

KULAK BURUN BOĞAZ ACİLLERİ

CENNET GÜL DOĞRU

Ani gelişen, kişinin yaşamını ya da yaşam bütünlüğünü tehdit eden süreç, “acil sağlık durumu” olarak tanımlanmaktadır.

Acil Servise başvuran her hasta mutlaka muayene edilir ve aciliyet durumuna göre müdahale edilir, yönlendirilir ya da sevk edilir.

- 1.İnspeksiyon
- 2.Anamnez
- 3.Profesyonel yaklaşım
ve Güven verme
- 4.Vital bulguların
saptanması
- 5.Bakı ve Girişime
başlanması

RİNOLOJİK ACİLLER

1.EPİSTAKSİS

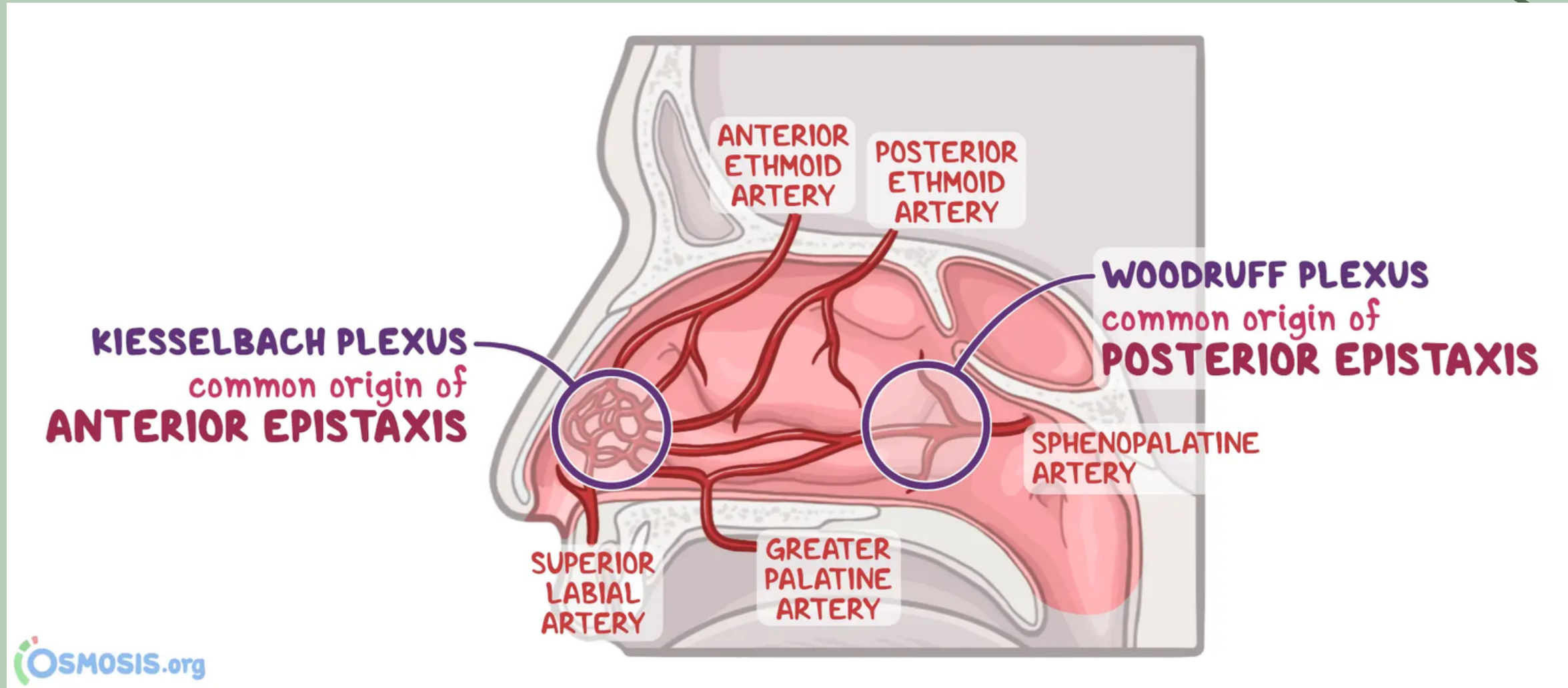
2.YABANCI CİSİM

3.SEPTAL HEMATOM/APSE

4.NAZAL FRAKTÜR

5.ANJİOFİBROM

EPISTAKSİS



En sık görülen rinolojik acil

Burun kanamalarının %90'ından fazlası anteriordan(Little alanı) kaynaklanır.

Daha az sıklıkla görülen posterior epistaksis, genellikle sfenopalantin arterin dallarından kaynaklanır ve daha ciddi, durdurulması güç kanamalara yol açar.



ETİYOLOJİ



ÇOCUK

Digital manipölasyon



Erişkin

Travma



Orta Yaş

Tümör



İleri Yaş

Hipertansiyon

EPİSTAKSİS



Hasta önce rahatlatılır.

Eldiven giyilir ve ışık yardımı ile nazal kaviteye bakılır.

Hastanın tansiyonu ölçülür.

