

BÖLÜM 27

FEMUR BOYNUNDA TRANSSERVİKAL BÖLGEYE ATEŞLİ SİLÂH YARALANMASI SONRASI KONSERVATİF TAKİP

Çağatay TEKİN¹

GİRİŞ

Ateşli silah yaralanmaları çok çeşitli şekillerde olabilmektedir. Ve eğer kurşun- saçma parçası uzun kemiklerde yük taşıyan bölgeye gelirse kemiği kırmakta, ve ameliyat gerekmektedir. Hatta periost ya da kortekse temas eden kurşun ya da parçacıkların kaynama gecikmesine kaynamamaya neden olduğu bilinmektedir(1). Burada kırsal bölgede çobanlık yapan bir hastanın ateşli silah yaralanması sonucu femoral boyunda kurşunla yaralanmış olmasına rağmen kemiğe yönelik invaziv girişim gerektirmeyen ve özelde femur boynunda genelde uzun kemiklerde çapa oranla kemiğin dayanıklılığına ışık tutacak vakayı sunulacaktır.

Femur kırıkları kabaca yerine göre proksimal, gövde(şaft) ve distal bölge kırıkları olarak sınıflandırılabilir. Femur boynu intertrokanterik ve subtrokanterik bölge femur proksimal bölge içinde yer almaktadır. Femur boynu kabaca foveadan başlayıp femurun yaklaşık 50 derecelik açılması yapıp trokanterler arası bölge ile sona eren kısmıdır. Femur boyun kırıkları proksimal bölgede en yüksek insidansa sahip olan kırıklardır(2). Üstelik geriatrik popülasyonda insidans hayli yüksekken genç yaşta daha çok yüksek enerjili travma ile görülmektedir(2).

Femur boyun kırıkları tedavisi femurun diğer bölgelerini aksine yaşa bağlı olmaksızın cerrahidir. İstisnaları 65 yaş üstü, komorbiditesi cerrahi kaldırmayan, non-deplase, sınıflamasında Garden tip 1 ya da Pauwels tip 1 (yer- kırık açısı 30 dereceden az olan) kırık ve ya genç yaş için sadece kırık çizgisi % 50 inin altında olan kompresyon taraf stres kırığıdır(3,4). Bu şartlar dışında femur boyun kırıklarında cerrahi dışı tedavinin yeri yoktur(4,5).

Femur vücudun en ağır, en uzun, en güçlü kemiğidir. Proksimal üst uçta piramid şekilli boyun yukarısına dairesel şekilli baş oturur, aşağıda bazise silindirik femur shaftı yerleşir. Büyük ve küçük trokanter ise shaftla boyun arasına oturan çıkıntıdır. Boyunla shaft arasında yaklaşık 128 derece olup yaşla azalır(6). Femur boyununun cerrahi anatomisi de bu bölgenin kırıklarını anlamamızı sağlar(7,8). Bu bölge subkapital, transservikal ve baziservikal diye 3 alt bölgeye ayrılır. Subkapital kırıklarda en yüksek oran olmak üzere bu bölge kırıklarında kaynamama ve avasküler nekroz riski yüksektir(8). Öte yandan proksimalden distale gittikçe femur boyununun kırıklarında kaynamama ve avasküler nekroz riski düşmez. Çünkü trabeküler yapıda olan femur boynu kemik yapısının yoğun olduğu

¹ Uzm. Dr. Cizre Dr. Selahattin Cizrelioglu Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, cagat87@gmail.com

tartışmalıdır. Enfeksiyon bulgusu olan vakalarda sınırlı kullanımı önerilmektedir(19).

Kırığa ait diğer başlıca komplikasyonlar kaynamama ve yanlış kaynamadır. Kaynamama ve kaynama gecikmesi, yüksek enerjili yaralanmalarda daha yüksek olasılıklıdır. Bu noktada Riehl ve ark. yaptığı bir çalışmada, kalan kurşunun miktarının kırığın parçalanmasına göre kaynama açısından daha prediktif olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada kurşunun tüm parçasının kortikal genişliğin %20'sini aşması durumunda gecikmiş kaynama/kaynamama ile karşı karşıya kalmak olasıdır(20).

Bizim olgumuzda; lokal hipoestezi durumu zaman içerisinde gerilemiş, damar- sinir ve yumuşak dokuya yönelik herhangi bir başka komplikasyon gelişmemiştir. Hastamız günlük aktivitesini çok iyi şekilde yapmıştır. Ancak ekleme yakın bir yaralanma şekli olması, merminin kemik içersinde ilerlemesi ve kurşunun yarattığı blastik sonucunda kalça osteoartritin görülmesi öngörülebilir komplikasyon olacağı düşünülebilir(20).

SONUÇ

Ateşli silah yaralanmaları ile gelen açık kırıklar, kendilerine özgü tanımlamaları, sınıflamaları ve tedavi yöntemleri ile diğer açık kırıklardan ayrı olarak değerlendirilmelidirler. Ateşli silah yaralanmalarında travmanın ciddiyeti mermi ve merminin geçtiği dokunun özellikleri ile doğrudan ilişkilidir. Yaralanmanın şekli ve derecesi ileride karşılaşılabilecek sorunlar hakkında fikir verebilir. Başlangıçta kurtulan bir ekstremité ve vakamız özelinde kemiğin yük taşıyan bölgesi ileri evrede komplikasyonlar nedeni ile kaybedilebilir.

