



## BOYUN TRAVMASI



Dr. Murat Daş  
Dr. Okhan Akdur

### PENETRAN BOYUN YARALANMASI

**Yaralanma mekanizması:** Penetran boyun yaralanmaları genellikle ateşli silah veya delici kesici aletler ile meydana gelir.

**Hastane öncesi bakım:** Penetre boyun yaralanmalarında travma merkezi-ne hızlı nakil önemlidir. Havayolu açıklığının sağlanması ve penetre olan cisimlerin nakil esnasında çıkarılmamasına dikkat edilmelidir. Nörolojik defisiti olmayan hastalarda boyunluk takılması eksplorasyonu güçleştireceğinden önerilmemektedir. Nörolojik defisiti olan veya bilinci kapalı hastalarda boyunluk takılmalıdır.

### Klinik Bulgular

**Vasküler yaralanma bulguları:** Şiddetli veya kontrol edilemeyen hemoraji olması, giderek büyüyen pulsatil hematoma, hematoma üzerinde titreşim veya üfürüm duyulması, intravenöz sıvı tedavisine cevap vermeyen şok tablosu, radial nabızın zayıflaması veya alınmaması ve serebral iskeminin eşlik ettiği nörolojik defisit büyük arterial yaralanmaların işareti olabilir.

**Havayolu-özofagus yaralanma bulguları:** Yaradan hava gelmesi, masif hemoptizi veya hematemez, solunum sıkıntısı bulguları havayolu-özofagus yaralanmasının göstergeleri olabilir.

Tablo 1’de penetran boyun yaralanmalarına ait fizik muayene bulguları ve ilişkili olabilecek yaralanma bölgesi özetlenmiştir.

### Acil Servis Yönetimi

Penetran boyun yaralanmalarında platizma kasının geçilip geçilmediği önem taşır. Eğer geçildiyse penetran boyun yaralanması düşünülmelidir. Platizma kasının geçilmesi ve eşlik eden yakınma ve bulgular hastanın yönetiminde temel köşe taşlarıdır. Penetran boyun yaralanması olan bütün hastalar mutlaka cerrahi konsültasyon gerektirir. Algoritma 1’de penetran boyun yaralanması olan hastaya ilk yaklaşım gösterilmiştir.

**Tanı:** Boyun travması düşünülen herhangi bir hastada ilk değerlendirmede hasta instabil ise bu hastaların tanısal değerlendirmeleri ve eş zamanlı tedavileri ameliyathanede yapılmalıdır. Havayolu obstrüksiyonu, şok, şiddetli kanama veya nörolojik defisit gibi instabil kriterleri olmayan hastalarda eğer hemoptizi, hematemez gibi visseral organ veya arterial bir yaralanmada olduğu gibi pulsatil genişleyen bir hematoma varsa altın standart multi dedektörlü (en az 64 dedektör) bilgisayarlı tomografi anjio (MDBT-A) çekilmesi altın standarttır.

Bilimsel çalışmalar profilaktik antibiyotik kullanımını kesin olarak onaylamasa da geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı klinisyenler tarafından önerilmektedir. Künt spinal yaralanması olan olgularda ilk 1 saatte 30 mg/kg sonraki 23 saatte 5.4 mg/kg/saat dozunda intravenöz kullanılması önerilmektedir.

Antibiyotik olarak Ampisilin, erişkinlerde 1-2 g IV, IM 4-6 saatte bir çocuklarda 50 mg/kg 4-6 saatte bir IV, IM uygulanabilir. Ya da Seftriakson 1-2 g IV günde 2 kez, çocuklarda 25-50 mg/kg/gün 12 saatte bir uygulanabilir.

**Acil Yatış ve İzlem:** Platisma kasında yaralanması olan olgular, bir travma cerrahisi ile konsülte edilmelidir. Bu olgular 24 saat süre ile olası yaralanmalar yönünden gözlem altında tutulmalıdır. Penetran boyun yaralanmalarında, devam eden kanama, genişleyen hematoma, hipovolemik şok, nabız defisiti, hava yolu obstrüksiyonu, nörolojik defisit, hemoptizi, hematemez varlığında cerrahi eksplorasyon yapılmalıdır. Boyun travmalı olguların hastaneye yatırılarak takip edilmesinde bulgu ve belirtilerin varlığı ile hastanın genel durumu belirleyicidir. hafif yaralanmalı olgular parasetamol ve nonsteroidal analjezikler reçete edilerek taburcu edilebilirler.

**Hatalar ve Uyarılar:** Boyun yaralanmalı olgularda öncelikli olarak hastanın yaşamsal bulgularını düzenlenmelidir. Sonrasında boyundaki yaralanma değerlendirilmelidir. Platisma kasındaki herhangi bir hasar ciddi yaralanma göstergesi olabilir. Penetran boyun yaralanması olan bir olgunun durumu resusitasyona rağmen kötüye gidiyorsa intratorasik (hemotoraks, pnömotoraks) bir yaralanma düşünülmelidir.

Boyun yaralanmalı olgularda nörolojik defisit varlığında sinir yaralanması dışında vertebral veya karotis arter yaralanmasında olabileceği unutulmamalıdır. Yaralanmaya neden olan, boyuna saplanmış durumda olan cisimler asla acil serviste çıkarılmamalıdır. Kan damarlarına konulacak kör klemp boyunda bulunan diğer hayati organlara zarar verebilir. Boyun travmasına bağlı kanaması olan olguların ilk tedavisi için bası genellikle yeterlidir.

## Kaynaklar

1. Bryant AS, Cerfolio RJ. Esophageal trauma. Thorac Surg Clin 2007; 17:63.
2. Demetriades D, Skalkides J, Sofianos C, et al. Carotid artery injuries: experience with 124 cases. J Trauma 1989; 29:91.
3. Feliciano DV. Penetrating Cervical Trauma. "Current Concepts in Penetrating Trauma", IATSI Symposium, International Surgical Society, Helsinki, Finland, August 25-29, 2013. World J Surg 2015; 39:1363.
4. Judith E. Tintinalli, MD, MS. Ed. Ashley S. Bean. Trauma to the Neck. Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide Eighth Edition. 2016 By McGraw-Hill Education. 1733-40
5. Kim Newton, MD. Penetrating neck injuries: Initial evaluation and management. <http://www.uptodate.com>
6. Robinson S, Juutilainen M, Suomalainen A, Mäkitie AA. Multidetector row computed tomography of the injured larynx after trauma. Semin Ultrasound CT MR 2009; 30:188.
7. Schroeder JW, Baskaran V, Aygun N. Imaging of traumatic arterial injuries in the neck with an emphasis on CTA. Emerg Radiol 2010; 17:109.
8. Soliman AM, Ahmad SM, Roy D. The role of aerodigestive tract endoscopy in penetrating neck trauma. Laryngoscope 2014; 124 Suppl 7:S1.
9. Tisherman SA, Bokhari F, Collier B, et al. Clinical practice guideline: penetrating zone II neck trauma. J Trauma 2008; 64:1392.
10. Woo K, Magner DP, Wilson MT, Margulies DR. CT angiography in penetrating neck trauma reduces the need for operative neck exploration. Am Surg 2005; 71:754.