

Alkol Almış ve Kafa Travmasına Maruz Kalmış Kişilerde Klinik Tanının Önemi

ŞEBNEM KORUR FİNCANCI, BİLGE KIRANGİL, ŞEVKİ SÖZEN

Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

IMPORTANCE OF CLINICAL DIAGNOSIS IN CASES OF DRUNKENNESS AND HEAD INJURY

Summary

As the clinical features of drunkenness and head injury are similar a person with a head injury showing minimal or no scalp lesions who has had a few drinks, may be examined and treated only for his drunkenness; it is well to remember that a high blood alcohol does not exclude grave head injury.

In this study, high blood alcohol levels were found in 16.41 % of 201 and 14.62 % of 376 cases of head injury in 1985 and 1988 respectively, whose autopsies have been carried out in the Council of Forensic Medicine of Turkey.

When head injury is sustained by a person in a drunken state, the diagnosis must be supported by keen clinical examination, and it is wise to watch such a complex subject for some time, as a patient. This is necessary both for choosing the right medical treatment and for indicating the cause in case of death. If death occurs before diagnosis, autopsy should be carried out. Only an autopsy will avoid juridical doubt.

Key words : *Drunkenness - Head injury - Clinical examination*

Özet

Aşırı alkol alımında ve kafa travmalarında benzer klinik bulguların ortaya çıkması nedeniyle, özellikle olay öncesi alkol almış ve kapalı veya kafadaki lezyonu klinik olarak dikkat çekmeyen kafa travmasına maruz kalmış kişilerde, klinik muayene sırasında solunum havasında alkol kokusu alınması, kafa travmasının göz ardı edilmesine neden olabilir.

Yaptığımız araştırmada, 1985 yılında Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde otopsiyi yapılan 201 kafa travması olgusundan % 16.41'inin, 1988 yılında aynı yerde otopsi uygulanan 376 kafa travması olgusundan % 14.62'sinin kanında alkol saptandığı anlaşılmıştır.

Kafa travmasına maruz kalmış ve olay öncesi alkol almış kişilerde, klinik takip ve tetkiklerle kesin tanı konmalıdır. Bu işlem, hem tedavi ve hem de ölüm meydana geldiğinde kesin ölüm nedeninin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu tür olgularda kesin tanıya varılmadan ölüm meydana gelmişse, mutlaka otopsi uygulanarak kesin ölüm nedeni belirlenmelidir. Ancak bu suretle adli bir olayın açığa çıkmadan kapanması önlenbilir.

GİRİŞ VE AMAÇ

Kapalı veya görülebilir lezyonu klinik olarak dikkat çekmeyen kafa travmalarına maruz kalmış ve olay öncesi alkol almış kişilerde kafa travmasının varlığı gözden kaçabilir. Koma öncesi ve koma döneminde benzer bulguların hem kafa travmalarında hem de aşırı alkol alanlarda görülmesi nedeniyle, solunum havasında alkol kokusu alınması klinik tanı açısından yanıltıcı olabilir. Dolayısı ile benzer semptomlar veren yüksek miktardaki alkol alımı ile kafa travması arasında ayırıcı tanı şarttır. İleri tetkikler ve klinik takip yapılmaksızın alkol koması ön tanısı konulan ve kafa travmasına maruz kalmış bir kişide ölümün vukua gelmesi bazan adli hatalara neden olabilir. Bu tür olgularda otopsi yapılmadan cesedin gömülmesi de gerçeğin ortaya çıkmasını engelleyebilir.

Bu çalışma, 1985 ve 1988 yıllarında kafa travmasına maruz kalmış ve otopsileri Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılmış olan olgularda ölmeden önce alkol almış ve alkol almamış olanların araştırılması amacıyla yapıldı.

