

YÜZ VE BOYUN TRAVMALARI

Doç. Dr. Yusuf YÜRÜMEZ

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

SUNU PLANI

- Yüz travmaları ve yönetimi
- Boyun travmaları ve yönetimi

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları

- Yumuşak doku travması**
 - Kontüzyon/Hematom
 - Abrazyon
 - İnsizyon
 - Laserasyon
 - Avülsiyon...
- Yüz kırıkları**
 - Frontal bölge
 - Frontal kemik
 - Frontal sinüs
 - Burun
 - Mandibula kırıkları
 - Maksilla kırıkları
 - Periorbital bölge kırıkları
 - Orbita tabanı
 - Nazoorbital
 - Orbita tavanı
 - Zigomatikomaksiller

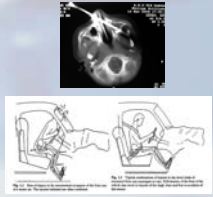
VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları- Etiyoloji

- Künt veya penetran travmalar nedeni ile meydana gelebilirler.

Penetran yaralanmalar sıklıkla kırsal yaşlarla ilişkili
Orta yüz ve zigomatik yaralanmalar

Künt travmalar daha sıklıkla şehir hayatı ile ilişkili
Burun ve mandibular yaralanmalar



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

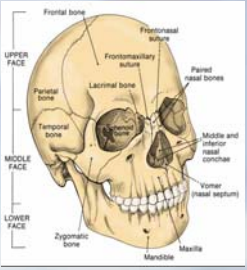
Yüz travmaları - ÖNEMLİ !!!

- Şiddetli fasiyal travmalı hastaların %60'ında MULTİSİSTEM TRAVMASI ve HAVAYOLU TIKANIKLIĞI riski söz konusudur.
- Kafa travması
 - % 20-50
 - Özellikle orta ve yukarı yüz yaralanmalarında
- Servikal vertebra yaralanması
 - % 1-4
- Körlük
 - % 0.5-3
 - Özellikle Le Fort 2 (% 0.64) ve 3 (% 2.2) kırıklarda

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları- Anatomi

- ÜST**
Frontal kemiğin üst kenarı ile orbitanın üst kenarı arası
- ORTA**
Orbitanın üst kenarı ile oklüzal düzlem arası
Orbitalar, nazal kemikler, zigoma ve maksiller kemikleri içerir
- ALT**
Mandibula ve dişler



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – İlk değerlendirme

- Hayatta kalımı belirleyen en önemli unsur
 - HAVAYOLU TIKANIKLIĞI riskinin acil tanı ve uygun tedavisidir.

ABC yaklaşımına odaklanılmalıdır.

Havayolu kontrolü sağlanırken özellikle künt travmalı hastalarda SERVİKAL İMMOBİLİZASYON unutulmamalıdır.

KANAMA varsa doğrudan bası uygulanmalıdır. Kanama kontrol edilemiyorsa acil cerrahi düşünülmelidir.

Eşlik eden yaralanmaların ortaya konmasına yönelik tam bir değerlendirme yapılmalıdır.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Havayolu

- Stabil bir havayolu elde edilmeye odaklanılmalıdır.
- Havayolu tikanıklığına neden olabilecek durumlar
 - Yaralanmadan kaynaklanan kan veya ödem
 - Dil – Özellikle mandibula kırıklı hastalarda
 - Maksilla kırıklarında hareketli kısım geriye düşmesi ile
 - Yerinden kopan diş fragmanları

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Havayolu

- Havayolu tikanıklığı saptandığında neler yapılabilir ?
 - Yabancı cisim varsa çıkarılmalıdır
 - Aspirasyon
 - Magill Forceps ?
 - Çene itme manevrası
 - Havayolu araçları – orotrakeal airway gibi
 - Entotrakeal entübasyon ve asiste ventilasyon
 - Krikotroidotomi veya acil trakeostomi ???

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Havayolu

ENTÜBASYON ? TRAKEOSTOMİ ?

İleri havayolu yönetimine ihtiyaç var mı?
Şuur düzeyi
Maksillofasiyal travmanın şiddeti
Aspirasyon riski (kan, kusmuk vs)
Havayolu obstrüksiyon riski (boyundaki ileri derecedeki ödem, yüzde ileri derecedeki yumuşak doku şişliği veya trakeal/laringeal travma varlığı)



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Servikal immobilizasyon

Servikal yaralanma açısından uyanık hastalarda fizik muayene ile bir fikir elde edilir.