Burun serum fizyolojik ile irrigé edilir ve burun içi pıhtılar temizlenir

İLK MÜDAHALE

Hasta pozisyonu: Dik oturtulur, baş öne eğilir. Böylece aspirasyon ve hematemez önlenir.

Burun kanatlarının kompresyonu: 10-15 dk süreyle anterior septum üzerine bası uygulanır.

Soğuk uygulama: Nazal ve fasiyal vasküler konstriksiyon sağlamak için burun köküne veya ensede soğuk uygulama yapılabilir.

TANISAL YAKLAŞIM

Anterior rinoskopi ile kanama odağı araştırılır.

Kanama devam ediyorsa, endoskopik muayene gerekebilir.

Persistan veya rekürren epistaksislerde sistemik nedenler açısından hemotolojik tetkikler(tam kan sayımı, koagülasyon testleri) ve arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır.



TEDAVİ YAKLAŞIMI

BASİT ÖNLEMLER: Anterior tampon(Gazlı bez ya da emilebilir hemostatik materyal)
Gümüş nitrat veya elektrikli koterizasyon ile kanayan noktanın koterizasyonu

İLERİ TEDAVİ: Persistan kanamalarda posterior tampon veya balon kateter kullanımı
Endoskopik yöntemlerle sfenopalatin arter ligasyonu veya arteriyal embolizasyon

ALTTA YATAN NEDENİN TEDAVİSİ: Hipertansiyon kontrolü
Koagülopatisi veya antikoagülan kullanımı varsa düzenlenmesi
Kronik mukozal kurulukta nemlendirici ajanlar

Her zaman sistemik nedenler göz önünde bulundurulmalı ve tekrarlayan kanamalarda altta yatan neden araştırılmalıdır.

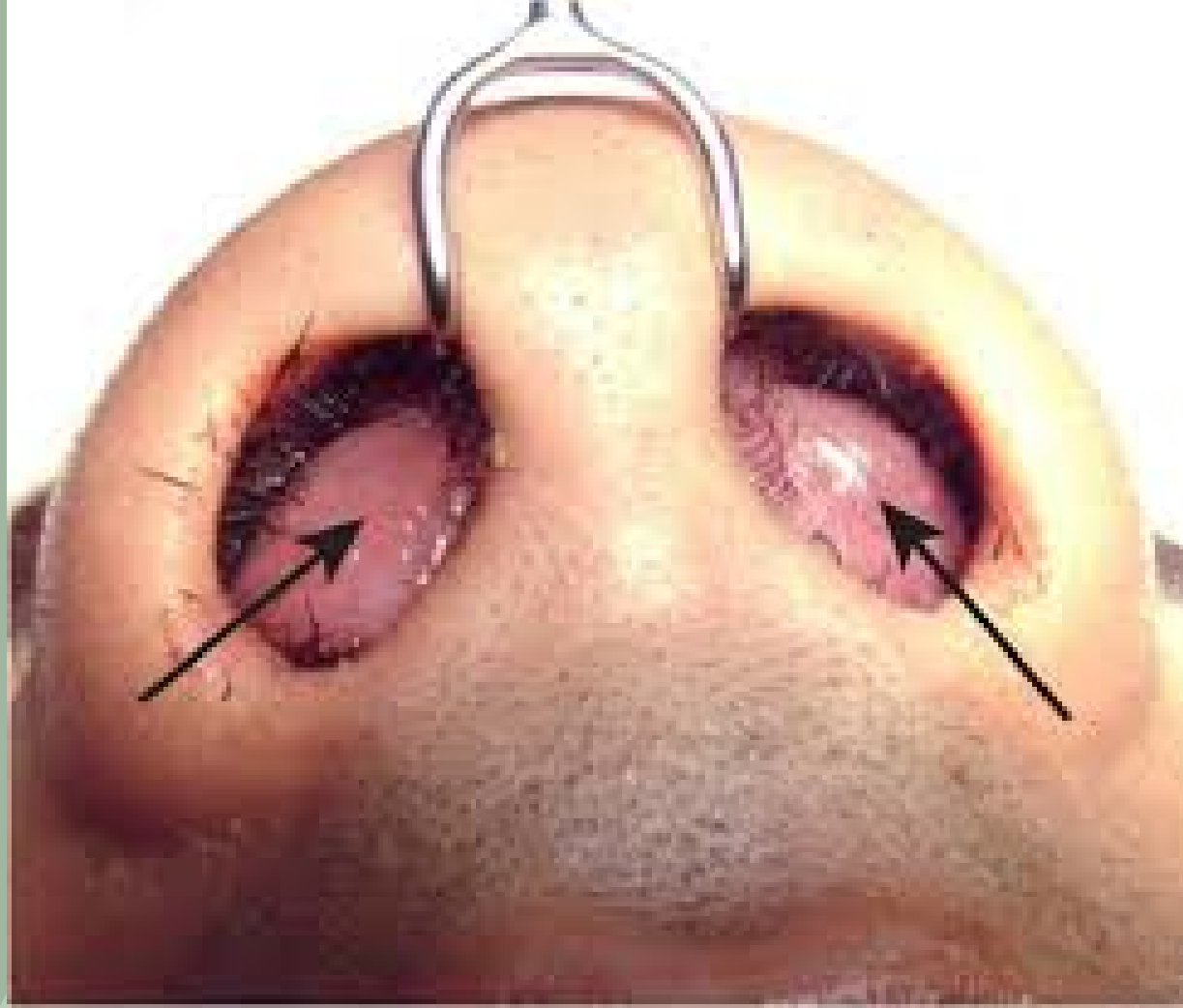
YABANCI CİSİM



Unilateral, pürülan-kanlı, kötü
kokulu burun
akıntısı, unilateral burun
tıkanıklığı

