



ACIL SERVİS TORAKOTOMİLERİ

Gamze ÇETİNKAYA¹

Giriş

Travma nedeni ile hastaneye yatırılan olguların 1/3'ünü toraks travmaları oluştururken; travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık %20-25'inden de toraks travmaları sorumludur (1). Bu hastaların yaklaşık %90 kadarında yaşamsal belirtilerinin dikkatli şekilde izlenmesi, uygun sıvı replasmanı ve analjezi (tüp torakostomi uygulansın veya uygulanmasın) yeterli tedaviyi oluşturur. Travmaya maruz kalan hastalarda majör cerrahi gereksinimi künt travmalarda yaklaşık %10, penetran toraks travmalarında ise %15-30'dur (2,3).

Acil servis torakotomisi (AST), acil servise getirilirken yaşam bulguları olan; fakat acil serviste kardiyak veya solunumsal arrest gelişen ya da acil servise girmeden hemen önce yolda CPR başlanan hastalara uygulanan acil cerrahi müdahaledir. Hastanın görüntüleme tetkiklerinin yapılmasına veya ameliyathaneye alınmasına zaman yoktur.

Kardiyak laserasyonlarda kullanımı ilk kez 1800'lü yılların sonunda Block tarafından gerçekleştirilmiştir. Penetran toraks travmalarında ise ilk olarak Beall ve ark. tarafından 1967 yılında önerilmiştir. Son yıllarda, travma hastalarının olay yerinden alınarak hastaneye nakledilmesi arasında geçen sürenin büyük oranda kısalmasıyla acil servise pre-arrest durumda getirilen hastaların sayısındaki artış ile AST gerekliliği tartışmaları daha çok önem kazanmıştır (4).

Acil servis koşullarında majör cerrahi müdahale kararı vermek oldukça zordur. Çünkü bu karar alınırken koşulların hızlıca oluşturulabileceğinden, malzemelerin temininin aksamayacağından emin olunmasının yanında, işlemi sürdürebilir deneyimli bir ekiple çalışıyor olmak gereklidir. Yanlış alınan bir karar,

1 Op. Dr. Gamze ÇETİNKAYA, Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, gamzece019@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. İnan MŞ, Çaylak H. Acil Servis Torakotomisi. In: Genç PDO, editor. Türkiye Klinikleri Göğüs Cerrahisi Özel HARP CERRAHİSİ. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 20-5.
2. Kaiser L, Singhal S. Thoracic Trauma. Surgical Foundations, Essentials of Thoracic Surgery. Elsevier, Philadelphia; 2004.
3. Hunt P, Greaves I, Owens WJI. Emergency thoracotomy in thoracic trauma—a review. 2006;37(1):1-19.
4. Sayan M, Bal M, Dugun AJJOC, MEDICINE A. Emergency Room Thoracotomy for Thoracic Trauma. 2015;6:283-6.
5. Adams GA MD F, Forrester JA MD, Rosenberg GM MD, et al. Trauma. On Call Surgery. 4th edition ed: Elsevier; 2019.
6. Working G, Ad Hoc Subcommittee on Outcomes AJJotACoS. Practice management guidelines for emergency department thoracotomy. Working Group, Ad Hoc Subcommittee on Outcomes, American College of Surgeons-Committee on Trauma. 2001;193(3):303.
7. Bautz P, Dobbins C, Tiong L, et al. Lung, Circulation. A 9-Year Cohort of Emergency Resuscitative Thoracotomy for Blunt and Penetrating Trauma at the Royal Adelaide Hospital. 2016;25(8):e98.
8. Narvestad J, Meskinfamfard M, Søreide KJEJoT, Surgery E. Emergency resuscitative thoracotomy performed in European civilian trauma patients with blunt or penetrating injuries: a systematic review. 2016;42(6):677-85.
9. Fitzgerald, M. C., Yong, M. S., Martin, K., et al. (2020). Emergency department resuscitative thoracotomy at an adult major trauma centre: Outcomes following a training programme with standardised indications. Emergency Medicine Australasia.
10. Schulz-Drost S, Mersch D, Gumbel D, et al. Emergency department thoracotomy of severely injured patients: an analysis of the TraumaRegister DGU®. 2019:1-13.
11. Kang BH, Choi D, Huh Y, et al. Sign of life is associated with return of spontaneous circulation after resuscitative thoracotomy: single trauma center experience of Republic of Korea. 2019;43(6):1519-24.
12. Nunn A, Prakash P, Inaba K, et al. Occupational exposure during emergency department thoracotomy: A prospective, multi-institution study. 2018;85(1):78-84.
13. Burlew CC, Moore EE, Moore FA, et al. Western Trauma Association critical decisions in trauma: resuscitative thoracotomy. 2012;73(6):1359-63.