

# Penetran boyun travmalı hastada transoral yol ile yabancı cismin çıkarılması: Olgu sunumu

## Transoral removal of foreign body in a patient with penetrating neck trauma: a case report

Dr. Erhan Demirhan, Dr. Aytekin Uzer, Dr. Behçet Şahin, Dr. İbrahim Çukurova

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

### ÖZ

Penetran boyun travması nadir görülen ancak ölümcül de olabilen bir kulak burun boğaz acildir. Bu yazıda, boynun II. bölgesine penetran travması olan 68 yaşında bir erkek hasta sunuldu. Hastada yutma güçlüğü ve boyun hareketleri ile ağrı vardı fakat hayatı tehdit eden bulgu yoktu. Penetre olan yabancı cisim genel anestezi altında transoral yolla çıkarıldı. Boyun eksplorasyonu yapılmadı ve takipte komplikasyon gözlenmedi. Bu olgu sunumunda, penetran boyun yaralanması olan bir hastadaki alternatif yaklaşımımız sunuldu.

**Anahtar Sözcükler:** Yabancı cisim; hipofarenks; boyun travması; penetran boyun travması; farenks; selektif yaklaşım.

### ABSTRACT

Penetrating neck trauma is a rarely seen ear nose and throat emergency, which may also be fatal. In this article, we report a 68-year-old male patient with penetrating trauma to zone II of the neck. The patient had dysphagia and pain with neck movement but had no life-threatening finding. The penetrating foreign body was removed transorally under general anesthesia. Neck exploration was not performed and no complication was observed in follow-up. In this case report, we presented our alternative approach in a patient with penetrating neck injury.

**Keywords:** Foreign body; hypopharynx; neck trauma; penetrating neck trauma; pharynx; selective management.

Penetran boyun travması (PBT), kulak burun boğaz (KBB) acilleri arasında nadir görülmesine rağmen anlamlı morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Mortalite oranı %3-6 olarak bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Penetran boyun travması sonrasında aerodigestif kanalda yaralanma oranı ise %5-7 olarak bildirilmiştir.<sup>[2]</sup>

Boyun travmalarının değerlendirilmesinde boyun üç bölgeye ayrılır: 1. bölge sternal çentik-klavikülalar ile krikoid kırık arasındaki; 2. bölge krikoid kırık ile angulus mandibula

arasındaki; 3. bölge ise angulus mandibula ile kafa tabanı arasındaki alandır. Birinci ve 3. bölgelere cerrahi yaklaşım kemik yapılar nedeniyle zordur. İkinci bölgeye yaklaşım ise tartışmalıdır.<sup>[3]</sup> İkinci Dünya savaşı sırasında edinilen deneyimler sonucu hekimlerin bir kısmı platismayı geçen her yaralanmada zorunlu boyun eksplorasyonu yapılması gerektiğini savunmuş ancak sivil pratikte bu şekilde yapılan boyun eksplorasyonlarının %56'sının tedaviye katkısının olmadığı gösterilmiştir.<sup>[4]</sup> Bu nedenle

Geliş tarihi / Received: 04 Aralık 2016 Kabul tarihi / Accepted: 06 Mart 2017

İletişim adresi / Correspondence: Dr. Erhan Demirhan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 35180 Konak, İzmir, Türkiye.

Tel: +90 505 - 525 21 55 e-posta (e-mail): demirhanerhan@yahoo.com

Available online at  
www.kbbihtisas.org  
doi: 10.5606/kbbihtisas.2017.62347  
QR (Quick Response) Code

linikler arası farklılıklar olmakla birlikte, günümüzde daha çok selektif yaklaşım tercih edilmektedir. Solunum sıkıntısı, masif subkütan amfizem, yara yerinde hava kaçağı, belirgin aktif kanama, inme, tedaviye yanıt vermeyen şok veya hızlı büyüyen hematoma varlığında acil boyun eksplorasyonu önerilmektedir.<sup>[4]</sup> Selektif yaklaşımda, yukarıdaki durumların olmadığı hastalarda takip önerilmektedir.<sup>[4]</sup>

Bu yazıda, penetran yaralanma sonucu boyna saplanan ve transoral yolla çıkarılan bir yabancı cisim olgusu klinik ve radyolojik bulgularıyla birlikte sunuldu. Zorunlu boyun eksplorasyonu endikasyonu olmadığı için hastaya ek bir girişim uygulanmadı.