Şuuru kapalı olan künt travmalı hastalarda servikal immobilizasyon mutlaka gereklidir.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Kanama kontrolü

- Yüz yaralanmalarına sıklıkla belirgin bir kanama eşlik eder.
- ŞOK beklenen bir bulgu değil --- varlığında
 - İntratorasik, intraabdominal ve retroperitoneal alanlara kanama akla gelmelidir.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Kanama kontrolü

- Kanama kontrolünde;
 - Hafif kanamalarda kompresyon
 - Belirgin kanamalarda ise ligasyon **DİKKAT !!!**
 - Damar ligasyonu yapmak zorunda isek;
 - Kanayan damarın dikkatli bir şekilde ortaya konulması gerekir. Körlemesine ligasyon yapılmamalıdır.
 - Damar ortaya konamıyorsa foley kateter ile yaralanma bölgesine kompresyon uygulanabilir.
 - Ağız içi kanamalarda hava yoluna dikkat – Entübasyon
 - Nazal kanamalarda direkt bası veya tampon uygulaması gerekebilir.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

Tanı anamnez, fizik bakı ve radyolojik değerlendirmeye dayanır.

ANAMNEZ;
 Görmen nasıl ? Bulanıklık var mı? Çift görmen var mı? **GÖRME**
 Yüzünün herhangi bir yanında hissizlik var mı? **FASİYAL SİNİR**
 Dişlerini normal bir şekilde üst üste birleştirebiliyor musun? **MALOKLÜZYON**


VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

- FİZİK BAKI --- İnspeksiyon**
- Yukarıdan aşağı yada aşağıdan yukarıya bakılmaldır

ASİMETRİ ???

- Burundaki asimetri ve akıntılar (BOS ? Kan ?) değerlendirilmelidir.
- Bell paralizi ? Temporal kemik kırıklarında mg. Değerlendirmede hastadan gülümsemesi, dişlerini göstermesi, ısıklık çalması ve gözlerini kapatması istenmelidir.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

- FİZİK BAKI - İnspeksiyon**
- Göz etrafındaki ve mastoid üzerindeki ekimozlar --- kafa kaide kırığı
- Çene etrafındaki deviasyonlar --- mandibuler kırık veya dislokasyonlar
- Yüzde uzama --- yüz ortası kırıkları (Le Fort) akla getirmelidir.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

- FİZİK BAKI - Palpasyon**
- Orbita, zigoma, maksilla, frontal ve mandibula kemik iskelet olarak tek tek palpe edilerek kırık yönünden değerlendirilmelidir.




VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

- FİZİK BAKI - Palpasyon**
- Kemik krepatasyonları veya subkütan hava saptanması kırık açısından anlamlıdır.
- Subkütan hava: Sinüs veya nazal kırığı düşündürmelidir.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

- FİZİK BAKI**
- Le Fort kırıkları maksiller arkin kavranması ve öne doğru çekilmesi sırasında diğer elle yüzün orta bölgesinin öne doğru hareket ettiğinin hissedilmesi ile tanınır.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

- FİZİK BAKI**
- Orbita ve periorbital muayenede medial kantuslar arası mesafe ölçülmelidir (35-40 mm)
- Genişleme yada telekantus ciddi orbital zedelenmeyi gösterir.
- Ayrıca;
 - Görme keskinliği
 - Hifema ve subkonjunktival hemoraji
 - Pupillerin boyutu, şekli ve ışık refleksi
 - Göz kapakları
 - Ekstraoküler kaslar



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

- FİZİK BAKI**
- BURUN**
 - Ödem nedeni ile sağlıklı değerlendirilemeyebilir.
 - Krepitasyon, deformite ve subkütan havaya dikkat !!!
 - Septal hematoma ?
 - Rinore ?
- KULAK**
 - Subperikondral hematoma ve laserasyonlar
 - Otore
 - Hemoptimpanium
 - Timpanik membran rüptürü



