

10.3. Servikal Travma

Dr. Ercan BAL

Vaka Örneği

35 yaşında erkek hasta kendi kullandığı araçta yüksek hızla gidiyor iken aracın kontrolünü kaybediyor ve araç takla atıyor. Hasta 112 tarafından acil servise getiriliyor. Burda yapılan muayenesinde bilinç açık koopere ve oriente GKS:15/15 (E:4, V:5, M:6) olarak saptanan hastada motor ve duyu muayenesinde de defisit saptanmıyor. Hastanın boynunun arka-üst yarısında hassasiyet saptanıyor. Batında ve toraksta hassasiyet ve patoloji saptanmıyor. Bundan sonraki yönetim nasıl yapılmalıdır?

Genel bilgiler

Servikal bölge, başı taşıması, sinir sisteminin beyinden omuriliğe ilk geçiş zonunu oluşturması, sıradışı anatomik yapısı, omurganın en hareketli bölgesi olması nedeniyle özel öneme sahiptir. Bu özellikleri travma sonrası ilk değerlendirilmesi gereken bölgelerden biridir. Servikal travmaların çoğunun kranial travmalarla birlikte olması nedeniyle her hastanın kranial açıdan da değerlendirilmesi akılda tutulmalıdır. Servikal travmalarda hasar tespitinde klinik muayene en önemli antitedir (1). Servikal travmalarda hangi tetkikin hangi durumda istenmesi gerektiği yine klinik muayeneye dayanmaktadır. Travma sonrası oluşan omurilik hasarının kısmi (inkomplet; yaralanma seviyesinin ≥ 3 segment altında herhangi bir motor ve duyu fonksiyonunun varlığı) yada tam (komplet; yaralanma seviyesinin ≥ 3 segment altında her-

hangi bir motor ve/veya duyu fonksiyonunu korunmaması) olup olmadığının tespiti de yine klinik muayene ile mümkündür. İlk muayenede tam omurilik yaralanması olan hastaların %3'ü ilk 24 saat içerisinde bir miktar düzelme gösterecektir. Ancak 24 saatten daha uzun süre tam omurilik hasarının devam etmesi hiçbir distal fonksiyonun geri dönmeyeceğinin işaretidir (2). Servikal bölge üst servikal bölge (oksipital kondiller, C1 (atlas) ve C2 (aksis)) ve alt servikal bölge (C3-C7 arası omurlar) olarak ayrılmaktadır. Acil serviste servikal travma hastasının değerlendirilmesinde radyolojiye ne zaman başvuracağımızın tespitinde yaygın olarak National emergency X-Radiography Utilization Study(NEXUS) düşük risk kriterleri ve Canadian C-Spine(cervical spine) Rule(CCR) kullanılmaktadır.

sında sürekli olarak boyun koruma altında olmalıdır. Acil servislere servikal omurga hasarı şüphesi ile birçok olgu başvurmaktadır, ancak bunların az bir kısmında gerçekten bir servikal yaralanma mevcuttur. Gereksiz tetkikler ve uygulamalar iş gücü kaybına, acil serviste kalite düşüklüğün, ve ciddi maddi kayıplara neden olmaktadır. Acil serviste hasta öncelikle klinik muayene ile değerlendirilmeli ve gerektiği takdirde radyolojik değerlendirmeler yapılmalıdır. NEXUS ve CCR kriterleri birçok makale ile avantaj ve dezavantajları açısından değerlendirilmiştir. Şuuru açık, genel durumu stabil hastalarda servikal hasarın tespitinde CCR, NEXUS'a göre daha spesifik ve sensitive olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca CCR yapılan hastalarda daha az radyografi isteme oranları tespit edilmiştir (15). Elbette acil servikal travma yönetiminde radyografi başlı başına yeterli değildir. Servikal grafide yetersizlik yada şüphe olduğunda, kliniği açıklamıyor ise servikal tomografi çekilmelidir. Ayrıca bilinci kapalı, kafa travmalı hastalarda da servikal tomografi endikasyonu vardır. EAST, şüpheli servikal travmada oksiputtan T1'e uzanan aksiyel ve koronal rekonstrüksiyonlu servikal tomografi primer modalite olarak tanımlanmıştır (16).