MATERYAL ve METOD

Konu içeriğine bağlı olarak Adli Tıp Kurumu'na 1985 ve 1988 yıllarında otopsi yapılarak kafa travması saptanan olguların:

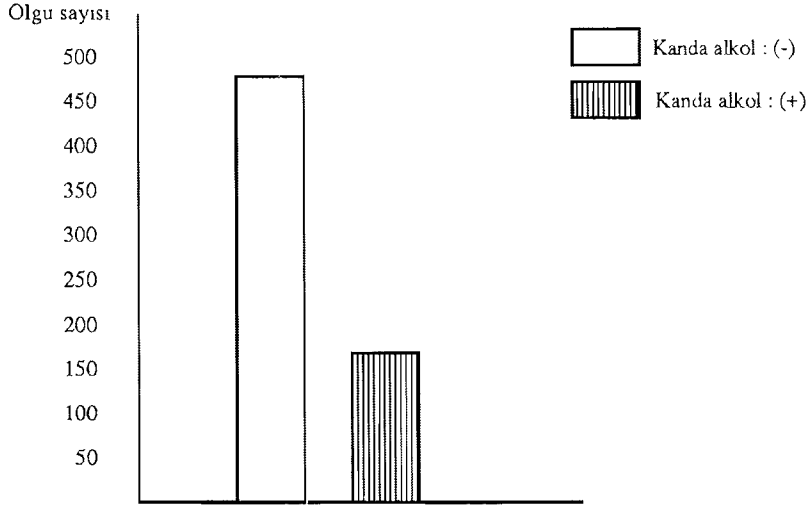
- 1- Kafa travmasının türü ve bunlar arasındaki ölümünden önce alkol almış olguların oranı ile,
- 2- Yaş gruplarına göre dağılımları irdelenmek üzere dökümleri yapıldı.

BULGULAR

Yapılan araştırmada, 1985 yılında otopsi yapılan 201 kafa travması olgusundan % 16.41'ini kapsayan 33 olguda ve 1988 yılında otopsi yapılan 376 kafa travması olgusundan ise % 14.62'sini kapsayan 55 olguda kanda alkol saptanmıştır (Tablo I, Şekil 1).

Tablo I. Kafa travmasına maruz kaldığı anlaşılan ölüm olgularında olay öncesi alkol durumu.

	Alkol : -		Alkol : +		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
1985	168	83.59	33	16.41	201
1988	321	85.38	55	14.62	376
Toplam	489	84.75	88	15.25	577

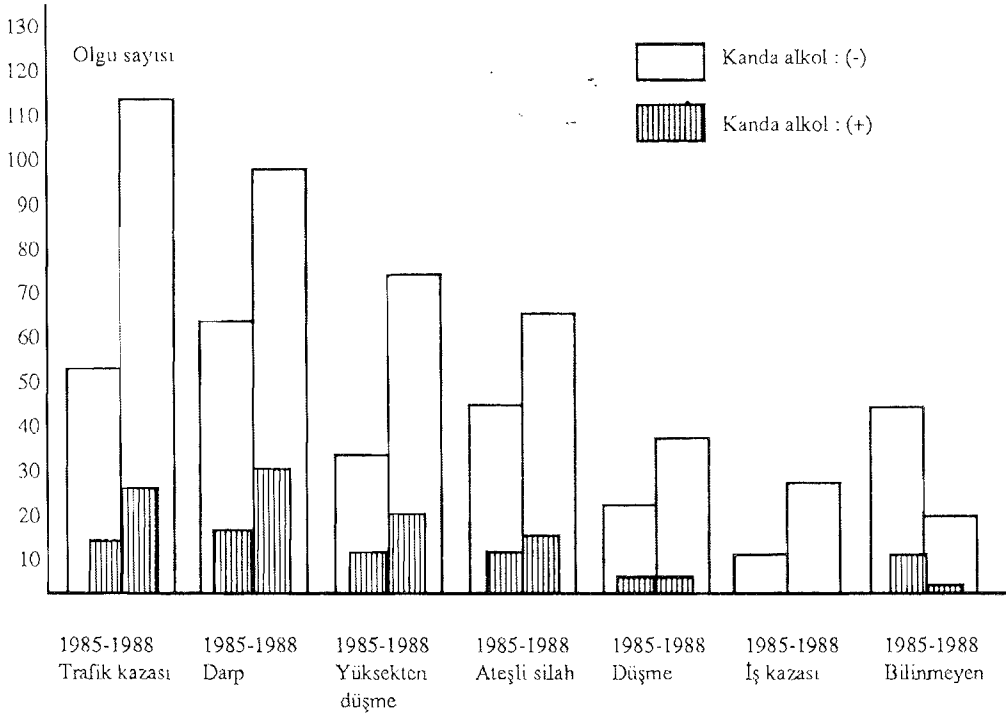


Şekil 1. Kafa travmasına maruz kaldığı anlaşılan ölüm olgularında olay öncesi alkol durumu.

