

TRAKEOBRONŞİAL YARALANMALAR

(Bir vaka münasebetiyle)

Dr. İlker ÖKTEN x
Dr. Mustafa PAÇ xx
Dr. Ahmet BAŞOĞLU xxx
Dr. Hikmet KOÇAK xxx
Dr. Cenap ÖZKARA xxx

ÖZET:

Literatürde bronş rüptürü vakalarının çok ender görülmesi nedeniyle trafik kazasına bağlı olarak 3 ay kadar önce sol ana bronşu tam kesiye uğramış reanastomoz yaptığımız bir vakayı yayınlamayı uygun bulduk.

Göğüse ani ve şiddetli basınç trakea ve ana bronşların rüptürüne yol açar. Johnson (1946) (9) ciddi trakea yaralanmalı hastaların trakeostomi ile düzelebileceğini ileri sürmüştür. Trakea yaralanması sonucu boyundan başlayan yaygın cilt altı ve ve mediastinal amfizem gelişir. Trakeostomi ile bu amfizemin önüne geçilebilir, ve böylece torakotomi yapıp yarayı tamir etmek için zaman kazanılmış olur. Şiddetli ve penetran olmayan göğüs travmaları bir bronkusu tümüyle koparabilir. Bu hastaların çoğu yaralanmanın şoku ile kaybedilir. Ama bir kısmında belirli bir tedavi yapılmadan yaşamlarını sürdürebilirler. Yaralanma ana bronkustan trakeaya yahut bronkuslara doğru da uzanabilir. Hemoptizi, pnömotoraks, amfizem gelişir. Kesin tanı bronkoskopi ile konur. Hava kaçağı drenajla sağlanırsa acil tamir gerek-meyebilir.

Griffith (1949) (4) yaralanmadan 8 ay sonra stenozan segmentlerini eksize ederek başarılı bir reanastomoz yaydığı ilk bronküs rüptür vakasını bildirmiştir. Bu vakaların çok ender görülmesi nedeniyle, biz de trafik kazası nedeniyle 3 ay önce sol ana-bronkusu tam kesiye uğramış, reanastomoz uyguladığımız bir vakayı yayınlamayı uygun bulduk.

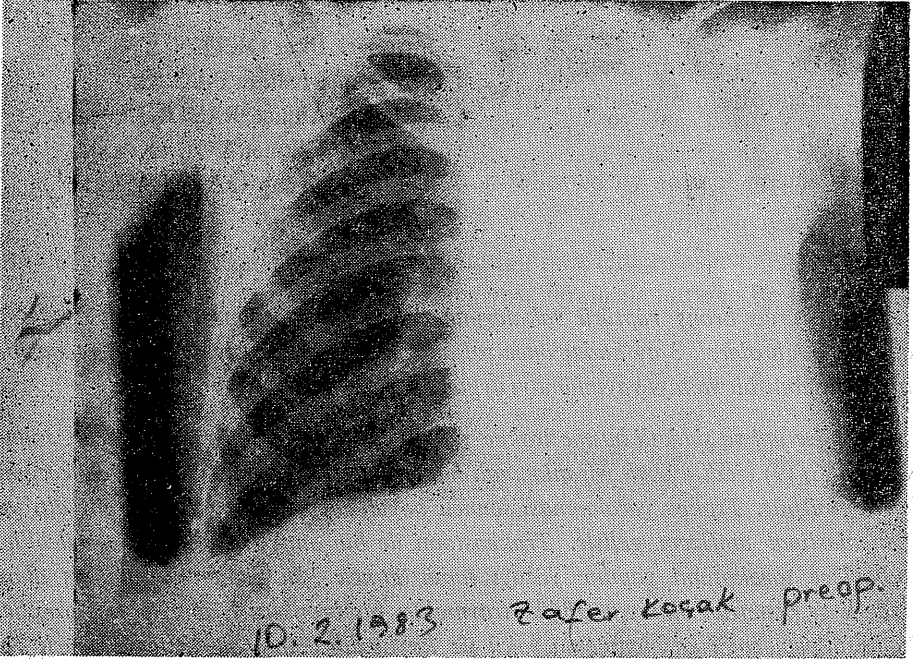
(x) Tıp fakültesi Göğüs Kalp Damar Cer. Anabilim Dalı Doçenti.

(xx) Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cer. Anabilim Dalı Yard. Doçenti.