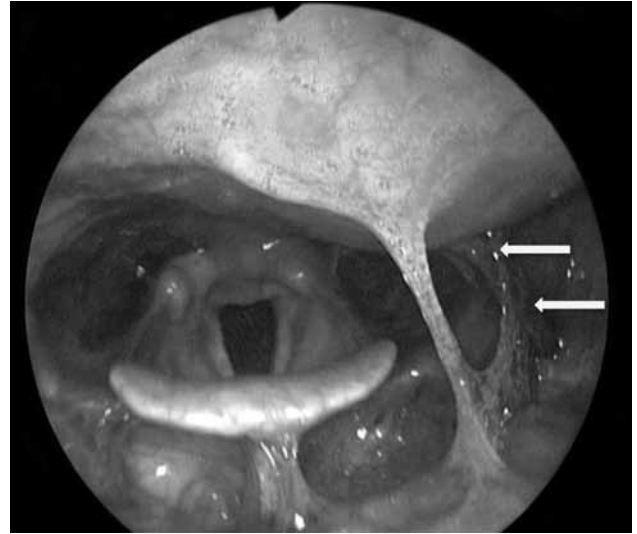
### OLGU SUNUMU

Altmış sekiz yaşında erkek hasta, demir kesme makinasından fırlayan tel parçasının boynuna saplanması nedeniyle acil servise başvurdu. Hasta yutma güçlüğü, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı tanımlıyordu. Hastanın bilinci açık, genel durumu iyiydi. Vital bulguları stabil olan hastanın aktif kanaması veya solunum sıkıntısı yoktu. Hastanın fizik muayenesinde boyun sol submandibüler bölgesinde şişlik ve yabancı cisme ait giriş deliği saptandı (Şekil 1). Endoskopik muayenesinde epiglottis üst serbest kenarı seviyesinde anterolateral hipofarengeal duvardan çıkıp posterior hipofarengeal duvara uzanan bir yabancı cisim gözlemlendi (Şekil 2). Ultrasonografik değerlendirmede ve düz grafilerde yumuşak doku ödemi dışında patolojik bulgu saptanmadı (Şekil 3). Boyunda dinlemekle

üfürüm saptanmadı. Ek fizik muayene bulgusu olmayan hastaya tetanoz profilaksisi yapıldı ve yabancı cismin genel anestezi altında transoral yolla çıkarılması planlandı. Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı.

Hasta fiberoptik endoskopi yardımıyla baş aşırı ekstansiyona getirilmeden ve yabancı cisme temas edilmeden entübasyon yapıldı. Yabancı cisme müdahale sırasında oluşabilecek bir kanama ihtimaline karşı boyun eksplorasyonu için hazırlık yapıldı.

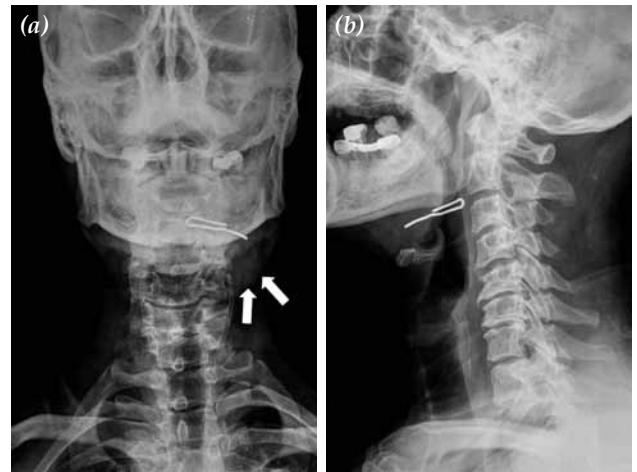
Laringoskop ile görüş sağlandı. Yabancı cismin bir ucunun farenks arka duvarı mukozasına



Şekil 2. Endoskopik larenks muayenesinde (rijid 70° teleskop) yabancı cismin görünümü.



Şekil 1. Hastanın sol submandibüler bölgesindeki ödem ve yabancı cisme ait giriş deliği.



Şekil 3. Hastanın (a) ön arka ve (b) yan boyun grafileri (yumuşak doku ödemi oklar ile gösterilmiştir).



Şekil 4. Yaralanmaya yol açan yabancı cisim.

gömülü olduğu gözlemlendi. Farenks arka mukozasından ayrılan yabancı cismin boyun yumuşak dokusu içerisinde olan kısmı herhangi bir dirençle karşılaşmadan yavaşça çekildi ve yaklaşık 5 cm uzunluğundaki yabancı cisim dışarı alındı (Şekil 4). Herhangi bir kanama saptanmadı ve hastaya ek bir girişim düşünülmedi. Ameliyat sonrası birinci günde oral alımına müsaade edilen hasta ameliyat sonrası ikinci günde sorunsuz taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Penetran boyun travmasında tedavi algoritması tartışmalıdır. Burgess ve ark.<sup>[4]</sup> yaptıkları kanıta dayalı derlemede 1990 ile 2011 yılları arasında yayımlanmış 33 makaleyi gözden geçirmiş ve PBT'de bir kılavuz oluşturmayı amaçlamışlardır.

