

TRAKEA DARLIĞI

30. BÖLÜM

Suphi AYDIN¹

Giriş

Trakea erişkinde yaklaşık 12-13 cm uzunluğunda, krikoid kıkırdaktan karinaya kadar uzanan, 2,5 cm çapında tüp şeklinde, ventilasyondan ve bronşial sekresyonların atılımından sorumlu organdır. Trakea lümeninin %50 ve üzerinde daralması trakeal darlık olarak kabul edilir. Trakeal darlık olgularında endotrakeal entübasyon ve trakea cerrahisi hikayesi öncelikli düşünülmesi ve sorgulanması gereken durumlardır. Bu hastalarda tipik olarak hava açlığı ve stridor tespit edilir. Kliniği ciddi seyredebilir ve acil şartlarda trakeostomi açılması, dilatasyon amaçlı rijit bronkoskopi yapılması gerekebilir. Bu bölümde trakea darlığının etiyojisi, trakea darlığı olan hastaya yaklaşım ve tedavi yöntemlerini değerlendireceğiz.

Trakea Darlığının Semptom ve Bulguları

Trakea darlığı sebebiyle acil servise başvuran hastalarda görülen en sık semptom dispnedir. Dispneye hiperkapni, hipoksi, tekrarlayan öksürük ve boğulma hissi eşlik eder. Siyanoz ve hemoptizi gözlenebilir. Siyanoz genellikle dispneye eşlik eder. Bu hastalarda dispne ve siyanoza neden olabilen diğer pulmoner, hematolojik ve vasküler patolojiler hızla gözden geçirilmelidir. Trakea darlığı ile gelen hastalarda mortalite oranı

yüksektir ve acil serviste hızlı müdahale etmek gerekebilir.

Dispne

Akciğer patolojisi olan hastaların acil servise başvurularında gözlenen en önemli ve en sık semptom dispnedir ⁽¹⁾. Trakea darlığı, pnömotoraks, pnömoni, pulmoner emboli (PE), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), sol kalp yetmezliği (KY), serebrovasküler olaylar, frenik sinir paralizileri dispneye sebep olan diğer patolojilerdir. Ayrıca plevral patolojiler, akut solunum zorluğu sendromu (ARDS), masif assit ve anksiyete bozukluklarında da görülebilmektedir ⁽¹⁾.

Trakea darlığında hastanın hikayesi önemlidir. Uzun süreli endotrakeal entübasyon, trakeostomi, kanser hikayesi, yoğun bakım geçmişi mutlaka sorgulanmalıdır. Trakea darlığı kronik bir süreç sonrası meydana gelmektedir. Dispne ile birlikte hiperventilasyon, hiperkapni de görülebilir.

Hemoptizi

Hemoptizi bronş veya akciğer kaynaklı kan tükürme olarak tarif edilir ve yakın takip gerektirir ⁽²⁾. Genellikle 24 saatte 100 ml'den fazla kanamanın olması veya tek başına çok miktarda kan ekspektore edilmesi masif hemoptizi olarak tanımlanır. Buna rağmen evrensel kabul gören standart bir

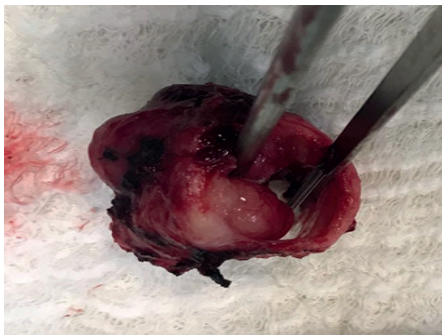
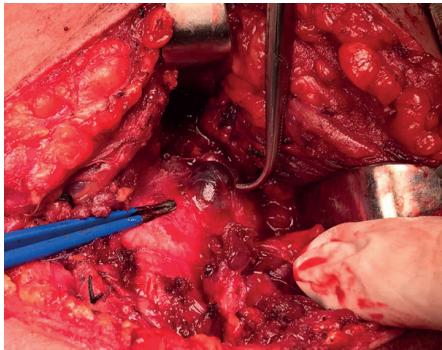
¹ Dr. Öğr. Üyesi Suphi Aydın / Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, dr_suphi@hotmail.com

me, yabancı cisim reaksiyonun fazla görülmesine bağlı zorlukları mevcuttur. Trakeanın benign lezyonlarında cerrahi iyi sonuçlar vermektedir, malign lezyonlarında ise palyatif ya da küratif yapılan rezeksiyonlar sonrası hastanın yaşam şansı ve kalitesi artmaktadır (34).

