

SERVİKAL YARALANMALAR

Atahan DURĞAL¹

GİRİŞ

Günümüzde gelişen bilgi ve teknoloji, sağlık merkezlerine ulaşımın kolaylaşması, sağlık personeli sayısındaki artışa rağmen servikal yaralanmalar halen önemini koruyan bir sağlık sorunudur. Servikal yaralanmalar genellikle yüksek enerjili yaralanma mekanizmaları ile oluşmakta olup buna bağlı olarak genç popülasyonda geçici veya kalıcı nörolojik sekel ve iş gücü kaybına, hastane bakım maliyetlerinde artışa, hasta ve yakınlarının maddi ve psikolojik açılarından oldukça büyük zararlar görmesine sebep olmaktadır. Bu nedenlerden ötürü servikal yaralanmaların yol açtığı önlenemez kayıp ve zararlarının önüne geçilmesi açısından servikal yaralanmaların yönetimi ortopedi ve nöroşirürji ile ilgilenen her hekimin bilmesi gereken önemli bir konudur.

EPİDEMİYOLOJİ

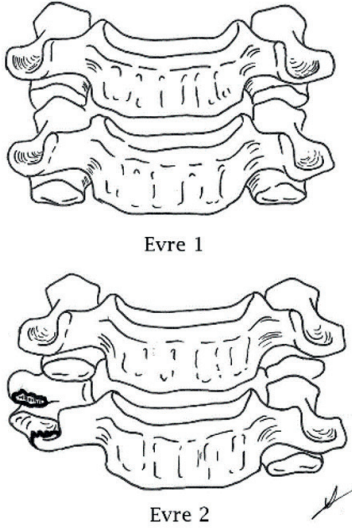
Servikal yaralanmalar künt travmaya maruz kalan hastaların %2-%3'ünü oluşturmaktadır.⁽¹⁾ Servikal omurga yaralanmaları basit tıbbi müdahaleler ile giderilebilecek minor travmalardan tetrapleji veya ölüm ile sonuçlanabilen major travmalara kadar çok çeşitli durumlar ile karşı-

mıza çıkabilir. Tüm spinal yaralanmaların %19 ila % 51 'i servikal bölgede görülmektedir.⁽²⁾ Bu yaralanmalar tüm spinal yaralanmalar içinde mortalite riski en fazla olan gruptur. Bu durumun sebepleri arasında eşlik eden spinal kord yaralanması ve travmatik beyin hasarı, entübasyon zorluğu gösterilebilir.⁽³⁾ Yaş dağılımı 20-45 ve 70-80 yaş olmak üzere 2 dönemde pik yapar.⁽⁴⁾ Erkek cinsiyet ve 64 yaş üstü olmak risk faktörleri arasındadır.⁽⁴⁾ Artan yaş ile birlikte servikal yaralanma insidansında artış olmaktadır.

Motorlu araç kazaları en sık yaralanma mekanizmasıdır ve tüm servikal yaralanmaların yaklaşık yarısının sebebini oluşturmaktadır.⁽¹⁾ Bunun dışında kalan diğer büyük kısmı yüksekten düşme/atlama (dalış) ve spor yaralanmaları oluşturur.

Bilinmesi gereken diğer önemli bir hususta bilinci kapalı hastada eşlik edebilecek servikal spinal yaralanmanın göz önünde bulundurulmasıdır. Glaskow Koma Skalası (GKS) puanı 8 ve altında olan hastalarda servikal omurga ve spinal kord yaralanması riski artmıştır. Omurganın diğer bölgeleri ile kıyaslandığında servikal fraktürler ile ilişkili nörolojik defisit ve komplet kord yaralanması riski artmıştır.⁽⁵⁾

¹ Dr., Ortopedi ve Travmatoloji Asistanı, Ankara Şehir Hastanesi, durgalatahan016@gmail.com.



Şekil 15. Allen-Ferguson lateral fleksiyon yaralanmaları.

