

■ Olgu Sunumu

Çoklu travma olgusunda multidisipliner yaklaşımın etkinliği: Olgu sunumu

Efficiency of multidisciplinary approach in a patient with multitrauma: Case report

Orhan Eren GÜNERTEM¹, Ali Baran BUDAK¹, Deniz TİKİCİ², Barış HEKİMOĞLU³, Fahri ACAR⁴, Birkan BİRBEN², Naim Boran TÜMER¹, Atike Tekeli KUNT*¹, Kanat ÖZİŞİK¹, Serdar GÜNAYDIN¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, Ankara/TÜRKİYE

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara/TÜRKİYE

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara/TÜRKİYE

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara/TÜRKİYE

ÖZ

Çoklu travma hastalarının sağkalımında erken teşhis ve tedavi oldukça önemlidir. Deneyimli hastanelerde klinikler arasında gelişmiş koordinasyon ve başarılı bir multidisipliner yaklaşım ile hastalar hayatta tutulabilir. Hastanemize araç içi trafik kazası sonrası getirilen genç bir multitravma hastasında hızlı ve etkin müdahale sonrası aldığımız yüz güldürücü sonucu paylaşmak istedik.

Anahtar kelimeler: multitravma; multidisipliner yaklaşım

ABSTRACT

Early diagnosis and treatment are crucial for patients with multi-trauma. In experienced center, improved coordination between clinics and effective multidisciplinary approach can keep these patients alive. We want to share our satisfactory result in a young patient with multi-trauma after car accident.

Keywords: multitrauma; multidisciplinary approach

Sorumlu Yazar*: Atike Tekeli Kunt, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, Ankara/TÜRKİYE

E-posta: atikemd@gmail.com

Received: 05.10.2018 accepted: 10.11.2018

Doi: 10.18663/tjcl.467565

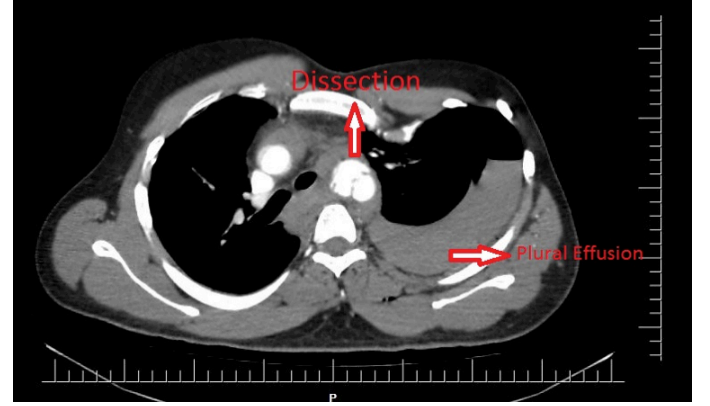
Giriş

Çoklu travma sonrası hastalarda sağkalımı belirleyen en önemli faktörler teşhis ve tedavinin zamanlaması ile multidisipliner yaklaşımdır. Hastayı hayati tehlikeye sokacak patolojinin teşhis edilmesini takiben acilen klinikler arası koordinasyonun organize edilmesi sonrasında yapılacak girişimsel ve/veya cerrahi tedavilerin doğru sıralamada uygulanması için tecrübe ve takım çalışması gerekir. Bu olguda araç içi trafik kazası sonrası hastanemize getirilen çoklu organ travmasına maruz kalmış, dekstrocardisi bulunan 27 yaşındaki erkek hastaya uygulanan torasik endovasküler aortik onarım ve laparatomiyi içeren hibrid yaklaşımımızı sunacağız.

