PENETRAN KALP YARALANMALI 34 OLGUNUN ANALİZİ

PENETRATING HEART WOUNDS: AN ANALYSIS OF 34 CASES

Dr. Hakan ACAR  Dr. Selahattin VURAL.  
Dr. Mustafa ÖNCEL  Dr. Gülşen DALKILIÇ  Dr. Ergin Olcyay


Anahtar Kelimeler: Penetran Kalp Yaralanmaları

SUMMARY: 34 cases, with penetrating wounds to the heart, were operated in the general surgery clinics of our hospital during 1989-1996 were reevaluated. The cause of injury was stab wounds in 32 cases and gunshot wounds in 2 cases. Immediate resuscitation together with emergency thoracotomy was done to the eleven of the patients in group I and II. In all cases (Except two cases who died) there were only one penetrating wound the heart. Right ventricular injury was the most frequent type. All cases were treated with suturing and periodics were left open. Our morbidity ratio was %22, mortality ratio was %.6. We believe that our mortality is low because most of the injuries are caused by stab wounds, complicated injury ratio is low and that patients are taken the emergency services in shorter time in relation with our country's conditions.

Key words: Penetrating wound of the heart.


Penetren kalp yaralanmalari genelde çok kısa sürede ölmeye sonlandığında, erken tanı ve hızlı girişim gerektiğiinde aynı bir önemde sahiptir. Bu ölgünden dolayı oğrularını retrospektif olarak değerlendirerek sonuçlarınımyayı zamanlı uygun gördük.

MATERIAL - METOT


Açık servisimize toraks ve üst batin penetren yaralanma ile başvuran hastalar, akci kanıtlanması kadar kalbı nafız kabul ettik. Hastanemizde, kariy ve arkaçaların (1) penetren kalp yaralanmaları hastalarda tarif ettiğimiz 4 gruba ayrarak inceledik ve tedavilerini planladık. Bu gruplar:
Grup I : Suur cúpal, vital bulgusu olmayan hastalar
Grup II : Solunum zorlu, yarul bulgusuz, ban basını ölçülemeyen, suururu yari açık hastalar
Grup III : 80 mm Hg ve daha düşük basınçlı hastalar
Grup IV : 90 mm Hg ve daha yüksek basınçlı hastalar


**BULGULAR**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Klinik Tablo</th>
<th>Hasta Sayısı</th>
<th>Yüzdesi (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Grub I</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Grub II</td>
<td>7</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Grub III</td>
<td>13</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Grub IV</td>
<td>10</td>
<td>29</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hastaların ancak 9’unda (%26) klasik Beck, triadi geliştiği görüldü. ve hastaların 23’u (%85) CVP kateter takıldı, ve 13’tinde (%38) CVP 15 cm, H2O üstünde saptandı.

Olgularımızın 13’inde (%38) tek kesici alet yaralanmış ve etkilenen ciddiiri. 7 olguna (%21) takımsa nefis başka yaralanma vardı. 6 olguna (%18) batıma nefis ek yaranılmalar mevcut idi. 8 olguna ise (%24) extremitelerde, bacak ve boyunda başka yaranımlar eşlik ediyordu. Kalbe penetran yaranımların sadece 19’unu (%56) yaranın yerini Suer ke Murdock’un tarif ettiği “Danger Zone” bölgesinde bulundu. 15 olgunsunun yaranımları (%44) atıpkolkol etkileyidi.

Grub I ve II klinik tabloları üzerinde olan 11 olgu ile servis resisitasyon odasında acil korotomı donanımı olmadığında direkt ameliyathane çikan korotomlar, müdafahalede bulunuldu. 7 olguna yara yeri eksplozyon sonucunda kalbe penetran yaranınma tanımı konuldu. 13 olguna ise tanı takılan korotom lagülerine takımlı, klinik ve laboratuar sonuçları değerlendirildikleri 2-4 saat içinde konuldu. 3 olguna ise epigastrumda batıma nefis yaralanma nedeniyle yapılan laparotomi sırasında diyafragma ruptürü saptandı ve kalbe nefis yaralanma teşep edilerek korotomı yapıldı. Yaranımlara 13’üne (%38) salı korotomı, 21’ine (%62) salı korotomı ile ulaşıldı. Hiçbir olgumuzda median sternotomi kullanılmadı.

Saptadığımız yaranın kalp bölgeleri tablo-II’de gösterildi.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yaranın Kalp Bölgesi</th>
<th>Olgu Sayısı</th>
<th>Yüzdesi (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sağ Ventrikül</td>
<td>12</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Sol Ventrikül</td>
<td>11</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Sağ Atrium</td>
<td>6</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Sol Atrium</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Büyük Damarlar</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Koroner arter uçları</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Eksitsus gelişen 2 hastamız hariç tüm hastalarda kalbe nefis tek yaranına mevcut idi. Hiçbir olgumuzda septal kapak yaranımasası ve ana koroner arter yaranımasının saptanmadı. Kalbe penetran yaranımların boyutlarının 0.5-3.0 cm. arasında olduğu görülüyor. 22’nin (%65) klasik perikart tamponadının oluşturduğu, 12’sinde de (%35) hemorajinin korotom boşluğu ile ilişkili olduğu görüldü.