(xxx) " " " " " Araştırma görevlisi

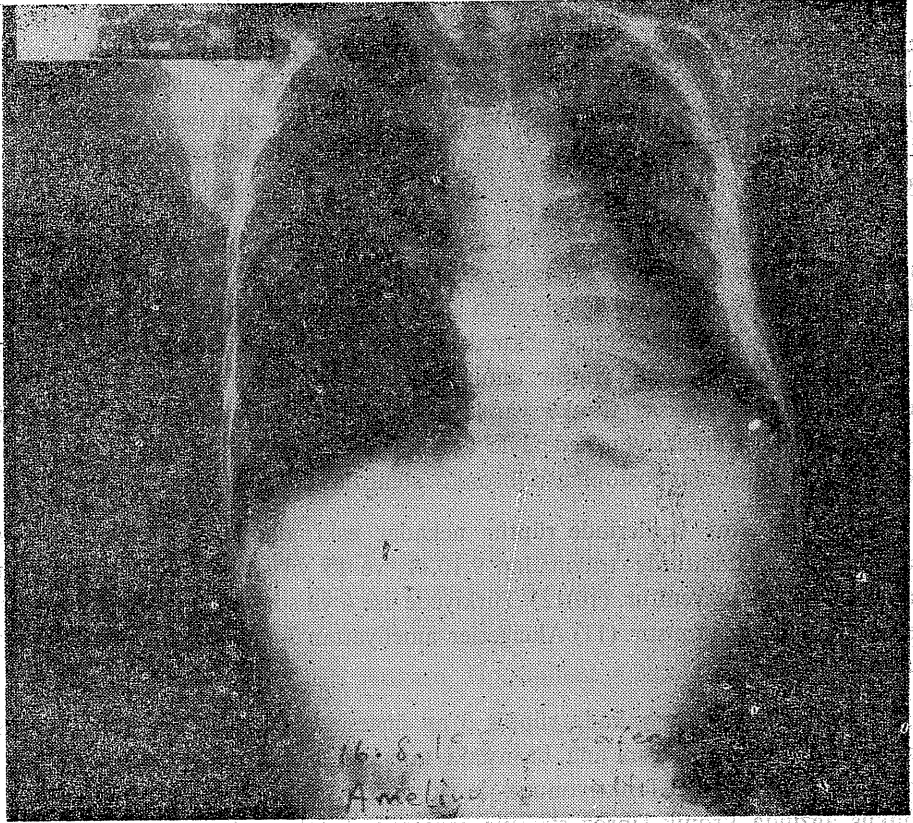
MATERYEL METOT

Vaka Takdimi: Z.K. 9 yaşında-erkek çocuk 10.2.1983 tarihinde 10404 protokol numarası ile yatırıldı. Nefes darlığı, öksürük şikayetleri var. 3 Ay önce trafik kazası geçiren hastaya bir başka hastane de sol hemotoraks teşhisiyle iki kez göğüs tüpü konmuş. Fizik muayenesinde sol hemitoraksta solunum sesleri alınmıyor. P.A. torkas grafisinde solda opak akciğer görünümü belirlendi (resim 1)



Resim : 1

Hasta bronş rüptürü ön tanısıyla 14.2.1983 de operasyona alınıp sol torakotomi yapıldı. Eksplorasyonda sol akciğerin hiç havalanmadığı görüldü. Akciğerde hipogenez durumu mevcuttu. Hilus arkadan prepare edilerek sol ana bronş ağzı bulundu. Sol ana bronşta tam kesi hali mevcuttu. Uçlar fibrotik idi. Doku uçları avive edildi. Distal uçtan gelen bol mayi aspire edildi 3 cm açıklıktaki uçlar yaklaştırılıp 4-0 atravmatik ipekle tet tek pirimer anastomoz edildi. Sol akciğer tamamen ekpanse oldu. Göğüs tüpü konup, toraks usulüne uygun kapatıldı. Post operatif komplikasyon olmadı. Kontrol grafide sol akciğerin tümüyle ekpanse olduğu belirlendi. Hasta 8.3.1983 te medikal tedavi verilerek bir ay sonra kontrole gelmek üzere şifa ile tabürce edildi. Kontrolde hastanın şikayeti mevcut değil ve akciğerleri ekpanse olarak belirlendi. (resim 2)



Tablo : 2

TARTIŞMA :

Trakeobronşial yaralanmalar künt toraks travmaları, daha çok trafik kazaları sonucu meydana gelirler. Bu travmalar sonucu hastaların % 50 den fazla hastane ye gelmeden ölmektedir (13) Diğer kazalar sonucu oluşan rüptürlerin de eklenmesi ile toraks travmalarında trakeobronşial rüptür gelişme oranı %2,8-3,2 ye ulaşmaktadır.(1,2,14) Bronkus yaralanmalarının % 80 i trakeobronşial tiptedir. (8).

Künt travmada rüptürün nedeni direkt vuruş, deselerasyon ve rotasyon gücüdür. Deselerasyon (yavaşlama) yaralanmalarında vücudun yavaşlarken organın aynı hızla hareketi devam etmesi sonucu doku ve damarlarda yırtılma oluşur. (11) Toraksın anteroposterior çapının daralması ve transvers çapının genişlemesi sonucu her iki akciğer ani olarak dışa çekilmesi ilede rüptürler oluşabilir. (23)

Litaretürde trakeobronşial rüptürlere ait çok az sayıda vaka bildirilmiştir. Griffith (4), Işın (6), Nonoyama (10); Shav (1) Ökten (11) bunlar arasında zikredilebilir.

