

Laringeal Bölge Ateşli Silah Yaralanmaları: Dört Olgu Sunumu

Firearm Injuries of the Laryngeal Region: Four Case Reports

Dr. Gül SOYLU ÖZLER, Dr. Ercan AKBAY, Dr. Cengiz ÇEVİK, Dr. Cengiz ARLI, Dr. İhsan GÜLMEZ, Dr. Ertap AKOĞLU

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB AD, Hatay

ÖZET

Yaşamsal öneme sahip çok sayıda anatomik yapıyı içeren baş-boyun bölgesinde meydana gelen ateşli silah yaralanmaları, yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olabilmektedirler. Bu sunumunun amacı 4 olgu üzerinden laringeal bölge yerleşimli ateşli silah yaralanmalarında tedaviyi ve hastaya yaklaşımı tartışmaktır. Olguların yaş ortalaması 27,5±5,19 (23-35) yıldır. Olguların tümü erkektir. İlk olguda şarapnel vallekula mukozasına gömülmüştü ve endolaringeal yaklaşımla çıkarıldı. İkinci olguda şarapnel tiroid kartilajın lateraline gömülmüş olarak gözlemlendi ve eksternal yaklaşımla çıkarıldı. Üçüncü olguda kurşun parçası hyoid kemik lateraline gömülmüştü ve yine eksternal yaklaşımla çıkarıldı. Kurşunun diğer parçası band ventriküle gömülmüş olarak izlendi ve endolaringeal yaklaşımla çıkarıldı. Dördüncü olguda ise kurşun ön kommisüre gömülmüştü ve endolaringeal yaklaşımla çıkarıldı. Postoperatif yakın takip edilen hastaların hiçbirinde trakeotomi ihtiyacı olmadı. Sonuç olarak, laringeal bölgenin ateşli silah yaralanmalarında amfizem, aspirasyon, aspirasyona bağlı akciğer ateletazisi riskleri bulunmaktadır. Uzun dönemde laringeal stenoz ve kord vokal hareket kısıtlılığı ve paralizileri önem arz etmektedir. Tedavi yaklaşımı ise yabancı cismin yerleşim yerine göre endolaringeal ya da eksternal olarak belirlenebilmektedir.

Anahtar Sözcükler

Ateşli silah yaralanması; larinks; tedavi yaklaşımı

ABSTRACT

The aim of this paper is to discuss the firearm injuries of the laryngeal region. Four cases of fire-arm injuries of the laryngeal region are presented with clinical findings and treatment approaches. In the first case, the shrapnel was embed in the vallecular mucoasa and removed by endolaryngeal approach. In the second case, the shrapnel was embed lateral to the thyroid cartilage and removed by external approach. In the third case, one piece of the bullet was embed lateral to the hyoid bone and removed by external approach. The other piece of the bullet was embed in band ventricle and removed by endolaryngeal approach. In the fourth case, the bullet was embed in the anterior commissure and removed by endolaryngeal approach. In conclusion, firearm injuries of the laryngeal region may cause emphysema, aspiration, and atelectasis secondary to aspiration. Laryngeal stenosis and vocal fold paralysis may also occur in the long-term. The treatment approaches for firearms injuries of this region is chosen regarding the localization of the foreign bodies.

Keywords

Firearm injuries; larynx; treatment approach

Bu olgu 11. Uluslararası KBB BBC Kongresi (17-19 Nisan 2014, Ankara)'nde sunulmuştur.

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 21.04.2014

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 12.06.2014



Yazışma Adresi

Gül SOYLU ÖZLER

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,
KBB AD, Hatay

E-posta: soylugul@yahoo.com

GİRİŞ

Ateşli silah yaralanmaları, günlük hayatta giderek artan sıklıkta karşılaşılan klinik bir durumdur. Bu yaralanmalar, yaşamsal öneme sahip çok sayıda anatomik yapıyı içeren baş-boyun bölgesinde meydana gelirse, yüksek morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedirler. Baş boyun yaralanmaları tüm ateşli silah yaralanmalarının %30'unu oluşturmaktadır.¹ En önemli ölüm sebebi vasküler yaralanmalar olmakla birlikte merminin seyri doğrultusunda havayolu ve santral sinir sistemi yaralanmaları da ölüm sebebi olabilmektedir.² Tanıda fizik muayene ve iyi alınan anamnez önemli bir yol göstericidir, radyolojik inceleme önemli bir yardımcıdır. Bu yazıda 4 olgu sunulurken laringeal bölge yerleşimli ateşli silah yaralanmalarında tedavi ve hastaya yaklaşım tartışılmıştır.

