

BÖLÜM 33

PEDİATRİK FASYAL TRAVMA YÖNETİMİ



Nesrettin Fatih TURGUT¹
Merve MUTLU²

GİRİŞ

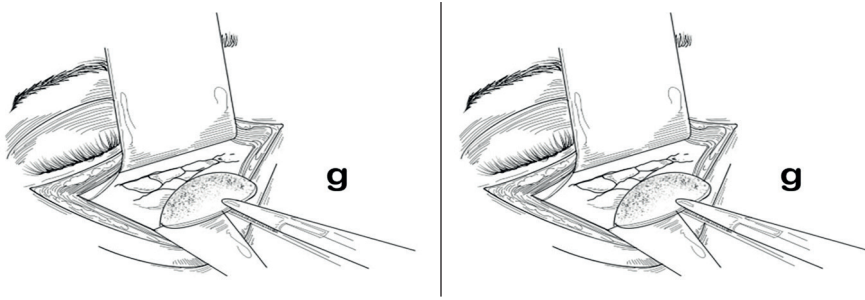
Çocuk yaş grubunda travma, Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre her yıl 3 çocuktan birini etkileyen yüksek mortalite ve morbiditeye sahip bir durumdur.(1) Çocuklarda travma sıklığı fazla olmasına rağmen ileri fasyal kırıkların görülmeleri daha düşük orandadır. 16 yaşından küçük çocuklarda tüm kırıklar içinde %1 ila %14 oranında, 5 yaşından küçüklerde ise %0.087 ila %1 oranında fasyal fraktür gözlemlenir. (2) Kural olarak fasyal travma yönetimi prensipleri çocuklarda erişkinlere göre daha konservatiftir.(3) Artmış osteopenik aktivite ve hızlı yara iyileşmesi nedeniyle, redüksiyonun erkenden gerçekleştirilmesi ayrıca immobilizasyonun daha kısa tutulması gerekmektedir.(4,5) Minimal estetik ve fonksiyonel kayıpla hasarın düzeltilmesi esas amaçtır. Fasyal kırık nedeniyle değerlendirilen bir çocukta ilk olarak havayolunun güvenliğe alınması gerekmektedir. İzole kırıklarda uygun pozisyon verilmesi ile birlikte ağız için kanama kontrolü, olası diş kırıkları ve yabancı cisim kontrolü yeterli olacaktır. Ancak yoğun kanamanın eşlik ettiği daha kompleks fraktürlerde entübasyon düşünülmelidir. Entübasyon sırasında servikal bir yaralanmanın yüksek oranda eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır.(1)

Büyük Britanya ve İrlanda Anestezi birliği, travma hastalarında entübasyon endikasyonlarını 8 madde altında toplamışlardır. 1. Bilateral mandibula kırıkları, 2. ciddi oral kanamalar, 3. Koruyucu larengeal refleksin

¹ Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, drnftkbb@gmail.com

² Asist. Dr., SBÜ Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, mervemutlu1995@hotmail.com

- YÜZ PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİSİ



Şekil 4. 4h ve 4g: Tekrar herniasyonu önlemek için kemik greft veya emilebilir sentetik ürünler kullanılması

SONUÇ

Çocuklarda fasyal kırıklar, farklı yaş gruplarında anatomik ve fizyolojik gelişim süreçleri ile ilişkili olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Çocukluk çağı fasyal kırıklarda sistematik, hızlı ve profesyonel bir yaklaşım gerekmektedir. Kulak Burun Boğaz, Maksillofasyal Cerrahi, Plastik Cerrahi, Göz Hekimi, Pediatri Hekimi ve gereğinde diğer branşların da bu alanda deneyimli olması ve ekip olarak yaklaşılması komplikasyonların önlenmesi ve başarı sağlanması açısından olmazsa olmazdır. 5 yaş altındaki grupta, kemik yapının daha elastik özelliğe sahip olmasından ötürü daha çok yaş ağaç kırığı benzeri kırıklar görülmektedir. 6 yaş ile 12 yaş arasında orta derece kırıklar, adölesanlarda ise erişkin tipi kırıklar izlenmektedir. Kırıkların doğru anatomik planda rekonstrükte edilmeleri ileride oluşabilecek yüz deformitelerinin önüne geçilmesi açısından çok önemlidir. Teknolojik gelişmeler ışığında emilebilir plakların tedavideki etkinliklerinin artması ilerleyen yıllarda bu alanda umut verici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ryan ML, Thorson CM, Otero CA, et al. *Pediatric facial trauma: A review of guidelines for assessment, evaluation, and management in the emergency department*. [Online] Journal of Craniofacial Surgery. 2011. doi:10.1097/SCS.0b013e31821c0d52
2. Haug RH, Foss J. Maxillofacial injuries in the pediatric patient. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*. 2000;90(2). doi:10.1067/moe.2000.107974
3. Hatef DA, Cole PD, Hollier LH. *Contemporary management of pediatric facial trauma*. [Online] Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery. 2009. doi:10.1097/MOO.0b013e32832d95a0