SONUÇ

Servikal yaralanmalar acil serviste çalışan ve konu ile ilgisi bulunan her hekimin genel hatları ile bilmesi gereken önemli bir konudur. Servikal yaralanmalı hastaların tanısının atlanması sonucunda hem hastanın hayatı hem de medikolegal açılardan ciddi sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Servikal yaralanmalı hastanın tanısı ve ilk müdahalesi büyük bir önem arz etmekle birlikte hastaya uygun tedavinin uygulanması açısından literatürdeki güncel sınıflama sistemlerinin, instabilite kriterlerinin ve güncel tedavi yaklaşımlarının (cerrahi olmayan/ cerrahi) bilinmesi de bir o kadar önemli bir konudur.

KAYNAKLAR

1. Hasler RM, Exadaktylos AK, Bouamra O, et al. Epidemiology and predictors of cervical spine injury in adult major trauma patients: a multicenter cohort study. *J Trauma Acute Care Surg* 2012;72:975-981.
2. Lenehan B, Boran S, Street J, et al. Demographics of acute admissions to a National Spinal Injuries Unit. *Eur Spine J* 2009;18:938-942.
3. Varma A, Hill EG, Nicholas J, Selassie A. Predictors of early mortality after traumatic spinal cord injury: a population-based study. *Spine* 2010;35:778-783.
4. Lowery DW, Wald MM, Browne BJ, et al. Epidemiology of cervical spine injury victims. *Ann Emerg Med* 2001;38:12-16.

5. Leucht P, Fischer K, Muhr G, Mueller EJ. Epidemiology of traumatic spine fractures. *Injury* 2009; 40: 166e72.
6. Ryan M, Henderson J. The epidemiology of fractures and fracturedislocations of the cervical spine. *Injury* 1992; 23: 38e40.
7. Sekhon LH, Fehlings MG. Epidemiology, demographics, and pathophysiology of acute spinal cord injury. *Spine* 2001; 26: S2e12.
8. Holmes JF, Akkinepalli R. Computed tomography versus plain radiography to screen for cervical spine injury: a meta-analysis. *J Trauma* 2005;58:902-905.
9. Maserati MB, Stephens B, Zohny Z, Lee JY, Kanter AS, Spiro RM, et al. Occipital condyle fractures: clinical decision rule and surgical management. *J Neurosurg Spine* 2009;11:388-95.
10. Tuli S, Tator CH, Fehlings MG, Mackay M: Occipital condyle fractures. *Neurosurgery* 41:368-377, 1997
11. Kakarla, U.K., Chang, S.W., Theodore, N. and Sonntag, V.K., 2010. Atlas fractures. *Neurosurgery*, 66(3 Suppl), pp. 60-67.
12. James R, Nasmyth-Jones R (Apr 1992). "The occurrence of cervical fractures in victims of judicial hanging". *Forensic Science International*. 54 (1): 81-91.
13. Ryan M, Henderson J. The epidemiology of fractures and fracturedislocations of the cervical spine. *Injury* 1992; 23: 38e40.
14. Vaccaro AR, Hulbert RJ, Patel AA, et al. The subaxial cervical spine injury classification system: a novel approach to recognize the importance of morphology, neurology, and integrity of the disco-ligamentous complex. *Spine* 2007; 32: 2365e74.
15. Fehlings MG (2001) Recommendations regarding the use of methylprednisolone in acute spine cord injury. *Spine* 26:S56-S57
16. White AA, Panjabi MM (1990) Clinical biomechanics of the spine. J.B. Lippincott Co, Philadelphia
17. Charles M. Court-Brown.(2015).Principles of Nonoperative Fracture Treatment.In Charles M. Court-Brown,-James D. Heckman, Margaret M. McQueen,William M. Ricci, Paul Tornetta III (Eds.), Rockwood and Green's Fractures in Adults (8nd ed., pp. 155-194).Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
18. Al-Mahfoudh, R., Beagrie, C., Woolley, E., Zakaria, R., Radon, M., Clark, S., ... Wilby, M. (2015). Management of Typical and Atypical Hangman's Fractures. *Global Spine Journal*, 6(3), 248-256.