OLGU SUNUMLARI

Olguların yaş ortalaması 27,5±5,19 (23-35) olup, olguların tümü erkek idi. Hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

OLGU 1

Yirmi üç yaşında erkek hasta bombalı saldırı sonrasında boğaz ağrısı, yutma güçlüğü şikayetleriyle acil servise başvurdu. Solunum sıkıntısı yoktu, vital bulguları normaldi. Fizik muayenede boyun orta hattın 2 cm lateralinde, hyoid kemik inferiorunda laserasyon mevcuttu. Mermi çıkış deliği gözlenmedi. Boyunda krepitasyon, hematoma veya pulsatil kitle saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin ve hematokrit değerleri normal aralıktaydı. İndirekt laringoskopik bakıda vallekula sol lateralinde yabancı cisimle uyumlu görüntü mevcuttu. Yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde vallekula sol lateralinde hiperdens, metalik yabancı cisim (şarapnel) ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 1). Laringeal yabancı cisim genel anestezi altında endolaringeal yaklaşımla çıkarıldı.

OLGU 2

Yirmi üç yaşında erkek hasta bombalı saldırı sonrası gelişen yutma güçlüğü, ses kısıklığı şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Solunum sıkıntısı yoktu. Fizik muayenesinde sol ön servikalde, krikoid kartilaj hemen lateraline uyan alanda laserasyon mevcuttu. Mermi çıkış deliği gözlenmedi. Boyunda krepitasyon, hematoma veya pulsatil kitle saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde he-

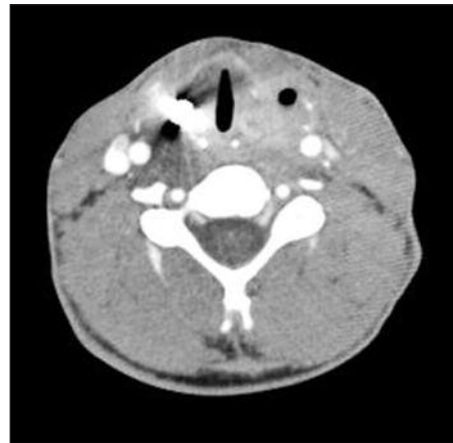
moglobin ve hematokrit değerleri normal aralıktaydı. İndirekt laringoskopik bakıda sağ vokal kord hareketleri kısıtlıydı. Sağ vokal kord ve bant ventrikülde ödem mevcuttu. Yapılan BT görüntülemesinde tiroid kartilaj sağ lateralinde gömülü, hiperdens, metalik yabancı cisim (şarapnel) ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 2). Laringeal yabancı cisim genel anestezi altında eksternal yaklaşımla çıkarıldı.

OLGU 3

Otuz beş yaşında erkek hasta arkadaşları silah temizliği yaparken silahın ateş alıp yerden seken kurşun parçalarının boynuna isabet etmesi sonrası polikliniğimize başvurdu. Solunum sıkıntısı yoktu, vital bulguları normaldi. Fizik muayenede boyun orta hattın 1 cm lateralinde, biri hyoid kemik üzerinde, diğeri de bunun 1



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide vallekula sol lateralinde hiperdens, metalik yabancı cisim (şarapnel) ile uyumlu görünüm.



Resim 2. Bilgisayarlı tomografide tiroid kartilaj sağ lateralinde gömülü, hiperdens, metalik yabancı cisim (şarapnel) ile uyumlu görünüm.

cm süperiorunda bulunan iki adet laserasyon mevcuttu. Submental bölgede ödem mevcuttu. Mermi çıkış deliği gözlenmedi. Boyunda krepitasyon, hematoma veya pulsatil kitle saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin ve hematokrit değerleri normal aralıktaydı. İndirekt laringoskopik bakı normal izlendi. Yapılan BT görüntülemesinde biri hyoid kemik sağ lateralinde, diğeri sağ vokal kord içinde hiperdens, metalik yabancı cisim (kurşun parçası) ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 3). Genel anestezi altında hyoid kemik laterale gömülü olan kurşun parçası eksternal yaklaşımla, band ventriküle gömülmüş olan diğer parça endolaringeal yaklaşımla çıkarıldı.

OLGU 4

Yirmi altı yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması sonrası gelişen ses kısıklığı ve yutma güçlüğü şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Solunum sıkıntısı yoktu, vital bulguları normaldi. Fizik muayenede boyun orta hatta tiroid kartilaj üzerinde laserasyon mevcuttu. Mermi çıkış deliği gözlenmedi. Boyunda krepitasyon, hematoma veya pulsatil kitle saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin ve hematokrit değerleri normal aralıktaydı. İndirekt laringoskopik bakıda ön komissürde ödem izlendi. Yapılan BT görüntülemesinde ön komissüre gömülü, hiperdens, yabancı cisim (kurşun parçası) ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 4). Genel anestezi altında, endolaringeal yaklaşımla yabancı cisim çıkarıldı.

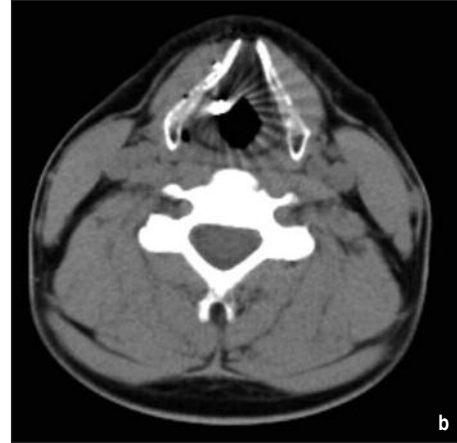
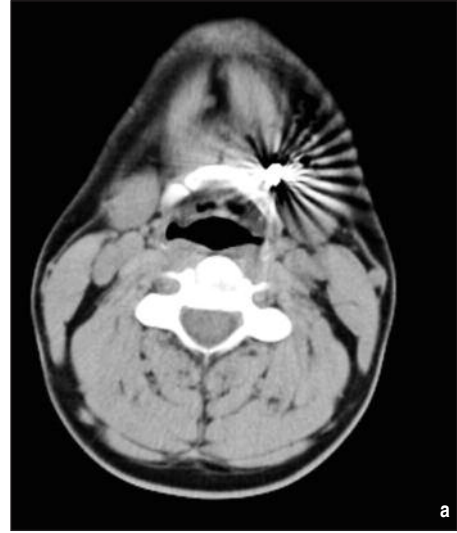
Postoperatif yakın takip edilen hastaların hiçbirinde trakeotomi ihtiyacı olmadı.

TARTIŞMA

Baş-boyun bölgesi, hayati önem taşıyan çok sayıda anatomik yapıyı içerisinde barındırmaktadır. Bu bölgeye olan travmalar büyük vasküler oluşumlar, larenks, trakea medulla spinalis gibi oluşumları tehdit edebilmektedir. Travma sonrasında meydana gelen morbidite ve mortalite de bu hayati oluşumların zarar görmesi sonucu meydana gelmektedir. Bu nedenle baş boyun bölgesi travmaları dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidirler.

Baş boyun ateşli silah yaralanmaları, tüm ateşli silah yaralanmalarının %30'unu oluşturmaktadır.² En önemli ölüm sebebi vasküler yaralanmalar olmakla birlikte merminin seyri doğrultusunda havayolu ve santral sinir sistemi yaralanmaları da ölüm sebebi olabilmektedir.²

Boyun bölgesi, travmaları daha iyi değerlendirmek ve sınıflandırmak amacıyla üç bölgeye ayrılmıştır.³ Bi-



Resim 3. Bilgisayarlı tomografide biri hyoid kemik sağ lateralinde, diğeri sağ vokal kord içinde hiperdens, metalik yabancı cisim (kurşun parçası) ile uyumlu görünüm.



Resim 4. Bilgisayarlı tomografide ön komissüre gömülü, hiperdens, yabancı cisim (kurşun parçası) ile uyumlu görünüm.

rinci bölge klavikuladan krikoid kartilajın alt ucuna kadar uzanan bölgedir. Ana karotis arter, subklavyen arter ve ven, juguler ven, tiroid bezi, özefagus ve trakea bulunmaktadır. İkinci bölge krikoid kırıkdağın alt ucundan angulus mandibulaya kadar uzanan bölgedir. Bu bölgede ana karotis arter, eksternal ve internal karotis arter, juguler ven, hipofarinks, larinks ve X, XI ve XII. kraniyal sinirler bulunur. Üçüncü bölge angulus mandibula seviyesinden kafa tabanına uzanan bölgedir. Bu bölgede eksternal ve internal karotis arter, juguler ven, larinks ve VII, IX, X, XI, XII. kraniyal sinirler bulunur. Bizim olgularımızın dördünün de yaralanma bölgesi ikinci bölgeydi.