4. Oji C. Fractures of the facial skeleton in children: A survey of patients under the age of 11 years. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 1998;26(5). doi:10.1016/S1010-5182(98)80062-0
5. Messinger A, Radkowski MA, Greenwald MJ, et al. Orbital roof fractures in the pediatric population. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1989;84(2). doi:10.1097/00006534-198908000-00003
6. Transfer S, Injury B. Recommendations for the Safe Transfer of Patients with Brain Injury 2006. 2006;(May).
7. Moore R. Head and neck surgery?otolaryngology, 3rd ed, vols I & II, by Byron J. Bailey, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001, 2485 pp. *Head & Neck*. 2003;25(4). doi:10.1002/hed.10227
8. Alcalá-Galiano A, Arribas-García IJ, Martín-Pérez MA, et al. Pediatric facial fractures: Children are not just small adults. *Radiographics*. 2008;28(2). doi:10.1148/rg.282075060
9. Gotcher JE, Livesay KW. Management of complex facial fractures. *The Journal of the Tennessee Dental Association*. 2002;82(3).
10. Costa Ferreira P, Amarante JM, Natividade Silva P, et al. *Retrospective study of 1251 maxillofacial fractures in children and adolescents*. [Online] *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2005. doi:10.1097/01.PRS.0000160268.20294.FD
11. Koltai PJ, Rabkin D, Hoehn J. Rigid fixation of facial fractures in children. *The Journal of cranio-maxillofacial trauma*. 1995;1(2).
12. MacLennan WD. Consideration of 180 cases of typical fractures of the mandibular condylar process. *British Journal of Plastic Surgery*. 1949;5(2). doi:10.1016/S0007-1226(49)80020-8
13. Nguyen DC, Shahzad F, Snyder-Warwick A, et al. Transcaruncular Approach for Treatment of Medial Wall and Large Orbital Blowout Fractures. *Cranio-maxillofacial Trauma & Reconstruction*. 2016;9(1). doi:10.1055/s-0035-1563390
14. Wright RJ, Murakami CS, Ambro BT. Pediatric nasal injuries and management. *Facial Plastic Surgery*. 2011;27(5). doi:10.1055/s-0031-1288931
15. Hoffmann JE. An Algorithm for the Initial Management of Nasal Trauma. *Facial Plastic Surgery*. 2015;31(3). doi:10.1055/s-0035-1555618
16. Jul M, Sjöstedt S, Grønhoj C, et al. Evaluation and management of paediatric nasal fractures. *Ugeskrift for læger*. 2019;181(17).
17. Desrosiers AE, Thaller SR. Pediatric nasal fractures: Evaluation and management. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2011;22(4). doi:10.1097/SCS.0b013e31821c932d
18. Nguyen M, Koshy J, Hollier L. Pearls of Nasoorbitoethmoid Trauma Management. *Seminars in Plastic Surgery*. 2010;24(04). doi:10.1055/s-0030-1269767
19. Zimmermann CE, Troulis MJ, Kaban LB. *Pediatric facial fractures: Recent advances in prevention, diagnosis and management*. [Online] *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2006. doi:10.1016/j.ijom.2005.09.014
20. Goth S, Sawatari Y, Peleg M. *Management of pediatric mandible fractures*. [Online] *Journal of Craniofacial Surgery*. 2012. doi:10.1097/SCS.0b013e318240c8ab
21. Maniglia AJ, Kline SN. Maxillofacial trauma in the pediatric age group. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 1983;16(3). doi:10.1016/s0030-6665(20)32055-7
22. Siy RW, Brown RH, Koshy JC, et al. General management considerations in pediatric facial fractures. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2011;22(4). doi:10.1097/SCS.0b013e31821c0cf9
23. Wheeler J, Phillips J. Pediatric Facial Fractures and Potential Long-Term Growth Disturbances. *Cranio-maxillofacial Trauma & Reconstruction*. 2011;4(1). doi:10.1055/s-0031-1272901
24. Holland AJA, Broome C, Steinberg A, et al. Facial fractures in children. *Pediatric Emergency Care*. 2001;17(3). doi:10.1097/00006565-200106000-00002
25. Boyette JR. *Facial fractures in children*. [Online] *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2014. doi:10.1016/j.otc.2014.06.008

- YÜZ PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİSİ

26. Hopper RA, Salemy S, Sze RW. *Diagnosis of midface fractures with CT: What the surgeon needs to know.* [Online] Radiographics. 2006. doi:10.1148/rg.263045710
27. Andrew TW, Morbia R, Lorenz HP. *Pediatric Facial Trauma.* [Online] Clinics in Plastic Surgery. 2019. doi:10.1016/j.cps.2018.11.008
28. Criden MR, Ellis FJ. Linear nondisplaced orbital fractures with muscle entrapment. *Journal of AAPOS.* 2007;11(2). doi:10.1016/j.jaapos.2006.08.022