

# Entübasyon Sonrası Trakeal Rüptür Gelişen Hastanın Perioperatif Yönetimi

## 7. BÖLÜM

Ahmet AKSU<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Trakeal rüptür, morbidite ve mortalite ile olan yüksek ilişkisi nedeniyle önem arz eden, endotrakeal entübasyonun nadir fakat potansiyel olarak ciddi bir komplikasyonudur (1). İyatrojenik trakeal rüptürün, en yaygın sebebi orotrakeal entübasyon olmakla beraber; trakeostomi, bronkoskopi, stent yerleştirilmesi, özofajektomi gibi girişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (2). Orotrakeal entübasyonlar için trakeal rüptür insidansı %0.005, çift lümenli tüp entübasyonlarında %0.05-0.19, perkütan dilatatif trakeotomiler için %0.2-0.7'dir (3,4). Trakeal rüptürde erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Entübasyon sonrası iyatrojenik trakea rüptürünü düşündüren en yaygın belirtiler dispne, hemoptizi, subkutan amfizem, pnömomediastinum ve pnömotoraks olmasına rağmen hasta asemptomatik de olabilir. Bilgisayarlı tomografi (BT) tanı için yararlıdır, ancak tanıyı doğrulamada en önemli araç, lezyonun yerinin ve boyutunun görüntülenmesine izin veren bronkoskopidir (5).

Bu yazıda, endometriozis tanısıyla opere edilen hastada, postoperatif dönemde saptanan trakeal rüptürün tanı, takip ve tedavi süreçlerinin karmaşıklığı ve zorlukları, güncel literatür temelinde tartışılmıştır.

### OLGU

Endometriozis tanısıyla jinekoloji kliniği tarafından eksizyon operasyonu planlanan kırk yaşındaki kadın hasta anestezi polikliniğine başvurdu. Boyu 155 cm, ağırlığı 75 kg olarak ölçülen hastanın, mitral yetmezlik, diabetes mellitus (DM) tanıları bulunuyordu. Oskültasyonda kalp ve akciğer sesleri doğaldı. Hastanın modifiye Mallampati skoru 1 (Yumuşak damak, uvula ve pililer görülebilir) olarak değerlendirildi, kardiyoloji konsültasyonu istendi. Çekilen transtorasik eko-kardiyografi (EKO)'de hastanın ejeksiyon fraksiyonu (EF) %60 ölçülmüş, hafif

<sup>1</sup> Dr. Öğr.Üyesi, Fırat Üniversitesi Tıp Fak. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon AD., aaksu@firat.edu.tr

## SONUÇ

Sonuç olarak; entübasyon sonrası hava yolu yaralanmalarının erken teşhis ve tedavisi morbidite ve mortaliteyi ciddi oranda azaltmaktadır. Erken teşhis ile birlikte agresif mekanik ventilatör yönetimi, fonksiyonel geri dönüşün anahtar noktaları olduğu unutulmamalıdır.

## Teşekkür

Hastanın klinik durumunun ve fotoğraflarının eğitim/yayın/akademik amaçlı kullanılmasına dair yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Hastamıza gösterdiği bu hassasiyet için teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

1. Xu X, Xing N, Chang Y, et al. Tracheal rupture related to endotracheal intubation after thyroid surgery: a case report and systematic review. *International Wound Journal*. 2016; 13(2), 268–271. doi:10.1111/iwj.12291.
2. Miñambres E, Burón J, Ballesteros MA, et al. Tracheal rupture after endotracheal intubation: a literature systematic review. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2009;35(6):1056–1062. doi:10.1016/j.ejcts.2009.01.053.
3. Ceylan KC, Kaya SO, Samancılar O, et al. Intraoperative management of tracheobronchial rupture after double-lumen tube intubation. *Surgery Today*, 2013;43:757–762. doi:10.1007/s00595-012-0315-5.
4. Prokakis C, Koletsis EN, Dedeilias P, et al. Airway trauma: a review on epidemiology, mechanisms of injury, diagnosis and treatment. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 2014;9:117. doi: 10.1186/1749-8090-9-117.
5. Gil T, Warmus J, Włodarczyk J, et al. Iatrogenic injuries to the trachea and main bronchi. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*. 2016;13(2):113-116. doi:10.5114/kitp.2016.61043.
6. Chen EH, Logman ZM, Glass PS, et al. A case of tracheal injury after emergent endotracheal intubation: a review of the literature and causalities. *Anesthesia and Analgesia*. 2001; 93(5): 1270 - 1. doi: 10.1097 / 00000539 - 200111000 - 00047.
7. Marty-Ané CH, Picard E, Jonquet O, et al. Membranous tracheal rupture after endotracheal intubation. *The Annals of Thoracic Surgery*.1995;60(5):1367-71. doi: 10.1016/0003-4975(95)00643-Y.
8. Panagiotopoulos N, Patrini D, Barnard M, et al. Conservative versus surgical management of iatrogenic tracheal rupture. *Medical Principles and Practice*. 2017;26(3):218-220. doi:10.1159/000455859.
9. Paksu MS, Kilinc AA, Asiloglu N, et al. Iatrogenic tracheal rupture in a child, *Pediatric Emergency Care*:2013;29(8):934-938. doi: 10.1097/PEC.0b013e31829ec8a7.
10. Eliçora A, Akgül AG, Topçu S, et al. Management of post-intubation tracheal membrane ruptures. *Archives of Iranian Medicine*. 2016;19(7):491-5.
11. Cardillo G., Carbone L., Carleo F. Tracheal lacerations after endotracheal intubation: a proposed morphological classification to guide non-surgical treatment. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2010;37(3):581–587. doi:10.1016/j.ejcts.2009.07.034.
12. Grewal HS, Dangayach NS, Ahmad U, et al. Treatment of Tracheobronchial Injuries: A Contemporary Review. *Chest*. 2019;155(3):595-604. doi:10.1016/j.chest.2018.07.018.
13. Singh S, Garg A, Lamba N, et al. Anaesthetic management of intraoperative tracheo-bronchial injury. *Respiratory Medicine Case Reports*.2019;29:100970. doi:10.1016/j.rmcr.2019.100970.

14. Bansal T, Hooda S. Anaesthetic management of tracheal tear. *Cumhuriyet Medical Journal*.2012;34: 242-246. doi: /10.7197/1305-0028.1390.
15. Lal AB, Kumar N, Sami KA. Tension pneumoperitoneum from tracheal tear during pharyngolaryngoesophagectomy. *Anesthesia and Analgesia*. 1995;80(2):408-9. doi: 10.1097/00000539-199502000-00034.
16. Sun KO, Airway management for tracheal tear, *British Journal of Anaesthesia*, 1995;74(3):347. doi:10.1093/bja/74.3.347.
17. Lohser J. One-lung ventilation calls for one-lung recruitment. *Anesthesia and Analgesia*.2007;104(1):220.doi:10.1213/01.ane.0000251202.91620.af.