

# Nadir Bir Hemotoraks Vakası: Künt Abdominal Yaralanmaya İkincil Diafragma Rüptürü ve Dalak Yaralanması

## An Uncommon Case of Hemothorax: Diaphragmatic Rupture and Splenic Injury Secondary Blunt Abdominal Trauma

Selim Yiğit Yıldız<sup>1</sup>, Alper Tabur<sup>2</sup>, Ali Çiftçi<sup>1</sup>, Hamdi Taner Turgut<sup>1</sup>, Mehmet Özyıldız<sup>1</sup>  
Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <sup>1</sup>Genel Cerrahi Kliniği, <sup>2</sup>Göğüs Cerrahi Servisi; KOCAELİ

### Özet

Künt diafragma rüptürü nadir olmayan bir yaralanma türüdür. Bu vakalarda tanı güçlük göstermekte ve gecikmiş vakalarda mortalite ve morbidite oranları yükselmektedir. Bu yazıda künt abdominal bir yaralanmaya sekonder diafragma rüptürü ve dalak yaralanması meydana gelen nadir bir hemotoraks vakası sunulmaktadır. Otuz bir yaşında erkek hasta iş kazası nedeniyle acil servise başvurdu. Fiziksel incelemede kan basıncı düşüklüğü, solunum güçlüğü, karında defans ve rebound hassasiyet tespit edildi. Akciğer grafisinde sol diafragmada yükselme ve sol akciğer boşluğunda gaz gölgesi gözlemlendi. Bilgisayarlı tomografi incelemesi sol akciğer boşluğunda hemotoraks ve intestinal yapılarda bu alana fıtıklaşma olduğunu gösterdi. Acil laparotomi uygulanan hastada sol diafragmanın posterosentral alanından rüptüre olduğu ve buradan transvers kolon, mide ve dalağın fıtıklaştığı tespit edildi. Sol hemotoraks 5. derece dalak yaralanmasından kaynaklanıyordu. Cerrahi müdahaleden üç ay sonra hasta tam olarak iyileşerek normal vücut fonksiyonlarını kazandı.

### Anahtar sözcükler

Künt Karın yaralanması, Diafragma rüptürü, Dalak yaralanması

**Kısa Başlık:** Künt Diafragma Rüptürü ve Hemotoraks

### Abstract

Blunt diaphragmatic rupture is not an uncommon injury. It is often difficult to diagnose, and both mortality and morbidity rates increase in delayed cases. We here present an uncommon case of hemothorax which was originated from diaphragmatic rupture and splenic injury secondary blunt abdominal injury. A 31-year-old man was admitted to emergency service because of a work related accident. On physical examination at admission, moderate hypotension, respiratory distress, abdominal defence and rebound tenderness was determined. On the chest x-ray of the patient left hemidiaphragm elevation and gas shadow in the left hemithorax was defined. A computed tomography scan showed hemothorax, herniation of intestinal segments through the left hemithorax. On laparotomy it was observed that posterocentral muscular part of the left hemidiaphragm was ruptured and transverse colon, stomach and spleen was herniated through the thorax. Left hemothorax, that was originated from Grade 5 splenic injury. Three months after the surgery the patient made a full recovery and all body functions went back to normal.

### Key Words

Blunt Injuries, Diaphragmatic rupture, Splenic Injury  
**Running Title:** Blunt Diaphragmatic Rupture and Hemothorax

### İletişim Adresi

Selim Yiğit Yıldız / Orhan Mah. Tutku Sok. No:7 B Blok D:2 Bağçeşme İzmit- KOCAELİ

E.mail: selimyigit2002@yahoo.com

Tel: 0533 6119851 / Fax: 0262 2335540

## Giriş

Künt abdominal travma ve eşlik eden yaralanmalarla gelen hastalar acil servisler için güç vakalardır. Künt travma nedeniyle laparotomi uygulanan hastaların %0.8-5'inde künt diafragma rüptürü (KDR) saptanır (1-2). Bu vakalarda zaman zaman tanı güçlükleri yaşanması nedeniyle morbidite ve mortalite oranları artabilmektedir. Erken tanıda şüpheli yaklaşım, akciğer grafileri ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinin dikkatli bir şekilde incelenmesi büyük önem taşımaktadır (3). Acil servise kabul edilen bu hastaların erken hemodinamik stabilizasyonunun sağlanmasının ardından acil cerrahi müdahale, KDR ve eşlik eden yaralanmalar açısından büyük önem taşımaktadır.

## Vaka Sunumu

31 yaşında erkek hasta iş kazası nedeniyle acil servise kabul edildi. Bilinci açık olan hastadan alınan anamnezden künt abdominal travma geçirdiği anlaşıldı. Yapılan fizik muayenede ateş 36°C, nabız 120/dakika, arteriyel kan basıncı 80/60 mmHg, solunum hızı 25/dakika. Toraks muayenesinde sol akciğer bazalinde solunum sesleri net alınamadı. Karın muayenesinde istemsiz defans, tüm kadranda rebound hassasiyet mevcuttu. İlk muayenenin ardından hızlı olarak ringer laktat infüzyonu uygulanıp tanısız işlemler uygulandı. Çekilen akciğer grafisinde sol hemidiafragmada yükselme ve sol akciğer alanında gaz odacığı tespit edildi (Resim 1). Torakoabdominal BT kesitlerinde sol hemotoraks, mide ve bazı kolon segmentlerinin sol hemitoraksa herniye olduğu gözlemlendi (Resim 2). Hastada hızlı sıvı replasmanına rağmen düzelmeyen hipotansiyon, solunum fonksiyonlarında olan bozukluk ve KDR şüphesi nedeniyle acil cerrahi girişim kararı alındı. Laparotomide batında 500cc kadar defibrine kan, sol hemidiafragmanın posterosentral kesiminde 20cm uzunluğunda rüptür olduğu gözlemlendi. Diafragmadaki açıklıktan mide, transvers kolon ve dalağın sol hemitoraksa doğru yer değiştirdiği gözlemlendi. Sol hemotoraksın ise 4.derece dalak yaralanmasına bağlı olduğu tespit edildi. Acil

