

## Kesici alet yaralanmasına bağlı trakeal kesi: Olgu sunumu

*A case of tracheal disruption due to a cut injury*

**Erdoğan Dadaş**

Koroğlu Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bolu

Yetmiş beş yaşında kadın hasta, intihar girişimi sonrası boynun ön yüzünde kesi ile acil servise getirildi. Hasta acilen entübe edilerek solunum kontrolü sağlandı ve hemen ameliyata alındı. Ameliyatta servikal trakeal kesi separeprolen dikiş ile tamir edildi. Ameliyat sonrası pozitif basınçlı ventilasyon uygulamasından ve dikiş hattında gerginlik oluşturacak hareketlerden kaçınıldı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta yedinci günde taburcu edildi.

*Anahtar sözcükler:* Trakea/yaralanma/cerrahi; yara, penetran.

Servikal trakeal kesiler nadir görülür. Künt ve kesici boyun yaralanmaları ile ilgili bir çalışmada, kesici trakeal yaralanmaların sıklığı %7.6 olarak bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Künt toraks travması sonrası trakea ve bronş yırtılması sıklığı %3-6'dır. Trakeobronşiyal yaralanmalar yaşamı tehdit edici bir durum oluşturur.<sup>[2]</sup> Hastaların 2/3'ünde solunum sıkıntısı görülür. Bu hastalarda acil hava yolu kontrolü ve uygun cerrahi onarıma ihtiyaç duyulur.<sup>[3]</sup>

### OLGU SUNUMU

Daha önce psikiyatrik sorunları olan 75 yaşında kadın hasta, intihar girişimine bağlı bıçakla boynun ön yüzünde kesi ile acil servise getirildi. Fizik muayenede genel durum kötü, şuuru bulanık olan hastayla kooperasyon kurulamıyordu. Arteriyel kan basıncı 110/60 mmHg, nabız 90/dakika idi. Boynun ön yüzünde tiroid lojunda 12 cm uzunluğunda cilt-ciltaltını tam kat, tiroid her iki lobunu ve istmusu tam kat ve trakeayı birinci kıkırdak düzeyinde ön duvar ve her iki lateral duvarı membranöz trakeaya kadar kesen horizontal düzgün kesi vardı. Kesi yerinden hava giriş çıkışına bağlı hırıltılı solunum, takipne ve kanlı sekresyon vardı. Tiroid bezinden ve kesik trakeadan yer yer kanamalar gözlemlendi (Şekil 1).

A 75-year-old woman was admitted to the emergency unit with anterior neck disruption as a result of a suicide attempt. Immediately, the patient was intubated and respiratory control was restored. At emergency operation, cervical tracheal disruption was repaired using separate prolene sutures. Postoperatively, positive pressure ventilation and activities that would cause tension on the suture line were avoided. After an uneventful postoperative care, the patient was discharged on the seventh day.

*Key words:* Trachea/injuries/surgery; wounds, penetrating.

Hastaya acil olarak 6.5 nolu endotrakeal tüp ile, kesi yerinden kontrol edilerek, entübasyon uygulandı. Acil olarak ameliyata alınan hastanın kanama odakları koagüle edildi. Tiroid bezi ve trakea kesisi dışında damar ve sinir yaralanması olmadığı görüldü. Kesi distalindeki endotrakeal kaf söndürülerek, kesi yerinden sokulan ince bir kanül ile tüpün dışından her iki bronş sistemi aspire edildi, akciğerler temizlendi. Trakea 3-0 prolene separe dikişlerle uç uca anastomoz ile tamir edildi. Tiroid dokusu 2-0 Vikril kullanılarak karşılıklı dikildi. Cilt ve ciltaltı kapatılarak ameliyat tamamlandı. Çene ile sternum kalın bir ipek dikiş ile birbirine yaklaştırılarak boynun aşırı ekstansiyonu ve trakeal dikiş hattında ortaya çıkacak gerilim önlemlendi.