Öne çekilerek çıkarılmalı, arkaya
ittirilirse asfiksiye neden olabilir
(laringospazm veya cismin
obstrüksiyonu)

SEPTAL HEMATOM



Mukoperikondrium altında kan birikmesidir.

Travma sonrası bilateral burun tıkanıklığı ve sero-hemorajik akıntı ile gelirler

TEDAVİ

HEMATOM DRENE EDİLİR
TAMPON YERLEŐTİRİLİR
ANTİBİYOTİK BAŐALNIR



NAZAL FRAKTÜR



- Nazal deformite
- Ödem ve hassasiyet
 - Epistaksis
- Krepitasyon ve mobilite

Tanı:

- Hikaye ve fizik muayene
- Lateral nazal grafi

TEDAVİ

AÇIK / KAPALI REDÜKSİYON

BU HASTALARDA EN ÖNEMLİ KOMPLİKASYON “ SEPTAL HEMATOM” VARLIĞININ OLMASI

JUVENİL NAZOFARİNGEAL ANJİOFİBROMA



Genellikle adölesan erkeklerde görülen, histolojik olarak benign ancak lokal invaziv davranış gösteren, yüksek vaskülariteye sahip bir tümördür.

KLİNİK BULGULAR

TEKRARLAYAN EPİSTAKSİS

Çoğunlukla masif kanama, en sık semptom

NAZAL OBSTRÜKSİYON

Tek taraflı başlar.

FASİAL PARALİZİ- PROPTOZİS- BAŞ AĞRISI

İleri vakalarda

TANISAL YAKLAŞIM



NAZAL ENDOSKOPİ

Kırmızımsı, vasküler, lobüle kitle görülür.

BT

Tümörün kemik destrüksiyonu ile yayılımı değerlendirilir.

MR

Yumuşak doku ve intrakranial uzanım için tercih edilir.

ANJİOGRAFİ

Hem tanısal hem de preoperatif embolizasyon için kullanılır.

BİYOPSİ YAPILMAZ!!!!!! AŞIRI KANAMA RİSKİ VARDIR

TEDAVİ

CERRAHİ: ALTIN STANDART

Preoperatif embolizasyon ile kan kaybı azaltılır.

Endoskopik veya açık cerrahi yaklaşımlar

RADYOTERAPİ:

Cerrahiye uygun olmayan, nüks eden veya intrakranial uzanımı olan olgularda düşünülebilir.

