If the Airway Opens with Finger During Epileptics Attack: A Case Report

Epileptik Atak Sırasında Hava Yolu Parmak İle Açık Tutulursa: Olgu Sunumu

İnsan El Isırığı / Human Hand Bite

Seyran Kılınç, Abdulrahman Örtücü, Okay Bulut, Gündüz Tezeren, Zekeriya Öztemur
Ortopedi ve Travmatoloji ABD. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, Türkiye

25. Ulusal ortopedi ve travmatoloji kongresine poster sunumu olarak kabul edilmiştir.

Özet

İnsan ısırıkları genellikle kavga, tecavüz, cinayet, spor müsabakaları ve çocuk istismarı gibi durumlarda karşımıza çıkmaktadır. İnsan ısırıklarının en sık görüldüğü bölgeler el ve el bilekleridir. Olgumuz hastanemiz endokrinoloji servisinde diabetes mellitus nedeniyle takip edilen 65 yaşındaki bayan hastanın 45 gün önce yakınının epilepsi nöbeti geçirmesi sırasında hastanın ağzını açık tutabilmek için sağ el 2.parmak proksimal falanksının ağız içinde koymasıyla oluşan açık yaranın ihmal edilerek ilk defa tarafımıza konsulte edilmesiyle görülmüştür. Bu olgu da epileptik nöbet geçiren hastaya ilk yardımda yanlış yaklaşımın ve insan ısırığına bağlı el enfeksiyonunun geciktirilmesinin uzuv kaybına kadar gidebileceğini anlatmaya çalıştık.

Anahtar Kelimeler

İnsan El Isırığı; Epileptik Atak; Parmak Enfeksiyonu; Parmak Amputasyonu

Abstract

The human bites generally have been came across after the situation as fighting, aggression, murder, sports competitions and child abuse. Hands and wrists are the most common areas that human bites have seen. Our case was seen first time when 65 aged woman treating for diabetes mellitus in our endocrinology service consultated us with a neglected open wound that occurred after she put on her hands second finger's proximal phalanx to her relative's mouth to keep open duration of epileptic attack before 45 days. In this case we try to explain that the wrong intervention in epileptic attack and delaying treatment of infections of human bites can be resulted with limb missing.

Keywords

Human Hand Bite; Epileptic Attack; Finger Infections; Finger Amputation

DOI: 10.4328/JCAM.3763 Received: 13.07.2015 Accepted: 06.08.2015 Printed: 01.08.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 563-5
Corresponding Author: Seyran Kılınç, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, 58140, Sivas, Türkiye.
T.: +90 3462580634 GSM: +905317930068 E-Mail: seyrankilinc@hotmail.com

Giriş

Isırık yaralanmaları daha çok hayvanlar az da olsa insanlar tarafından oluşturulmaktadır. İnsanlar tarafından oluşturulan ısırıklar kavga, tecavüz, cinayet, spor müsabakaları ve çocuk istismarı gibi durumlarda karşımıza çıkmaktadır [1]. İnsan ısırıklarının en sık görüldüğü bölgeler el ve el bilekleridir [2,3]. Çoğu zaman kavga sırasında özellikle metakarpofalangeal eklem dorsalinde birkaç milimetrelik yüzeyel yaralanmalar olarak görülse de, kuvvetli atılan bir yumruk sırasında karşısındaki insanın dişine elin temasıyla tendon, kemik ve eklem kapsülü yaralanmaları olabilmektedir.