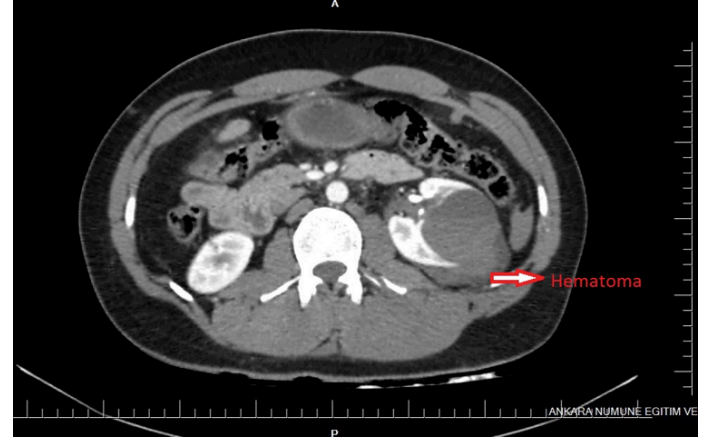
Olgu

27 yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası sonrası hastanemiz acil servisine getirildi. Bilinci açık olan hastanın şikayetleri sorgulandığında; sırta vuran yırtıcı vasıfta göğüs ve karın ağrısı olduğu öğrenildi. Yapılan ilk sistemik muayenesinde; bilinç açık, kan basıncı: 80/60 mmHg, solunum sayısı 30/dk, nabız 110/dk idi. Toraks travmasına bağlı 4-9.kotlar arası palpasyonda hassasiyet, subkutanöz amfizem mevcut. Batında minimal hassasiyet vardı. Bakılan acil kan tetkiklerinde üre: 26 mg/dl, kreatinin: 1.47 mg/dl, ALT: 366 U/L, AST: 334 U/L, LDH>1099 U/L, WBC: 20.4, hemoglobin: 15.6 g/dl idi. Acil serviste çekilen kranial bilgisayarlı tomografide (BT) kafatasında fraktür izlenmedi. FAST (Focused Assessment with Sonography for trauma) yapıldığında batında sol parakolik alanda ve pelviste minimal serbest mayi izlendi. Torakoabdominal BT anjiyografide; sol toraksta 3.5 cm efüzyon ve pnömotoraks izlendi ve dekstrocardi saptandı. Torasik aortada istmus bölgesinde lokalize diseksiyon görüldü (Resim 1). Bunun yanı sıra grade 4 dalak ve böbrek laserasyonu ile pelvik fraktür saptandı (Resim 2). Acil serviste göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi yapıldı ve yaklaşık 300 cc hemorajik mayi geldi. Hastanın patolojileri ilgili bölümler tarafından hızlıca gözden geçirildiğinde; aortadaki diseksiyonun yüksek ruptür riski olmasından dolayı öncelikli müdahalesi planlandı ve hasta anjiyo laboratuvarına alındı. Hastaya kardiyovasküler cerrahi ekibi tarafından genel anestezi altında, 24x24x100 mm boyutlarında stent greft ile torasik endovasküler aort onarımı (TEVAR) yapıldı. Alınan son anjiyo görüntülerinde, lokalize diseksiyon bölgesinin tamamen kapandığı görüldü (Resim 3). TEVAR sonrası hipotansif ve taşikardik izleyen hasta, göğüs tüpünden de 1 saatte 1000 cc üzerinde hemorajik drenajı olması üzerine anestezi ekibi eşliğinde acil cerrahi ameliyathanesine alındı. Göğüs cerrahisi kliniği tarafından diyagnostik sol torakotomi yapıldı. Akciğerde 3 farklı noktada parankim yaralanması tespit edilerek onarıldı. Aynı seansta hastaya genel cerrahi ve üroloji klinikleri tarafından laparotomi

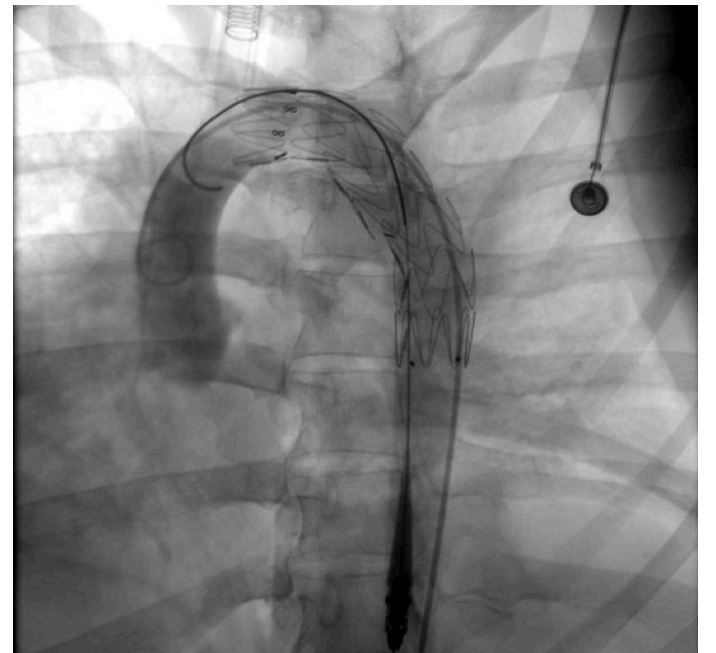
yapıldı. Grade 4 dalak ve grade 4 böbrek yaralanması nedeniyle splenektomi ve sol nefrektomi uygulandı.



Resim 1. Acil torakoabdominal BT görüntüsü. Desenden aortada diseksiyon ve eşlik eden plevral efüzyon.



Resim 2. Acil torakoabdominal BT görüntüsü. Sol böbrekte kapsüler hematoma.



Resim 3. Girişimsel işlem sırasında alınan görüntü. Desenden aortadaki diseksiyonun endovasküler onarımı (TEVAR).

