

Traumatic asphyxia; A case report.

Travmatik asfiksi; Olgu sunumu.

Mehmet Tahir Gökdemir¹, Ramazan Giden², Mustafa Erman Dörterler³, Ahmet Can Deniz⁴, Hasan Büyükaslan⁵

Health Sciences University, Gazi Yaşargil Research and Training Hospital, Emergency Department¹, Diyarbakır, Turkey.

Şanlıurfa Research and Training Hospital², Şanlıurfa, Turkey

Harran University, Faculty of Medicine, Department of Pediatric Surgery³, Şanlıurfa, Turkey

Health Sciences University, Mehmet Akif İnan Research and Training Hospital, Emergency Department⁴, Şanlıurfa, Turkey

Harran University, Faculty of Medicine, Emergency Department⁵, Şanlıurfa, Turkey.

Yazışma adresi: Dr. Mehmet Tahir Gökdemir, drtahirgokdemir@gmail.com

J Surg Arts (Cer San D), 2018;11(2):43-45.

ABSTRACT

Traumatic asphyxia is a rare condition caused by chest and trunk compression, manifested by symptoms such as cyanosis, subconjunctival haemorrhage and neurological manifestations and numerous petechiae in head and neck regions. Morbidity and mortality depend on cardiovascular and pulmonary complications and cranial injuries such as s and brain edema in these travmatik patients. Traumatic asphyxia treatment is aims to maintain adequate oxigenation of tissue and adequate tissue oxygenation and perfusion of the affected thoracal organs such as hemothorax, pneumothorax, and pulmonary contusion. In some cases, surgical intervention may be necessary. A child patient was brought to our emergency department for the cause of the car traffic accident. We present this six-year-old children case with traumatic asphyxia after thoracoabdominal blunt trauma due to a traffic accident.

Keywords: Traumatic asphyxia, emergency department, pediatric patient.

ÖZET

Travmatik asfiksi, baş ve boyun bölgelerinde siyanoz, çok sayıda peteşi ve subkonjonktival hemoraji ve nörolojik belirtiler ile kendini gösteren, göğüs ve gövde sıkışmalarının neden olduğu nadir bir durumdur. Bu travmatik hastalarda morbidite ve mortalite kardiyovasküler ve pulmoner komplikasyonlara ve beyin ödemi gibi kranyal yaralanmalara bağlıdır. Travmatik asfiksi tedavisi, etkilenen organların yeterli doku oksijenasyonunu ve perfüzyonunu sağlamayı, bununla beraber hemotoraks, pnömotoraks ve pulmoner kontüzyon gibi göğüs yaralanmalarına yöneliktir. Tedavide bazı vakalarda cerrahi müdahale gerekli olabilir. Araç dışı trafik kazası nedeni ile acil servisimize bir çocuk hasta getirildi. Çalışmamızda torakoabdominal künt travma sonucu travmatik asfiksi gelişen bu altı yaşındaki olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: Travmatik asfiksi, acil servis, çocuk hasta

GİRİŞ

Travmatik asfiksi trafik kazası, yüksekten düşme iş kazaları gibi künt travmalar sonucu meydana gelen bir klinik tablodur. Travmatik asfiksi geçici, şiddetli, sıkıştırıcı, künt bir göğüs travması sonrası gelişir. Travmatik asfiksi, baş ve boyun bölgelerinde

siyanoz, çok sayıda peteşi ve subkonjonktival hemoraji ve nörolojik belirtiler gibi belirtiler ile kendini gösteren, göğüs ve gövde sıkışmalarının neden olduğu nadir bir durumdur (1). Travmatik asfiksini karakteristik bulgusu olan servikofasyal siyanoza peteşi eşlik eder ve bu genellikle baş-boyun ve göğsün üst bölge-

sinde görülür kliniğine ait bulgulara cilt, göz, beyin, gastrointestinal sistem, havayolu ve göğüste rastlanır (2). Travmatik asfiksi genellikle az bir prognostik öneme sahip olmasına rağmen eşlik eden yaralanmalar hayatı tehdit edici olabilir. Morbidite ve mortalite hastada eşlik eden kardiyovasküler, pulmoner yaralanmalar ve gelişen beyin ödemi gibi kranial zedelenmelere bağlıdır (3). Olgumuz araç dışı trafik kazası nedeni ile getirilen hasta da meydana gelen travmatik asfiksiden bahsettik. Bu çalışmada torakoabdominal künt travma sonucu travmatik asfiksi gelişen altı yaşında bir olguyu sunduk.