OTOLOJİK ACİLLER

1.Travmatik timpanik membran perforasyonu

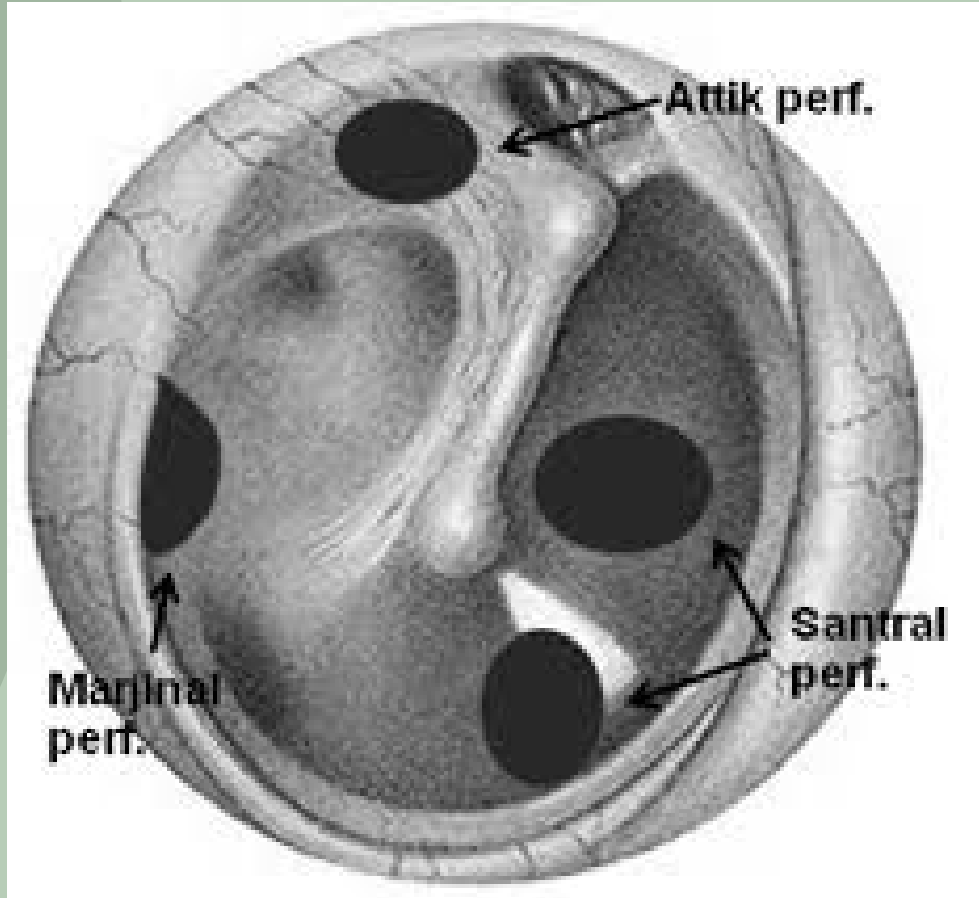
2.Yabancı cisim

3.Malign Otitis Eksterna

4.Temporal Kemik Kırıkları

5.Ani İşitme Kaybı

TRAVMATİK TİMPANİK MEMBRAN PERFORASYONU



- Genellikle barotravma, darp veya irrigasyon sonrası ortaya çıkar
 - %90 spontan iyileşir
- Spontan iyileşme perforasyonun büyüklüğü ve yaş ile ters orantılıdır
 - Otore kafa tabanı kırığına işaret eder

- Mutlaka odyovestibüler testler yapılmalı
- İletim tipi 30 dB üzeri kayıp durumunda kemik zincir hasarı düşünülmeli
- Erken dönem patch (yama) uygulanabilir

MALİGN OTİTİS EKSTERNA



Dış kulak yolunun yaygın iltihap ve ödemidir.

Dış kulak yolunun tamamen kırmızı ve lümen daralmıştır. Çok hızlı gelişen bir tablodur.

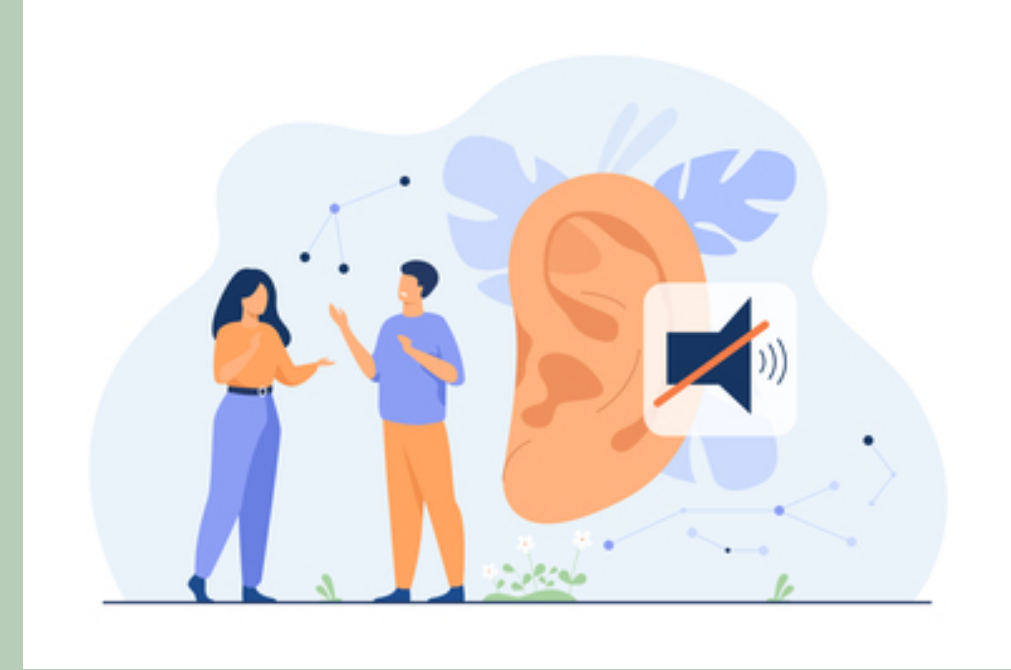
Tedavi kültür sonucuna göre
yapılmalıdır.

İlk görüşte kültür alınmışsa
antipsödomonal bir tedaviye
başlanmalıdır.

Erken vakalarda damlalar
etkilidir.

- Cerrahi debridman
- Yüksek doz anti-psödomonal 4-6 hafta süre ile IV

ANI İŖİTME KAYBI



Daha önce herhangi bir problem olmadan, 72 saat içinde geliŖen, iŖitme testinde birbirini takip eden  frekansta en az 30 dB ‘den fazla kayıp görülen

