

Ekstremitte Travmalarına Yaklaşım

Mustafa ARIK¹, Sabri BATIN²

1. Çoklu Travmada Hasar Kontrolü

Ekstremitte yaralanmaları birçok kez çoklu travmalarla beraber olabilmektedir. Çoklu travmalar gençlerde hala büyük bir ölüm sebebidir ve müdahale algoritması yaralanmaların ciddiyetine göre tasarlanmalıdır. Durumu kritik olan hastanın ekstremitte yaralanmalarının ne zaman opere edilmesi gerektiği hala tartışılmakta olan bir konudur. Travma, bir hastada uzun sürecek olan immun bir yanıt oluşturmaktadır. Bu immun cevabın ne kadar şiddetli olacağı hastanın durumuna ve travmanın şiddetine göre değişir. Tipik olarak erken hiper-inflamatuvar yanıtı bir hipo-inflamatuvar yanıt takip eder. Bununla birlikte; çoklu travmalı hastalarda erken aşamada yapılan bir cerrahi müdahale ve ilave bir kan kaybı hastalarda ikincil bir darbe sonucu Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu (SIRS), Çoklu Organ Yetmezliği (MODS) ve Akut Respiratuvar Distres Sendromu (ARDS) geliştirebilir (1).

Bu ikincil darbe çoğunlukla cerrahi müdahalenin zamanlamasına bağlıdır ve ilk travmadan sonra birkaç gün ertelemek bu tehlikeli immun yanıt gelişme riskini en aza indirecektir. Özellikle pelvis, femur ve omurga kırıklarında zamanlama iyi ayarlanmalıdır. Bu hastalar erkenden mobilize

olamaz ve uzun süre hareketsiz kaldıklarından; pnömoni, yatak yaraları ve gastrointestinal staz, yoğun bakımda uzun süre kalmaya bağlı majör komplikasyonlar ve eklem sertliği, kas atrofisi gibi minör komplikasyonlar gelişmeye başlayabilir (2). Hasar kontrollü cerrahi tedavi 3 aşama yapılmalıdır;

1. Eksternal fiksator ile hızlı stabilizasyon
2. Yoğun bakımda resusitasyon
3. Hastanın durumu toparlayınca nihai tedavi (açık redüksiyon, internal tespit vs.) (2).

Yapılan çalışmalarda eksternal fiksator ile yapılan geçici tedavilerin daha kısa süreli anesteziye maruz kalma ve daha az kanamaya sebep olduğu gösterilmiştir. Hasar kontrollü cerrahinin ikincil darbeyi azalttığına dair kanıtlar mevcuttur. Hasar kontrollü cerrahi tedavi hastaların durumları; stabil, sınırda, instabil ve ekstrem olarak sınıflandırıldığında daha faydalıdır. Akut koagülopati, kafa travması ve artmış kafa içi basınç, toraks travması, abdominal veya pelvik yaralanma, hemorajik şok, akciğer kontüzyonu, bilateral femur kırığı, vücut sıcaklığının 35°nin altında olması hastayı instabilite yönünde etkileyen kriterlerdir. Durumu kritik olan hastalara en kısa sürede (ilk 24 saat) geçici tespit-eksternal fiksator uygulanmalı, durumları stabil olunca nihai tedaviler planlanmalıdır. İlk

¹ Uzm. Dr., Ortopedi ve Travmatoloji, Kayseri Pınarbaşı Devlet Hastanesi, drcelebimustafaarik@gmail.com,

² Uzm. Dr., Ortopedi ve Travmatoloji, Kayseri Şehir Hastanesi, dr.ortopedi@hotmail.com

Kaynaklar

1. Lichte P, Kobbe P, Dombroski D. Damage control orthopedics: current evidence. *Curr Opin Crit Care*. 2012 Dec;18(6):647-50.
2. Bates P, Parker P, McFadyen I. Demystifying damage control in musculoskeletal trauma. *Ann R Coll Surg Engl*. 2016 May;98(5):291-4.
3. Chen CT, Wei FC, Chen HC. Distal phalanx replantation. *Microsurgery*. 1994;15(1):77-82
4. O'Brien BM. Replantation surgery. *Clin Plast Surg*. 1974 Jul;1(3):405-26
5. Yilmaz AT, Arslan M, Demirkiliç U. Missed arterial injuries in military patients. *Am J Surg*. 1997 Feb;173(2):110-4
6. Schlenker JD1, Koulis CP. Amputations and replantations. *Emerg Med Clin North Am*. 1993 Aug;11(3):739-53
7. VanGiesen PJ, Seaber AV, Urbaniak JR. Storage of amputated parts prior to replantation--an experimental study with rabbit ears. *J Hand Surg Am*. 1983 Jan;8(1):60-5)
8. Vijay L. Management of Major Limb Injuries. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 640430.
9. Guo J, Yin Y, Jin L. Acute compartment syndrome: Cause, diagnosis, and new viewpoint. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jul;98(27):e16260
10. Sayal A. Emergency Medicine Orthopedic Assessment: Pearls and Pitfalls. *Emerg Med Clin North Am*. 2020 Feb;38(1):1-13.