

Bölüm 17

TORAKS TRAVMALARINA YAKLAŞIM

Op. Dr. Merve ŞENGÜL İNAN

Torasik travmalar dünya çapında tüm yaş gruplarında ölümün başlıca sebeplerindendir ve tüm travmatik yaralanmaların %25-50'sini kapsar [1]. TÜİK 2018 yılı verilerine göre, travmalar ülkemizde, 6. en sık ölüm nedenidir [2]. Travmanın sebebi trafik kazaları, iş ve kazaları, yüksekten düşme, deprem gibi doğal afetler, darp, hayvan saldırıları, kesici-delici alet yaralanmaları ve ateşli silah yaralanmaları olabilir. Travma hastasının ilk değerlendirilmesi havayolu, solunum ve dolaşım kontrolü ile başlar. Travmalı hastaları mutlaka tamamiyle soyulmalı ve tam explorasyon sağlanmalıdır.

Toraks travmalarında mortalite esas olarak kalp ve büyük damar yaralanmalarına bağlıdır ve bu hastalar genellikle olay yerinde ve anında kaybedilmektedir. Masif kanama ve solunum yetmezliği ise hastaların ilk 1 saat içinde kaybedilmesine neden olmaktadır. Bu durum her travma hastasının, travmatik toraks yaralanması açısından taranmasını şart hale getirmektedir. Toraksa ait ölümcül yaralanmalarının çoğu zamanında entübasyon ile hızla ventilasyonun sağlanmasıyla, tüp torakostomi, torasentez, perikardiosentez gibi invaziv acil girişimlerle tedavi edilebilir [3].

Toraks travmaları; mekanizmaya göre künt ve penetran toraks travması olarak sınıflandırılır. Toraks travmalarının %70'ini künt, %30'unu penetran yaralanmalar oluşturmaktadır [4,5]. Künt toraks travmaları göğüs cerrahi hekimlerinin acil servislere karşılaştığı en sık travma türünü oluşturmaktadır. Bu travmaların yalnızca %16'sı sadece toraksa izoledir. Künt toraks travmalarına en sık eşlik eden patolojiler Tablo 1'de verilmiştir. Künt travmalar kosta, sternum, klavikula kırıkları, hemotoraks, pnömotoraks, diyafram rüptürleri, kardiak yaralanma, pnömo-mediastinum ve akciğer parankim yaralanması gibi klinik durumlara sebebiyet verebilir. Bunların içinde en çok karşılaşılan bulgu kaburga kırığıdır [3-6].

lanması, bronkovenöz masif hava embolisinin veya bronkoplevral fistülün kontrolü, açık kalp masajı uygulanması ve inen torasik aortanın geçici olarak oklüzyonu amaçlarıyla uygulanmaktadır [21].

Son olarak her travma vakasının adli olgu olduğu unutulmamalı ve tıbbi kayıtlar titizlikle tutulmalıdır [24].

KAYNAKLAR

1. Eray O. Çoklu Travma Hastasına Yaklaşım (Altın Saat). Doğan R, Taştepe İ, Liman ŞT, ed. Travma 1.Baskı, Ankara: MN Medikal & Nobel; 2006: 93-103.
2. Konularına göre istatistikler, ölüm nedeni istatistikleri (2009 ve sonrası), seçilmiş 150 neden ve cinsiyete göre ölümler , Available at: <http://www.tuik.gov.tr>
3. Taviloğlu K. Travma ve Resüsitasyon Kursu Hakkında Genel Bilgiler. Ertekin C, Günay K, Kurtoğlu M, Taviloğlu K. Travma ve Resüsitasyon Kursu, İstanbul: Logos Yayıncılık; 9-14.
4. Soybir GR. Travma Epidemiyolojisi. In: Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R, Kurtoğlu M (eds). Travma. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. 2005, pp. 26-31.
5. Çakan A, Yuncu G, Olgaç G ve arkadaşları. Göğüs travmaları: 987 olgunun analizi. Ulus Travma Derg. 2001; 7: 236-241. Kahraman C, Akçal Y, Emiroğulları N ve arkadaşları. Künt toraks travması. Erciyes Tıp Dergisi. 1995; 17: 318-324.
6. Soysal Ö. Künt göğüs travmaları. In: Yüksel M, Kalaycı G (eds). Göğüs Cerrahisi. İstanbul: Bilmedya Grup. 2001, pp. 447-64.
7. Ciraulo D, Elliott D, Mitchell K, et al. Flail chest as a marker for significant injuries. J Am Coll Surg 1994; 178: 466-70.
8. Yiadom MY, Platz E, Brown DF, Nadel ES. Pneumothorax in a blunt trauma patient. J Emerg Med 2008; 35: 199-20
9. Fry WA, Paape K. Pneumothorax. Shields TW. General Thoracic Surgery, sixth edition, Lippincott, 2005 page 794-805. Ball CG, Wyrzykowski AD, Kirkpatrick AW, Dente CJ, Nicholas JM, Salomone JP et al. Thoracic needle decompression for tension pneumothorax: clinical correlation with catheter length. Can J Surg 2010; 53: 184-8. Şahbaz A, Taviloğlu K. Hayatı tehdit edici travmalara yaklaşım. In: Özmen MM, Özmen V (eds). ACS Cerrahi İlkeler ve Uygulamalar Cilt 2. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri. 2012, pp. 1211-30.
10. Hills MW, Delprado AM, Deane SA. Sternal fractures: associated injuries and management. J Trauma 1993; 35: 55-60. Yüksel M, Laçın T. Travmalı hastaya yaklaşım. In: Yüksel M, Çetin G (eds). Toraks Travmaları. İstanbul: Turgut Yayıncılık A.Ş. 2003, pp. 1-14. Özyurtkan MO, Balcı AE, Çakmak M. Thoracotomy in thoracic injuries: Results from a tertiary referral hospital. Eur J Trauma Emerg Surg 2010; 36: 233-9. Richardson JD, Adams L, Flint LM. Selective management of flail chest and pulmonary contusion. Ann Surg 1982; 196: 481-87. Cohn SM, Dubose JJ. Pulmonary contusion: An update on recent advances in clinical management. World J Surg 2010; 34: 1959-70. Altınok T. Akciğer yaralanmaları. Toraks Cerrahisi Bülteni 2010; 1: 55-9. Özyurtkan MO, Kılıç M, Balcı AE. Trakeya penetran saçma yaralanması: Olgu sunumu. Fırat Med J 2013; 18: 188-90. Shah R, Sabanathan S, Mearns AJ, Choudhury AK. Traumatic rupture of diaphragm. Ann Thorac Surg 1995; 60: 144-9.
11. Seamon MJ et al. An evidence-based approach to patient selection for emergency department thoracotomy: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2015; 79: 159-173.
12. Jobe J, Ghuyssen A, Hartstein G, D'Orio V. A fatal case of Perthes syndrome. J Emerg Trauma Shock 2013; 6: 296-7.
13. Çelik B, Öztürk D, Gürz S. Travmatik asfiksi. J Exp Clin Med 2012; 29: 163-5. Çolak B. Toraks travmasının adli yönü. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 2010; 1: 1-11.