

GÖĞÜS TRAVMASI VE PNÖMOTORAKS TEDAVİSİNDE İĞNE VE TÜP TORAKOSTOMİ

İrem DOĞAN¹

GİRİŞ

Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre göğüs travmaları, tüm travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık %35'inden sorumludur. Bu yaralanmalar geniş bir spektrumu kapsar ve hem yüksek morbidite hem de yüksek mortalite ile ilişkilidir. Çoklu travma ile başvuran hastalarda, göğüs travması; abdominal ve kafa travmalarından sonra üçüncü en sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkar. Ayrıca, göğüs duvarı travmaları, travma nedeniyle hastaneye yatırılan olguların yaklaşık %10'unu oluşturur (1,2).

Göğüs travmalarının önemli bir kısmında, pnömotoraks gelişimi hayatı tehdit edici komplikasyonlardan biridir. Özellikle tansiyon pnömotoraks, hızlı tanı ve acil müdahale gerektiren, aksi takdirde dakikalar içinde kardiyorespiratuvar kollapşa yol açabilen bir durumdur. Bu nedenle, acil serviste görev yapan hekimlerin ve travma ekibinin, pnömotoraksın klinik bulgularını hızla tanıyabilmesi ve doğru tedavi yöntemlerini uygulayabilmesi hayati öneme sahiptir. İğne torakostomi, tansiyon pnömotoraksta yaşam kurtarıcı geçici bir girişim iken; tüp torakostomi, hem travmatik pnömotoraks hem de hemotoraks tedavisinde altın standart kabul edilen kesin yöntemdir (3).

Bu bölümde, göğüs travması sonrası pnömotoraksın patofizyolojisi, tanısal yaklaşımlar, iğne ve tüp torakostomi teknikleri, endikasyonları ve olası komplikasyonları güncel kılavuzlar eşliğinde ele alınacaktır.

GÖĞÜS TRAVMALARINA GENEL BAKIŞ

Göğüs travmaları basit kaburga kırıkları veya akciğer kontüzyonları gibi nispeten hafif yaralanmalardan, tansiyon pnömotoraks, masif hemotoraks ve kardiyak tamponad gibi

¹ Uzm. Dr. Hamad General Hospital, Doha, Katar, idogan@hamad.qa, ORCID iD: 0009-0006-5637-6607

- Güncel kanıtlar, daha küçük tüplerin seçilmiş hastalarda güvenle kullanılabileceğini ortaya koymakla birlikte, ciddi hemotoraks ve persistan hava kaçağında geniş lümenli tüpler hâlen altın standarttır.

Teşekkürler

Şekillerin hazırlanmasına katkısından dolayı Uzm. Dr. Büşra Uçar'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Tintinalli JE, Stapczynski J, Ma O, Cline D, Meckler G, Yealy DM, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2020.
2. Meredith JW, Hoth JJ. Thoracic trauma: when and how to intervene. Surg Clin North Am. 2007;87(1):95-118.
3. Walls RM, Hwang ES, Murphy MF, editors. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
4. Karunarathna I, Bandara S, Godage S, Rodrigo PN, Jayawardana A, Vidanagama U, et al. Thoracic trauma: a comprehensive review of diagnosis and management. Uva Clin Anaesth Intensive Care. 2025; (Cardio Thoracic Surgery and Anaesthesia / Thoracic Trauma). ISSN 2827-7198.
5. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS®): Student Course Manual. 10th ed. Chicago (IL): American College of Surgeons; 2018.
6. Becker L, Owyang CG, Renne BC. Thoracic trauma. In: Shah K, Lee J, editors. Practical Emergency Resuscitation and Critical Care. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 538-51.
7. Demetriades D, Talving P, Chudnofsky CR, Benjamin ER, editors. Thoracic injury. In: Color Atlas of Emergency Trauma. Cambridge: Cambridge University Press; 2021. p. 70-101.
8. Singh M, Kim D. Pulmonary trauma. In: Koyfman A, Long B, editors. The Emergency Medicine Trauma Handbook. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p. 175-92.
9. Clemency BM, Tanski CT, Rosenberg M, May PR, Consiglio JD, Lindstrom HA. Sufficient catheter length for pneumothorax needle decompression: a meta-analysis. Prehosp Disaster Med. 2015;30(3):249-53. doi:10.1017/S1049023X15004653. PMID:25857267.
10. Tran J, Haussner W, Shah K. Traumatic pneumothorax: a review of current diagnostic practices and evolving management. J Emerg Med. 2021;61(5):517-28.
11. Santos C, Gupta S, Baraket M, Collett PJ, Xuan W, Williamson JP. Outcomes of an initiative to improve inpatient safety of small bore thoracostomy tube insertion. Intern Med J. 2019;49(5):644-9.
12. Bou Zein Eddine S, Boyle KA, Dodgion CM, Davis CS, Webb TP, Juern JS, et al. Observing pneumothoraces: the 35-millimeter rule is safe for both blunt and penetrating chest trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2019;86(4):557-64.
13. Anderson D, Chen SA, Godoy LA, Brown LM, Cooke DT. Comprehensive review of chest tube management: a review. JAMA Surg. 2022;157(3):269-74.
14. Fong C, Tan CWC, Tan DKY, See KC. Safety of thoracentesis and tube thoracostomy in patients with uncorrected coagulopathy: a systematic review and meta-analysis. Chest. 2021;160(5):1875-89.
15. Cooke DT, David EA. Large-bore and small-bore chest tubes: types, function, and placement.

- Thorac Surg Clin. 2013;23(1):17-24. doi: 10.1016/j.thorsurg.2012.10.006. PMID:23206714.
16. Filosso PL, Guerrera F, Sandri A, Roffinella M, Solidoro P, Ruffini E, et al. Errors and complications in chest tube placement. Thorac Surg Clin. 2017;27(1):57-67. doi: 10.1016/j.thorsurg.2016.08.009. PMID:27865328.
 17. Allen BR, Ganti L. Chest tube thoracostomy. In: Ganti L, editor. Atlas of Emergency Medicine Procedures. Cham: Springer; 2016. doi:10.1007/978-1-4939-2507-0_23.
 18. Yenigün BM, Yüksel C. Göğüs tüpü yerleştirilmesi [Chest tube insertion]. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2018;6(2):196-201.
 19. Venuta F, Diso D, Anile M, Rendina EA, Onorati I. Chest tubes: generalities. Thorac Surg Clin. 2017;27(1):1-5.