Rochester Minesota verilerine göre yaklaşık toplumun %1'inde 20 yaşına kadar epilepsi gelişebilir. Hayat boyu risk 80 yaşına doğru %3.4'e yükselir. Nüfusun %1'i herhangi bir sebebe bağlı olarak hayatının bir döneminde nöbet geçirebilir [4]. Hastalar günlük yaşantılarının herhangi bir zaman diliminde nöbet geçirmekte ve nöbet anında çevredeki insanlar tarafından müdahale edilmektedirler. Sıkça tartışılan bir konu olmakla birlikte yanlış müdahaleler hastaya ve bizim olgumuzda olduğu gibi müdahale eden kişiye zarar verebilmektedir. Bu çalışmada nöbet geçiren hastaya uygulanan yanlış müdahalenin ortopedi yönünden nasıl sonuçlanabileceğinin sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Hastanemiz endokrinoloji servisinde diabetes mellitus nedeniyle takip edilen 65 yaşındaki bayan hasta iyileşmeyen parmak enfeksiyonu nedeniyle tarafımıza konsulte edildi. Hastanın yarasının 45 gün önce epilepsi nöbeti geçiren yakınının hava yolunu açmak için sağ el 2 parmağını hastanın dişleri arasına koyması ile oluştuğu öğrenildi. Hasta değerlendirildiğinde, sağ el 2. parmağın şiş, kızarıklık, parmak dorsalinde 2 adet kötü kokulu pürülan akıntılı fistül ağzının olduğu görüldü (Resim 1). Çekilen



Resim 1. Hastanın pre-operatif görüntüsü

grafisinde proximal ve orta falanksta osteomyelit ile uyumlu litik görüntü ve proximal falanksta osteomiyelite sekonder kırık oluştuğu izlendi (Resim 2). Laboratuar değerlerinden sedimantasyon:76, C-reaktif protein:140, WBC:15030 idi. Hasta debritman için operasyona alındığında kemik yapıların, fleksör ve ekstansör tendonların tamamen nekroze olduğu görüldü ve hastaya metakarpofalangeal eklem seviyesinden açık amputasyon yapıldı. intra-operatif alınan kültür antibiyogram sonucu çıkana kadar hastaya ampisilin-sulbaktam 4x1 gr intravenöz başlandı. Günlük yara yeri pansumanı yapıldı. İntra-operatif alınan kültürde Eikenella coordens izole edildi. Mevcut antibiyoterapiye devam edilen hastaya takiplerinde pansumanları temiz olarak izlenmesi ve enfeksiyon parametrelerinin normale gelmesi üzerine post-operatif 8. gün hastaya yara yeri debritmanı ve yara kapama yapıldı. Takiplerinde problem izlenmeyen, kan şekeri regüle olan hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Hastanın kontrolde yara yerinin tamamen iyileştiği görüldü (Resim 3).



Resim 2. Hastanın pre-operatif direk grafi görüntüsü



Resim 3. Hastanın son görüntüsü

Tartışma

İnsan ısırıkları ile meydana gelen enfeksiyonların havyan ısırıklarından daha tehlikeli olduğu bildirilmektedir [2,3,5]. İnsan ısırıkları el ve el bilek bölgesinde sık görülmektedir. El çevresinde özellikle risk grubundaki hastalarda daha kötü seyir göstermektedir. Diyabet, 50 yaş ve üstü hastalar, tedavinin 12 saatten fazla geciktiği durumlar risk faktörlerini oluşturmaktadır. Risk faktörü bulunan hastalara uygun ampirik tedavi hemen başlanmalıdır. Seri debritmanlar yapılmalı ve %20-25 oranında parmağın amputasyonuna gidebileceği akılda tutulmalıdır [5,6]. El enfeksiyonları sonrası genel tedavi prensipleri, genel enfeksiyon yaklaşımıyla benzerlik gösterir. Açık yara varsa açık yaranın temizlenmesi, debridman, abse drenajı, ölü dokuların ortamdan uzaklaştırılması, elin uygun pozisyonda atele alınması ve elevasyon hastanın klinik durumuna göre yapılması gereken ilk işlemlerden bazılarıdır. Doku kaybına neden olmayan basit yüzeyel yaralanmalardan sonra batikon, klorheksidine gibi lokal antiseptik solüsyonlar yara yeri temizliği yeterli olacaktır. Kemik, tendon ve nörovasküler yapıların ortaya çıktığı daha derin yaralanmalarda parenteral proflaktik antibiyotik tercih edilmelidir [7].

