

KÜNT TORAKS TRAVMASINA BAĞLI SOL ANA BRONŞ RÜPTÜRÜ*

LEFT MAIN BRONCHIAL RUPTURE DUE TO THE BLUNT THORACIC TRAUMA

Nurettin KARAOĞLANOĞLU, Atilla EROĞLU, Ahmet BAŞOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi (NK, AE) Anabilim Dalı, Erzurum ve Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi (AB) Anabilim Dalı, Samsun

*Toraks Derneği 2. yıllık kongresinde sunulmuştur. (6-10 Mayıs 1998 Antalya)

Özet

Trakeobronşial rüptürler nadir fakat hayatı tehdit eden olaylardır. Trafik kazası nedeniyle künt travmaya maruz kalan ve 4 hafta sonra sol akciğerde total atelektazi gelişen 16 yaşındaki erkek hastaya yapılan bronkoskopide sol ana bronşta total fibrotik oklüzyon gözlemlendi. Sol posterolateral torakotomi ile bronş tamir edildi. Postoperatif dönemde ciddi bir komplikasyona rastlanmadı. Geç tanı konulup başarılı cerrahi tedavi ile şifa sağlanan total bronşial rüptürlü bir olguyu nadir görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

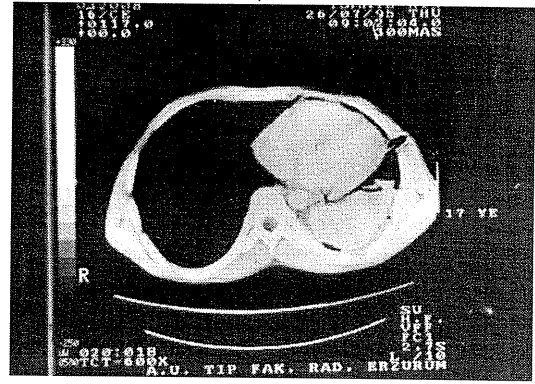
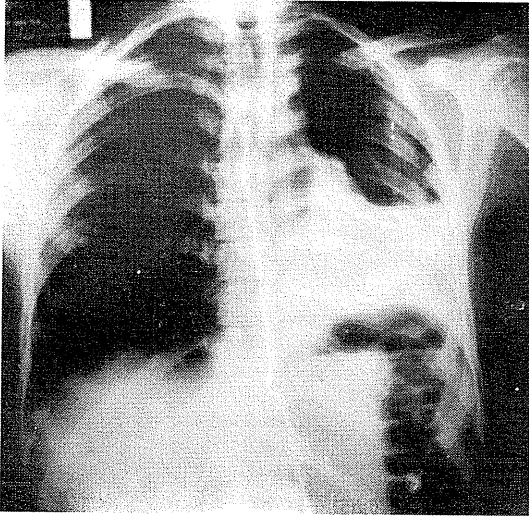
Anahtar kelimeler: *Künt travma, Bronş rüptürü, Cerrahi tedavi*

Summary

Tracheobronchial ruptures are rare but lifethreatening events. A 16-year-old man who developed a total atelectasis of the left lung after four weeks following a blunt trauma in a motor vehicle accident. Bronchoscopy demonstrated a total fibrotic occlusion of the left main bronchus. The main bronchus was repaired by left posterolateral thoracotomy. The postoperative period was without serious complications. We presented here a rare case with total bronchial rupture which diagnosed subsequently but repaired successfully.

Key words: *Blunt trauma, Bronchial rupture, Surgery*

Şekil 1. Hastanın PA Akciğer Grafisinde Solda Total Atektazi Görülmektedir **Şekil 2.** Atektazinin Bilgisayarlı Tomografik Görünümü



Giriş

Travmatik bronş rüptürü, nadir görülmesine rağmen, trafik ve iş kazalarının artmasıyla giderek artan sıklıkla karşılaşılan klinik bir antitedir. Nadir görülmesi ve diğer organ yaralanmalarıyla birlikte seyretmesi nedeniyle tanı koyma süreci uzamakta, dolayısıyla gecikmiş olgularla yüzyüze kalınmaktadır. Trafik kazası geçirdikten sonra bir ay süreyle hastanede yatarak tedavi gören ancak bronş rüptürü tanısı 3 ay sonra konabilen olguyu literatür bilgileri ışığında sunuyoruz.