Bu nedenlerle bizim olgumuzdaki gibi başlangıçta cerrahi müdahale gerektiren kemik patolojisi olmayan bir ateşli silah yaralanmasının yakın takibi gerekmekte, eğer durumda hasta aleyhine gelişme olursa cerrahi müdahaleden kaçınılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. J. T. Riehl, K. Connolly, G. Haidukewych, and K. Koval, "Fractures Due to Gunshot Wounds: Do Retained Bullet Fragments Affect Union?," *Iowa Orthop. J.*, vol. 35, pp. 55–61, 2015.
2. B. H. Yoon, Y. K. Lee, S. C. Kim, S. H. Kim, Y. C. Ha, and K. H. Koo, "Epidemiology of proximal femoral fractures in South Korea," *Arch. Osteoporos.*, vol. 8, no. 1–2, 2013.
3. J. M. Buord, X. Flecher, S. Parratte, L. Boyer, J. M. Aubaniac, and J. N. Argenson, "Garden I femoral neck fractures in patients 65 years old and older: Is conservative functional treatment a viable option?," *Orthop. Traumatol. Surg. Res.*, vol. 96, no. 3, pp. 228–234, 2010.
4. Jones T, "Femoral Neck Stress Fractures - Knee & Sports - Orthobullets," 2020. [Online]. Available: <https://www.orthobullets.com/knee-and-sports/3110/femoral-neck-stress-fractures?expandLeftMenu=true>. [Accessed: 03-Aug-2020].
5. T. Pauyo, J. Drager, A. Albers, and E. J. Harvey, "Management of femoral neck fractures in the young patient: A critical analysis review," *World J. Orthop.*, vol. 5, no. 3, pp. 204–217, 2014.
6. A. Chang and J. B. Hubbard, *Anatomy, Bony Pelvis and Lower Limb, Femur*. StatPearls Publishing, 2018.
7. A. Hammer, "The calcar femorale: A new perspective," *J. Orthop. Surg.*, vol. 27, no. 2, pp. 1–9, 2019.
8. M. Li and P. A. Cole, "Anatomical considerations in adult femoral neck fractures: How anatomy influences the treatment issues?," *Injury*, vol. 46, no. 3, pp. 453–458, 2015, doi: 10.1016/j.injury.2014.11.017.
9. D. B. Christie, A. P. Bozeman, T. R. Stapleton, and D. W. Ashley, "Gunshot wound to the femoral neck: A unique case," *J. Trauma - Inj. Infect. Crit. Care*, vol. 62, no. 3, p. 785, 2007.
10. F. von Lübken et al., "Update zu Schussverletzungen der Extremitäten," *Unfallchirurg*, vol. 121, no. 1, pp. 59–72, Jan. 2018.
11. D. M. V. Uzm. Dr. Barış YILMAZ, Dr. Evrim ŞİRİN, "Kurşun Adres Sormaz : Bir Acil Ortopedi Deneyimi Ateşli Silah Yaralanması Olgusunda Mermi Çekirdeğinin İlgi Çekici Lokalizasyonu," vol. 3, no. 2, pp. 67–70, 2016.
12. I. J. Persad, R. Srinivas Reddy, M. A. Saunders, and J. Patel, "Gunshot injuries to the extremities: Experience of a U.K. trauma centre," *Injury*, vol. 36, no. 3, pp. 407–411, 2005.
13. R. C. Durkin and R. R. Coughlin, "Management of gunshot wounds of the foot," *Injury*, vol. 28, no. SUPPL.3, pp. 6–11, 1997.

14. C. J. Ho et al., "Successful treatment of a delayed presentation of a gunshot injury to the femoral neck in an elderly man: A case report," *Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol.*, vol. 22, no. SUPPL. 1, pp. 131–133, 2012.
15. V. Sathiyakumar, R. V. Thakore, D. J. Stinner, W. T. Obremsky, J. R. Ficke, and M. K. Sethi, "Gunshot-induced fractures of the extremities: A review of antibiotic and debridement practices," *Curr. Rev. Musculoskelet. Med.*, vol. 8, no. 3, pp. 276–289, 2015.
16. J. B. Hull, "Management of gunshot fractures of the extremities," in *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 1996, vol. 40, no. 3 SUPPL..
17. J. Tejan and R. W. Lindsey, "Management of civilian gunshot injuries of the femur: A review of the literature," *Injury*, vol. 29, no. SUPPL. 1, pp. S18–S22, 1998.
18. W. T. Long, W. Chang, and E. W. Brien, "Grading system for gunshot injuries to the femoral diaphysis in civilians," *Clin. Orthop. Relat. Res.*, no. 408, pp. 92–100, 2003.
19. R. Gustilo, R. Mendoza, D. W.-T. J. of trauma, and undefined 1984, "Problems in the management of type III (severe) open fractures: a new classification of type III open fractures.," europepmc.org.
20. J. T. Riehl, K. Connolly, G. Haidukewych, and K. Koval, "Fractures Due to Gunshot Wounds: Do Retained Bullet Fragments Affect Union?," *Iowa Orthop. J.*, vol. 35, pp. 55–61, 2015.