

Periferik Bir İlçe Hastanesinde Ameliyat Edilen Delici Kesici Alet Yaralanması Olgusu: Kalp Nafiz Bıçaklanma

A Case of Operated Penetrating Injury in a Distinct Hospital: Penetrating Cardiac Injury

¹Adem Bayraktar, ²Alper Aytekin, ³Eral Mandollu, ³Abdulaziz Kaya, ⁴İbrahim Koç

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D. Çapa, İstanbul*

²*Viranşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği Viranşehir, Şanlıurfa*

³*Viranşehir Devlet Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği Viranşehir, Şanlıurfa*

⁴*Viranşehir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği Viranşehir, Şanlıurfa*

Özet

Kalbe penetran travmalar hayatı tehdit eden hemoraji ve kalp tamponadı gibi ciddi klinik sonuçları nedeni ile önemli travma acillerindedir. Vakaların önemli bir kısmı hastaneye ulaşmadan kaybedilir. Hastaneye ulaşarlarda ise hızlı müdahale prognozu belirler. Vakaların önemli bir bölümü ilk müdahalede geç kalınması, transporttaki yetersizlikler ve operasyona alınırken oluşan gecikmeler nedeni ile kaybedilmektedir. Bu olgumuzda göğüs cerrahisi ve kalp damar cerrahisi uzmanı ile toraks setinin olmadığı periferik bir ilçe hastanesinde genel cerrahi uzmanı tarafından erken dönemde ameliyat edilen bir kalbe nafiz bıçaklanma olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Delici kesici alet yaralanması, kalp nafiz bıçaklanma, torakotomi

Abstract

Penetrating cardiac injuries are one of the most important urgent traumas which can cause life-threatening hemorrhage and cardiac tamponade. A significant number of cases die before reaching the hospital. Rapid response to those who reached the hospital determines the prognosis. Most of cases die because of inefficiencies in transport, delays in transport to operation room and late intervention. We aim to present, early operated penetrating cardiac injury case by a general surgeon without thoracic/cardiovascular surgeon and thorax surgery set in a distinct hospital.

Key words: Penetrating trauma, penetrating cardiac injury, thoracotomy

GİRİŞ

Kalbe penetran yaralanmalar yüksek mortaliteleri nedeniyle hızlı tespit edilip acil müdahale gerektiren durumlardandır. Olguların yaklaşık %80'i tıbbi müdahale yapılamadan ya da hastaneye ulaşılardan kaybedilir (1). Hastaneye arrest olmadan ulaşan hastalarda tanının erken konulması ve cerrahi müdahalenin erken yapılması hastaların yaşam şansını artırmaktadır (2). Bu çalışmada, göğüs cerrahisi ve kalp damar cerrahisi uzmanı ile toraks setinin olmadığı periferik bir ilçe hastanesinde genel cerrahi uzmanı tarafından erken dönemde ameliyat edilen bir kalbe nafiz bıçaklanma olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

Yirmi bir yaşında erkek bir hasta olup delici, kesici alet yaralanması (DKAY) nedeni ile hastanemizin acil polikliniğine getirildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ksifoidin yaklaşık 2 cm altında ve 2 cm genişliğinde DKAY ile uyumlu yaralanma alanı saptandı. Vital bulgularında TA:80/60 mmHg, Nb:110/dk, satürasyon oda havasında %80, solunum yüzeysel ve kalp seslerinin derinden geldiği saptandı. Karın distansiyonu ve hassasiyeti saptanmadı. Boyun venlerinde dolgunluk saptanmadı. Santral venöz basınç hastane koşullarındaki yetersizlik nedeni ile ölçülemedi. Torakoabdominal bıçaklanma olduğu için hastanın kesisi suture edildi. Şuur konfü olan ve vital bulguları

kötüleşen hasta, merkeze 100 km uzaklıkta olunması, kalp damar cerrahisi ve göğüs cerrahisi uzmanı olmamasından dolayı genel cerrahi uzmanı tarafından acil olarak ameliyata alındı. Tanısal laparotomide batin içi patoloji saptanmadı. Sol anterolateral torakotomi uygulandı. Torakotomi setinin olmadığı birimizde toraks açıklığı iki adet ru ekartör kullanılarak sağlandı (Şekil 1). Perikardiyotomi ile tamponad sonlandırıldı ve sağ ventrikül anteriorunda ve posteriorundaki yaralanma alanları 2/0 yuvarlak prolen ile primer olarak tamir edildi. Hasta ameliyat sonrası dönemde merkezi bir üniversite hastanesi kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Ameliyat sonrası erken dönemde yapılan ekokardiyografi normal olarak saptandı. Ameliyat sonrası birinci gününde ekstübe, beşinci gününde taburcu edilen hasta sorunsuz olarak hayatına devam etmektedir.

