

GENEL VÜCUT TRAVMASINA BAĞLI GEÇ TANI ALAN BİR APİKAL ATELEKTAZİ OLGUSU

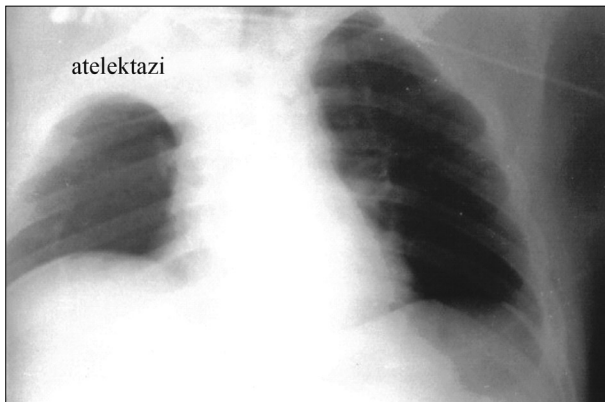
Sayın Editör,

Genel vücut travması hızlı ve dikkatli bir ön inceleme yapılmadığında temel problemin gözden kaçırıldığı ve hasta kaybına neden olabilen, bütün sistemleri ilgilendiren bir durumdur. Bunun yanında birçok önemli sorun da hastanın izlemi sırasında ortaya çıkmakta ve geç fark edilerek mortalite ve morbiditeyi artırabilmektedir. Kosta kırıkları çoğu zaman hasta ilk başvurduğunda radyolojik olarak tanınabilirken, pulmoner kontüzyonlar sıklıkla en erken başvurudan 24 saat sonra tanı alabilmektedir (1). Genel vücut travması geçiren hastaların bir çoğu erken dönemde genel anestezi almak zorunda kalmakta, bu durumda özellikle torasik travmaya bağlı solunum sistemi sorunları daha da artmaktadır. Genel anestezi boyunca uygulanan volatil anestezikler içinde oksijen fraksiyonu artmış olmasına rağmen bazen hipoksemi gelişebilir. Bunun en önemli nedeni atelektazi sonucu oluşan şantlardır (2). Bu mektup ile geç tanı alan bir apikal atelektazi olgusunu sizinle paylaşmayı istedik.

35 yaşındaki erkek hasta genel vücut travması nedeniyle hastanemiz acil polikliniğine başvurdu. Genel durumu iyi, bilinci açık, solunumu düzenli ve solunum sesleri normaldi. Kan basıncı 130/80 mmHg, kalp hızı 90 dak⁻¹ idi. Çekilen grafilerinde sağ femur shaft kırığı ile birlikte sağ 3. ve 4. kosta kırıkları saptandı. Acil operasyon planlanan hastaya antibiyotik ve tetanoz profilaksisi uygulandı. Preoperatif SpO₂ %98, TA 140/80 mmHg, kalp hızı 90 dak⁻¹ idi. Karaciğer fonksiyon testlerinin sınırda yüksek olması nedeniyle total intravenöz anestezi uygulaması planlandı. Anestezi idüksiyonunda propofol, fentanil, vekuronyum; idamede ise oksijen içinde %50 azot protoksit ile propofol infüzyonu kullanıldı. Üç saat-

lik operasyonun sonunda anestezik ajanların kesilmesi ve yeterli kas tonusunun sağlanmasına karşın hasta hızla desatüre olduğu için ekstübe edilemedi. Mekanik ventilatörde izlenmek üzere Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edildiğinde TA 110/70 mmHg, kalp hızı 90 dak⁻¹, SpO₂ %98 idi. Spontan solunumu yetersiz olan hasta mekanik ventilatörün SİMV modunda 5 mmHg PEEP uygulanarak takip edilirken ilk arter kan gazı değerleri; pH 7.40, pO₂ 120 mmHg, pCO₂ 34.8 mmHg, SpO₂ %99, BE -2.9, HCO₃ 21.1 olarak saptandı. Kontrol akciğer grafisinde, operasyon öncesi görülmeyen sağ apikal atelektazi saptandı. Bunun üzerine çekilen torakal tomografisinde de sağ üst lobda atelektazi doğrulandı. Nedeninin ortaya çıkarılması için yatak başı fiberoptik bronkoskopi yapıldı, ancak atelektaziyi açıklayabilecek bir patolojiye rastlanmadı. Girişim sonrası çekilen kontrol akciğer grafisinde atelektazide düzelme gözlenmezken, bronkoskopi sonrası 17. saatteki grafide ise atelektazinin tamamen açıldığı saptandı. Ameliyat sonrası 48. saatte spontan solunumu ve tidal volümü yeterli olan hasta ekstübe edildi. Vital bulguları ve diğer laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. 72. saatte hiçbir ek sorunu olmayan hasta ortopedi servisine devredildi.

