

## GANGRENLİ BİR EL YARASINDAN ALDIĞIMIZ NETİCE

Dr. Ülkü ÖZER \*

### Ö Z E T

El yaralanmalarında gerekli cerrahi prensipler tam ve yerinde uygulandığı zaman en kötü vak'alarda bile normale yakın el fonksiyonu kazanılabilir. Kliniğimizde tedavi ettiğimiz gangrenli bir el yaralanması takdim edilerek resimlerle neticeler gösterilmiş, kısaca el muayenesi anlatılmıştır.

### G İ R İ Ő :

El çok kompleks bir organdır. El his organı olarak tanımlanabilir. Parmak ucunun dokunmasıyla, kumaşın yapısını, bıçağın keskinliğini, kâğıdın inceliğini anlayabiliriz. Bu vasıflar gözde yoktur. Bilindiği gibi günlük işler ve birçok meslekler elle yapılmaktadır. Bu kadar önemli bir organın yaralanmasında esas gaye fonksiyonların normale döndürülmesidir. Anatomik restorasyon ve elin estetik görünümü daha az önemlidir. Bu şartların sağlanabilmesi için açık el yaralanmaları geldiğinde;

- 1) Enfeksiyona mani olunması,
- 2) Primer şifanın sağlanması,
- 3) Yaralanmış kısımların korunması, tedavinin ana prensiplerini teşkil eder.

Tedaviye yön verilmesi bakımından hastanın önce hikâyesinin tam alınması sonra muayeneye geçilerek neticede yaranın primer veya sekonder olarak cilt grefleriyle kapatılmasına karar verilmesi önemlidir.

Hastanın hikâyesinde aşağıdaki kriterler değerlendirilmelidir.

- 1) Travmanın zamanı ve geldiği zaman kaç saat geçmiş olduğu,
- 2) İlk yardımın nerede, nasıl, kimin tarafından yapıldığı,
- 3) Bu yaralanma sebebiyle verilen ilaçlar, zamanı ve miktarı,
- 4) Yaralanmanın mekanizması ezilme, kesici cisim yarası, tere yarası, silahlarla yaralanmada, av tüfeği veya tabanca olması gibi, yara kirliliğinin olup olmadığına tam karar verilmeli ve kaybedilen kan miktarı öğrenilmesi.

(\*) Devlet Hastanesi Ortopedi Mütahhasısı/Kütahya.



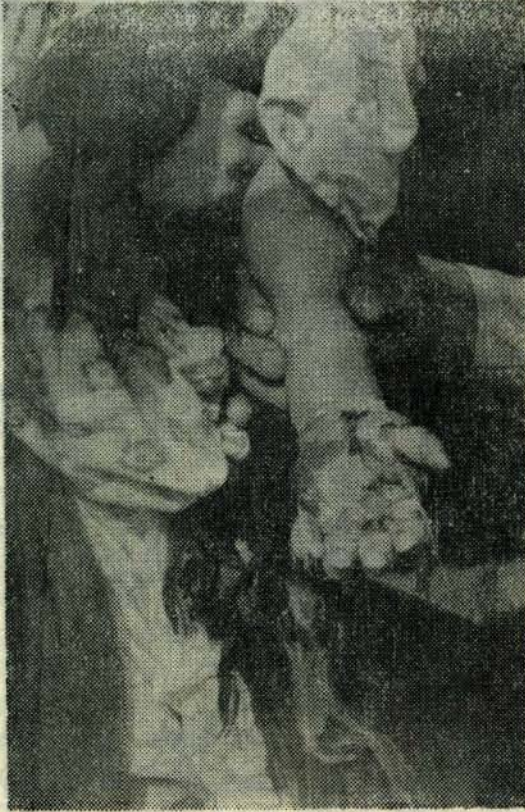
5) Genel anesteziye alınması yönünden, hastanın aldığı mayı ve gıdanın miktarının ve zamanın sorulması,

6) Hastanın yaşı, mesleği, el hünnerleri, genel sağlık durumu da tam öğrenilmelidir.

### İLK YARDIM :

Önce yara steril bir pansuman ile kapatılır. Gaye kirlenmeyi önlemektir. Ciddi

şeğe kaldırılır. Eğer bu şekilde dinmiyorsa basınçlı pansuman tatbik edilir. Bu ekseriya yeterli olur, nadiren turnike tatbiki gerekir.



Resim : 1

### İLK MUAYENE :

El yaralanmalarında muayene iki kısımda yapılır. İlk muayene ameliyat öncesi, steril şartlarda steril aletlerle yapılır. Bu muayeneden gaye, yaranın genişliği ve cilt miktarının kaybı, yaranın derinliğinin tespiti ve derin kısımlarda görü-



lebilen travmatik değişikliklerinin öğrenilmesidir. Derinin canlılık derecesi, büyük şekil bozuklukları bir yere kaydedilir. Sonra yara etrafına steril kompresler örtüp derin dokuların fonksiyonlarını tam anlayabilmek için bazı testler uygulanır. Bu muayenede en az yapılması için, sırası takip edilir.

**Cilt :** Derinin durumuna göre primer veya sekonder kapamaya karar verilir.

**Kemikler :** Röntgende kırık veya yabancı cisim olup olmadığına göre tedaviye yön verilir.



Resim : 2

**Tendonlar :** Tendon muayenelerinde ağrı sebebiyle daima yanılma olabilir. Fleksor tendon kesiklerinde her iki tendon da kesildi ise aktif fleksiyon yapılmaz.