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Klinik özellikler ve tanı

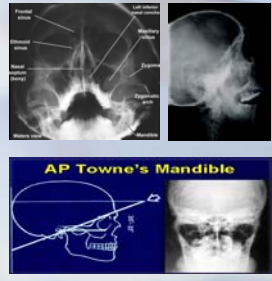
- FİZİK BAKI**
- Ağız içi yapılar unutulmamalıdır.
 - Dişler ?
 - Laserasyonlar ?
 - Mandibula ?
 - Dil ?
- Uyanık bir hastada anormal dental oklüzyon muhtemel bir kırığın göstergesidir.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Radyolojik yaklaşım

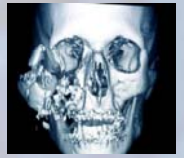
- Direkt grafiler**
 - Waters grafisi (Oksipitofrontal)
 - Caldwell grafisi (Oksipitofrontal)
 - Lateral grafi
 - Panoramik grafi (Mandibula grafisi)



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Radyolojik yaklaşım

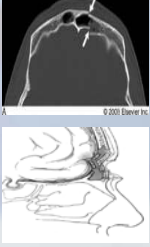
- BT**
 - Klinik değerlendirmede sıkıntı yaşanan (özellikle mental durum değişikliği, fasyal ödem, laserasyon gibi değerlendirmeyi güçleştiren durumlarda son derece faydalıdır.
- MR**
 - Yaygın kullanım alanı yok
 - Göz ve ilişkili yaralanmaların değerlendirilmesinde BT ile kombine edilebilir.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Spesifik yüz kırıkları


- **DİKKAT EDELİM ???**
- **FRONTAL SİNÜS VE FRONTAL KEMİK KIRIKLARI**
Sıklıkla intrakranial yaralanmalar eşlik eder.
Tanıda BT önemli
Beyin Cerrahisi konsültasyonu erken istenmelidir.
Antibiyotik verilmeli
Amoksisilin-Klavulanat
1. Kuşak SS



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Spesifik yüz kırıkları

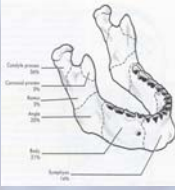
- **MAKSİLLA KIRIKLARI**
Yüksek enerjili travmalara bağlı mg
Sıklıkla multisistem etkilenimi vardır.
Çoğunlukla resüsitasyon ve yatış gerektirir.
Sınıflama --- Le Fort I- II - III
Tedavi
Havayolu güvenliği
Kanama kontrolü
Başın 40-60 derece elevasyonu
Plastik Cerrahi konsültasyonu
Antibiyotik
Yatış



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Spesifik yüz kırıkları

- **MANDİBULA KIRIKLARI**
2. en sık görülen yüz kırığı
Genellikle direkt darbe veya düşmeyle mg
En sık subkondiler bölge kırılır
Multipl mandibula kırığı --- %50
Hastalarda
Çene hareket kısıtlılığı ve maloklüzyon
Dil altındaki ekimoza dikkat !!!
1-3 mm kesitlerle BT
Tedavi
Ağık kırıklarda yatış ve iv antibiyotik
Penisilin G (2-4 milyon ü) ve Klindamisin (600-900 mg)
Plastik Cerrahi konsültasyonu



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Spesifik yüz kırıkları

- **MANDİBULA ÇIKIKLARI**
%70 anterior
Genellikle bilateral
Klinik
Ağız kapatılmaz
Ağrı
Yüzde şişlik
Tedavi
Kas gevşemesi - Midazolam
Analjezi
Kapalı redüksiyon



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Spesifik yüz kırıkları

- **NAZAL KIRIK**
En sık görülen kırık
Tanı
Klinik bulgular ve nazal kemikteki hareket
Özellikle septal hematoma bakılmalı ve erken drenaj sağlanmalıdır.
Tedavi
Kapalı redüksiyon veya 7 gün içerisinde cerrahi düzeltme



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Spesifik yüz kırıkları

- **ORBİTA KIRIKLARI**
Blowout kırıkları en yaygın görülen şeklidir.
En sık neden - Glob üzerine gelen künt travma
Klinik
Periorbital hassasiyet, şişlik ve ekimoz
Enoftalmus
Göz hareket bozukluğu – inferior rektus kası
İnfraorbital anestezi
Tanıda BT
Tedavi
Enoftalmus ve persistant diplopi – cerrahi endikasyon
Antibiyotik
Erken plastik cerrahi konsültasyonu



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Yüz travmaları – Spesifik yüz kırıkları

- ZİGOMA KIRIKLARI**
 - Zigoma iki kısımdan oluşur – Ark ve Gövde
 - Kırık
 - Ark (en sık)
 - Tripod (en ciddi)
 - İnfracorbital rim, Zigomatikofrontal suture, Ark
 - Klinik
 - Kemik defekt palpe edilebilir
 - Hassasiyet
 - Çene hareketleri sırasında ağrı
 - Tedavi
 - Plastik cerrahi konsültasyonu
 - Buz ve analjezi

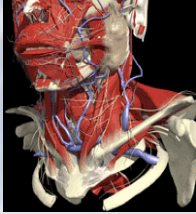


VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA



Boyun travmaları

- Tüm travmalarda olduğu gibi erken tanı ve uygun yaklaşım son derece önemli
- Minör yaralanmalar dahi hızla hayatı tehdit edici hale gelebilir.
- Yanlış tanı veya tanıdaki gecikme ciddi komplikasyon ve ölüm ile sonuçlanabilir.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları


- ETİYOLOJİ**
 - Künt
 - Vertebra ve spinal kord dışındaki anatomik yapılar nadiren yaralanır
 - Penetran (daha sık)
 - Boyundaki tüm anatomik yapılarda belirli derecelerde yaralanmalar meydana gelebilir.
- En sık 21- 30 yaş grubu erkekler etkilenir.



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları - Anatomi

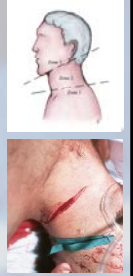
- Roon ve Christensen sınıflaması**
 - Zon I; Her iki klavikulanın üzerinden çizilen çizginin altında kalan ve torasik çıkış adı da verilen bölge
 - Torasik çıkış yapıları (üst kaburgalar, sternum ve klavikula) tarafından kuşatılan
 - Karotid ve vertebral arterlerin proksimaleri
 - İnternal juguler ven distali
 - Akciğer apeksi
 - Trakea
 - Özefagus
 - Spinal kord
 - Duktus torasikus
 - Vagus ve frenik sinir



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları - Anatomi


- Roon ve Christensen sınıflaması**
 - Zon II; Klavikula üst sınırı ile angulus mandibuladan geçirilen yatay düzlemler arasında kalan bölge.
 - Birleşik karotid arterler
 - Vertebral arterler
 - İnternal juguler ven
 - Eksternal ve internal karotid arterler
 - Trakea
 - Özefagus
 - Larenks
 - Spinal kord
 - Brakial pleksusun proksimali
 - Frenik sinir



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları - Anatomi

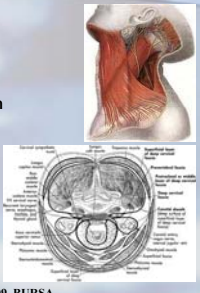
- Roon ve Christensen sınıflaması
Zon III; Angulus mandibuladan geçirilen yatay düzlem ile kafa tabanı arasında kalan bölge
- Farenks
İnternal juguler ven proksimali
Vertebral arterler
Distal internal karotid arterler



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları - Anatomi

- Fasiyalar
 - Yüzeysel fasiya
PLATİSMA yüzeysel fasiyanın bir parçasıdır.
Yaralanma platismayı geçmişse derin boyun yaralanması olarak kabul edilir.
 - Derin fasiya
Pretrakeal
Prevertebral



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – İlk değerlendirme

- İlk yaklaşım değişmez --- ABC
- HAVAYOLU
% 10 ciddi havayolu sorunu ile karşılaşılır.
Ağız ve farenkste kanamalar
Hematom
Boyundaki solunum yollarındaki yaralanmalar
- Çabuk ve güvenli bir havayolunun sağlanması ve sürdürülebilmesi önemlidir.
- ENTÜBASYON ???



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – İlk değerlendirme

- Entübasyon – Orotrakeal en sık tercih edilen
 - Tüm klinisyenlerce kabul edilen endikasyonlar:
 - Akut solunum sıkıntısı
 - Kan veya sekresyonlardan kaynaklanan havayolu tıkanıklığı
 - Masif subkütan amfizem
 - Trakeal şift
 - Şiddetli mental durum değişikliği
- Cerrahi havayolu
Krikotroidotomi
Trakeostomi --- Larenks fraktüründe ilk tercih

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – İlk değerlendirme

- SOLUNUM
Tüm hastalara yüksek akım oksijen ve puls oksimetre ile takip başlanmalıdır.
- Ventilyasyondaki güçlük --- Üst havayolu yada toraks yaralanması
- Yetersiz ventilasyon --- Eşit olmayan solunum sesleri ve asimetrik toraks hareketleri - Hemo/pnömotoraks
- Trakeal deviasyon --- Tansiyon Pnömotoraks

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – İlk değerlendirme

- DOLAŞIM
 - Damar yolu açılmalı ve sıvı infüzyonuna başlanmalı
 - Kanama varlığında baskı uygulanmalı
 - Körlemesine klemp uygun değil
 - Kanama baskı ile durdurulamıyorsa
 - Direkt parmak baskısı
 - Gaz packing
 - Balon tamponadı
 - İlk değerlendirme sırasında nazogastrik tüp uygulaması uygun değil.
Kanamayı başlatabilir veya artırabilir.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – İlk değerlendirme

- **NÖROLOJİK**
 - Nörolojik defisit
 - Direkt sinir veya spinal kord hasarı
 - Vasküler yaralanmaya bağlı mg serebral iskemiden kaynaklanabilir.

Nörolojik defisit erken ortaya konması havayolu kontrolü açısından önemlidir.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – İlk değerlendirme

- **RADYOLOJİK YAKLAŞIM**
 - Lateral servikal grafi
 - Anteroposterior servikal grafi

Radyografik değerlendirmeler;

- Penetran travmalarda; trase, kırık ve yabancı cisim
- Hem penetran hem de küntr travmalarda; hematoma, havayolu tıkanıklığı veya deviasyon, subkütan amfizem, retrofaringeal kalınlık

Akciğer grafisi
Pnömotoraks, hemotoraks veya pnömomediastinum



VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – İkincil değerlendirme

- Tam bir hikaye ve kapsamlı bir fizik bakı uygulanmalıdır. Hastane öncesi için sağlık ekibinden bilgi alınmalıdır.
 - Yaralanma mekanizması
 - Semptomlar
 - Hemodinamik stabilite
 - Kan kaybı miktarı ...

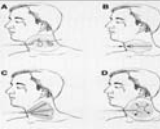
VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – ???

Kuvvetli bulgular	Zayıf bulgular
Acil serviste hipotansiyon	Hipotansiyon gelişmesi
Aktif arteriyel kanama	Arteriyel kanama anamnezi
Karotid nabızda azalma	Trakeal deviasyon
Genişleyen hematoma	Genişlemeyen büyük hematoma
Trill/Üfürüm	Stridor
Lateralizasyon bulguları	Horlama
> 1000 ml hemotoraks	Vokal kord paralizisi
Yara içerisinde hava veya kabarcık	Subkütan amfizem
Hemoptizi	7. Kranial sinir yaralanması
Hematemez	Açıklanamayan bradikardi (SSS yaralanması)

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – Penetran



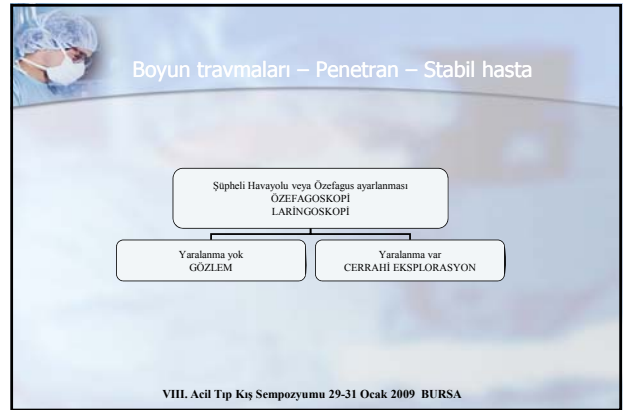
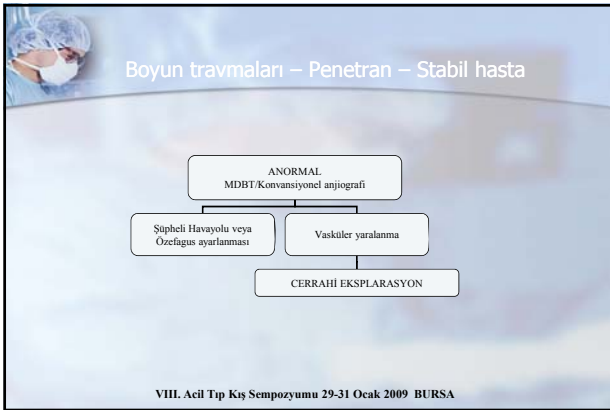
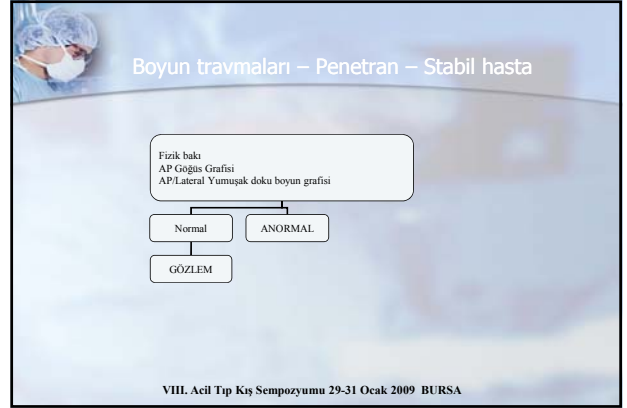
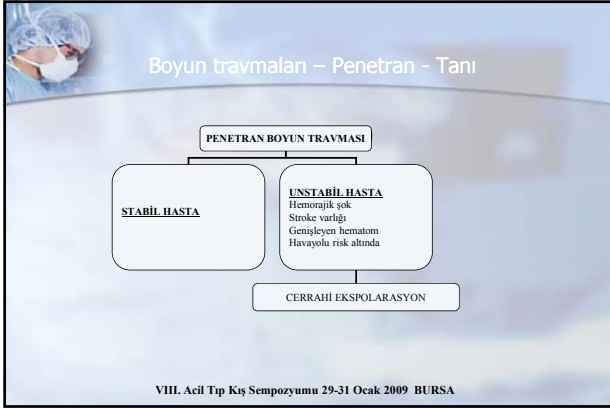
- Mekanizması ne olursa olsun öldürücü yaralanmalara neden olurlar.
 - Delici-Kesici
 - Ateşli silah
- İlk stabilizasyondaki yaklaşım aynıdır. Öncelikle yara incelenmelidir.
 - Platizma kesin olarak intakt ise --- lokal yara bakımı yeterlidir.
 - Platizma etkilenmiş ise --- ciddi bir yaralanma beklenmelidir.
- Sonraki aşamada yaralanmanın lokalizasyonu ve hangi Zon'da olduğu ortaya konmalıdır.
- Dikkatli fizik bakı ile yaralanma için kuvvetli ve zayıf belirtiler gözden geçirilmelidir.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

Boyun travmaları – Penetran

- **Konsültasyon;**
 - Eğer platizma etkilenmiş ise acil cerrahi konsültasyon endikedir.
 - Benzer şekilde non-operatif tanısal çalışmalar açısından radyolog erkenden haberdar edilmelidir.
- !!! Hastanın stabilizasyonu sağlanmadan herhangi bir şekilde transferi düşünülmemelidir.

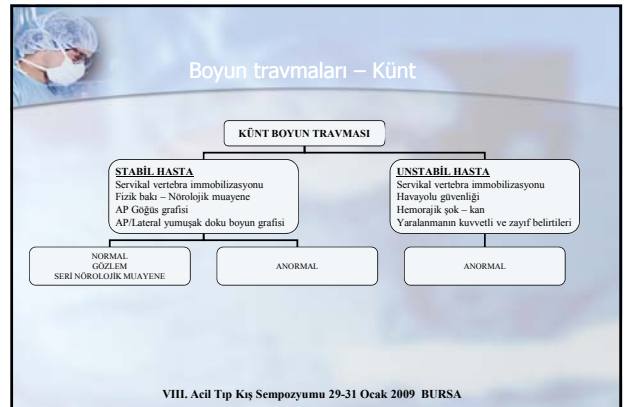
VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