Hasta ekstübe edilerek servise alındı. Oksijen maskesi ile spontan solunum desteği sağlanan hastaya pulse oksimetre ile oksijen saturasyon takibi yapıldı. Ameliyat sonrası birinci gün nazal oksijene geçilen hastanın oksijenasyonu normal seyretti. Hastanın psikiyatri konsültasyonu sağlandı. Ameliyat sonrası dönemde hiçbir hipoksik belirti göstermeyen, komplikasyon gelişmeyen hasta yedinci günde taburcu edildi. Ameliyattan 1.5 ay sonra kontrol amaçlı üçboyutlu trakeal tomografi çekildi. Trakeal lümenin normal kalibrasyonda olduğu, dikiş hattında önemli bir darlık olmadığı görüldü.

*Geliş tarihi:* 20 Temmuz 2006 *Kabul tarihi:* 10 Ağustos 2006

Yazışma adresi: Dr. Erdoğan Dadaş, Malatya Beydağı Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, 44100 Malatya.  
Tel: 0422 - 212 10 10 e-posta: erdogandadas@yahoo.com



Şekil 1. Trakeal kesi ve endotrakeal tüp görülmekte.

## TARTIŞMA

Olgumuzun hastaneye hızlı nakli ve acil orotrakeal entübasyonla hava yolu kontrolünün sağlanması hasta için hayat kurtarıcı oldu. Hastada trakeal hasarı artırmamak için 6.5 numaralı endotrakeal tüp kullanıldı. Boynun ön yüzündeki kollar insizyonu şeklindeki kesi ile ek bir tanışal girişime gerek kalmamıştı. Trakeal kesinin düzgün olması, inkomplet olması ve doku kaybının olmaması nedeniyle doku flebine gereksinim duyulmadı. Absorbe olmaması ve düzgün yüzeye sahip olması nedeniyle, separe dikişlerin kesik uçlar arasında daha iyi bir kapatma sağlayacağı düşünüldüğü için, prolen dikiş materyali tercih edildi. Ameliyat bitiminde hastanın ekstübe edilerek spontan solunuma geçilmesinin, yüksek basınçlı ventilasyonun sakıncaları açısından doğru olduğunu düşünmekteyiz. Zira hastanın ameliyat sonrası dönemde oksijenasyonu açısından sorunu olmamıştır.

Servikal trakeanın travmatik hasarı anatomik özelliklerinden dolayı göreceli olarak nadirdir.<sup>[4]</sup> Trakeobronşiyal yaralanma ile ilişkili travmalara bağlı olarak kaybedilen hastaların otopsi raporları, bu oranın %2.5-3.2 olduğunu göstermektedir.<sup>[3]</sup> Servikal trakeanın tam kesileri tamamen nadirdir.<sup>[4]</sup> Künt ve kesici boyun yaralanmaları ile ilgili bir çalışmada trakeal yaralanmaların, delici-kesici aletlerle yaralanmalarda (%7.6), künt yaralanmalardan daha çok meydana geldiği belirtilmiştir.<sup>[1]</sup> Trakeobronşiyal yaralanmaların gerçek sıklığını tespit etmek zordur. Çünkü hastaların çoğu hastaneye ulaşmadan kaybedilir.<sup>[5]</sup> Bazı yazarlar, trakeal yaralanmaların solunum sıkıntısı, hava yolu devamlılığının sağlanmasının zorluğu ve sıklıkla kafa travması, vasküler yaralanma, spinal yaralanma gibi diğer organ yaralanmalarıyla birlikte olduğu için öldürücü olduğunu bildirmişlerdir.<sup>[4]</sup>

Trakea yaralanmalarına sıklıkla özofagus yaralanması, pnömotoraks ve santral sinir sistemi hasarları eşlik eder.<sup>[4]</sup> Nadiren trakeal travmaya bağlı olarak pnömoperikardiyum geliştiği bildirilmiştir.<sup>[6]</sup>