Olgu

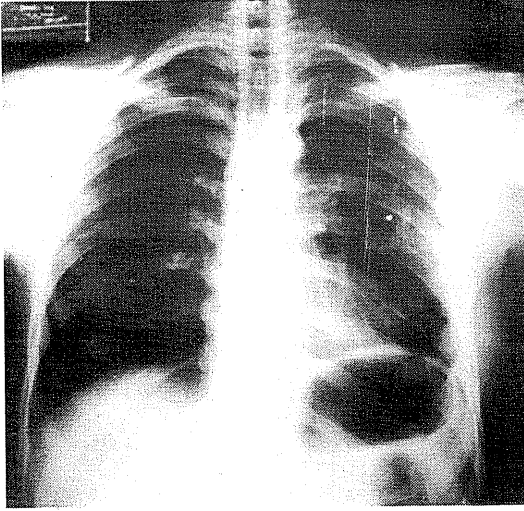
16 yaşında erkek hasta. 3 ay önce geçirdiği trafik kazası nedeniyle yatırıldığı hastanede dalak rüptürü tanısıyla splenektomi uygulanmış, yaklaşık bir ay yatarak tedavi görmüş. Hastaneden taburcu edildikten sonra nefes darlığı ve öksürük yakınmaları nedeniyle başvurduğu hastanede spontan pnömotoraks tanısıyla tüp torakostomi uygulanmış. 18 günlük kapalı su altı drenajına rağmen durumu düzelmeyen hasta kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede laparotomi insizyon skarı ve sol bazal tüp torakostomi mevcuttu. Sol hemitoraksta solunum sesleri alınamadı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Akciğer grafleri ve bilgisayarlı tomografide solda total atelektazi saptandı (Şekil 1,2). Rijid bronkoskopiye sağ bronş sistemi normal olarak değerlendirilirken, sol ana bronşun ana karinadan hemen sonra granülasyon dokusuyla tam tıkalı olduğu görülerek sol ana bronş

rüptürü tanısı kondu. Hastanın tüpü çekilerek operasyona hazırlandı ve kliniğimize yatışının ikinci günü sol posterolateral torakotomi uygulandı. Eksplorasyonda sol akciğerin atelektatik olduğu gözlemlendi. Disseksiyonla sol ana bronşa ulaşıldı. Bronşun rüptüre olarak fibrozisle iyileşmiş olduğu görüldü. Ana bronş askıya alınıp fibrotik dokular eksize edilerek anastomoza hazırlandı. Distal uçtan bol miktarda muköz sekresyon aspire edilerek serum fizyolojikle yıkandı. Tek tek 3-0 polypyrrolene sütürlü uç uca anastomoz uygulandı. Operasyondan hemen sonra ve postoperatif 1. hafta bronkoskopi yapılarak anastomoz hattı kontrol edildi. Postoperatif problemi olmayan ve kontrol graflerinde tam ekspansiyonun sağlandığı gözlenen hasta kliniğimize yatışının 16. günü taburcu edildi (Şekil 3). Altı ay sonraki fizik muayene ve kontrol graflerinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Tartışma

Künt travmaya bağlı bronş rüptürü nadir görülen bir durumdur. Yapılan postmortem çalışmalarda insidansı %0.03 olarak bulunmuştur (1). Bertelsen ve Howitz çalışmalarında künt travma nedeniyle kaybedilen 1178 olguda 33 trakeobronşial yaralanmaya rastlamışlardır (2). Rüptür oluşmasında; travma sırasında toraksın ön-arka çapının azalmasına bağlı ana karinada oluşan traksiyon, deselerasyon ve sternumla kolumna vertebralis arasına sıkışan trakea

