

9. BÖLÜM

GERİATRİK TRAVMALAR

Adem ÇAKIR ¹

Travma hastalarının önemli bir yüzdesini de geriatrik hastaları oluşturmaktadır. Travma değerlendirme sistem ve ilkeleri 1970'lerde oluşturulmuş ve erişkin hastalarda travma değerlendirmesi üzerine olsada; yaşlı hastalarda travma değerlendirmesi biraz daha özel olmalıdır. Bu bölümde geriatrik travma (GT) hastalarının değerlendirmesi ve yönetimi anlatılacaktır.

EPİDEMİYOLOJİ

GT olarak belirtilen terim için standart bir tanımlama yoktur. Bazı çalışmalarda 45-65 yaştan daha ileri yaşlardaki hastalar bu tanım içine koyulurken, bazı çalışmalarda 80-85'ten daha ileri yaş hastalar bu tanım içine sokulmaktadır. Bazı çalışmalarda da 55 yaş üstü hastaların travma için yüksek risk altında olduğunu bildirmektedir.

GT hastaları ile çalışmalar literatürde oldukça azdır. Bunun nedeni olarak; sıklıkla çalışmalarda komorbiditeleri ve yüksek riskli müdahalelerdeki kısıtlılıkları nedeniyle bu hastaların çalışma dışı bırakılmaları nedeni olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde verilerin toplanmasındaki ve arşivlenmesindeki eksikliklerdeki nedenlerden dolayı tam olarak epidemiyolojik veriler net olarak verilmese; Amerika Birleşik Devletleri (ABD) yaşlı bir nüfusa sahiptir. 2012 yılında ABD nüfu-

sunun %10-15'i 65 yaş üstünde iken, bu oranın 2030'larda %20-25'lerde olacağı düşünülmektedir. GT oranının yaşlanan nüfus ile artış göstereceği düşünülmektedir (1,2).

Geriatrik hastaların komorbid hastalıkları, yaş ve yaralanma şiddetleri ile ilişkili olarak travmaya bağlı morbidite ve mortaliteleri yüksek seyretmektedir. Geriatrik hastalar, benzer kazalardaki genç hastalara nazaran daha fazla yaralanmaktadır. 2010 yılında, intihar dışındaki yaralanmalar geriatrik hastaların mortalite nedenleri içinde 9.sırayı almaktadır (3). Bunun yanında benzer şekilde yaralanan ve travma skorları aynı olan hastalarda bile yaş, mortalite ve morbidite için bağımsız bir öngörücü unsurdur (4).

TRAVMADA YAŞIN ÖNEMİ

Travma hastalarında yaş önemli bir kriter olmaktadır. Hatta bazı travma merkezlerinde ve travma ekiplerinde yaş önemli bir triaj kriteri olarak sayılmaktadır. Bunun nedeni olarakta, standart triaj parametreleri önemli yaralanmaları olan GT hastalarını gözden kaçabileceği düşüncesidir (5). GT hastalarının, genç hastalara göre travma merkezine daha nadir kabulleri yapıldığı görülmektedir. Bunun yanında bazı merkezlerde, GT hastaları için triaj sistemleri oluşturulmuştur (Tablo 1).

¹ Uzm. Dr., Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği dr.ademcakir@hotmail.com

tein, bikarbonat, vs) bu hastalar için ön planda tutulmalıdır (16).

SONUÇ

GT hastalarında prognoz, acil klinisyenin yaptığı agresif bakımın etkinliğine ve resüsitasyonun sonlandırılmasına kadar geçen süredeki zor kararlar arasında değişmektedir. Yaş arttıkça, gençlere nazaran geriatrik hastalardaki kötü prognoz riski artmaktadır. Özellikle GKS skoru 3, GKS skoru <8 ile birlikte antikoagülasyon durumu ya da antikoagülasyon ile birlikte oluşan intratorasik ve intraabdominal kanamalara bağlı instabilite olması kötü prognozu öngörmede klinisyene yol gösteren birkaç parametreden önemlileridir.

Acil servise başvuran GT hastasının ilk değerlendirmesinde; değerlendirmeye travma cerrahlarının katılımı ya da travma merkezine transferi eklenmiş olsa bile acil servis travma tedavisine ara vermemiştir. Acil servis klinisyenleri, kardiyopulmoner resüsitasyon, travma merkezine transfer ve cerrahi kararlarda gerekli girişimleri yapmalıdır. Yaş tek başına agresif tedaviyi durdurmak için bir gösterge olmasada, ciddi prognozlu seçilmiş vakalarda hedefler tutturulursa travma merkezine transferden daha faydalı olabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. An Aging Nation: The older population in the United States: population estimates and projections; current population reports. <www.census.gov/prod/2014pubs/p25-1140.pdf>.
2. National Center for Health Statistics, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2011 emergency department summary tables. <www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/2011_ed_web_tables.pdf>.
3. Heron M: Deaths: leading causes for 2010. Natl Vital Stat Rep 62:1–96, 2013.
4. Hashmi A, Ibrahim-Zada I, Rhee P, et al: Predictors of mortality in geriatric trauma patients: a systematic review and meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg 76:894–901, 2014.
5. Goodmanson NW, Rosengart MR, Barnato AE, et al: Defining geriatric trauma: when does age make a difference? Surgery 152:668–674, 2012.
6. Calland JF, Ingraham AM, Martin N, et al: Eastern Association for the Surgery of Trauma: Evaluation and management of geriatric trauma: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg 73:S345–S350, 2012.
7. American College of Surgeons, Committee on Trauma: Advanced trauma life support (ATLS) student course manual, ed 9, Chicago, 2012, American College of Surgeons.
8. Pandya SR, Yelon JA, Sullivan TS, et al: Geriatric motor vehicle collision survival: the role of institutional trauma volume. J Trauma 70:1326–1330, 2011.
9. Goodmanson NW, Rosengart MR, Barnato AE, et al: Defining geriatric trauma: when does age make a difference? Surgery 152:668–674, 2012.
10. Bradburn E, Rogers FB, Krasne M, et al: High-risk geriatric protocol: improving mortality in the elderly. J Trauma Acute Care Surg 73:435–440, 2012.
11. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control: Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS). <www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
12. Collins CE, Witkowski ER, Flahive JM, et al: Effect of preinjury warfarin use on outcomes after head trauma in Medicare beneficiaries. Am J Surg 208:544–549, 2014.
13. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2013, Table 88. <www.cdc.gov/nchs/healthdata/contents2013.htm#088>.
14. Heffernan DS, Thakkar RK, Monaghan SF, et al: Normal presenting vital signs are unreliable in geriatric blunt trauma victims. J Trauma 69:813–820, 2010.
15. Bond MC, Butler KH: Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. Clin Geriatr Med 29:257–273, 2013.
16. Battle CE, Hutchings H, Evans PA: Risk factors that predict mortality in patients with blunt chest wall trauma: a systematic review and meta-analysis. Injury 43:8–17, 2012.