Olguların hepsi sütter ile tam olarak edildi. 1 olguna ayrıca perikart yaması ekledi. 2 olgumuzda müdafahale edilemeden peroperatuar eksitsus geliştı.

Kardiyak yaranımlarla ek olarak saptanan yaranımlara tablo-III’de gösterildi.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yaranın Organ</th>
<th>Olgu Sayısı</th>
<th>Yüzdesi (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Akışci</td>
<td>5</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Karakışci</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalak</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyafragma</td>
<td>5</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Mide</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>İnce barsak</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7 olgumuzda (%22) çeşitli sorunlar geldi. Gelişen bu morbiditeler tablo-IV’de gösterildi.

Perikardit + növakt découro ve kardiyak ritm bozuklukları ibbde tedavi ile düzeltildi. Ampiyemli 2 hastanızda yeniden korotom takımı uygulanmak zorunda kaldı.

Olgularımızın hastanede orantıla kalış süresi 11.2 gün olarak gerçekleşti. En kısa 4 gün, en uzun 21 gün olmuştur.

Olgularımız 24’ü (%75) 6 ay süreklı kontrollerine geldi.
Tablo - IV: Gelişen morbiditeler ve oranları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gelişen Morbidite</th>
<th>Olgu Sayısı</th>
<th>Yüzdesi (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Perikardit + Myokard</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Nekrozu</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kardiak Ritm Bozuklukları</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Amfizem</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Atelektazi</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kalbe penetren multipl yaralanın yanında büyük damarlar arasında yaralanı olan biri atesi silahlı yaralanını 2 hastamız peroperatif olarak ektası olduğu. Bu iki hastanın grup-1 klinik tablosunda hastanemize getirildiği görüldü. Mortalite oranımız 2/34 (5%) olarak gerçekleşti.

TARTIŞMA
Penetren kalp yaralanlarının günümüzde hala onde gelen ölüm nedenleri arasında ve toplumdaki şiddet olaylarının artmasıyla progresif artış göstermektedir. (3) Bu travmaya ilikemizde yanlanmış diğer serilerdeki gibi (4.5,6,7,8) daha çok genç erkekler maruz kalmaktadır. Bizim serimizdeki yaş ortalaması 34.3 ve erkek oranı 991 gibi yüksek bir sayıdır.
Serimizde, yaralanma bölgesi Suer ve Murdoch'un tanımladıkları perikardum, epigastrum ve superior medinaşal sahaya içeren "Danger Zone"a ait %56 oranında uyuzyor. Biz gözüm duvarındaki ve üst abdomendeki tüm yaralanımlar ameliyathane şartlarında lokal anestesi altında eksplorasyonunu öneriyoruz. Tanı için önerilen perikard-sentez iatrojenik olarak arıtmiler, koroner damar yaralanımları ve miyokarda penetreyonun olasılığından ve yalançsi negatif sonuc verme şansı yüksek olduğundan (17,18,19) hiç bir olguda kullanımdır. Ayrıca bazı yazarlar akut travmatik hemoperikardiumları perikardio sentez kontrendike kabul etmektedirler (20)
Post operatif dönemde daha az ağrı yaptıgı ve akıkşer problemlerine yol açmadığı için median sternotomi önerilerine rázı (21) hiç bir olsunuzda uygulama olanlaşımaktadır. Var olan yara yerinde torkotomi yapılarak yara rızası ulaşmayı çalıştık ve yaralanın kalp bölgesinin eksplorasyonunda ve tamirinde büyük zorluq yaşamadık.
Bilinci kalplı ve şoktaki hastalara acıl servis ressusitasyon odasında acıl torkotomi yapılabileceği ve yaşamsal bulgular olmayan hastalara % 30'unun böylece kurtarılabileceği bildirilmektedir (1,22) Acil servisimizde ressusitasyon odasında acıl torkotomi imkanını ziyar eder, faktat travma merkezi planıyla inşa edilen acıl servis departmanımızda ameliyathaneler ressusitasyon odasına çok yükmandır. Hastanemizde kardio-pulmoner bypass olaňağını ziyar eder. Hicbir olumsuzda bu düzenende gerekşimini duyulmadı, faktat bu işlem % 1-5 olsunuzda gerekli olabileceği bildirilmektedir (26)
Anatomik olarak, antero-posterior doğrultuda kalbin ön yüzünün % 60'ın fazlasını sag ventrikülin ön duvar oluşturur. Yaralanımlarda bir çok seride en çok etkilenen bölge sag ventrikül oldukça bildirilmektedir (23,24) Ancak

KAYNAKLAR

10. Martin LP, Moxrodis C, Dyess DL, Gray LA: The First 70 years Experience Managing Cardiac Disruption due to Penetrating and Blunt Injuries at the Louisville, Am Surg 52:14-19, 1989
18. Fillmore SJ, Scheidt S, Fillip T: Objective assessment of pericardial tamponade by right heart: Catheterization at the bedside; Chest 59:312 1971