Olgu

Araç dışı trafik kazası ön tanısı ile acil servimize getirilen 6 yaşındaki erkek hastada göğüs ağrısı, nefes darlığı ve karın ağrısı mevcut idi. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopere ve Glaskow koma skalası 15 idi. Kan basıncı 110/88 mmHg, nabız 120 vuru/dk ve ritmik, solunum sayısı 22 soluk/dk idi. Baş boyun muayenesinde; boyunda ve yüzde multipl peteşiler, sağ gözde subkonjunktival hemoraji, bilateral göz kapaklarında multipl peteşiyal alanlar tespit edildi (Resim 1a). Solunum sistemi muayenesinde, dinlemekle bilateral solunum seslerin-

de azalma, solda daha belirgin olmak üzere her iki hemitoraksta belirgin hassasiyet mevcut idi. Batın muayenesinde sağ üst kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet mevcut idi. Hastanın direkt akciğer grafisi ve torakal tomografide sol akciğer parankiminde sağa göre opasite artışı mevcut idi (Resim 1b,1c). Ayrıca torakal ve abdominal tomografide hava imajları izlendi (Resim1d) ;sol akciğerde yaygın ve sağ akciğerin medial ve posterior periferik kesimlerinde belirginleşen buzlu cam tarzında kontüzyonel değişiklikler izlendi (Resim1b,1c). Bilateral minimal pnömotoraks izlendi. Özofagus çevresinde milimetrik pnömomediastinumu düşündürülen batın tomografisinde karaciğer sağ lobta posterior segmentte çok parçalı, en geniş yerinde 7 cm'lik bir alanda laserasyon ve kontüzyonel değişiklikler izlendi (Resim1c). Biyokimyasal laboratuvar sonuçları; glukoz 134,3 mg/dl, AST 1559 U/L, ALT 1230 U/L, ALP 271,9 U/L, LDH 2489 U/L, CK 299.5 U/L idi. Kan sayımında; Hb 12.24 g/dl, MCV 80,18 fL, Htc %36,91 ,WBC 7,349 10E3/UI idi. Arteriyel kan gazında PO2:112 mmHg (83-108), PCO2: 40 mmHg (32-48), SPO2 :%95 (95-99) , HCO3: 19,9 mmol /L (22-26) idi. Hastanın diğer tahlilleri normal idi.



Resim 1: Altı yaşındaki hastamızın radyolojik bulguları.

Genel vücut travması, karaciğer laserasyonu, akciğer kontüzyonu, minimal pnömotoraks ve pnömo-mediastinum olan hasta yoğun bakıma yatırıldı. Konservatif tedavi sonrası rahatlayan hasta, yatışının altıncı günü taburcu edildi. Hastaya 10 gün sonra poliklinik kontrol önerildi. Poliklinikte çekilen kontrol direk akciğer grafisi sonrası hastanın grafisinde kontüzyonal değişikliklerde önemli gerileme tespit edildi.

TARTIŞMA

Travmatik asfiksi, torakoabdominal bölgenin ani sıkışması nedeniyle nadir görülen bir durumdur ve literatürde tanımlanmıştır. Bu sendromun gelişimi için valsalva manevrası oluşması gereklidir (1). Travmatik asfiksi bulgularının baş ve göğüs üst kısmı ile sınırlı kalmasının nedeni vücudun alt kısmının yüksek ven basıncından bir dizi valf tarafından korunmasına bağlı olabilir. Diğer taraftan, artmış hava yolu basıncı vücudun alt kısmını korumak için inferior vena kavayı sıkıştırabilir veya işlevsiz kılabilir. Olgumuz araç dışı trafik kazası nedeni ile acil servisimize getirildi. 6 yaşındaki erkek hastada göğüs ağrısı, nefes darlığı ve karın ağrısı mevcut idi. Alınan anamnez ve İlk muayene sonucu hastanın travmaya bağlı bir asfiksi klinik tablosu olduğu anlaşıldı.