TARTIŞMA

Kalbe penetran yaralanmalar hızlı tanı ve cerrahi girişim gerektiren mortalitesi yüksek travmalardır. Toraksa nafiz yaralanmaların yaklaşık %8-9'luk bir kısmını kalbe penetre olan yaralanmalar oluşturur (3,4). Kısa sürede tanı konulup cerrahi müdahale yapılmadığında çoğunlukla ölümcül seyredir. Buna karşılık zamanında yapılan müdahale ile ölümler sonuçlanabilecek birçok hasta hayata döndürülebilir (5). Kalbe penetran delici kesici alet yaralanması ile arrest olmadan hastaneye

Şekil. Yaralanma bölgesi, roux ekartörler ile toraks açıklığının sağlanması ve kalp tamiri yapılan bölge.



ulaştırılan hastalarda, tanının hızlı konulması, gerekli müdahalelerle stabilizasyonundan hemen sonra cerrahi müdahalenin erkenden yapılması ile hastaların yaşam şansı artmaktadır (2). Campbell ve ark. 1198 olgudan yalnızca 70'inin (%6) hastaneye canlı ulaşabildiğini ve bunlardan 35 olgunun yaşatılabildiğini bildirmiştir (6). Hastane imkânlarındaki yetersizlikler nedeni ile hastamıza ek görüntüleme yapılamadan, klinik bulgular ile olgumuz hastaneye gelişinden yaklaşık 10 dakika sonra ameliyathaneye alındı. Median sternotomi kalbin tüm bölgelerinin eksplorasyonuna imkân verdiği için kalp yaralanmalarında tercih edilen yaklaşım yoludur (7). Ancak DKAY'nda, travmaya maruz kalan hemitoraksdan anterolateral torakotomide uygulanabilir (8). Olgumuzda hastanın genel durumunun kötülüğü nedeni ile hızlı

müdahale endikasyonunun olması ve hastane koşulları gereği sternotomi yapılamaması nedeni ile sol anterolateral torakotomi tercih edildi. Postoperatif dönemde hastaların ekokardiyografi ile değerlendirilmeleri kardiyak yaralanma neticesinde oluşabilecek olası patolojilerin tespitinde etkin bir yöntemdir (9,10). Hastamız ameliyat sonrası bir üniversite hastanesi kalp ve damar cerrahisi birimi yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Erken dönemde yapılan ekokardiyografisinde patolojik bulgu saptanmadı.

Sonuç olarak, acil servise canlı olarak gelebilen kalbe penetran yaralanmaların hızlı bir şekilde değerlendirilerek zamanında cerrahi girişimlerinin yapılması bu olguların yaşam şanslarını önemli ölçüde arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Tırnaksız B, Kaynak K, Çakan A. Toraks travmaları. In: Taviloğlu K, Ertrekin C, Güloğlu R, editors. Travma ve resüsitasyon kursu. İstanbul: Logos; 2006. p. 95-101.
2. Demirkıran MS, Tekin AG. Kalbe penetran yaralanmalar: üç yıllık Adana Numune Hastanesi deneyimi. Ulus Travma Derg. 2003; 9(1):30-3.
3. Buchman TG, Philips J, Menker JB. Recognition, resuscitation and management of patients with penetrating cardiac injuries. Surg Gynecol Obstetrics 1992; 174:205-10.
4. Kulshrestha P, Iyer KS, Das B, et al Chest injuries: a clinical and autopsy profile. J Trauma 1988; 28:844-7.
5. Mandal AK, Oparah SS. Unusually low mortality of penetrating wounds of the chest: Twelve years' experience. J Thorac Cardiovasc Surg 1987; 97:119-25.
6. Campbell NC, Thomson SR, Muckart DJJ, et al. Br J Surg 1997; 84:1737-40.
7. Andrade-Alegre R, Mon L. Subxiphoid pericardial window in the diagnosis of penetrating cardiac trauma. Ann Thorac Surg 1994; 58:1139-41.
8. Moreno C, Moore EE, Majure JA. Pericardial tamponade: a critical determinant for survival following penetrating cardiac wounds. J Trauma 1986; 26:821-5.
9. Jakoby SS, Gillam LD, Pandian NG, Weyman AE. Two dimensional and doppler echocardiography in the evaluation of penetrating cardiac injury. Chest 1985; 88:922-4.
10. Sklar J, Clarke D, Campbell D, et al. Traumatic ventricular septal defect and lacerated mitral leaflet: two dimensional echocardiographic demonstration. Chest 1982; 81:247-9.