Şekil 3. Postoperatif PA Akciğer Grafisi



ve bronşlardaki intrabronşial basıncın ani artışı suçlanmaktadır (3,4). Komplet rüptürlerde bronşun distal ucu granülasyon dokusu ile kapanmakta akciğer mukusla dolarak steril olarak kalabilirken, inkomplet rüptürlerde oluşan parsiyel stenoz çoğu zaman tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlara yol açmaktadır (5,6). Klinik olarak hemoptizi, dispne, siyanoz, ciltaltı amfizemi; akciğer grafilerinde pnömotoraks, mediastinal amfizem görülebilmektedir. Olgumuzda bu semptomlar olmamasına rağmen, travma hikayesi ve total atelektazi bulunması bronş rüptüründen şüphelenmemize neden olmuştur. Künt travmaya bağlı olarak gelişen pnömotoraksli olgularda tüp torakostomi ve efektif kapalı sualtı drenajına rağmen ekspansiyon olmayan akciğer ve kesilmeyen massif hava kaçağı bulunduğunda bronş rüptürü ekarte edilmelidir. Hastalığın kesin tanısı bronkoskopi ile konulmaktadır. Bronş rüptürlerinin tedavisinde erken cerrahi girişim uygulanmaktadır (7-10). Cerrahi tedavide absorbabl suture materyalleri ve uç uca anastomoz tercih

edilmelidir (2). Servikal trakea yaralanmalarında transvers servikal insizyon, torasik trakeal yada sağ ana bronş rüptürlerinde sağ posterolateral, sol ana bronş rüptürlerinde sol posterolateral insizyon kullanılmalıdır. Gecikmiş olgularda bronşta komplet rüptür varsa akciğer steril kaldığından aradan uzun süreler geçse bile başarılı reanastomozlar uygulanabilirken, inkomplet rüptürlü olgularda oluşan irreversibl parankim hasarları rezektif cerrahi metodların kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Postoperatif dönemde anastomoz darlığı, fistül ve ampiyem görülebilecek komplikasyonlardır.

Sonuç olarak, künt toraks travmalı olgularda trakeobronşial rüptürden şüphelenmeli, bronkoskopi endikasyonları geniş tutulmalı, tanı konulduğunda erken cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Collins J P, Ketharanthan V, Mc Conchie I. Rupture of major bronchi resulting from closed chest injuries. Thorax 1973; 28: 371-375
2. Hood MR. Injury to the trachea and major bronchi. Thoracic trauma: Philadelphia: WB Saunders Company 1989; 245-266
3. Baumgartner F, Sheppard B, De Virgilio C, Esrig B, Harrier D, Nelson R.J. Tracheal and main bronchial disruptions after blunt chest trauma: Presentation and management. Ann Thorac Surg 1990; 50: 569-574
4. Cohn RH. Nonpenetrating wounds of the lungs and bronchi. Surg Clin N Am 1972; 52:585-588
5. Kirch MM, Orringer MB, Behrendt DM, et al. Management of tracheobronchial disruption secondary to nonpenetrating trauma. Ann Thorac Surg 1976;22:93-101
6. Ökten İ. Bronş rüptürleri. Ankara Tıp Bülteni 1982; 4: 323-326
7. Ökten İ, Paç Mustafa, Başoğlu A, ve ark. Trakeobronşial yaralanmalar. Ankara Tıp Bülteni 1983; 4: 487-491
8. Oto Ö, Açıkel Ü, Tüzün E, ve ark. Genç bir olguda bronş rüptürü onarımı ve tanisal tekniklerde yeni ufuklar. GKDC Dergisi 1997; 5: 292-295
9. Huson H, Sais GJ, Amendola MA. Diagnosis of bronchial rupture with MR imaging. J Magn Reson Imaging 1993;3: 919-20
10. Çetin G, Yüksel M, Hatipođlu A. Toraks travmasından sonra oluşan bronş yaralanmaları ve cerrahi tedavisi. Tüberküloz ve Toraks 1984; 32: 186-188

Yazışma Adresi:

Y.Doç.Dr.Nurettin KARAOĞLANOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum