

EKSTREMİTE TRAVMALARI

Dr. Oguzhan Bol
Dr. Nurullah Günay

Açık kırıklar, damar/sinir yaralanmaları, kompartman sendromu, ampütasyonlar, kolayca yerine takılamayan çıkıklar belli başlı ortopedik acillerdir.

Özellikle major travmalı hastalarda resusitasyon odası dışındaki süreyi en aza indirmek için, ayrıntılı muayene sonrası görüntüleme istenmelidir. Tekrar tekrar görüntüleme için hastanın resüsitasyon biriminden ayrılması uygun değildir. Direkt grafi isteminde patoloji düşünülen bölgenin alt ve üst eklemlerini içine alan ve en az iki farklı yönü içeren görüntüleme sağlanmalıdır. İzole travmalarda gereksiz grafi isteklerini önlemek için Ottowa (Ayak-Ayak Bileği-Diz), Nexus, Pittsburgh gibi kriterler dikkate alınabilir.

Ottawa Diz	**Pittsburgh Diz**	**Ottowa Ayak-Ayak Bileği**	**Nexus Boyun**
*Yaş >55 *Acil serviste 4 adım atamıyor *90° fleksiyon yapamıyor * Fibula başı/patella hassasiyeti (bunlardan herhangi biri var ise film çek)	*Düşme veya künt travma var mı? Yoksa film çekme *Var ise yaş <12 veya >50 mi Evet ise film çek Hayır ise dört adım attır, atamıyor ise Film çek	Ayak için; 4 adım atamıyor ve 5. Metatars-naviküler de hassasiyet var ise Ayak Bileği; 4 adım atamıyor ve malleolde hassasiyet var ise Film çek	Boyunda hassasiyet, nörolojik defisit, bilinç bulanıklığı, alkol veya ilaç alımı, vücutta ağrılı başka bir yaralanma (bunlardan herhangi biri) var ise film çek

Ağrı/hassasiyet, şekil bozukluğu, şişlik/ekimoz, ilgili ekstremiteyi kullanamama, fizyolojik olmayan hareket türü ve krepitasyon varlığı kırık belirtileri olup, erken dönemde sabitlenme faydalıdır.

Damar (özellikle arter) yaralanmalarında nabzın alınıyor olması ATU'yu yanıltmamalı ve şüphe halinde fizik muayene ve ayrıntılı görüntülemeye yönelmelidir. Penetran yaralanmalarda özellikle buna dikkat edilmelidir. Ankle-brachial indeksin (ABI) belirlenmesi damar yaralanması tespitinde yol gösterici olabilir. Etkilenen taraftaki ayak bileği üzerinden sistolik tansiyon ölçülür. Eş zamanlı olarak koldan sistolik tansiyon ölçülür. Birbirine oranının 1.0-1.3 arası olması normal olarak kabul edilir. Değerin <0.9 olması iskemiyi, <0.6 ciddi iskemiyi gösterir. Sonucun >1.3 olması ise damarlarda ciddi kalsifikasyon göstergesidir.

Özellikle penetran ekstremite travmalarında düz grafi çekilebilir. Damar yaralanması düşünülüyor ise Doppler USG, BT ve anjiografi imkanlara göre tetkik edilmelidir. Aktif kanamalı hastalarda damar trasesi yanında sinirler yakınında seyrettiği için damarları bağlama veya klempleme yapılmamalı bası yapılmalıdır. Özellikle kirli yaralarda başta olmak üzere penetran travmalarda yara yeri bol serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. Antibiyotik ve tetanoz proflaksisi unutulmamalıdır. Arter yaralanmalı hastalar konsulte edilip yatışı sağlanmalı diğer hastalar 24 saat gözlem altında tutulup kompartman sendromu, damar ve sinir patolojisi gözlemlenmeyen hastalar taburcu edilebilir.

Özellikle tibia ve ön kol kırıklarında, sıkı atel alçı sonrası, yanık hastaları ve multitravmalı hastalarda kompartman sendromu gelişebilir. Kompartman basıncını ölçmek her merkezde mümkün olmayabilir. Alçı gevşetilmelidir. Ağrı, şişlik, parestezi mevcut ise en kısa zamanda konsültasyon istenmelidir.

Omuz, dirsek, bilek, diz ve kalça çıkıklarının damar basısı ile ekstremiteyi tehdit edeceği bilinmelidir. Acil servislerde üst ekstremite çıkıklarına müdahale edilebilirken, alt ekstremite çıkıkları için ortopedi konsültasyonu uygun olacaktır.

Acil servislerde alçı uygulaması sırasında bazı basit ama önemli noktalara dikkat etmek gerekir; deri ve alçı arasında yastıklama (genelde pamuk ile) alçı boyunu biraz geçecek şekilde yapılmalıdır. Fakat bunu sararken katlantı olmamasına dikkat edilmelidir. Atel uzunluğu etkilenen eklemi sabitleyecek şekilde olmalıdır. Bazı örnekler vermek gerekir ise; uzun kol ateli dirseği doksan derece fleksiyonda ve avuç içi karına dönük şeklinde elin ulnar yüzünden başlayıp, dirseği geçip koltuk altına kadar uzanmalıdır. El bileği ve ön kol kırıklarında şeker maşası ateli uygulanabilir; elin ektsensör yüzü geçip dirsekten ve humeral kondillerden döner, ön kol fleksör yüzden ve elin fleksör yüzünden devam edip metakarp başında sonlanır. Kol askısı ile desteklenir. 4. ve 5. parmak kırıkları ile bunların metakarp kırıklarında(boksör kırığı) kısa kol atel uygulanabilir. Ulnar kısa kol ateli elin ve ön kolun ulnar yüzünde seyreder, parmağın proksimalinden başlayıp ön kol ulnar yüzünde dirseğe yakın sonlanmalıdır.

Açık kırıklarda immobilizasyon sonrası tetanoz ve antibiyotik proflaksisi (cefazolin+gentamisin vb) ve tam bir nörolojik muayene ve ortopedi konsültasyonu gereklidir. Çocuklarda suprakondüler humerus fraktürünün acil cerrahi gerektirdiği ve özellikle farklı yaşlardaki kırıkların suiistimal ile ilgili olabileceği unutulmamalıdır. Özellikle çocuklarda eklem gelişim hattını içeren kırıklara dikkat edilmelidir.

Kaynaklar

1. Sanchez AR, Morgan SJ. Musculoskeletal Trauma And Conditions Of The Extremity. In: Markovchick VJ, Pons PT, Bakes KA, Buchanan J, editors. Emergency Medicine Secrets. 5th ed. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2011. p. 622–31.
2. Brunett PH, Cameron PA. Trauma in adults. Tintinalli's Emerg Med A Compr Study Guid Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK Meckler GD (Eds) 7th Ed China McGraw Hill. 2011;1671–5.
3. American College of Surgeons Committee on Trauma: Advanced Trauma Life Supportfor Doctors, Student Course Manual, 9th Edition, Chicago: American College of Surgeons, 2012.