Farklı organların tutulması ile kendini gösteren travmatik asfiksinin sistemik özelliklerine ilişkin değişik klinik bulgular vardır. Klinik belirti ve bulguların derecesi, göğüs ve batının maruz kaldığı sıkışmanın süresi ve ciddiyetine bağlıdır (3). Olası klinik bulgular arasında, şuur değişikliği, amnezi, yönelim bozukluğu, tedirginlik, ajitasyon, hipoksi, serebral ödem, peteşiyal ve mukozal kanamalar en yaygın olanlarıdır. Olgumuzda da boyun ve yüzde multipl peteşiler, ekimozlar ve sağ gözde subkonjunktival hemoraji, bilateral göz kapaklarında multipl peteşiyal alanlar mevcut idi.

Travmatik asfiksi hastalarında hayatı tehdit edici olan durumların başında, pulmoner kontüzyon, hemotoraks, pnömotoraks, yelken göğüs ve hepatik laserasyon gibi torasik ve extratorasik yaralanmalardır (3,4). Bizim olgumuzda da akciğer kontüzyonu ve karaciğer kontüzyon ile karaciğer laserasyonu mevcut idi. Bunun yanında bilateral minimal pnömotoraks mevcut idi.

Travmatik asfiksi vakaları bakım yoğun şartlarında yakın takibe alınmalıdır. Hastaların tedavisinde, oksijen takviyesi ve endikasyona göre entübesyan önemli bir yer tutmaktadır. Ciddi travma maruziyeti sonucu spontan solunumu yetersiz olan hastalarda mekanik ventilasyon ile takip yapılmalıdır. Hastaların prognozu genel olarak iyi olmakla beraber, ciddi organ yaralanması olan vakalar ölümcül veya sakat bırakacak tablo ile seyredebilirler (5). Hastamız yoğun bakıma alınarak takibi yapılmıştır. Entübasyon ihtiyacı olmayan hastamız, konservatif tedavi sonrası rahatladı ve yatışının altıncı günü taburcu edildi. Olgumuzun iyi prognoz göstermesi, organ yaralanma-

larının ileri derecede olmaması ve hastanın acil serviste zamanında ve doğru yönetilmesi olduğunu düşünmekteyiz. Bu nedenle travma hastalarını anamnez ve fizik muayenelerinin acil hekimleri tarafından iyi yapılması gerekmektedir. Özellikle başboyun bölgesindeki peteşiyal kanamalar, siyanoz ve dispne gibi belirti ve bulguların varlığında travmatik asfiksiden şüphelenilmelidir.

Sonuç olarak, travmatik asfiksi nadir görülse de dikkatli değerlendirilmesi gerekir. Eşlik eden ciddi yaralanmaların olmadığı olgularda destekleyici tedaviyle tam bir iyileşme olabilmekte, ek yaralanmaların varlığında uygun tedavi gerekir. Olgular tedaviye başlamadan önce rutin olarak göz, beyin, solunum ve gastrointestinal sistem yaralanmaları açısından mutlaka araştırılmalıdır. Yaralanmaların ciddiyetiyle orantılı olarak, ağır olgularda mortal seyredebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Al-Sarraj S, Laxton R, Swift B, Kolar AJ, Chapman RC, Fegan-Earl AW, Cary NRB. Neuropathology and brain weight in traumatic-crush asphyxia. *J Forensic Leg Med.* 2017;52: 110-115
2. Ibarra P, Capan LM, Wahlander S, Sutin KM. Difficult airway management in a patient with traumatic asphyxia. *Anesth Analg.* 1997;85:216-8
3. Çelik B, Öztürk DC, Gürz S. Travmatik asfiksi: Olgu Sunumu. *J Exp Clin Med.* 2012;29:163-5.
4. Kántor T, Grigorescu B, Popescu G, Ferencz A, Nagy Ö, J Jung, I Gergely. Traumatic asphyxia with permanent visual loss. *Case rep. Orv Hetil.* 2017;158(22):864-8.
5. Sertaridou E, Papaioannou V, Kouliatsis G, Theodorou V, Pneumatikos I. Traumatic asphyxia due to blunt chest trauma: a case report and literature review. *J Med Case Reports,* 2012; 6(3):257-61.