Cerrahi sonrası komplikasyonlar nadir görülmekle birlikte son derece mortal seyreder. Görülebilen en önemli komplikasyonlar; anastomoz ayrılması, anastomoz hattında granülasyon dokusu gelişimi, rekürren laringeal sinir paralizi, trakeoözofageal ve trakeoinnominate fistül gelişimidir (35).

Sonuç

Trakea darlıkları nadir görülmesine rağmen, ağır bir klinikle seyreder ve acil servise gelen hastalarda hava yolu açıklığının sağlanması hayati öneme sahiptir. Bu hastalar stabil hale getirildikten sonra etiyoloji saptanmalı ve operabl hastalar için cerrahi planlanmalıdır. Postentübasyon darlıklarında ve trakea tümörlerine bağlı darlıklarda segmental trakea rezeksiyonu tercih edilmesi gereken tedavi yöntemidir (36) (Şekil 7).



Şekil 7: Trakea tümörünün cerrahi rezeksiyonu

Kaynaklar

1. Braithwaite S, Perina D. Dyspnea. Marx: Rosen's Emergency Medicine: Concept and Clinical Practice, 5th ed. Mosby. 2002;155-162.
2. Jeudy J, Khan AR, Mohammed TL, et al. ACR. Appropriateness Criteria hemoptysis. J Thorac Imaging 2010;25: W67-9.
3. Ibrahim, WH. Massive haemoptysis: the definition should be revised. Eur Respir J 2008; 32:1131-2.
4. Lordan JL, Gascoigne A, Corris PA. The pulmonary physician in critical care. Illustrative case 7: Assessment and management of massive haemoptysis. Thorax 2003;58: 814-9.
5. Chun JY, Morgan R, Belli AM. Radiological management of hemoptysis: a comprehensive review of diagnostic imaging and bronchial arterial embolization. Cardiovasc Intervent Radiol 2010; 33:240-50.
6. Metin B, Yıldırım Ş, İntepe Y.S, Erkoç M.F, "Hemoptizi ve Genel Yaklaşım", DOI:10.5152/tcb.2014.031
7. Cooper JD, Grillo HC. The evolution of tracheal injury due to ventilatory assistance through cuffed tubes: a pathologic study. Ann Surg 1969; 169:334-48.
8. Cotton RT. Prevention and management of laryngeal stenosis in infants and children. J Pediatr Surg 1985; 20:845-51.
9. Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ, Wain JC, Wright CD. Postintubation tracheal stenosis: Treatment and results. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 109:486-92.
10. Stauffer JL, Olson DE, Petty TL. Complications and consequences of endotracheal intubation and tracheotomy. A prospective study of 150 critically ill adult patients. Am J Med 1981; 70:65-76.
11. Dumanlı A, Gencer A, User N.N, Bucak A, Günay E, Öz G. Total cervical tracheal rupture following blunt trauma. Tuberk Toraks 2018;66(4):345-348, Doi: 10.5578/tt.67717.
12. Andrews MI, Pearson FG. The incidence and pathogenesis of tracheal injury following cuffed tube tracheostomy with assisted ventilation: an analysis of a two year prospective study. Ann Surg 1971; 173:249-63.
13. Selçuk B. "Tüberkülozda Radyolojik Tanı", 21. Yüz yılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu, Samsun, 11-12.06.2003.
14. H. A. Gaissert, H. C. Grillo, C. D. Wright, D. M. Donahue, J. C. Wain, and D. J. Mathisen, "Complication of benign tracheobronchial strictures by self-expanding metal stents," J. Thorac. Cardiovasc. Surg., vol. 126, no. 3, pp. 744-747, 2003.
15. Türüt H, Çınarka H, "Kronik Mediastinit", Tur-