Kırmızı Bayraklar

- ☞ Servikal travma şüphesi olan bir hasta ilk görüldüğü anda aksi ispat edilene kadar boynu koruma altına almak gerekir
- ☞ Bilinci kapalı kafa travmalı hasta, servikal travma yönünden de incelenmelidir
- ☞ CR, NEXUS'a göre daha sensitif ve spesifiktir.
- ☞ Servikal omurgaya yönelik yapılacak grafi ve tomografide oksiputtan-T1'e görüntüler elde olunmalıdır.
- ☞ Bilinci kapalı, servikal travmalı hastada servikal tomografi endikasyonu vardır

Referanslar

1. Rose MK, Rosal LM, Gonzalez RP, Rostas JW, Baker JA, Simmons JD, et al. Clinical clearance of the cervical spine in patients with distracting injuries: It is time to dispel the myth. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(2):498-502.
2. Greenberg G. *Handbook of Neurosurgery.* Sixth ed. Newyork: Thieme Medical Publishers; 2006.
3. Anderson PA, Montesano PX. Morphology and treatment of occipital condyle fractures. *Spine (Phila Pa 1976).* 1988;13(7):731-6.
4. Dolgun H ÇY. Üst servikal spinal travmalar ve cerrahisi. In: Korfalı E ZM, editor. *Temel Nöroşirürji.* 2. Ankara: Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları; 2010. p. 1667-86.
5. Traynelis VC, Marano GD, Dunker RO, Kaufman HH. Traumatic atlanto-occipital dislocation. Case report. *J Neurosurg.* 1986;65(6):863-70.
6. Landells CD, Van Peteghem PK. Fractures of the atlas: classification, treatment and morbidity. *Spine (Phila Pa 1976).* 1988;13(5):450-2.
7. Spence KF, Jr., Decker S, Sell KW. Bursting atlantal fracture associated with rupture of the transverse ligament. *J Bone Joint Surg Am.* 1970;52(3):543-9.
8. Walters BC, Hadley MN, Hurlbert RJ, Aarabi B, Dhall SS, Gelb DE, et al. Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries: 2013 update. *Neurosurgery.* 2013;60 Suppl 1:82-91.
9. Hadley MN, Walters BC, Grabb PA, Oyesiku NM, Przybylski GJ, Resnick DK, et al. Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries. *Clin Neurosurg.* 2002;49:407-98.
10. Anderson LD, D'Alonzo RT. Fractures of the odontoid process of the axis. 1974. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86-A(9):2081.
11. Hadley MN, Browner CM, Liu SS, Sonntag VK. New subtype of acute odontoid fractures (type IIA). *Neurosurgery.* 1988;22(1 Pt 1):67-71.
12. Li XF, Dai LY, Lu H, Chen XD. A systematic review of the management of hangman's fractures. *Eur Spine J.* 2006;15(3):257-69.
13. Levine AM, Edwards CC. The management of traumatic spondylolisthesis of the axis. *J Bone Joint Surg Am.* 1985;67(2):217-26.
14. Fielding JW, Francis WR, Jr., Hawkins RJ, Pepin J, Hensinger R. Traumatic spondylolisthesis of the axis. *Clin Orthop Relat Res.* 1989(239):47-52.
15. Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, Brison R, Schull MJ, Rowe BH, et al. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *N Engl J Med.* 2003;349(26):2510-8.
16. Como JJ, Diaz JJ, Dunham CM, Chiu WC, Duane TM, Capella JM, et al. Practice management guidelines for identification of cervical spine injuries following trauma: update from the eastern association for the surgery of trauma practice management guidelines committee. *J Trauma.* 2009;67(3):651-9.