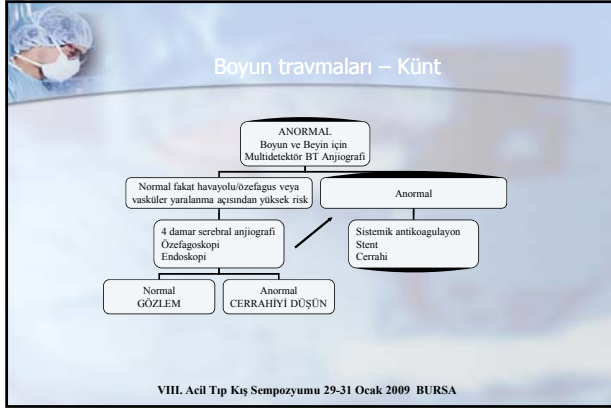


Boyun travmaları - Künt

- Oldukça nadir
- Nötral pozisyonda boyun kafa, omuzlar ve toraks tarafından korunur.
- Yaralanma;
Hiperektansiyon, hiperfleksiyon, rotasyon ve direkt darbelerle mg.
- En sık motorlu taşıt kazalarına bağlı – laringotrakeal ve faringoözefagial yaralanmalar ön planda
- Künt travmaya bağlı ölüm ve ciddi sakatlıklar gelişebilir.
- Semptomların sıklıkla minimal olması veya gecikmesi tanıda atımlara neden olabilir.

VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA



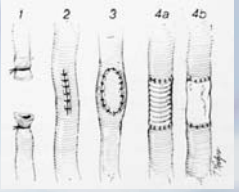


- ### Boyun travmaları - Spesifik
- Laringotrakeal yaralanmalar
 - Yumuşak doku ödemi ve ekimozdan mukozal laserasyonlar, vokal kord paralizi, troid ve krikoid kartilaj kırığı, rekürren laringeal sinir laserasyonu ve komplet laringotrakeal ayrılmaya kadar uzanan geniş bir yelpazeye sahiptir.
 - Klasik semptomlar;
 - Disfoni, disfaji, dispne, ağrı, hemoptizi ve stridor
 - Bulgular
 - Hassasiyet, subkütan amfizem, kontüzyon, deformite ve trakeal deviasyon
- VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

- ### Boyun travmaları - Spesifik
- Laringotrakeal yaralanmalar
 - Semptom ve bulgular penetran travma varlığında sıklıkla belirgin iken künt travmalarda az yada belirgin olmayabilir.
 - Havayolu güvenliği açısından
 - Endotrakeal entübasyon - deneyimli ellerde
 - Trakeostomi
 - Krikotroidotomiden kaçınılmalıdır.
 - Tanı
 - Göğüs, servikal vertebra ve lateral grafi
 - Laringoskopi ve bronkoskopi
 - BT
- VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

- ### Boyun travmaları - Spesifik
- Faringoözefajial yaralanmalar
- Genellikle çok az yada hiç semptomu yoktur.
- Disfaji, kanlı tükürük, ağrı, nazogastrik aspiratta kan...
- Penetran travmalarda perforasyon sonrası tedavi yapılmaz ise enfeksiyon nedeni ile hasta kaybedilebilir.
- Sıklıkla Laringotrakeal yaralanmalarla birlikte dir.
- VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

- ### Boyun travmaları - Spesifik
- Vasküler yaralanmalar
 - Erken tanı ve tedavisi sağ kalımı iki kat artırır.
 - Nedenleri
 - Hiperekstansiyon
 - Hiperfleksiyon
 - Direkt travma
 - İntraoral travma
 - Kafa kaide kırığı
- 
- VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

- ### Boyun travmaları - Spesifik
- Klinik bulgular
 - Karotid arter
 - Şuur düzeyinde azalma
 - Hemoraji
 - Hematom
 - Trakea basısına bağlı dispne
 - Trill
 - Üfürüm
 - Nabız defisiti
 - Juguler ven
 - Hematom
 - Eksternal kanama
 - Hipotansiyon
 - Tedavi
 - ABC
 - Kanama kontrolü
 - Erken cerrahi konsültasyon
- 
- VIII. Acil Tıp Kış Sempozyumu 29-31 Ocak 2009 BURSA

