

10.2. Kafa Travmaları

Dr. Fatih Ahmet KAHRAMAN

Vaka Örneği

25 yaşında erkek hasta motorsiklet kazası nedeniyle acil servise getirildi. Bilinç açık, kooperasyon ve oryantasyonu orta, kısa süreli bilinç kaybı olmuş, Glasgow Koma Skoru: 14, ağız ve burundan kanama, tansiyon: 80/50 mmHg, nabız: 59/dakika, ateş: 36.5 °C, frontal bölgede, maksiller bölgede ve burun sırtında çok sayıda laserasyon mevcut.

Hastada öncelikli yaklaşımımız nasıl olmalı ve hangi tetkikler istenmelidir?

Kafa Travması Genel Bilgiler

Trafik kazalarına bağlı ölümlerin %75'inde ve tüm multitravmalı hastaların %80'inde kafa travması mevcuttur. Yine ciddi travmatik beyin hasarı; gelişmiş ülkelerde 45 yaş üstü mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir.

Kafa travmalarında mortalite oranı %28-52 dir. Her yıl travma nedeniyle ölen her 100.000 kişinin %50'si kafa travması nedeniyle yaşamını yitirmekte, sağ kalan ciddi kafa travmalı hastaların yalnız %40-50'si sekelsiz olarak iyileşebilmektedir.

Hastane acil servisine başvuruların %20'sini kafa travmaları oluşturur. %80'i minör kafa travması (GCS:14-15), %10 orta dereceli kafa travması (9-13), %10 ağır kafa travması içinde (8 ve altı) sınıflandırılır. Erişkinlerde kafa travmasının en önemli sebebi trafik kazaları (%60) olurken, çocuklarda düşmeler (%57) ilk sırayı alır (1,2).

Değerlendirme ve olgu yönetimi:

İlk değerlendirme esnasında hiçbir semptom ve bulgu olmayabilir. Kafa yaralanması ile ilişkili en

sık karşılaşılan semptomlar; bulantı-kusma, baş ağrısı ve letarjidir.

Nörolojik muayene unsurları

- Glasgow koma skalası (GKS)
- Bilinç düzeyi
- Pupil reaktivitesi, boyutu
- Ekstremit motor gücüdür.

1. Glasgow koma skalası

Göz açma	Spontan açma	4 puan
	Ses ile açma	3 puan
	Ağrı ile açma	2 puan
	Cevap yok	1 puan
Motor cevap	Emirlere uyma	6 puan
	Ağrıyı lokalize etme	5 puan
	Ağrıdan kaçma	4 puan
	Ağrıya fleksör cevap	3 puan
	Ağrıya ekstansör cevap	2 puan
	Cevap yok	1 puan
Verbal cevap	Oryante	5 puan
	Konfüze	4 puan
	Uygunsuz kelimeler	3 puan
	Anlaşılmaz sesler	2 puan
	Cevap yok	1 puan

Vaka Tartışma

Konunun başında verdiğimiz vakada hızlıca travmaya yönelik bakımımızı yaptıktan sonra kafa da çok sayıda kesi olması, ağız ve burunda kanama olması, bilinç kaybı olması nedeniyle kranial CT çekilmesini sağlarız. CT' de sağ frontal bölgede kontüzyon, ön kafa kaidesi fraktürü, bilateral maksillada, frontal ve etmoid kemiklerde çok sayıda parçalı kırık, sol zigomatik arkta çok sayıda kırık tespit edildi. Kesileri suture edilmeli ve hasta cerrahi girişim için alınmalıdır. Hasta yukarıdaki sınıflamalardan hepsinde de GKS 14 olmasına rağmen beyin CT çekme kuralını tamamlıyor.

Kırmızı bayraklar

- ☞ CCHR ve NOC antikoagulan kullanan hastalarda kullanışlı değildir.
- ☞ Çocuklarda minör kafa travmalarında duyarlılığı en yüksek olan ve kullanımı en akılcı olan PECARN skorlama sistemidir.
- ☞ CCHR nöroşirürjik müdahale ihtiyacını tahmin etmek için daha spesifiktir.
- ☞ Kafa travması ile gelen her hastada öncelikle GKS hesaplanmalıdır.

Kaynaklar:

- 1- Mirzai H, Yağlı N, Tekin İ. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi acil birimine başvuran kafa travmalı olguların epidemiyolojik ve klinik özellikleri. *Ulusal Travma Dergisi*. 2005;2:146 – 152
- 2- Bulut M, Korkmaz A, Akköse Ş, Balcı V, Özgüç H, Tokyay R. Çocukluk Çağındaki
- 3- Düşmelerin Epidemiyolojik Ve Klinik Özellikleri. *Ulusal Travma Dergisi*. 2002;4:20 – 223Prayer D, rametsteiner C. [Acute head trauma: diagnostic imaging] *Wien Med Wochenschr*.
- 4- National Collaborating Centre for Acute Care. Head injury: triage, assessment, investigation and early management of head injury
- 5- *Acil Tıp Dergisi Ekim 2000 III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı*
- 6- Clinical policy: neuroimaging and decisionmaking in adult mild traumatic brain injury in the acute setting; *Ann Emerg Med*, 2008
- 7- Clinical policy: neuroimaging and decisionmaking in adult mild traumatic brain injury in the acute setting; *Ann Emerg Med*, 2008
- 8- Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, Luber S, Blaudeau E, DeBlieux PM. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. *N Engl J Med*. 2000;343:100–5.
- 9- Papa L et al. Performance of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria for predicting any traumatic intracranial injury on computed tomography in a United States level I trauma center. *Acad Emerg Med* 2012 Jan; 19:2
- 10- Martin H. Osmond, MD CM, Terry P. Klassen et.all. CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury, *CMAJ*. 2010 Mar 9; 182(4): 341–348.
- 11- Dunning J¹, Daly JP, Lomas JP, Lecky F, Batchelor J, Mackway-Jones K, Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. *Arch Dis Child*. 2006 Nov;91(11):885-91
- 12- Smits M¹, Dippel DW, Steyerberg EW et.all. Predicting intracranial traumatic findings on computed tomography in patients with minor head injury: the CHIP prediction rule, *Ann Intern Med*. 2007 Mar 20;146(6):397-40
- 13- Palchak MJ¹, Holmes JF et.all. A decision rule for identifying children at low risk for brain injuries after blunt head trauma, *Ann Emerg Med*. 2003 Oct;42(4):492-506
- 14- Gill M¹, Windemuth R, Steele R, Green SM., A comparison of the Glasgow Coma Scale score to simplified alternative scores for the prediction of traumatic brain injury outcomes, *Ann Emerg Med*. 2005 Jan;45(1):37-42
- 15- Stiell IG¹, Wells GA, Vandemheen K,et.all. , The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury, *Lancet*. 2001 May 5;357(9266):1391-6
- 16- Stiell IG¹, Clement CM, Rowe BH et.all., Comparison of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria in patients with minor head injury, *JAMA*. 2005 Sep 28;294(12):1511-8
- 17- Lyttle MD¹, Cheek JA, Blackburn C, Oakley E, Ward B, Fry A, Jachno K, Babl FE., Applicability of the CATCH, CHALICE and PECARN paediatric head injury clinical decision rules: pilot data from a single Australian centre, *Emerg Med J*. 2013 Oct;30(10):790-4. doi: 10.1136/emermed-2012-201887. Epub 2012 Sep 26