

Torakotomi ve Pulmoner Rezeksiyon Gerektiren Türban İğnesi Aspirasyonu

Scarf pin aspirations that required thoracotomy and pulmonary resection

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010;10(2):82-85

Yunsur ÇEVİK,¹ Murat DAŞ,¹ Asliddin AHMEDALİ,¹ Erkan BALKAN,² Ferhat İÇME¹

Atatürk Eđitim ve Arařtırma Hastanesi,
¹Acil Tıp Kliniđi, ²Gđs Cerrahisi Kliniđi,
Ankara

ÖZET

Trakeobronşiyal sisteme yabancı cisim aspirasyonları en fazla çocukluk çağında ve ikinci sıklıkla da geriatrik popülasyonda görülmektedir. Genç yetişkinlerde yabancı cisim aspirasyonu ise oldukça nadirdir. Ancak son yıllarda türban kullanımının artmasıyla ülkemizde genç yaş gruplarında trakeobronşiyal sisteme iğne aspirasyonu olguları daha sık bildirilmektedir. Bu iğneler genellikle bronkoskopi ile çıkarılmakla birlikte, literatürde iğne aspirasyonu sonrası torakotomi uygulanan az sayıda olguya da rastlanmaktadır. Bu yazıda, türban iğnesi aspirasyonu sonrası acil servise başvuran, başarısız bronkoskopi girişimi sonrası torakotomi ve alt lob rezeksiyonu uygulanan 27 yaşında bir kadın olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Acil servis; torakotomi; türban iğnesi; yabancı cisim aspirasyonu.

SUMMARY

Tracheobronchial foreign body aspiration occurs most frequently in childhood followed by the geriatric population. Foreign body aspiration is rare in young adults, however in recent years tracheobronchial scarf pin aspirations are reported frequently in young adults as scarf becomes more popular in our country. Aspirated pins are generally removed by bronchoscopy but there is limited number of cases that thoracotomy was performed after the aspiration. We aimed to present a twenty-seven year old female patient who was admitted to our emergency department after aspiration of a scarf pin and underwent thoracotomy and inferior lobe resection after an unsuccessful bronchoscopy attempt.

Key words: Emergency department; thoracotomy; scarf pin; foreign body aspiration.

İletişim

Dr. Yunsur ÇEVİK

Atatrk Eđitim ve Arařtırma Hastanesi,
Acil Tıp Kliniđi,
06800 Bilkent/Ankara, Turkey.

Tel: +90 - 312 - 291 25 25 / 3261

Elektronik posta: yunsurcevik@yahoo.com

Giriş

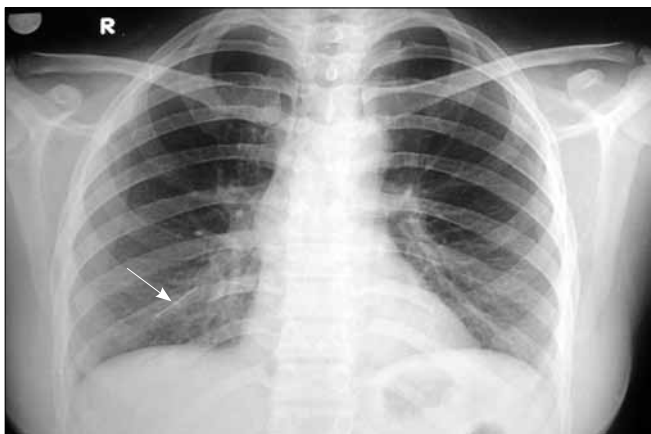
Yabancı cisim aspirasyonu çoğunlukla küçük yaşta çocuklarda^[1] ve altta yatan tıbbi problemleri olan yaşlılarda^[2] görülmektedir. Ancak nadir olarak genç yetişkinlerde yabancı cisim aspirasyonları meydana gelmekte, hatta ölümlü bile sonuçlanabilmektedir.^[3,4] Ekmek ve tohum gibi organik maddeler en sık aspire edilen yabancı cisimlerdir. Çocukluk çağında boncuk, iğne, pil, küçük oyuncak parçaları veya kalem kapağı, silgi gibi okul malzemeleri de sıkça aspire edilmektedir.^[5,6] Türban iğnesi aspirasyonu, nadir bir acil servis başvuru nedeni olmakla birlikte, son yıllarda daha sık bildirilmektedir.^[4,6,7]