Anestezi sırasında travma olmaksızın da özellikle pozisyona bağlı atelektazi olguları bildirilmiştir. Bu tablonun tanı ve tedavisinde bronkoskopinin yeri önemlidir, akciğerlerin erken ve hızlı ekspansiyonuna katkısı olduğu bilinmektedir (3). Ameliyat sonrasında ortaya çıkabilecek atelektaziler genellikle pozisyona bağlı olarak akciğerlerin alt loblarında görülür ve çoğu zaman pozitif basınçlı ventilasyonla ilk 36 saatte açılır (4,5). Hastamız



Şekil 1: Sağ üst lob atelektezisi



Şekil 2: Ekstübasyon sonrası

üç saat boyunca supin pozisyonda izlendikten sonra, operasyonun sonunda ekstübe edilmeye çalışılırken hızla desatüre olması nedeniyle yapılan incelemede akciğer grafisinde beklenenin aksine sağ üst lobda atelektazi saptanmış, çekilen torakal tomografi ile de tanı desteklenmiştir. Pivalizza ve ark (3) bir olgu nedeniyle özellikle atelektazide bronkoskopinin tanı ve tedavideki yerine değinmişler, Samuels ve ark (6) da travma sonrası intraoperatif mukus tıkaçlara ikincil gelişen bir atelektazi olgusu tanımlamışlardır. Bildirilen atelektazilerin çoğu alt lob atelektazileri olmasına karşılık bizim olgumuzda beklenenin aksine atelektazi sağ üst lobda görülmüştür. İlk 24 saatte mekanik ventilasyona rağmen atelektazinin açılmaması üzerine yapılan bronkoskopide mukus tıkaçlara rastlanmamış ve bronkoskopi sorunsuz sonuçlanmıştır. Bu nedenle, atelektazinin operasyon öncesinde var olan kosta kırıklarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Özellikle atelektazinin yerinin postoperatif ve travma sonrasında görülen atelektazilerden farklı oluşu künt toraks travmasına dikkat çekmiştir. Bu da bize travma hastalarında ilk başvuru sırasında solunum sistemiyle ilgili hiç problem olmasa da operasyon sonrasında ve izleyen günlerde beklenmeyen sorunların ortaya çıkabileceğini göstermiştir.

Sonuç olarak, özellikle genel vücut travması nedeniyle başvuran hastalarda solunum sistemiyle ilgili tanı konamamış olayların meydana gelebileceği göz önünde bulundurulmalı, ekstübasyonda ve postoperatif dönemde yakından izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Pape HC, Remmers D, Rice J, Ebisch M, Krettek C, Tscherne H. Appraisal of early evaluation of blunt chest trauma: development of a standardized scoring system for initial clinical decision making. J Trauma 2000; 49: 496-504.
2. Hedenstierna G. Atelectasis formation and gas exchange impairment during anaesthesia. Monaldi Arch Chest Dis 1994; 49: 315-22.
3. Pivalizza EG, Tonnesen AS. Acute life-threatening intraoperative atelectasis. Can J Anaesth 1994; 41: 857-60.
4. Baraka A, Moghrabi R, Yazigi A. Unilateral pulmonary oedema/atelectasis in the lateral decubitus position. Anaesthesia 1987; 42: 171-4.
5. Klingstedt C, Hedenstierna G, Lundquist H, Strandberg A, Tokics L, Brismar B. The influence of body position and differential ventilation on lung dimensions and atelectasis formation in anaesthetized man. Acta Anaesthesiol Scand 1990; 34: 315-22.
6. Samuels SI, Brodsky JB. Profound intraoperative atelectasis. Br J Anaesth 1989; 62: 216-8.

Heves KARAGÖZ

Elif BAŞGÜL

Varol ÇELİKER

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Sıhhiye-Ankara 06100
E-posta: aheves@hotmail.com