

KÜNT TORAKS TRAVMASI SONRASI BİLATERAL TRAVMATİK ŞİLOTORAKS: OLGU SUNUMU

BILATERAL TRAUMATIC CHYLOTHORAX FOLLOWING BLUNT THORACIC TRAUMA: A CASE REPORT

Taner ÖZTÜRK
Şaban ÜNSAL

Ozan USLUER
Serpil SEVİNÇ

Özgür SAMANCILAR
Şeyda ÖRS KAYA

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İzmir

Anahtar sözcükler: Travmatik şilotoraks, künt toraks travması, tüp torakostomi, şilotoraks tedavisi

Key words: Traumatic chylothorax, blunt thoracic trauma, tube thoracostomy, chylothorax treatment

Geliş tarihi: 19 / 04 / 2012

Kabul tarihi: 28 / 08 / 2012

ÖZET

Şilotoraks, travmatik ve travmatik olmayan nedenlerle ilişkili olarak plevral efüzyonun nadir görülen bir formudur. Sıklıkla torasik vertebra komşuluğundaki fraktürler veya diğer yaralanmalara bağlı olarak duktus torasikusun gerilme veya yaralanması nedeniyle oluşur. Şilotoraks tedavisi konservatif tedaviden cerrahi müdahaleye kadar gidebilir. Optimal yöntem net değildir. Biz künt travma sonrası multipl kot fraktürü ve bilateral şilotoraks nedeniyle solunum zorluğu olan 75 yaşında bir erkek olguyu literatür eşliğinde sunduk. Hasta bilateral göğüs tüpü drenajı ve oral alım kesilerek total parenteral nutrisyon ile konservatif yaklaşımla başarılı bir şekilde tedavi edildi. Özellikle künt toraks travmasını takip eden plevral efüzyonu olan travma hastalarında, plevral efüzyonun içeriğini belirlemek tedavi yönetiminde çok önemlidir.

GİRİŞ

Şilotoraks, plevral boşlukta lenfatik sıvı toplanması olarak tanımlanabilir. Travmatik ve non-travmatik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen şilotoraks, plevral efüzyonların nadir

SUMMARY

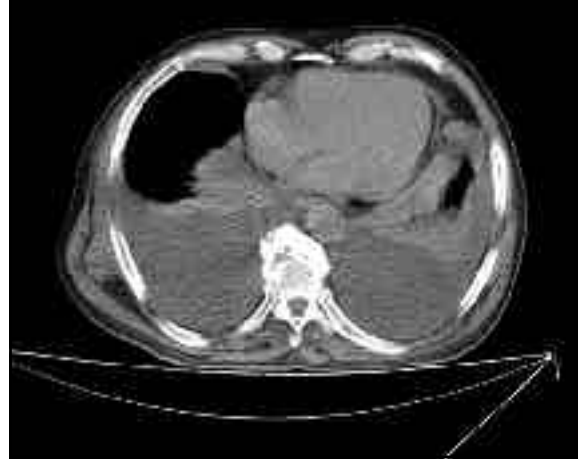
Chylothorax is a rare form of pleural effusion that can be associated with traumatic and nontraumatic causes. Mostly, it is attributed to injury or overstretching of major thoracic duct by fractures or other injury of neighboring thoracic spine. The management of chylothorax ranges from conservative treatment to surgical intervention. Optimal management and outcome for patients with chylothorax remain unclear. We present a seventy five year old man who presented with respiratory difficulty due to multipl rib fractures and bilateral chylothorax, which developed after a blunt chest trauma. The patient was successfully treated through a conservative approach with total parenteral nutrition, nothing by mouth, and bilateral chest tube drainage. The nature of pleural effusion developed following a blunt thoracic trauma is important in the management of trauma patients.

görülen bir formudur. Şilotoraksa neden olan vakaların çoğu özellikle non-hodgkin lenfomalar başta olmak üzere malignitelerdir (%50). Travmatik toraks yaralanmaları ve cerrahi sonrası iatrojenik komplikasyonlar sonucu

şilotoraks oluşumu vakaların yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır. Geriye kalan %25 neden ise santral kateter uygulamaları ve diğer iatrojenik komplikasyonlara bağlıdır (1). Travmatik şilotoraks, sıklıkla torasik vertebra komşuluğundaki fraktürler veya diğer yaralanmalara bağlı olarak duktus torasikusun gerilme veya yaralanması nedeniyle oluşur (2-4). Ateşli silahlar veya delici kesici aletlerle penetran duktus torasikus yaralanmaları nadir olarak görülür (5). Bu çalışmada, travma sonrası herhangi bir vertebra yaralanması olmamasına rağmen bilateral şilotoraks gelişen bir olgu literatür eşliğinde sunulmaktadır.