splenektomi ve abdominal organların karın içine alınmasını takiben diafragmadaki açıklık ipek suturlerle primer olarak tamir edildi ve tüp torakostomi uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 7.gün hastaneden şifa ile çıkarıldı.

## Tartışma

KDR nadir olmayan bir yaralanmadır. Diafragma yaralanmaları cerrah ve radyologlar için tanı açısından güç vakalardır (2). Solunum fonksiyonlarına katkısı büyük olan bu kasın hasarı kendisini solunum güçlüğü ile göstermeye başlar. Künt travma sonrası gelişen KDR sıklıkla gençlerde ve diafragmanın sol yarısında meydana gelir (4-5). Bu yatkinliğin sağ hemidiafragmanın embryonik füzyon noktalarının daha gergin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (6).

KDR erken tanısında şüpheli en önemli mihenk taşıdır. Tanıda altın standart olarak kabul edilecek bir yöntem kabul edilmemekle beraber peritoneal lavaj, akciğer grafileri, BT, laparaskopi, torakoskopi, karaciğer ve dalak sintigrafileri kullanılan tekniklerdir. Akut vakaların 2/3 'sine tanı akciğer grafisi ve toraks BT ile konulmaktadır (7). Literatürde KDR'ne eşlik eden yaralanmalar, karında karaciğer ve dalak laserasyonları, toraksta ise kot fraktürleri ve akciğer yaralanmalarıdır (8-9). Eşlik eden ciddi organ yaralanmaları diafragma yaralanmalarının atlanmasına neden olabilir. Eşlik eden abdominal organ yaralanmaları yada hemodinamik instabilite varlığında mutlaka laparotomi uygulanmalıdır. Gecikmiş ve kronik vakalarda torakotomi tercih edilebilir. Laparotomi uygulanan vakalarda manuel ve visual muayene ile diafragma bütünlüğü mutlaka kontrol edilmelidir.

KDR ile beraber massif visseral herniasyon varlığı solunum fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir acil cerrahi antitedir. Bu hastalarda acil cerrahi müdahale ile beraber entotrakeal entübasyon ve pozitif basınçlı ventilasyon gerekebilir. Atelektazi, ARDS, plevral efüzyon, ampiyem ensık (%11-68) karşılaşılan pulmoner komplikasyonlardır. Şok, künt travma, artmış travma skoru, ve dalak yaralanmasının varlığı

mortaliteyi ensik etkiyen nedenler olup sıklıkları %1-42 arasındadır (10-11).  
Sonuç olarak KDR eşlik eden ciddi yaralanmalar nedeniyle kolaylıkla atlanabilecek bir acil patoloji olup tanı ve laparotomi esnasında her iki

hemidiafragmanın değerlendirilmesi esastır. KDR şüphesi olan vakalarda ardışık ve selektif radyolojik incelemeler erken tanıda oldukça yardımcıdır.

## **Kaynaklar**

1. Voeller GR, Reisser JR, Fabian TC et al. Blunt diaphragm injuries: a five year experience. Am Surg 1990;56:28-32
2. Shah R, Sabanathan S, Mearns AJ, et al. Traumatic rupture of diaphragm. Ann Thorac Surg 1995;60:1444-49
3. Mihos P, Potaris K, Gakidis J, et al. Traumatic rupture of diaphragm: experience with 65 patients. Injury 2003;34:169-172
4. Bergeron E, Clas D, Ratte S, et al. Impact of deferred treatment of blunt diaphragmatic rupture: a 15-year experience in six trauma centers in Quebec. J Trauma 2002;52:633-640
5. Meyers BF, McCabe CJ. Traumatic diaphragmatic hernia: occult marker of serious injury. Ann Surg 1993;218:783-790
6. De Maeseneer M, Vandendriessche M, Schoofs E. Right diaphragmatic rupture following blunt abdominal injury. A case report. Injury 1985;116:389-90
7. Nchimi A, Szapiro D, Ghaye B, et al. Helical CT of Blunt diaphragmatic rupture. AJR 2005;184:24-30
8. Duzgun A, Ozmen M, Saylam B, et al. Factors influencing mortality in traumatic ruptures of diaphragm. Turk J Trauma Emerg Surg 2008;14:132-138
9. Rubikas R. Diaphragmatic injuries. Eur J Cardiothorac Surg 2001;20:53-57
10. Hacıbrahimoglu G, Solak O, Olcmen A, et al. Management of traumatic diaphragmatic rupture. Surg Today 2004;34:111-114
11. Hasdiraz L, Kahraman A, Oguzkaya F. Traumatic diaphragmatic ruptures: a retrospective study of 35 cases. Erciyes Medical Journal 2006;28:216-219

**Resim 1:** PA Akciğer grafisinde sol hemidiafragma yüksekliği dikkat çekici.



**Resim 2:** BT kesitlerinde mide ve kolon segmentlerinin toraks'a doğru yer değiştirmesi görülüyor.