TEDAVİ

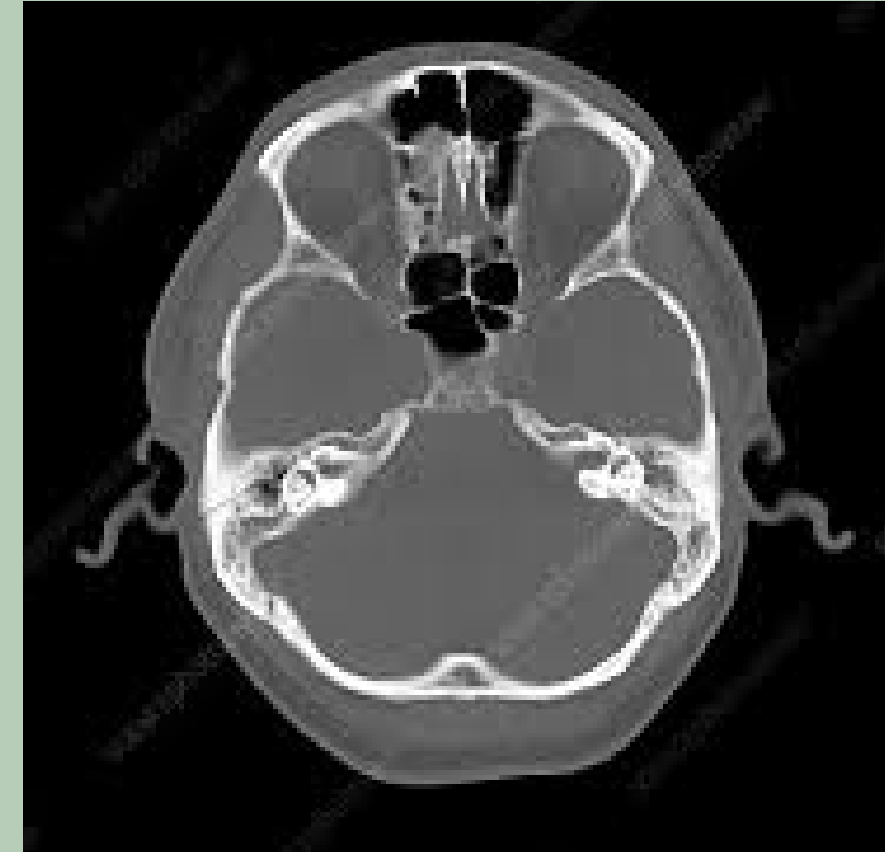
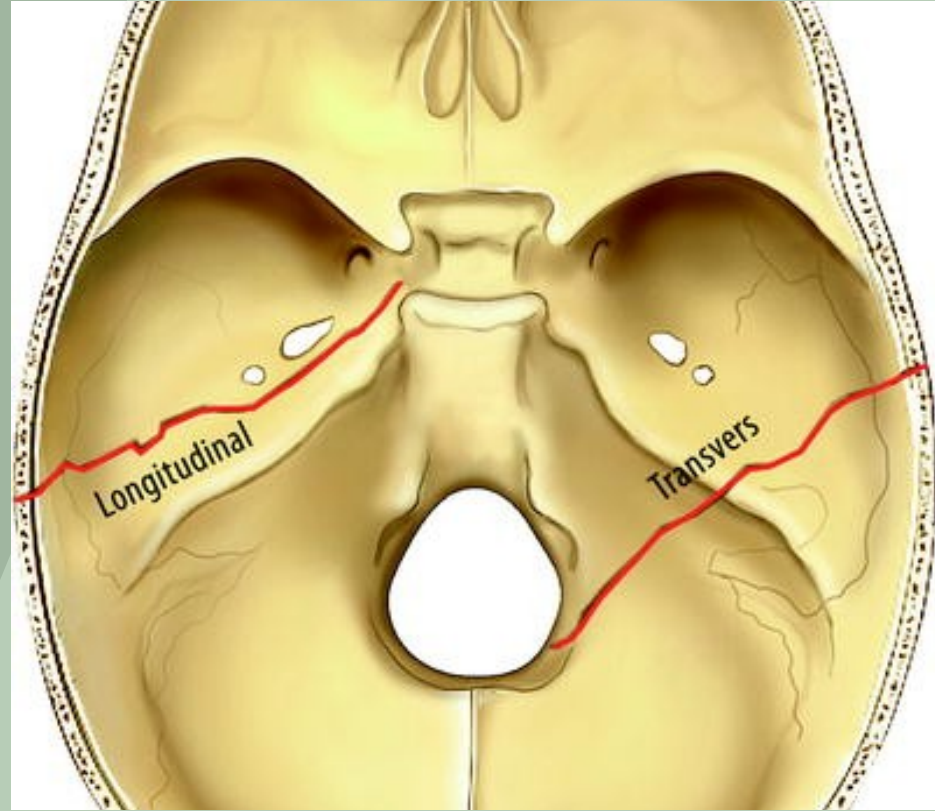
.Steroid

.Antiviral

.Hiperbarik oksijen

.Vazodilatörler

TEMPORAL KEMİK KIRIKLARI



Petröz apeks eksenine göre;
longitudinal(%80),
transvers(%20) ,
mix

LONGİTİDUNAL	TRANSVERS
%80-90	%10-20
LATERAL TRAVMA	FRONTAL-OKSİPTAL TRAVMA
FASİAL PARALİZİ %10-20 (GEÇ DÖNEM)	FASİAL PARALİZİ %40-50 (ERKEN DÖNEM)
DIŞ KULAK YOLUNDA KIRIK HATTI	
KULAK ZARI VE KEMİKÇİKLERDE HASAR	KULAK ZARI SAĞLAM, HEMOTİMPANYUM
İLETİM TİPİ İŞİTME KAYBI	SENSÖRİNÖRAL TİP İŞİTME KAYBI

KLİNİK BULGU



İşitme kaybı



Baş dönmesi



Fasial paralizi



Otore/Rinore

HAUSE-BRACKMANN
SKORLAMA SİSTEMİ

HAUSE-BRACKMANN SKORLAMA SISTEMI

Grade	Impairment
I	Normal
II	Mild dysfunction (slight weakness, normal symmetry at rest)
III	Moderate dysfunction (obvious but not disfiguring weakness with synkinesis, complete eye closure with maximal effort, good forehead movement)
IV	Moderately severe dysfunction (obvious and disfiguring asymmetry, significant synkinesis) incomplete eye closure, moderate forehead movement
V	Severe dysfunction (barely perceptible motion)
VI	Total paralysis (no movement)

YABANCI CİSİM



Tedavide yabancı cisimler forseps, loop ve aspiratör yardımı ile çıkartabilir.

Canlı objeler çıkartılmadan öldürülmelidir.

ORAL/FARİNGEAL /LARENGEAL ACİLLER

1. EPIGLOTTİT
2. YABANCI CİSİM OBSTRÜKSİYONU
3. RETROFARİNGEAL APSE
4. LUDWIG ANJİNİ
5. ANJİOÖDEM

EPIGLOTTİT



Epiglottit , dilin tabanındaki ve yiyeceklerin trakeaya (nefes borusu) girmesini engelleyen kapakçık olan epiglotisin iltihaplanmasıdır

- Genellikle çocuklarda görülür
- Etkeni Hemophilus influenza Tip-B
- En temel semptomları şiddetli boğaz ağrısı + dispne
- Yüksek ateş vardır
- “Hot potato voice”
- Lateral boyun grafisinde; «başparmak bulgusu»



TEDAVİ

ÇOCUK	YETİŞKİN
Ameliyathaneye alınmalı	Mutlaka yatış verilmeli
Entübasyona hazır olunmalı	Yoğun bakım veya derlenmede takip edilmeli
Rijid bronkoskop hazır olmalı	Entubasyon sadece solunum yolu tam kapanırsa
Trakeotomi seti hazır olmalı	Sürekli O2 satürasyon takibi
	Larinksin günlük takibi

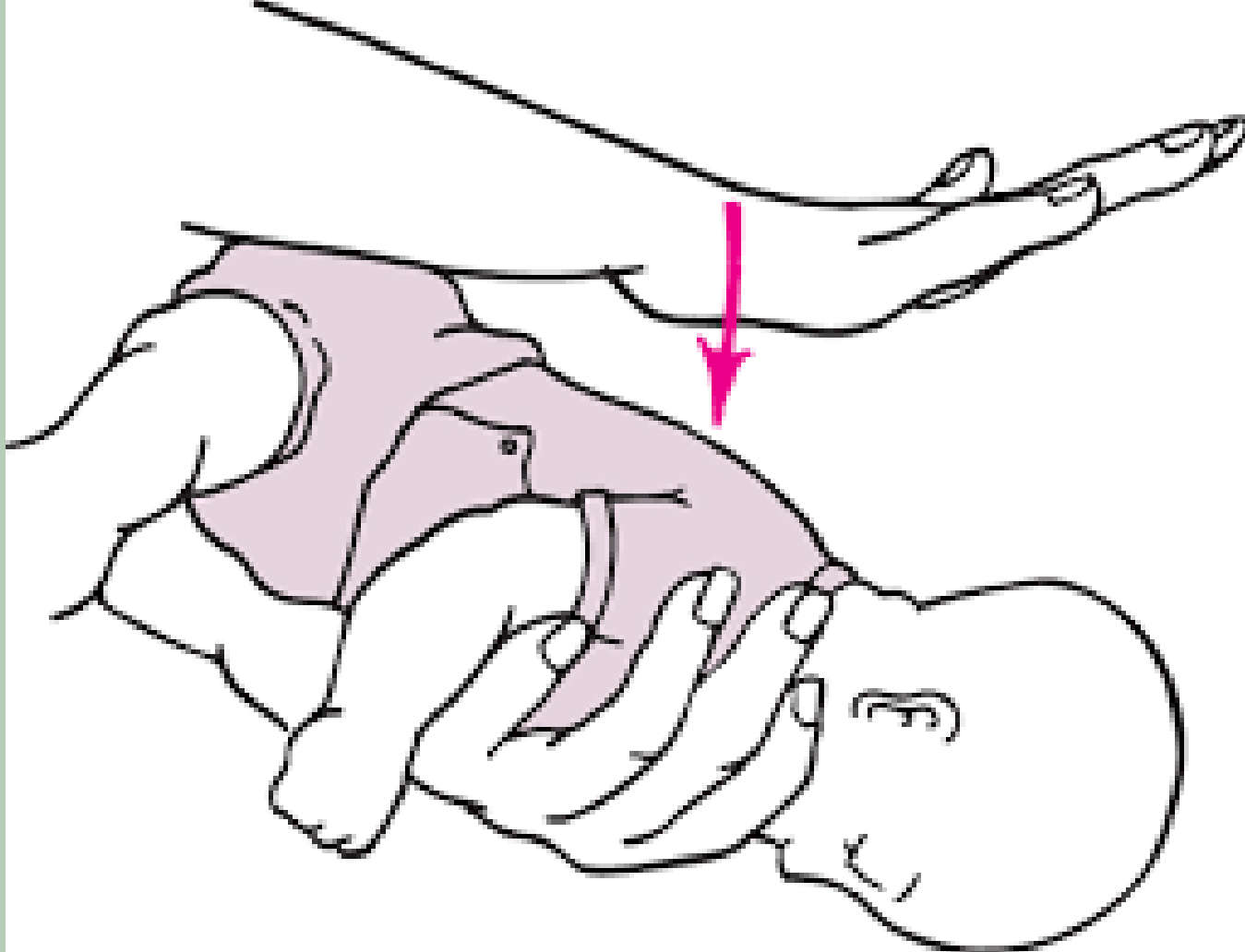
YABANCI CİSİM OBSTRÜKSİYONU



Genellikle yemek yeme sırasında ortaya çıkar
Mağdur konuşamaz ve nefes almada güçlük çekmektedir
Siyanoz gittikçe belirginleşmektedir

Orofarenkse ait yabancı cisimler direk bakı ile tespit edilir

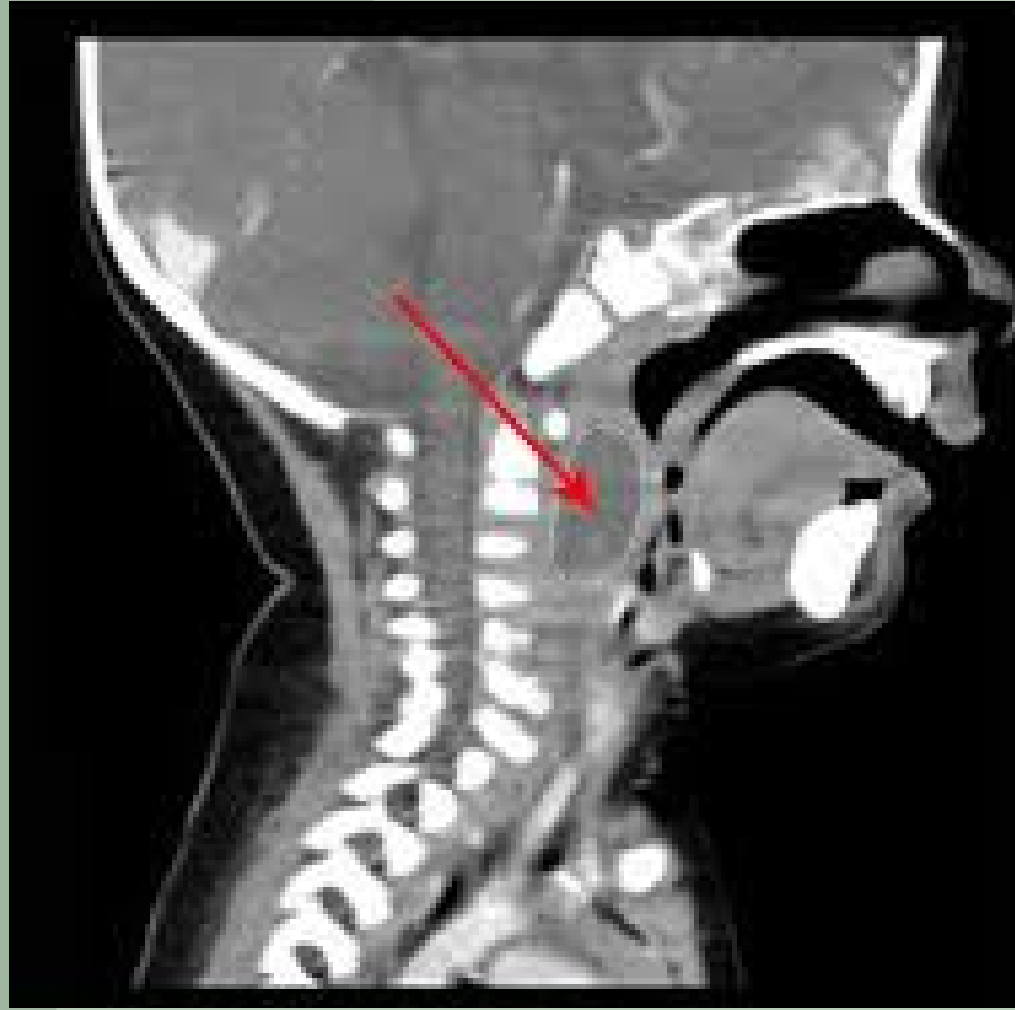
- Ezofajial YC: piriform sinüste salya birikimi
 - Düz grafi: radyo opak YC
- Pil ve keskin/sivri objeler hemen çıkartılmalı



Larengeal Yabancı cisim

- Havayolu Obstrüksiyonu
 - Heimlich manevrası
 - Acil koniotomi/ trakeotomi
- Ameliyathanede endoskopik bakı

RETROFARENGEAL APSE



- Retrofaringeal lenfadenitin abseleşmesi, farinks arka duvarına batan yabancı cisimler sonucu, veya peritonsiller absenin retrofaringeal bölgeye yayılması sonucu gelişir.
- Sistemik enfeksiyon bulguları ,genel durum bozukluğu,boyun hareketlerinde sertlik, orofarenks arka duvarında itilme
- Boyunun lateral direkt grafisi ve BT tanıda yardımcıdır
- Tedavide hava yolu güvenliği sağladıktan sonra eksternal ya da intraoral trendelenburg pozisyonunda drenaj, iv antibiyotiktir.