Kafa travmasına yol açan nedenlerin başında, trafik kazası ve darp olayının yer aldığı anlaşılmış ve bu olgularda alkol alımının diğer nedenlere bağlı kafa travmalarından daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo II, Şekil 2).

Tablo II. Kafa travmasına maruz kaldığı anlaşılan ölüm olgularında olay türüne göre alkol durumu dağılımı.

	1985		1988		Toplam	
	Alkol : -	Alkol : +	Alkol : -	Alkol : +	Alkol : -	Alkol : +
Trafik kazası	39	7	100	16	139	23
Darp	46	8	75	19	121	27
Yüksekten düşme	19	5	52	10	71	15
Ateşli silah	26	5	49	7	75	12
Düşme	9	2	19	2	28	4
İş kazası	4	-	16	-	20	-
Bilinmeyen	25	6	10	1	35	7
Toplam	168	33	321	55	489	88

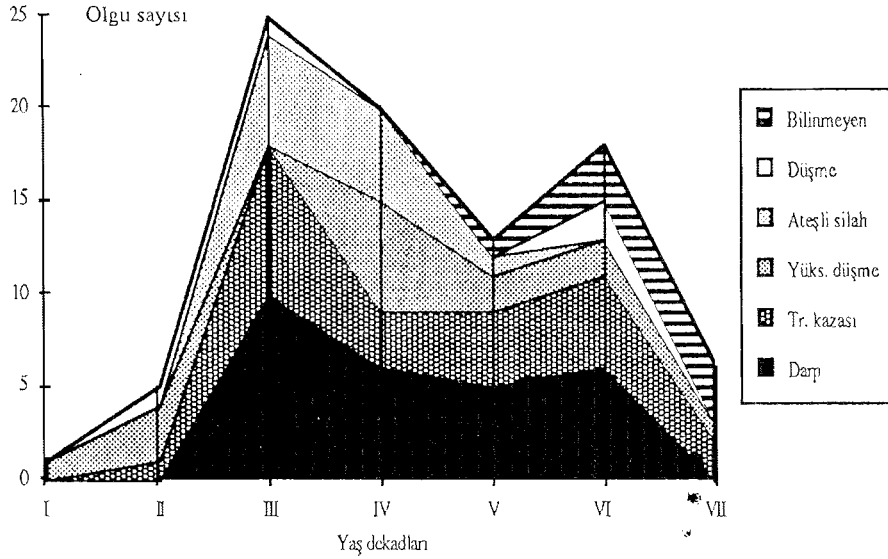


Şekil 2. Kafa travmasına maruz kaldığı anlaşılan ölüm olgularında olay türü ve alkol durumu dağılımı.

Alkol almış ve kafa travmasına maruz kalmış olguların 21-40 yaşlar arasında yoğunluk kazandığı saptanmıştır (Tablo III, Şekil 3). Olgular, otopsi olguları olduğundan, ölümden önceki döneme ait klinik bulgular değerlendirilememiştir.

Tablo III. Kanında alkol saptanan kafa travması olgularının yaş ve olay türüne göre dağılımı.

Yaş	Darp	Trafik kazası	Yüksekten düşme	Ateşli silah	Düşme	Bilinmeyen	Toplam
0-10	-	-	1	-	-	-	1
11-20	-	1	3	-	1	-	5
21-30	10	8	-	6	1	-	25
31-40	6	3	6	5	-	-	20
41-50	5	4	2	1	-	1	13
51-60	6	5	2	-	2	3	18
61<	-	2	1	-	-	3	6
Toplam	27	23	15	12	4	7	88



Şekil 3. Kanında alkol saptanan kafa travması olgularının yaş ve olay türüne göre dağılımı (olay türü saptanamayan 7 olgu değerlendirilmeye alınmamıştır).