Trakeo-bronşiyal yaralanmalarda erken tanı, başarılı hava yolu kontrolü ve hızlı cerrahi onarıma ihtiyaç duyulur. Hastaların hemen hemen 2/3'ünde solunum sıkıntısı görülür. Bu hastalar acil hava yolu kontrolüne ihtiyaç duyarlar. Orotrakeal entübasyon en çok kullanılan yöntemdir.<sup>[3]</sup> Ciddi trakeal hasarın varlığında körlemesine trakeal entübasyon girişimi solunum yolundaki hasarı artırabilir. Aynı durum pozitif basınçlı ventilasyon kullanımı için de söz konusudur.<sup>[7]</sup> Yüksek basınçlı ventilasyon yeni dikiş hattında gerilmeye yol açar.<sup>[5]</sup>

Servikal trakeal yaralanmalara çoğunlukla kollar insizyonu ile yaklaşılır.<sup>[3]</sup> Trakea kesilerinde, eğer mümkünse, uç uca anastomoz ile tamir yapılmalıdır.<sup>[4]</sup> Kesici trakeal yaralanmalar çoğunlukla çevre dokunun küçük debridmanı ile primer olarak tamir edilebilir. Çünkü çevre doku hasarı minimaldir. Basit bıçak kesileri hiç debridmana ihtiyaç duymayabilir.<sup>[1]</sup> Erken dönem çalışmalarda, kontamine kesici alet yaralanması olan hastalara, eksplorasyon, debridman ve trakeostomi tüpü uygulanmıştır. Günümüzde bu uygulama terk edilmiş olup debridman ve primer kapatma uygulanmaktadır.<sup>[3]</sup> Trakeal ve özofageal dikiş hatlarının desteklenmesi için omental flep, perikardiyal flep ve pleural flep gibi yöntemler vardır.<sup>[4]</sup> Çevre dokularda minimal hasar ve kontaminasyon gösteren trakeal kesilerde kas flebine gereksinim olmamaktadır. Daha komplike servikal yaralanmalarda ise çevre dokularda rezeksiyon ve rekonstrüksiyona ihtiyaç duyulur.<sup>[1]</sup>

Barış zamanlarında çok nadir olan servikal trakeal yaralanmalar konusunda göğüs cerrahlarının klinik deneyimlerinin sınırlı olduğunu ve bu deneyimimizi meslektaşlarımız ile paylaşmamız gerektiğini düşündük.

## KAYNAKLAR

1. Shragar JB. Tracheal trauma. Chest Surg Clin N [Am] 2003; 13:291-304.
2. Perelman MI, Yıldızeli B. Trakeobronşiyal travma ve komplikasyonları. In: Yüksel M, Kalaycı NG, editörler. Göğüs cerrahisi. İstanbul: Bilmedya Grup; 2001. s. 481-4.
3. Rossbach MM, Johnson SB, Gomez MA, Sako EY, Miller OL, Calhoon JH. Management of major tracheobronchial injuries: a 28-year experience. Ann Thorac Surg 1998;65: 182-6.
4. Hasegawa T, Endo S, Sohara Y, Kamisawa O, Murayama F, Yamaguchi T, et al. Successful surgical treatment of a complete traumatic tracheal disruption. Ann Thorac Surg 1997; 63:1479-80.
5. Dreyfuss D, Jackson RS, Coffin LH, Deane RS, Shinozaki T.

- High-frequency ventilation in the management of tracheal trauma. *J Trauma* 1986;26:287-9.
6. Chitre VV, Prinsley PR, Hashmi SM. Pneumopericardium: an unusual manifestation of blunt tracheal trauma. *J Laryngol Otol* 1997;111:387-8.
7. Brierley JK, Oates J, Bogod DG. Diagnostic and management dilemmas in a patient with tracheal trauma. *Br J Anaesth* 1991;66:724-7.