Trakeobronşial sistemdeki yabancı cisimler genellikle fleksibl veya rijit bronkoskop ile başarılı bir şekilde çıkarılabilir.^[6] Ancak nadiren derin yerleşimli yabancı cisimlerin yerinin bulunması ve tedavileri bronkoskopi ile sonuçlandırılmaz ve torakotomi yapılması gerekebilir.^[3] Literatürde iğne aspirasyonu sonrası torakotomi uygulanan az sayıda olguya rastlanmaktadır.

Bu yazıda, türban iğnesi aspirasyonu sonucu acil servise başvuran ve iğnenin çıkarılması için torakotomi ve lobektomi gerekliliği doğan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Yirmi yedi yaşında kadın, soluk borusuna türban iğnesi kaçtığını ifade ederek acil servisimize başvurdu. Başörtüsünü düzeltmek için iğneyi dudakları arasında tutarken hapşırıldığını ve bu sırada iğnenin soluk borusuna kaçtığını belirtti. Hastanın aspirasyon sonrası yaşadığı öksürük periyodunu takiben gelişen nefes alıp verirken göğsünde



Şekil 1. Hastanın arka-ön akciğer grafisinde sağ akciğer alt lob bronşuna uyan bölgede yabancı cisim görülmektedir (beyaz ok).

batma hissi dışında başka bir şikâyeti yoktu. Acil serviste yapılan ilk değerlendirmede, genel durumu iyi, şuuru açık, oryante ve koopere idi. Kan basıncı 120/70 mmHg, nabız 83 atım/dakika ve solunum sayısı 25 soluk/dakika, oda havasında oksijen saturasyonu %95 olarak tespit edildi. Hastanın arka-ön akciğer grafisinde sağ akciğer alt lob bronşuna uyan bölgede yabancı cisim saptandı (Şekil 1). Yabancı cismin yerleşimini daha iyi tespit edebilmek ve eşlik eden ek yaralanmalar olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla kontrastsız bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi. Türban iğnesinin sağ akciğer alt lobuna yerleştiği, ayrıca bronşiektazi veya volüm azalması olmadığı tespit edildi (Şekil 2). Acil bronkoskopiye alınan hastaya genel anestezi altında rijit bronkoskopi uygulandı, ancak segment bronş ağızlarına kadar yapılan incelemede yabancı cisim görülemedi. Bunun üzerine hastaya acil torakotomi uygulandı. Sağ torakotomi ile eksplorasyonda, skopi altında parankim içinde yabancı cisim palpe edilmeye çalışıldı, ancak yabancı cisme ulaşılamadı. Bunun üzerine sağ alt lobektomi uygulandı. Lobektomi materyalinde türban iğnesi bulundu. Hasta, sağ hemitoraksa göğüs tüpü takılarak göğüs cerrahisi yoğun bakım ünitesine alındı. Ameliyat sonrası ikinci günde hava kaçağı kesilen ve akciğerde tam ekspansiyon sağlanan hastanın toraks tüpü çekildi, göğüs cerrahisi kliniğinde takibe alındı. Hasta acil servise başvurusunun beşinci gününde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Yabancı cisim aspirasyonları yaş, cinsiyet, meslek, kültürel hayat, sosyo-ekonomik durum ve geleneklerle yakından ilgilidir.^[3,5] Yabancı cisim aspirasyonlarının %75'den



Şekil 2. Bilgisayarlı toraks tomografisi görünümü (yabancı cisim siyah okla işaretlenmiştir).