Acil cerrahi boyun eksplorasyonu, ilk başvuru sırasında solunum sıkıntısı gelişmiş ve masif kanaması olan hemodinamik olarak unstable hastalarda planlanmalıdır.<sup>[1]</sup> Penetran boyun travması sonrası ölüm genellikle havayolu obstrüksiyonu, kanama veya santral sinir sistemini ilgilendiren iskemik hasara bağlı olarak gelişmektedir.<sup>[1]</sup>

Güncel klavuzlar hemodinamik olarak stabil olan hastalarda fizik muayene sonrası düz grafiplerin genellikle yeterli olduğunu bildirmektedir.<sup>[5]</sup> Fizik muayenede farengoözofageal ve vasküler yaralanma açısından şüpheli hastalardan uygun incelemeler istenmeli ve bulgulara göre tedavi planlanmalıdır.<sup>[4]</sup>

Hastamızın başvuru sırasında hemodinamik olarak stabil olması ve acil boyun eksplorasyonu gerektirecek bulgusunun olmaması nedeniyle takip edilmesi uygun görüldü. Ancak yabancı cismin farengeal-hipofarengeal boşluğa ulaşmış olması ve buna bağlı olarak gelişen yutma güçlüğü, yabancı cismin çıkarılmasını gerektiriyordu. Bu

nedenle boyun eksplorasyonu yapılmadan yabancı cismin transoral yolla çıkarılması planlandı.

Penetran boyun travmasında yabancı cismin vasküler yapıları tamponede ederek abondan kanamayı engelleyebileceği bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Bu nedenle yabancı cismin transoral yolla çıkarılması sırasında gelişebilecek bir kanama ihtimaline karşı hasta genel anestezi altında entübe edilerek havayolu güvence altına alındıktan sonra ve boyun eksplorasyonu için hazırlıklar tamamlandıktan sonra işlem gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası dönemde yakınmaları gerileyen hastada ek bir girişim planlanmadı ve hasta komplikasyonsuz taburcu edildi.

Günümüzde PBT'li olguların değerlendirilmesi ve tedavisinde halen tartışmalı noktalar vardır. Önceleri platismayı aşan her penetran boyun yaralanmasında boyun eksplorasyonunun zorunlu olduğu kabul edilirken, günümüzde selektif yaklaşım tercih edilmektedir.<sup>[3]</sup> Bu olgu sunumunda, farengeal-hipofarengeal lümeneye ulaşmış yabancı cisme bağlı semptomları olan ancak acil boyun eksplorasyonu endikasyonu olmayan bir hastada transoral yol ile yabancı cismin çıkarılarak boyun eksplorasyonu yapılmadan selektif yaklaşımın tercih edildiği bir hasta sunuldu.

Sonuç olarak, zorunlu boyun eksplorasyonu endikasyonu olmayan penetran boyun yaralanmalarında farengeal-hipofarengeal lümeneye ulaşmış yabancı cisimler havayolu güvenceye alınarak transoral yol ile çıkarılabilir.

### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### KAYNAKLAR

1. Tunçyürek P, Cabbarpur C, Aksu H. Case report: foreign body causing a penetrating neck injury. [Article in Turkish] *Ulus Travma Derg* 2001;7:204-6.
2. Bodanapally UK, Shanmuganathan K, Dreizin D, Stein D, Reddy AK, Mirvis SE, et al. Penetrating aerodigestive injuries in the neck: a proposed CT-aided modified selective management algorithm. *Eur Radiol* 2016;26:2409-17.
3. Prichayudh S, Choadrachata-anun J, Sriussadaporn S, Pak-art R, Sriussadaporn S,

- Kritayakirana K, et al. Selective management of penetrating neck injuries using "no zone" approach. *Injury* 2015;46:1720-5.
4. Burgess CA, Dale OT, Almeyda R, Corbridge RJ. An evidence based review of the assessment and management of penetrating neck trauma. *Clin Otolaryngol* 2012;37:44-52.
  5. Hope N, Gray G, Lesay M, Reddy E. Penetrating neck injuries: the point of plain films. *Clin Case Rep* 2016;4:216-8.