Hemoptizi, belirgin cilt altı amfizemi, solunum yetmezliği olan toraks travmalı hastalarda trakeobronşial rüptür ihtimalinden kuşkulandırılmalıdır. Hava yolu obstrüksiyonunun derecesi yırtığın derecesine göre değişir. Bazı vakalarda tansiyon pnömotoraksıda bulunabilir. (7) Tanıda göğüs filimleri ventilasyon ve perfüzyon sintigramı, pulmoner arteriogram ve bronkogram değer taşır. Bronkoskopi gereklidir.

Bronşial rüptürler daha çok sağ anabronkusta oluşur. (12) Bizim vakamızda ise solda ortaya çıkmıştır. Tedavide rüptür ötesine endotrakeal tüp geçirerek etkin ventilasyonu sağlamak ve spontan solunum çabası sırasında kanaspire edilmesini önleyerek hava yolunu açmak acilen gereklidir. Yırtılmadan sonraki ilk 24 saatte torakotomi ile rüptür tamiri yapılmalıdır. 1-6 Hafta geçen vakalarda cerrahi girişim risk taşır. Çünkü yapılacak anastomozun bronkus çevresindeki ödem vesekonder enfeksiyon nedeniyle açılma riski vardır. Ayrıca erken granülasyon dokusu oluşumu postoperatif bronko stenozlara neden olabilir. (5)

Tam bronkus kesilerinde rüptür ne kadar eski olursa olsun reanastomoz yapılmalıdır. Literatürde travmadan 9,10,11, ve 15 yıl sonra bronsanastomozu yapılmış 4 vaka mevcuttur. (10)12) Türkiyede ise 6 yıl sonra yapılmış başarılı bir reanastomoz yayınlanmıştır. (11) Akciğerler ameliyattan 3-6 ay sonra fonksiyonunu kazanabilmektedir.

Yayınladığımız bu vakada rüptür 3 ay öncesinde geçirilen bir künt toraks travmasına bağlıdır. Ve sol ana bronştaki tam kesi başarı ile reanostomoz edilmiş ve akciğer normal fonksiyonuna kavuşmuştur. Tam olmayan rüptürlerde bronkus ağzında kronik fibröz striktür gelişerek distalde sekreasyon retansiyonu ve enfeksiyonla bronşektazi gelişimi olabilmektedir (310) Bu vakalardada rezeksiyondan önce bir anastomoz şansı tanımak uygun olur. Trafik kazalarının önlenmesi konusundak çalışmalar bu ciddi rüptürlerin azalmasına büyük katkı sağlayacaktır.

SUMMARY

TRACHEOBRONCHIAL INJURIES

The ruptures of main bronchi have been rarely encountered in literature. The one case of which the left main bronchus was amputated due to traffical accident about three months ago has been received to our hospital. The bronchus has been success fully reanastomosed in our clinic.

KAYNAKLAR.

1-Alyano D, Perry, J.F.: Chest injuries. J. Thorac Cardiovasc 83: 519, 1982.

- 2- Bertelsen. S. Howitz, P.: Injuries of the trachea and bronchi Thorax 27: 188, 1972.
- 3-Cohn, R.H: Nonpenetrating Wounds of the lungs and bronchi Surg Clin. of North Am. 52: 585,1972.
- 4-Griffith, J.L.: Fracture of the Bronchus. Thorax 4:105,1949
- 5-Huzly, A.: Trachea und gross bronchien bi thoraxtrauma. Prax. Pnömol, 33: 42, 1979.
- 6-Işın, E., Aslan, R., Ulus, T., İçöz, V., Yalav, E., Urak, G.: Künt troks travmalarında bronkus rüptürleri. Tüberküloz toraks, 22:235,1974
- 6-Lewis, F.R.: Thoracic Trauma. Surg. Clin of Nort Am. 62:97, 1982
- 8-Munyer TP, Margulis AR:Cese of the Day. AJR, 136:1028, 1981
- 9-Nealon T.F. Ching N:trauma to the chest. Gibbon surgery of the Chest Ch. 13,313,1976
- 10-Nonoyama, A., Masude A., Kasahara, K., Mogi, T., Kagawa, T.Total rupture of The left main bronchus succesfully repaired nine years afterinjury. ann of Thorac Cardiovasc Surg. 21:445, 1976
- 11-Ökten İ: Bronş rüptürleri Ankara Tıp Bülteni 4:323, 1982
- 12-Shaw, R.R., Paulson, D.L., Kee J.L.: Traumatic tracheal rupture J. Thorac Cardiovasc Surg 42: 281, 1961
- 13-Trunkey, D.D., Lewies, F.R. Chest Trauma. Surg. Clinc of North Am. 60: 1541, 1980.
- 14-Yüksek, T.: Trakeobronkial yaralanmalar. İhtisas tezi 1981.