Antibiyotik tedavisinde, ampirik olarak birinci kuşak sefalosporin, penisilin, ampisilin-sulbaktam ya da amoksisilin-klavulanik asiti içermelidir [3]. Diyabetik hastalarda gram(-) etkenlere yönelik antibiyotikler eklenmelidir [2]. Eğer hastaya cerrahi gereksinim düşünüyorsa cerrahi süreç sırasında numune alınarak alınan sonuca göre tedavinin başlanılması daha uygun olunacaktır [8].

İnsan ısırıkları birden çok mikroorganizma ile kontamine olabi-

lir. Stafilokokkus aureus en sık görülen bakteri olmakla birlikte Eikenella corrodens olguların %8 ile %25' inde görülmektedir. Ayrıca Streptokoklar, peptostreptokoklar, bacteroides türleri, neiseria türleri, corynebacterium türleri izole edilen bakteriler arasındadır [9].

Bizim olgumuzda hastanın riskli grupda yer alması, olay anından sonra uzunca bir süre tedavisini geciktirmesi, kaçınılmaz sonu beraberinde getirmiş ve hastanın operasyon sırasında parmak kemiklerinde yaygın osteomiyelit görülmesi nedeniyle hastaya ampütasyon yapılmıştır.

Olgumuz her ne kadar oluş mekanızması nedeniyle literatürde sık görülmese de, erken dönemde tedavinin başlanılmasındaki gecikme nedeniyle kötü sonuçlanan olgular sıkça bahsedilmektedir [10-11].

Nüfusun %1'i herhangi bir sebebe bağlı olarak hayatının bir döneminde nöbet geçirebilmektedir [4]. Nöbet geçiren bir hastaya doğru ilk yardım yaklaşımının sadece sağlık çalışanlarının değil toplumun genelinin öğrenmesi gerekliliğinin toplumsal bir sorumluluk olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, risk altındaki hastalarda erken tedavi başlanmalı, gecikmiş ve yetersiz tedavi almış olan risk grubu hastaları mutlaka hastaneye yatırılarak takip edilmeli, etkili debritmanlar uygulanmalı ve hasta ve yakınlarına tüm tedaviye rağmen amputasyon gerekebileceği söylenilmedir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Rothwell BR. Bite marks in forrensic dentistry-A review of legal and scientific issues. J Amer Dent Ass 1995;126:223-32.
2. Hausman MR, Lisser SP. Hand infections. Orthop Clin North Am 1992;23:171-85.
3. Griego RD, Rosen T, Orengo IF,Wolf JE. Dog, cat, and human bites: a review. J Am Acad Dermatol 1995;33:1019-29.
4. Annegers JF. Epidemiology and genetics of epilepsy. Neurol. Clin 1994;12:15-29.
5. Zubowicz VN, Gravier M. Management of early human bites of the hand: a prospective randomized study. Plast Reconstr surg 1991;88:111-4.
6. Broder J,Jerrard D, Olshaker J, Witting M. Low risk of infection in selected human bites treated without antibiotics. Am J Emerg Med 2004;22:10-4.
7. Öztürk AM, Özgürol B. Hand infections. Totbid Dergisi 2011;10(4):306-11.
8. Lewis JA, Miller DR, Davies SG. Osteomyelitis complicating three types of traumatic hand wound. J Wound Care 2004;13:281-3.
9. Brown DM, Young VL. Hand infections. Soult Med J 1993;86:56-66.
10. Clark DC. Common acute hand infections. Am Fam Physician 2003;68:2167-76.
11. Weinzweig N, Gonzalez M. Surgical infections of the hand and upper extremity: a county hospital experience. Ann Plast Surg 2002;49:621-7.

How to cite this article:
Kılınç S, Örtücü A, Bulut O, Tezeren G, Öztemur Z. If the Airway Opens with Finger During Epileptics Attack: A Case Report. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 563-5.