

LUCKY FROM EVERY ASPECTS PENETRAN NECK TRAUMA; CASE REPORT

Her yönüyle şanslı bir penetran boyun travması; Olgu sunumu.

Emrah Uyanık, Hayri Eliçabuk, Mert Özen, Mustafa Serinken

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp ABD. Denizli / TURKEY

Cer San D (J Surg Arts): 2013;6(1):32-34.

ABSTRACT

The causes of penetran neck injuries can be objects such as bullet or any other thing. It is of great importance under such circumstances to evaluate whether there are any injury in vascular structures (carotis artery, vertebral artery ve jugular veins) or not. Moreover, it is probable to be faced with laringotracheal injuries, esophagus injuries, nerve and duktus thorasicus injuries and thyroid injuries. In such kind of penetran injuries, it is of great importance not to let anybody except medical staff to take out the objects carelessly. Moreover, it is important during the transportation of the patient not to move herself. Our patient is lucky in terms of not being faced with any secondary trauma after the accident. She is also lucky because vascular structure of her throat was not damaged.

Key Words: Penetran neck trauma, emergency department.

ÖZET

Boynun penetran yaralanmalarına neden olan objeler, kurşun ya da diğer kesici veya delici aletlerden her hangi biri olabilir. Bu olgularda hızlı şekilde, vasküler yapılarda (karotis arter, vertebral arter ve jugular venler) hasar olup olmadığı değerlendirilmelidir. Aynı zamanda, laringotrakeal yaralanmalar, özofagus yaralanmaları, sinir ve duktus torasikus yaralanmaları ve son olarak tiroid yaralanmaları da oluşabilir. Bu tip objelerle olan boynun penetran yaralanmalarında, kesinlikle olay yerinde sağlık personeli veya diğer kişiler tarafından objenin gelişi güzel çıkartılmasına izin verilmemelidir. Hasta transportunda objenin hareket ettirilmemesi de önemlidir. Olgumuz, kaza sırasında boynun vasküler yapılarının hasar görmemiş olması ve sonrasında sekonder bir travmaya maruz kalmaması yönünden şanslıdır.

Anahtar kelimeler: Penetran boyun travması, acil servis.

GİRİŞ

Penetran boyun travma yönetimi, acil servis çalışanları için önemli bir sorun teşkil eder. Boynun penetran yaralanmalarına neden olan objeler, kurşun ya da diğer kesici, delici aletlerden her hangi biri olabilir. Penetran boyun travması, tanı ve tedavi zorlukları olan ve hafif bir travmadan hayati tehdit yaralanmalara kadar geniş spektruma sahip bir travmadır. Bu olgularda hızlı şekilde, vasküler yapılarda (karotis arter, vertebral arter ve jugular

venler) hasar olup olmadığı değerlendirilmelidir. Aynı zamanda, laringotrakeal yaralanmalar, özofagus yaralanmaları, sinir ve duktus torasikus yaralanmaları ve son olarak tiroid yaralanmaları da oluşabilir (1).

Bu yazıda, gerek oluş mekanizması gerekse yapılan ilk müdahale nedeniyle çok şanslı sayılabilecek bir olgu sunulmuş, penetran boyun travmalı olgulara yaklaşım güncel literatür bilgileri ile gözden geçirilmiştir.

Olgu

Sekiz yaşında bir kız çocuğu, evlerinin bahçesindeki duvardan yere atlarken demir bir çubuk, boynunda penetran bir yaralanmaya sebebiyet vermiş. Olay yerinde bulunan annesi tarafından obje çekip çıkartılmaya çalışmış başarılı olunamamış. Hasta acil servise özel araç ile babası tarafından getirildi. Demir çubuğun boynun sol tarafından girdiği ve kulağın arka tarafından dışarı çıktığı görüldü (Resim 1). Demir çubuğun yerinden hareket etmesine izin verilmeden resüsitasyon odasındaki sedyeye alındı. Damar yolu açıldı ve oksijen desteği başlandı.