LUDWIG ANJİNİ



Ağız tabanının hızlı ilerleyen gangrenöz sellülit ve ödemi

- Submandibular, sublingual, submental boşlukları içerir
 - Bilateral tutulum
 - Hızlı ilerler
 - İleri yaş, düşük sosyo-ekonomik statü
 - Maksiller ikinci ve üçüncü molar diş enfeksiyonları
 - Ağız tabanındaki şişlik dili geriye iterek havayolu obstrüksiyonuna neden olabilir



TEDAVİ

Entübasyon veya trakeotomi gerekebilir

Hava yolu açıklığı tam sağlanana kadar
yoğun bakımda takip edilmeli (oksijen
saturasyon takibi)

Abse drene edilmeli

IV antibiyotik :

seftriakson+klindamisin+metranidazol

ANJİÖÖDEM

Anjiyoödem derinin derin katmanlarında ve diğer dokularda şişliktir.

Buna kaşıntılı, kabarık bir döküntü eşlik edebilir.

Kaşıntılı,
kabarık
döküntü
(kurdeşen)

Göz
çevresinde
şişlik

Dudakların
şişmesi

Diğer belirtiler karın ağrısı, nefes darlığı,
baş dönmesi ve bayılmayı içerebilir.

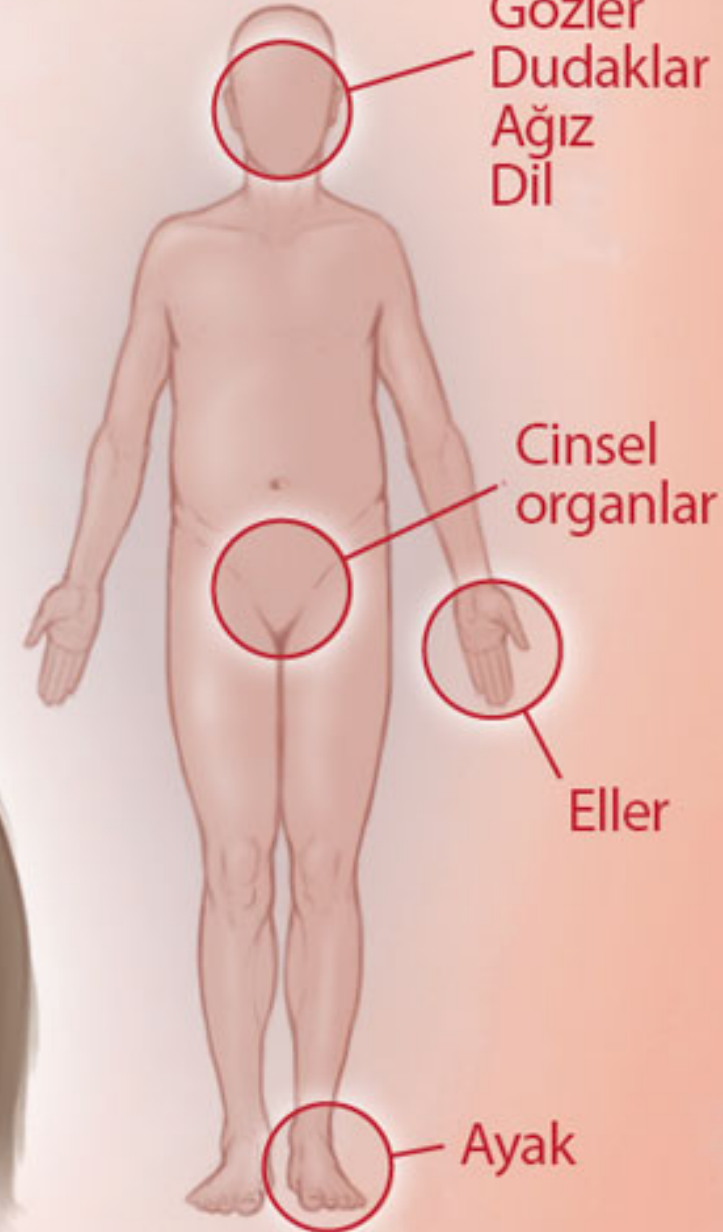
Yaygın olarak
etkilenen alanlar

Gözler
Dudaklar
Ağız
Dil

Cinsel
organlar

Eller

Ayak



Yüksek Mortalite!!



TEDAVİ

- O₂, anti-histaminik, steroid, epinefrin
- Entübasyon veya trakeotomi gerekebilir.