TARTIŞMA

Kapalı kafa travmalarında cilde ait lezyonlar görülmez. Açık bir kırık mevcutsa, açık kraniyo-serebral travmadan bahsedilir. Kapalı kafa travmalarında da kafatası kırıkları ile beyin harabiyeti ve kanaması meydana gelebilir. Kafaya yönelik darbe yeteri kadar ağır ise, travmaya maruz kalan kişide, kendinden geçme halinden derin komaya kadar değişen bilinç kayıpları ve hatta ani ölüm ortaya çıkabilir. Kafa travmalarından sonra kırık veya kompresyon olmadan ortaya çıkan kontüzyo serebride, sersemleme, şuur bulanıklığı ve hatta şuur kaybı görülebilir. Ağır kontüzyoda şahıs bulbus felcinden ölebilir. Kontüzyo serebride genellikle travmanın isabet ettiği yerde (coup) ve beyin bu bölgesine uyan karşı tarafında (countre coup) lezyonlar oluşur. Hemen daima subaraknoidal bir kanama meydana gelir. Ağır şekillerinde subdural kanama oluşarak kompresyona serebri belirtilerini ortaya çıkarır. Kontüzyo serebride ödem teşekkül ettiği takdirde, bulbusa baskı sonucu birkaç saatten birkaç güne kadar değişen koma ortaya çıkar. Şahıs çoğu kez komadan açılmadan, bazan da kısa süren bir iyileşme dönemini izleyerek yeniden gelişen komaya bağlı olarak yaşamını yitirir. Ağır beyin kontüzyonunda lezyonun bulunduğu bölgeye ait semptomlar da görülür. Kramplar, irritasyon belirtileri, felçler, piramidal belirtiler, kafa sinirleri felçleri, pupilla değişiklikleri ve santral ateş ortaya çıkabilir (1,2).

Kafa içi basıncının artmasına neden olan intrakraniyal kanamalar veya beyin ödemi ile beyin şişmesi, kafa travmalarını takiben ortaya çıkabilir (2,3). Genellikle kafatası kırıklarında *arteria meningea media* lezyonlarına bağlı olarak ortaya çıkan epidural hematomlarda, travmaya maruz kalan kişide, travmayı müteakip kısa bir iyilik dönemi (lucid interval, free interval) görülür. Bunu takiben hastanın genel durumu akut olarak bozulur. Subdural hematom, çoğunlukla venöz kökenlidir.

Akut, subakut ve kronik olarak ortaya çıkar. Genellikle travmadan iki hafta sonra belirti vermeye başlayan subdural hematom, kronik olarak kabul edilir. Başağrısı, artıcı nitelikte psiko-organik değişiklikler ile koma ve ölüm hastalığının klasik ilerleyiş şeklidir. İntraserebral kanama ise, daha az sıklıkla görülür. Travma sonucu intraserebral bir damarın yırtılması veya beyin kontüzyonuna bağlı olarak gelişir. Arteriyel nitelikli bir kanama olduğundan belirtiler ortaya çabuk çıkar. Başlangıçta, ağır beyin lezyonları yoksa, açık dönem görülebilir (2,4).

Kafa travmalarında ve aşırı alkol alımında, sonuçta görülen komadan önce, her iki halde de serebellum etkilenmesinden gelişen bulgular ortaya çıkar. Kafa travmalarında kafa içi basıncının artmasına veya serebelluma yönelik ani ölüm tevliid etmeyen travmalara bağlı olarak ortaya çıkan bu bulgular, alkol alımında serebellumun doğrudan etkilenmesiyle oluşur. Denge, tonus ve koordinasyonu sağlayan serebellumun, bu fonksiyonlarına ait bozukluklar ortaya çıkar. Denge kusuru (ataksi) hem istirahat hem de hareket halinde görülür (5,6). Ataksinin aşırı alkol alımı sonucu ve kafa travmalarında oluşması, alkol almış ve kafa travmasına maruz kalmış kişilerde, asıl ve belki de en önemli neden olan kafa travmasının düşünülmesini engelleyebilir (7). Tonus kusuru, hipotoni veya hipertoni şeklinde kendisini gösterir. Koordinasyon bozukluğu sonucu kaslar, istenen görevleri yerine getiremezler. Serebellum sendromu adıyla bilinen bu durumda ölçü, diadokinezi kusurlarının yanısıra, dizartri görülür. Dizartrinin nedeni, konuşma ile ilgili periferik organların kasları arasında sinerjik bir çalışma yapılamamasıdır. Tremor, kişi tam istirahat halindeyken bile görülür. Göz yuvarını ilgilendiren kaslarda ortaya çıkması sonucu, *nistagmus* oluşur (5). Mayo Kliniği araştırma ekibi (8), alkolü de içeren bazı ilaçların serebellar tipte *nistagmus* yaptığını kanıtlamıştır. Normalde, kemik-tendon reflekslerinde bir uyarıya bir yanıt alınır. Ancak, serebellar sendromda yanıt birkaç kez verilir; buna, pandüler refleks denilmektedir (5). Alkol komasında tendon reflekslerinin, uyarılara bazan çok şiddetli yanıt verdiği, bazan da hiç yanıt alınmadığı bildirilmiştir (3). Passivite ve serebellar katelepsi diğer bulgulardır.