OLGU

75 yaşında erkek hasta traktör devrilmesi nedeniyle maruz kaldığı künt toraks travması sonrası 4. gün solunum zorluğu ve göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Postero-anterior akciğer grafisinde bilateral kostofrenik sinüsler kapalı, toraks BT'de bilateral plevral efüzyon ve sağda multipl kot fraktürü saptandı (Resim 1 ve 2). Hemotoraks şüphesiyle bilateral göğüs tüpü drenajı uygulandı ve süt beyazı renkli sıvı drene olduğu saptandı. Plevral sıvı biyokimyasal incelemesinde sağ taraf; kolesterol: 15, trigliserid: 2289, kolesterol/TG <1. Sol taraf kolesterol: 11, trigliserid: 2366, kolesterol/TG<1 olarak saptanarak bilateral şilotoraks tanısı kondu. Oral alım kesilerek total parenteral nutrisyon verildi. Hemogram değerleri normal sınırlarda olan hastanın, drenajın 5. gününde lenfosit %38.5'den %14.8'e geriledi. Kan biyokimyası 5. günde; albumin 3.5 g/dl'den 3 g/dl'ye, total protein 6 gr/dl'den 5.6 gr/dl'ye düştü. Günlük drenajı toplam 1000 ml seviyelerinde iken yedinci gün sonrası 300 ml/gün altına gerileyen hastaya düşük yağlı diyet başlandı. Takip eden 12. gün 200 ml/gün altında seyreden günlük sıvı drenajı sonrası bilateral tüp torakostomi 13. gün sonlandırıldı.



Resim 1. PA AC Grafide bilateral kostofrenik sinüsler kapalı.



Resim 2. Toraks BT'de bilateral plevral efüzyon mevcut.

TARTIŞMA

Şilotoraks travmatik ve non-travmatik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen, plevral boşluğa lenfatik sıvı kaçağı dolayısıyla derin solunumsal, nutrisyonel ve immünolojik bozukluklara yol açarak anlamlı morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir.

Travma sonrası oluşan bilateral efüzyonların en sık sebebi hemotoraks olsa da şilotoraks da ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Duktus torasikus yaygın olarak künt travmayla

yaralanabilir. En sık nedenler vertebra fraktürleri, özellikle sağ posterior kostalarda fraktür ve herhangi bir fraktür olmaksızın vertebraların hiperekstansiyonu olarak sayılabilir (6). Bizim olgumuzda saptanan sağ taraf multipl kot fraktürleri sağ taraf şilotoraksı açıklayabilir. Sol taraf şilotoraks ile ilişkili ilk akla gelen mekanizma özellikle 4-5. torakal vertebraların üst seviyelerinde meydana gelen ani hiperekstansiyona bağlı torasik duktusun gerilmesi ve rüptüre olmasıdır.

Şilotoraks tanısı, torasentez ile süt beyazı görünümlü plevral sıvı alınması ve biyokimyasal inceleme sonrası kesinleştikten sonra tedaviye hemen başlanmalıdır (4). Bizim vakamızda da plevral sıvı biyokimyası şilotoraks tanısını desteklemektedir. Şilotoraks tedavisi öncelikle plevral sıvının drenajıyla başlar daha sonra lenfatik sıvı akımını azaltma girişimleri ile devam eder. Oral alım kesilir ve total parenteral nütrisyon uygulanır (6). Son yıllarda somatostatin veya octreotid analoglarının kullanımının lenfatik drenajı

azaltabileceği ya da durdurabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Somatostatinin bu etkisi intestinal kan akımını azaltarak şilomikron sentezinin azaltmasına bağlanmaktadır (7). Bizim çalışmamızda hastaya bilateral tüp torakostomi uygulandı. Total parenteral nutrisyon başlanarak oral alım tamamen kesildi. Tedavinin ilk beş günlük periyodunda günlük drenajı 1500 ml olan ve on dördüncü günde drenajın azalmadığı hastalara cerrahi önerilmektedir (8,9). Olgumuzda tüp torakostomi ve konservatif tedavinin başlanmasından beş gün sonra günlük drenaj miktarı giderek azalarak 12. günde 200 ml/gün altına düşmesi nedeniyle cerrahi müdahale düşünülmedi. Sonuç olarak travmatik şilotoraks vakalarında; öncelikle konservatif tedavi düşünülmesi, tüp torakostomi ile lenfatik sıvı drenajına ilaveten oral alım kesilmesi ve total parenteral nütrisyon verilerek konservatif yaklaşımın sonuçları gözlemlenmelidir. İki hafta sonunda lenfatik sıvı akımı azalmayan vakalar için cerrahi müdahale düşünülmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Doerr CH, Allen MS, Nichols FC, Ryu JH. Etiology of Chylothorax in 203 patients. Mayo Clinic Proc 2005; 80(7): 867-70.
2. Valentine VG, Raffin TA. The management of chylothorax. Chest 1992; 102: 586-91.
3. Wright P, Gardner A. Traumatic chylothorax: A case after dislocation of the thoracic spine. J Bone Joint Surg 1952; 34B: 64-7.
4. Brook M, Dupree D. Bilateral traumatic chylothorax. Bilateral Traumatic Chylothorax 1988; 17: 69-72.
5. Karaođlanođlu N. Isolated chylothorax after penetrating trauma. Acta Chir Hung 1999; 38: 67-9.
6. Serin-Ezer S, Ođuzkurt P, İnce E, Hiçsönmez A. Bilateral chylothorax after blunt thoracic trauma: a case report. The Turkish Journal of Pediatrics 2009; 51: 504-6.
7. Dođan R, Demircin M, Dođan OF ve ark. Effectiveness of somatostatin in the conservative management of chylothorax. Turk J Pediatr 2004; 46: 262-4.
8. Apostolakis E, Akinosoglou K, Koletsis E, Dougenis D. Traumatic chylothorax following blunt thoracic trauma: two conservatively treated cases. J Card Surg 2009; 24(2): 220-2.
9. Paul S, Altorki NK, Port JL, et al. Surgical management of chylothorax. Thorac Cardiovasc Surg 2009; 57: 226-8.

Yazışma Adresi:

Dr. Taner ÖZTÜRK

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İZMİR
e-posta : tnzt@mynet.com