Proksimal interfalangeal eklem stabilize edildiği zaman, distal interfalangeal eklem fleksiyon yapabiliyorsa profundus tendon sağlamdır. Bitişik parmaklar enkstansiyonda fikse edildiğinde, travmalı



parmak proksimal interfalangeal eklemi aktif olarak fleksiyon yapıyorsa sublimis tendonu sağlamdır.

**Ekstensor tendonlar:** Proksimal ve distal interfalangeal eklemler arasındaki kesiklerde bir sonraki ekleme ekstansiyon olamıyacağı için çekici parmak deformitesi görülür.

Metakarpo-falangeal eklem ile proksimal interfalangeal eklemler



Resim : 3

arasındaki kesiklerde, sonraki ekleme ekstansiyon kaybı olur. Lateral bantlar da kesilmişse bu kayıp tam olur, eğer kesilmemişse tendon kesikliğini gözden kaçırarak kadar ekstansiyon yapabilir.

Ekstensor tendon kesikliği metakarpofalangeal eklem proksimalinde ise iki distal falansta lateral bantlar ve onların lateral transvers fibrilleri sayesinde ekstansiyon yapabilirler, fakat bu ekstansiyon metakarpofalangeal ekleme imkânsızdır.

Elbileği hizasında kesilen bir ekstansor tendonda, mevcut olan aksesör bağlayıcı tendonlar vasıtasıyla kısmi veya tama yakın bir ekstansiyon sağlanabilir.

Baş parmağın uzun ekstansor tendonu da muayene edilirken metakarpofalangeal eklem fikse edilirse kısa ekstansor tendonun ekstansiyonuna mani olunacağı için tendon kesikliği gözden kaçmaz.

Bütün bunlar eldeki tendon kesiklerinin dikkatli ve bilerek bir el muayenesi yapılmazsa kesiklerin gözden kaçacağını göstermektedir.

**VAK'AMIZ:** 5 yaşında bir kız çocuğu. Sol el, önkol ve kolda gangren ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Hikâyesinde 10 gün önce elini kapı arasına kıştırdığı belirtiliyordu. Mahalli kırıkçılarının tedavisiyle el gangren halini alınca hastaneye getirilebilmişti.



Yapılan muayenede şuur bulanık, ajite, ateş 40 derece, nabız 140 filiform. T.A. 5/3. Yaygın bir ödem hali görülüyordu.

Lokal muayenede, sol el sırtı, avuç içi elbileğine kadar dekole, putrlt kokulu nekrotik nesiçle kaplı idi. Önkol ve kol omuza kadar şiş idi. Palpasyonla A. Radialis nabızı alınamıyordu. Yalnız kapillar nabazan hissediliyordu. El soluk ve soğuktu. Elde fonksiyon kaybolmuştu. Şuur kapalı olduğu için de tam aktif hareket yaptırılamıyordu.



Resim : 4

Kan muayenesinde; Erit. 2.000.000, Lök. 18.000, Hb. % 40.

Röntgende kırık yoktu. Hasta bu klinik tablo ile tam bir infeksiyon toksemisinde idi.

#### **T E D A V İ :**

Hastaya hemen bir şişe taze kan verildi. Yüksek doz antibiotik ve mayi tedavisi uygulandı, dekole nesiç yüzeysel olarak kürete edildi. Kol savlon banyosuna batırıldı. Kol atele alındı.

İkinci gün hastaya hemogram yaptırıldı. Eritrosit 2.600.000, Lök. 8600, Hb. % 50, Ateş 38°, Nabız 120 T.A. 7/5 olmuş, şuur bulanık idi. Üçüncü gün bir şişe daha kan verildi. Mayi ve antibiotik



tedavisi bir hafta devam ettikten sonra hastanın şuru normale döndü. Ateş 36.6°, nabız 80 T.A. 10/8 oldu. Hastaya her gün 25 dakikalık Savlon banyosuna devam edildi. Yedinci gün hasta genel anestezi altında tekrar revizyona alınarak nekrotik dokular yara kızarana kadar kürete edildi. Yirminci gün koldaki şişler tamamen indi, yara trish yapılacak hale geldiği için genel anestezi altında tekrar ameliyata alınarak el sırtına 10x15 cm genişliğinde dermatomla aldığı trish dikildi. Bir hafta sonunda yara açıldığında cilt tutmuştu. El hareketlerine başlandı. 45. günde hasta (Resim: 4 ve 5) de görüldüğü gibi rahatça parmaklarını kullanarak günlük işlerini görüyordu.

#### SONUÇ :

Hastanın kıl payı ölümden dönmesinden sonra, elini de normal olarak kullanabilmesi gerekli konservatif tedaviye tam uyulursa neticenin çok iyi olacağını vurgulamaktadır.



Resim : 5

Bu hastaya başka bir hastanede amputasyon teklif edilmiş, hasta kabul etmediği için kliniğimize yatırılmıştır.

El yaralanmalarında amputasyon en sonra, bütün çareler denendikten sonra uygulanmalıdır. Elin her parçası korunmalıdır. Tendon kesiklerine bütün ortopedi kliniklerinde sık rastlanmaktadır.

#### SUMMARY

##### Result obtained in a case of gangrenous hand

In hand injuries if the necessary surgical treatment was applied, even in the worst evidences, the hand may gain function given some information for the hand injury having gangreneou treated in our clinic and results was shown giving photographs of the hand.

#### LİTERATÜR

1 — A. H. CREANSHAW CAMPBELL'

2 — SAMUEL L. TURECK : Orthopaedics Principles and Their applications p. 595-596