fazlasının 0-3 yaş grubu çocuklarda meydana geldiği bildirilmiştir.^[7,8] Bu yaş grubunun objeleri tanımak için sıklıkla ağızlarına götürmesi ve koordinasyonlarının tam olarak gelişmemiş olması aspirasyonun en önemli nedeni olarak görülmektedir. Yaşlı popülasyonda ise santral sinir sistemi hastalıkları gibi koruyucu hava yolu reflekslerini yetersiz kılan durumlardan dolayı yabancı cisim aspirasyonları sık görülmektedir.^[9] Genç yetişkinlerde yabancı cisim aspirasyonu oldukça nadir olup aspire edilen cisimler genellikle kemik parçaları veya yiyecek maddeleri olmaktadır.^[6] Ancak son yıllarda İslam ülkelerinde türban kullanımının sıklığı arttıkça türban iğnesi aspirasyonlarının sayısı da artmaya başlamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda genç yetişkinlerdeki yabancı cisim aspirasyonları içerisinde türban iğnesi aspirasyonunun ilk sırayı alması bunu desteklemektedir.^[5,8] Özellikle yeni türban kullanmaya başlayan küçük yaşta kız çocuklarında aspirasyonların fazla sayıda olması onların bazı manevraları yapmadaki tecrübesizliğiyle ilişkilendirilmiştir.^[5,9] Türban iğnesi sadece kullananlarda değil, ailenin çocuklarında da bir aspirasyon objesi olabilmektedir. Dayıoğlu ve ark. türban iğnesi aspirasyonları konusunda yaptıkları çalışmada, ortamda buldukları iğneleri aspire eden 18 ay ile 2 yaş arasında 4 olgu bildirmiştir.^[10]

Türban kullanan kadınların her iki eliyle türbanlarını ayarlama esnasında iğneyi dudakları arasında tutmaları yaygın bir yöntemdir.^[4,6] Bu iğnelerin trakeobronşiyal sisteme kaçışı, genellikle gülerken, konuşurken veya hapsirirken derin bir inspirasyonla meydana gelmektedir.^[6] Türban iğnelerinin diğer metal iğnelere hafif olması ve boncuk (plastik) ucunun paraşüt görevi yapması akciğerde daha derinlere ilerlemesini sağlar. Aspire edilen yabancı cisimlerin vertikal pozisyonu nedeniyle genellikle sağ ana bronşa ilerlediği bilinmektedir.^[11] Ancak türban iğnesi gibi keskin ve dar çaplı yabancı cisimlerin sol tarafa gitme ihtimalinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Gülme, öksürme, konuşma gibi eylemler sırasında oluşan negatif basınç etkisiyle sağa nispeten daha fazla daralan sol bronşa, daha fazla emme gücü oluşmakta, bu tip cisimlerin sola daha fazla çekilmesine neden olmaktadır (Bernoulli Fenomeni).^[12]

Yabancı cisim aspirasyonlarının tanısı hikâye ve görüntüleme yöntemleri ile konulmaktadır. Hastalar genellikle iğneyi yuttuklarını ya da aspire ettiklerini ifade ederek başvururlar. Yabancı cismin oluşturduğu irritasyondan kaynaklanan yoğun bir öksürük periyodundan (penetrasyon sendromu) sonra sıklıkla asemptomatiktir.^[5] Ancak nadi-

ren dispne, göğüs ağrısı, hemoptizi ve ateş saptanabilir. İğnenin metalik yapısından dolayı direkt akciğer grafileri tanısal öneme sahiptir, ayrıca iğnenin yeri ve lokalizasyonu hakkında da fikir verir.^[13] Bilgisayarlı tomografi rutin olarak kullanılmamakla birlikte, iğne yerleşimini ve gelişebilecek komplikasyonları göstermede daha faydalı olduğu bilinmektedir.^[1]