Genel durumu iyi olan hastanın Glaskow koma skoru 15 idi. Vital bulguları; arteriyel kan basıncı 95/60 mmHg, nabız 100/dk, vücut sıcaklığı 36.8 °C ve oksijen saturasyonu %97 olarak belirlendi. Hastanın çok ajite olması sebebiyle IV 1 mg midazolam yapıldı. Yara bölgesinden aktif kanaması yoktu. Sağ tarafta karotis nabızı alınıyordu. Sol tarafta metal cisimden dolayı damarsal yapılar çok iyi değerlendirilemedi. Fakat cismin girdiği seviyenin altında karotis nabızı alınıyordu. Servikal bölgede üfürüm veya trill, genişleyen hematoma varlığı tespit edilmedi. Hastada trakeal yaralanmayı düşündürcek dispne, hemoptizi ve öksürük gibi bulguları yoktu. Nörolojik muayenede herhangi motor-duyu defisitine rastlanmadı.



Resim 1: Objenin giriş ve çıkış yerleri.

İlk değerlendirme sonucu hastada major vasküler bir yaralanma olmadığı düşünüldü. Hasta yakınının olaydan sonra cismi çıkarmak için zorlamış olması ihtimalide düşünülerek, hastaya doppler ultrason yaptırıldı ve ana vasküler yapılarda bir patoloji olmadığı belirlendi. Bu sırada, laboratuvar incelemede hemoglobin ve hematokrit düzeylerinin de normal sınırlarda olduğu öğrenildi. Cerrahi konsültasyonu istendi ve hasta hareket ettirilmeden ameliyathaneye transferi gerçekleştirildi. Hasta üç gün sonra hastaneden sağlıklı olarak taburcu edildi. Hastada geç dönem komplikasyon oluşmadı.

TARTIŞMA

Penetran travma olgularında tanı kolaydır. Çoğu olguda dışarıdan da görülebilen ciddi yaralanma bulguları mevcuttur. Travma çoğu zaman bıçaklanma,

keskin ve delici cisimler, ateşli silah yaralanması şeklindedir. Yüksek hızlı mermi yaralanmaları çoğu zaman ölümcüldür ve bu olgular genellikle olay yerinde kaybedilir (2,3).

Başarılı bir boyun travması yönetimi muazzam biçimde hayati yapılar içeren boyun anatomisini pratik olarak bilmekten geçer. Tanı ve yönetim stratejisi, acil serviste potansiyel hayati önem taşıyan bir durum olup olmadığını belirlemeye yöneliktir (1). Boyun anatomik noktalar kullanılarak 3 bölüme ayrılarak değerlendirilir. Her bir bölge barındırdığı hayati organların farklı öneme sahip olması ve yaralanma yönetiminin farklı olması nedeniyle bu zonlara ayrılmıştır. Zon I: klavikula / suprasternal çentik ve torasik çıkış yapıları da kapsayan krikoid kırık arasındaki horizontal alandır. Proksimal karotid, vertebral, subklaviyan arter, trakea, özofagus, duktus torasikus ve timus Zon I'de bulunmaktadır. Zon II: Krikoid kırık ve mandibula açısı arasındaki alandır. Internal ve external karotis arterler, juguler venler, farinks, larinks, özofagus, tiroid, rekürren laringeal sinir, omurilik, trakea, ve paratiroid içerir. Zon III: mandibula açısı ve kafatası tabanı arasında kalan alandır. Distal ekstrakraniyal karotid ve vertebral arter, juguler venlerin en üst düzeylerini içerir (1). Bizim hastamızda etkilenen bölgeler Zon I ve Zon III'ü içeriyordu.

Bütün boyun yaralanmalarında yaralanabilecek organlar detaylı olarak araştırılmalı ve tedavisi ona göre planlanmalıdır (2,3). Fizik muayenede dikkat edilmesi gereken bazı hususlar mevcuttur. Servikal bölgede üfürüm veya trill, genişleyen hematoma varlığı, karotid nabzının alınamaması kuvvetle karotid arter yaralanmasını düşündürmelidir. Diğer yandan; superfisiyal temporal arter nabzının alınamaması, hava embolisini düşündürülen bulgular, orafarinksten veya yara yerinden aktif kanama, mediastinal genişleme, aynı tarafta Horner's sendromu, 9. ve 12. kranial sinir defisiti ileri araştırmayı gerektiren şüpheli bulgulardır. Olgumuzda, fizik muayenede herhangi bir nörovasküler etkilenme belirtisine rastlanılmadı. Penetran boyun yaralanmalarının %75'i servikal trakeayı içerir (5). Hastamızda trakeal yaralanmaya ait dispne, hemoptizi, öksürük gibi bir bulguya da rastlanmadı.