Hastanın acil servise girişi ve kateter laboratuvarına alınması arasında geçen süre 65 dakika sürdü. Hastaya acil servise ilk başvurusu ile tüm bu endovasküler ve cerrahi işlemlerin bitişi arasında geçen 6 saatlik sürede, 9 adet eritrosit süspansiyonu ve 9 adet taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Postoperatif hemoglobin değeri 8.7 g/dl idi. Erken postoperatif dönemde normotansif izleyen ve inotrop destek almayan hasta postoperatif 1. günde ekstübe edildi. Postoperatif 3. gün tüp torakostomisi sonlandırıldı. Postoperatif 4.günde kreatinin değeri 6.28 mg/dl'ye kadar yükselen hasta nefroloji kliniği tarafından değerlendirilerek toplamda 6 kez hemodiyalize alındı. ALT değeri >1752 ve AST değeri >1966 U/L değerlere kadar yükseldi. Batındaki drenler postoperatif 5. günde çekildi. Postoperatif 10. günde yapılan tomografide aortadaki patolojinin tam anlamıyla giderildiği ve herhangi bir leak olmadığı teyit edildi. İlerleyen günlerde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri düzelen hastanın diyaliz ihtiyacı kalmadı. Postoperatif 25. günde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Travmalar kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerden sonra tüm dünyada en sık ölüm nedenlerindedir [1]. Trafik kazaları ise en sık karşılaşılan multitravma sebeplerindedir. Her yıl yaklaşık 1.2 milyon kişi trafik kazaları sonrası hayatını kaybetmektedir [2]. Multitravma hastasına yaklaşım ilk olarak hastanın nakledileceği hastaneye bilgi akışıyla başlamalıdır [3]. Bunun yanında başarılı bir travma tedavisi için en önemli faktör zamanın planlanması ve yönetimidir. Kanamalı bir hastanın travma bölgesinden ameliyathaneye girişi arasında geçen zaman çok kısa tutulmalıdır. Bu süre ile hastanın sürvisi arasında önemli bir ilişki saptanmıştır ve bu süre "şokun altın saati (golden hour of shock)" olarak adlandırılmıştır[4]. Bizim hastamızda bu süre 65 dakika olarak saptanmıştır ve bu süre literatür ile uyumludur [4]. Gelişmiş ülkelerdeki planlı erken teşhis ve tedavi yöntemleri ile mortalite oranları düşürülmeye başlanmıştır [5]. Gelişmekte olan ülkelerde de hastanelerin travma yönetimi konusundaki tecrübeleri multitravma hastalarının sağkalımını arttırmada çok önemli rol oynamaktadır [6]. Travma hastalarının bu hastanelerin acil servislerine getirildikleri ilk andan itibaren başlatılan multidisipliner yaklaşım süreci ile hastanelerin travmaya bağlı

ölüm oranları azaltılabilmektedir [7]. Hastanelerin alt yapısı da böyle anlarda çok önemlidir. Hibrid ameliyathanelerin varlığı, ameliyathane ve acil servis ünitelerinin yakınlığı, klinikler arası iletişim araçları gibi faktörler bu hastalara hızlı müdahale yapılabilmesine imkan sağlar ve kayıplar azaltılabilir. Bunun yanı sıra hastane içi eğitimler ve simülasyonlar ile de hastaneler kendilerini travmaya yaklaşım konusunda geliştirebilir.

Sonuç

Biz bu olgu sunumunda gelişmiş bir travma yönetim protokolü olan hastanemize araç içi trafik kazası sonrası getirilen bir multitravma hastasına multidisipliner yaklaşımın ve deneyimin önemini vurgulamak istedik.

Çıkar çatışması / finansal destek beyanı

Bu yazıdaki hiçbir yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazının herhangi bir finansal desteği yoktur

Kaynaklar

1. Altunkaya A, Aktunc E, Kutluk AC, Buyukates M, Demircan N, Demir AS, et al. Analysis of 282 patients with thoracic trauma. Turk J Thorac Cardiovasc Surg 2007; 15: 127-32.
2. Peden M, Scurfield R, Hyder A, Jarawan E, Sleet D, Mohan D, Mathers C. The World report on road traffic injury prevention [Internet]. Geneva; 2004. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf>.
3. Calleja P, Aitken LM, Cooke M. Strategies to Improve Information Transfer for Multitrauma Patients. Clin Nurs Res. 2018; [Epub ahead of print] doi: 10.1177/1054773818788508.
4. Maegele M. Prehospital care for multiple trauma patients in Germany. Chin J Traumatol 2015; 18: 125-34.
5. MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, Nathens AB, Frey KP, Egleston BL, Salkever DS, Scharfstein DO. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. N Engl J Med 2006; 354: 366-78
6. Mock C, Joshipura M, Arreola-Risa C, Quansah R. An estimate of the number of lives that could be saved through improvements in trauma care globally. World J Surg 2012; 36: 959-63
7. Mock C, Juillard C, Brundage S, Goosen J, Joshipura M Guidelines for trauma quality improvement programmes. eds. World Health Organization, Geneva; 2009: 104