Baş boyun ateşli silah yaralanmalarında ilk olarak havayolu güvenliğinin sağlanmış olduğundan emin olunmalıdır. Lokal kanama kontrolü sağlandıktan sonra servikal, toraks ve yumuşak doku grafileri çekilip kurşun lokalizasyonu ve olası hemotoraks, pnömotoraks tespit edilmelidir.⁴ Aktif kanama, pulsatil veya genişleyen hematoma, şok ve havayolu güvenliğinin sağlanmadığı durumlarda acil cerrahi eksplorasyonu düşünülmelidir.⁵ Bu hastalarda da yine öncelikli olarak havayolu güvenliği temin edilmelidir. Havayolu güvenliği sağlanmış ve hemodinamik olarak stabil hastalarda öncelikli olarak cerrahi düşünmek yerine ileri tetkiklerle değerlendirmek daha uygun olacaktır.

Bizim olgularımızın hepsinde havayolu güvenliği sağlanmıştı ve hemodinamik olarak stabildiler. İlk olgumuzda indirekt laringoskopide vallekula sol lateralinde görülen yabancı cisim, BT görüntülemesinin ardından endolarineal yaklaşım ile çıkarıldı. İkinci olguda indirekt laringoskopik bakıda görülemeyen yabancı cisim BT görüntülemesinde tiroid kartilajın sağ

lateralinde izlendi ve eksternal yaklaşımla çıkarıldı. Üçüncü olguda yine indirekt laringoskopik bakıda yabancı cisim görülememiş olup, yapılan BT görüntülemesinde iki adet biri hyoid kemik sağ lateralinde, diğeri sağ vokal kord düzeyinde bulunan yabancı cisim görülmüştür. Hyoid kemik lateralindeki yabancı cisim eksternal yaklaşımla, band ventriküle gömülmüş olan diğer yabancı cisim endolarineal yaklaşımla çıkarıldı. Dördüncü olguda, indirekt laringoskopik bakıda ön komissürde ödem saptanan hastanın BT görüntülemesinde bu bölgede yabancı cisim bulunduğu tespit edildi ve endolarineal yaklaşımla çıkarıldı. Postoperatif yakın takip edilen hastaların hiçbirinde trakeotomi ihtiyacı olmadı.

Endolarineal yaklaşımın insizyon gerektirmemesi, kozmetik kaygıları olan hasta grubu için avantaj yaratmaktadır. Ayrıca endolarineal yaklaşımda postoperatif dönemde iyileşme süresi daha kısa olmaktadır. Kulak burun boğaz hekimleri, hem endolarineal yaklaşıma hem eksternal yaklaşıma hakim olan hekim grubu olarak laringeal bölgenin ateşli silah yaralanmalarının yönetiminde uygun tedavi yaklaşımını en iyi belirleyecek hekim grubu olacaktır kanaatindeyiz.

SONUÇ

Laringeal bölgenin ateşli silah yaralanmalarında amfizem, aspirasyon, aspirasyona bağlı akciğer atelektazisi riskleri bulunmaktadır. Uzun dönemde laringeal stenoz ve kord vokal hareket kısıtlılığı ve paralizileri önem arz etmektedir. Tedavi yaklaşımı ise yabancı cismin yerleşim yerine göre endolarineal ya da eksternal olarak belirlenmektedir.

KAYNAKLAR

- Özkaptan Y, Gerek M, Akçam T. Boyun travmaları. In: Çelik O, ed. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2002. p.824-38.
- Godhi S, Mittal GS, Kukreja P. Gunshot injury in the neck with an atypical bullet trajectory. J Maxillofac Oral Surg 2011;10(1):80-4.
- Michael G.Stewart. Penetrating Face and Neck Trauma. In: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, eds. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p.1017-27.
- Uzun L,Çınar F,Kargı E,Uğur MB. Baş boyun ateşli silah yaralanması: sıradışı bir kurşun trasesi. KBB-Forum 2004;3(2): 62-5.
- Hızarcı M, Tütün U, Ulus AT, Aksöyek A, Seren M, Katircioğlu SF ve ark. Travmatik vasküler yaralanmalara müdahale. Damar Cer Derg 2004;13(1):17-22.