Penetran boyun travmaları sonrası ortaya çıkan yaralanmalar, klinik olarak asemptomatik olabilir veya hayati tehdit edici başka yaralanmalar ve koma nedeniyle maskelenmiş olabilir. Boyun penetran travmalarında uymamız gereken hayati altın kurallar şunlar olmalıdır; boyun travmalı hastanın kanayan boyun damarlarını klemlememek, yarayı değerlendirmek adına derinlemesine explorasyon yapmamak, tanı konulmadan penetre olan cismi çıkarmamak ve her zaman havayolu güvenliği için entübasyonu akılda tutmak (3). Penetran travmalarda ölüm nedeni sıklıkla ciddi damar yaralanmasıdır. Onun için penetran boyun travmalarında vital fonksiyonlar hızlı ve iyi değerlendirilmelidir. Eğer hayati organ yaralanması varsa

hastaya hızlı sıvı ve kan desteği sağlanmalı, vakit kaybetmeden ameliyathaneye ulaştırılmalıdır (6).

Penetre boyun travmalarında tanıda yardımcı olabilecek görüntüleme yöntemleri; renkli doppler ultrasonografi, dupleks ultrasonografi, BT anjiyografi ve MR anjiyografidir (3). Olgumuzda muhtemel servikal damar yaralanmasının dışlanması doppler ultrason kullanılmıştır. Dört damar serebral anjiyografi Zon II yaralanmaların yönetiminde seçilmiş olsa da belirgin klinik damarsal yaralanma olan Zon I ve Zon III'de de endikedir. Fizik muayene bulguları, Zon II'de vasküler yaralanma şüphesi varsa invaziv görüntüleme gerekliliği için güvenilir bir rehberdir. Aslında, fizik muayene de gözden kaçan vasküler yaralanma yüzdesi (yaklaşık %1) anjiyografik görüntülemenin yanlış negatiflik oranı ile aynıdır (4).

Sonuç olarak; penetran boyun travmalı olguların ilk müdahalesinde, kesinlikle yaralanmaya sebebiyet veren cisim çıkartılmaya çalışılmamalıdır. Olgumuz, kaza sırasında boynun vasküler yapılarının hasar görmemiş olması ve sonrasında ambulansla taşınırken sekonder bir travmaya maruz kalmaması yönünden şanslıdır. Servikal bölgede üfürüm veya trill, genişleyen hematoma varlığı, karotid nabzının alınamaması acil hekimlerine, kuvvetle karotid arter yaralanmasını düşündürmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hanlon DP, Sumrok RJ. Penetrating neck trauma. *Trauma Reports*. 2006;7(1):14-21.
2. Duchynski RM. Neck injury. In: Ferrera PC, Colucciello SA, Marx JA ve ark. (Eds.), *The Management of trauma: An Emergency Medicine Approach*. Philadelphia, Mosby 2001, s:218-31.
3. Baron BJ. Penetrating and blunt neck trauma. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (Eds.), *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. 6. Baskı., New York, McGraw-Hill 2004, s:1590-95.
4. Alterman DM, Penetrating Neck Trauma. *Emedicine Web Sitesi*. <http://emedicine.medscape.com/article/433306-overview>
5. Barmada H, Gibbons JR. Tracheobronchial injury in blunt and penetrating chest trauma. *Chest*. 1994;106(1):74-8.
6. Rao PM, Ivatury RR, Sharma P, Vinzons AT, Nassoura Z, Stahl WM. Cervical vascular injuries: a trauma centre experience. *Surgery* 1993; 114(6):527-31.