- kiye Klinikleri J Thor Surg-Special Topics. 2012;5(1):250-4
16. Özdiğer A. Trakeobronşiyal Yaralanmalar. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni, Cilt: 1 • Sayı: 1 • Ocak 2010
 17. J. A. Moylan and C.-K. Chan, "Inhalation injury an increasing problem" Ann. Surg., vol. 188, no. 1, p. 34, 1978.
 18. Doğan C, Cömert S.S, Diktaş S, Fidan A, Torun E, Çağlayan B, "Nadir Bir Trakeal Stenoz Nedeni: Wegener Granulomatosis", İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt XXVI, Sayı 1, 2012.
 19. P. T. Stenosis and V. Rings, "Çocuklarda trakeal stenoz ve vasküler halkalar," pp. 220–232, 2012.
 20. Wain JC: Postintubation tracheal stenosis. Chest surgery clinics of North America 2003;13: 231-246.
 21. P. Herrera, C. Caldarone, V. Forte, P. Campisi, H. Holtby, P. Chait, P. Chiu, P. Cox, S.-J. Yoo, and D. Manson, "The current state of congenital tracheal stenosis," Pediatr. Surg. Int., vol. 23, no. 11, pp. 1033–1044, 2007.
 22. Honings J, van Dijk JA, Verhagen AF, et al. Incidence and treatment of tracheal cancer: a nationwide study in the Netherlands. Ann Surg Oncol 2007; 14:968.
 23. Desai DP, Holinger LD, Gonzalez-Crussi F. Tracheal neoplasms in children. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998; 107:790.
 24. Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehr MB, et al. Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina. Ann Thorac Surg 2004; 78:1889.
 25. Erbil Y, Bozboru A, Barbaros U, et al. Surgical management of substernal goiters: clinical experience of 170 cases. Surg Today 2004;34(9):732-6.
 26. Rios A, Rodriguez JM, Galindo PJ, et al. Results of surgical treatment in multinodular goiter with an intrathoracic component. Surg Today 2008;38(6):48794.
 27. Abboud B, Sleilaty G, Mallak N, Abou Zeid H, Tabchy B. Morbidity and mortality of thyroidectomy for substernal goiter. Head Neck 2010;32(6):744-9.
 28. Sade RM, Rosenthal A, Fellows K, Castaneda AR. Pulmonary artery sling. J Thorac Cardiovasc Surg 1975; 69:333-46.
 29. Yörük Y, Sunar H, Yalçinkaya S, Akkuş M. Postpnömonektomi Sendromu. GKDC Dergisi 1999; 7: 67-69.
 30. Weisler MC, Couch ME. Trakeotomi ve entübasyon. In: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD editors. Head & Neck Surgery – Otolaryngology. 4th ed. Ankara: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p 785-801.
 31. Walsh ME, Shorten GD. Preparing to perform an awake fiberoptic intubation. Yale J Biol Med. 1998; 71:537-549.
 32. Goldenberg D, Bhatti N. Erişkinlerde yetersiz havayolunun kontrolü. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, Schuller DE, Thomas JR editors. Cummings Otolaryngology-Head & Neck Surgery. 4th ed. Ankara: Elsevier Mosby; 2007. p 2441-2453.
 33. Kaya S, Endobronşiyal Girişimlerde Elektrokoter, Argon Plazma Koagülasyon, Lazer ve Kriyo Uygulamaları, Toraks Cerrahisi Bülteni 2017; 10: 14-32, DOI: 10.5578/tcb.2017.018.
 34. Sırmalı M, Kaya S, Taştepe İ, Türüt H, Gülhan E, Gezer S, Topçu S, Çetin G. Trakea cerrahisi uygulanan 56 olgunun analizi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2006;14(4):299-303
 35. M. Sayan, İ. C. Kurul, and A. İ. Taştepe, "Trakea Rezeksiyonu ve Rekonstrüksiyonu," J. Clin. Anal. Med., pp. 98–102, 2010.
 36. Akgül A. G, Batırel H.F, Yüksel M. Trakeal Patolojilerde Cerrahi. Maltepe Tıp Dergisi/ Maltepe Medical Journal, Cilt:2 Sayı:2 Ekim 2010.