Komaya neden olamayacak miktarda alkol almış bir kimsede ayrıca bir kraniyo-serebral travma da varsa, ayırıcı tanı çok güç olabilir. Şuur bulanıklığı, oryantasyon bozukluğu, retrograd amnezi gibi psişik bozuklukların yanısıra, labil dolaşım, vücut ısısı bozukluğu gibi vejetatif semptomlar yalnızca fazla alkol almış kişilerde de görülebilir. Ayırıcı tanı çoğu kez ileri tetkikler ve klinik takiple konabilir. Kafa travmasına maruz kalıp kalmadıkları kesin olarak belirlenemeyen kişilerin bir süre klinikte tutulmaları şarttır (2,9).

Klinik bulgular dikkate alındığında, alkol alımı ile kafa travmasının bir diğerinin bulgularını örtbileceği ve kesin tanı konulmasını zorlaştırabileceği aşikardır. Bu tür olguların ölümle sonuçlanması halinde, mutlaka otopsi uygulanmalı ve kesin ölüm nedeni açığa çıkarılmalıdır. Klinikte kesin tanısı konulamamış bu tür ölüm olgularında otopsi uygulanmadan cesedin gömülmesi, adli bir olayın karanlıkta kalmasına neden olabilir.

KAYNAKLAR

- 1 Dinçmen, K. (1977) *Nöroloji El Kitabı*, s. 172-177, İnkılap ve Aka Basımevi, İstanbul.
- 2 Burri, C., Beck, H., Ecke, H. (1982) *Kaza Cerrahisi Travmatoloji* (Çeviri: Cever, İ.), s. 248-257, Sermet Matbaası, Kırklareli.
- 3 Gordon, I., Shapiro, H.A., Berson, S.D. (1988) *Forensic Medicine, a Guide to Principles*, pp. 252-340, 396-435, 3rd ed., Churchill Livingstone, Edinburgh.
- 4 Kumral, K., Palalı, İ. (1983) *Intrakranial Kanamalar* (Özdamar, N., ed.) s. 1-25, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Yayın Bürosu Ofset Atelyesi, İzmir.
- 5 Tükel, K. (1966) *Nöroloji*, s. 87-114, Universal Ofset Basımevi, İstanbul.
- 6 Çalışkan, A. (1981) *İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları* Cilt: 4, Nöroloji (Aktin, E., ed.), s. 16-24, 2. Baskı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Yayınları, No. 2820, Sanal Matbaacılık, İstanbul.
- 7 French, H. (1945) *An Index of Differential Diagnosis of Main Symptoms*, p. 90, 6th ed., John Wright and Sons, Bristol (Gordon, I., Shapiro, H.A., Berson, S.D.'den naklen).
- 8 Mayo Clinic Staff (1957) *Clinical Examination in Neurology*, pp. 94-96, W.B. Saunders Co., Philadelphia.
- 9 Simpson, K., Knight, B. (1985) *Forensic Medicine*, pp. 107-138, 9th ed., Edward Arnold, London.

Ayrı baskı için :

Dr. Şebnem Korur Fincancı
Adli Tıp Kurumu,
34246 Cerrahpaşa, İstanbul
Türkiye