Çocuklardaki yabancı cisimlerin çıkarılmasında rijit bronkoskopi kullanılsa da, fleksibl bronkoskopi tanıda altın standart olarak yerini korumakta, yetişkinlerdeki yabancı cisimlerin çıkarılmasında tercih edilebilmektedir.^[14] Bronkotomi ve lobektomi, bizim sunumumuzdaki gibi, yalnızca distal yerleşimli ve bronkoskopi ile çıkarılmayan az sayıda olgu için gerekli olmaktadır.^[15] Bronkoskopinin başarısını uygulayıcının tecrübesi yanında anatomik yerleşim ve girişim öncesi geçen zaman da etkilemektedir. Türban iğnelerinin intrabronşiyal yerleşimde topuzlu kısmının distalde kalması, uygun olmayan endoskopik müdahale sonunda gelişen laringeal spazm ve bronşiyal ödem çıkarılmayı güçleştiren nedenlerdir.^[10] Bizim olgumuzda yabancı cismin distal yerleşimli olması nedeniyle, bronkoskopi ile yabancı cisim çıkarılmamış, hastaya lobektomi uygulanmak zorunda kalınmıştır.

Sonuç

Ülkemizde genç yaş gruplarında trakeobronşiyal sisteme iğne aspirasyonu olguları giderek artmaktadır, bu yüzden gelecekte acil servis hekimlerinin iğne aspirasyonları ile daha sık karşılaşacakları öngörülebilir. Ülkemizde başörtüsü kullanan kişilerin iğne aspirasyon konusunda eğitilmeleri, bilgilendirici önlemlerin alınması yararlı olabilir. Başörtüsünün iğneyle tespiti yerine, aksesuar niteliği taşıyan baş kısmı farenksten geçemeyecek kadar geniş olan yeni ürünlerin üretilmesi ve kullanılması iğne aspirasyonlarının sıklığını azaltabilir.

Kaynaklar

1. Oğuzkaya F, Akçali Y, Kahraman C, Bilgin M, Sahin A. Tracheobronchial foreign body aspirations in childhood: a 10-year experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998;14:388-92.
2. Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, Bietlot MP, Rodenstein DO. Tracheobronchial foreign bodies: presentation and management in children and adults. *Chest* 1999;115:1357-62.
3. Arsalane A, Zidane A, Atouini F, Traibi A, Kabiri EH. The surgical extraction of foreign bodies after the inhalation of a scarf pin: two cases. [Article in French] *Rev Pneumol Clin* 2009;65:293-7. [Abstract]
4. Türüt H, Gulhan E, Tastede I. Unforeseen scenario in removal of a tracheobronchial foreign body. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2008;16:e10-1.

5. Kaptanoğlu M, Nadir A, Dogan K, Sahin E. The heterodox nature of “Turban Pins” in foreign body aspiration; the central anatolian experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71:553-8.
6. Al-Ali MA, Khassawneh B, Alzoubi F. Utility of fiberoptic bronchoscopy for retrieval of aspirated headscarf pins. *Respiration* 2007;74:309-13.
7. Ragab A, Ebied OM, Zalat S. Scarf pins sharp metallic tracheobronchial foreign bodies: presentation and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71:769-73.
8. Yuncu G, Alıcı H, Sevinç S, Ünsal Ş. Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonları. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2002;16:49-53.
9. Al-Sarraf N, Jamal-Eddine H, Khaja F, Ayed AK. Headscarf pin tracheobronchial aspiration: a distinct clinical entity. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2009;9:187-90.
10. Dayıoğlu E, Rahimi M, Toker A, Akaslan I, Barlas S, Tireli E, ve ark. Bronş içi yabancı cisimler: Türban iğnesi komplikasyonları. *GKD Cer Derg* 1995;3:82-5.
11. Wiseman NE. The diagnosis of foreign body aspiration in childhood. *J Pediatr Surg* 1984;19:531-5.
12. Van Looij MA, Rood PP, Hoeve LJ, Borgstein JA. Aspirated foreign bodies in children: why are they more commonly found on the left? *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2003;28:364-7.
13. Mehta AC, Rafanan L. Extraction of airway foreign body in adults. *J Bronchol* 2001;8:123-31.
14. Gencer M, Ceylan E, Koksall N. Extraction of pins from the airway with flexible bronchoscopy. *Respiration* 2007;74:674-9.
15. Kaptanoğlu M, Dogan K, Onen A, Kunt N. Turban pin aspiration; a potential risk for young Islamic girls. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999;48:131-5.