intraoperatif akciğerin ekspansiyonu sağlandı. Anastomoz hattı pariyatal plevra ile desteklendi. Sağ hemitoraksa bir adet gö-ğüs tüpü yerleştirilerek cerrahi işlem ta-mamlandı (Resim 4).

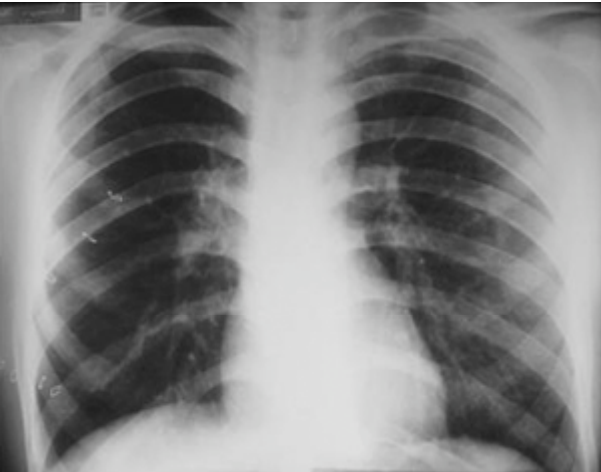
Postoperatif akciğer grafipleri (Resim 5) ile izlenen hasta 8. günde şifa ile taburcu edildi. İki ay sonra gerçekleştirilen kontrol bronkoskopik muayanesinde anastomoz hattı normal bulundu.

TARTIŞMA

Künt travmalarda bronş rüptürü seyrek olarak görülmektedir. Tanıdaki zorluklar teda-



Resim 4. Primer tamir sonrası reekspanse akciğerin intraoperatif görünümü.



Resim 5. Postoperatif kontrol akciğer grafisi.

vide gecikmeye neden olmaktadır. Travmalı hastalarda masif hava kaçağı, atelektazik akciğer ve göğüs tüpüne rağmen düşük akciğer bulgusunun olması bronş rüptürüne spesifik bulgulardır⁽¹⁾. Tüm bu bulgulara rağmen kesin tanı bronkskopik değerlendirme ile konulabilir. Ancak üç boyutlu spiral tomografi tanıda önemli katkı sağladığı bildirilmektedir⁽³⁾.

Travmaya bağlı hava yolu rüptürleri genellikle distal trakea ve ana bronşlarda meydana gelmektedir. Rüptürler transvers, longitudinal ve kompleks olarak görülmektedir⁽⁴⁾. Olgumuzdaki rüptür distal trakea ve sağ ana bronşu içine alan kompleks tipteydi.

Trakea ve bronş rüptürlü olguların entübasyonu sırasında parsiyel rüptürlerde tamamen kopma gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Bronş rüptürlerinde en iyi yaklaşım sağlam tarafın çift lümenli tüp ile entübasyonudur.

Ek patolojilerin varlığı tedavinin başarısını ve prognozu etkilemektedir. Olgumuzda sol tarafta BTT'de pnömotoraks tespit edildi. Travmalı hastalarda diğer akciğerde patoloji olabileceği düşünülmelidir. Böylece gelişebilecek hayati riskler önenebilir.

Primer tamir sonrası anastomoz yerinde darlık beklenebilir. Anastomoz darlığı gelişmelerde endoskopik dilatasyon (bronkskopik dilatasyon, lazer, kriyoterapi, elektrokoterizasyon ve stent implantasyonu) yapılabilir⁽⁵⁾. Olgumuzda postoperatif ikinci ayda yapılan kontrol bronkoskopisinde darlık tespit edilmedi ve solunum fonksiyon testleri normaldi.

Sonuç olarak trakea ve bronş rüptürü düşünülen olgularda, klinik değerlendirme ve tanısal tetkikler dikkatli ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Kesin tanıda bronkoskopi gerekli olmasına rağmen şiddetli solunum yetmezliği olan olgularda geciktirilmeden eksplozasyon yapılmalıdır.

Geliş Tarihi : 16.05.2006

Yayına kabul tarihi : 31.10.2006

Yazışma adresi :

Dr. Sinan KAYA
Yozgat Devlet Hastanesi
Cerrahi Kliniği
66200 YOZGAT

Tel : 0354 212 10 70 / 1180

e-posta: dr.skaya@mynet.com

KAYNAKLAR

1. Lee RB. Traumatic injury of the servicothoracic trachea and major bronchi. Chest Surg Clin. North Am 1997; 7: 285-304.
2. Genç O, Balkanlı K. Trakeobronşiyal yaralanmalar. M. Yüksel. G.Çetin(eds.). Toraks Travmaları. 1.baskı. İstanbul; 2003; 105-120.
3. Elbeyli L, Erkol H, Yıldız H, ve ark. Travmatik Bronş Rüptürü. Ulusal Travma Dergisi. 2(1). 1 996; 107-109.
4. Oto Ö, Açikel Ü, Tüzün E, ve ark. Genç bir olguda bronş rüptürü, onarımı ve tanısal tetkiklerde yeni ufuklar. GKD. Cerrahisi Dergisi 1997; 5: 292-295.
5. Maiwand MO, Zehr KJ, Dyke CM, et al. The role of cryotherapy for airway complications after lung and heart-lung transplantation. Eur J Cardio-thorac Surg 1997; 12: 549-554.