

## KALBE NAFİZ BİÇAK YARASI VE DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ

Dr. Rasim Torun (\*), Dr. Şinasi Can (\*\*)

Kesici cisimlerle olan yaralanmalar harp hali dışında ya kasdi, ya kazaen, veyahutta intihara teşebbüs sonucu meydana gelmektedir. Günümüzde tıp artık organ transplantasyonları düzeyine ulaşmıştır. Bunlar içerisinde hiç güphesiz kalb transplantasyonu bütün tıp aleminde en büyük sansasyonu yaratmış durumdadır. Bu cihetle kalb cerrahisinin bu günkü seviyesine gelinceye kadar geçirmiş olduğu istihaleyi kısa da olsa hatırlatmayı faydalı bulmaktayız.

Meşhur cerrah *Billroth 1883*'de şu sözleri söylemiştir : «Kalb yarasını dikmeye teşebbüs eden bir cerrah meslektaşlarının saygısını kaybeder.» Bu sözler bundan 97 yıl önce söylendiğine göre geçen asrın sonlarına kadar kalb dokunulmaz bir organ telakki edilirdi. *CAPPELEN 1895 de, FARİNA 1896 da* birer kalb yarası dikmişlerdir. Fakat yaralıların ikisi de ölmüşlerdir. *1897 de REHN* başarıyla diktiği bir kalb yarası vak'asını yayınladığında böyle bir harekete giriştiği için özür dilemiştir. Fakat bu başarılı kalb sütürü kalb cerrahisinin doğuşuna bir işaret olmuştur. Bunu yüzlerce kalb sütürü takip etmiştir. 1941 e kadar *SCHRODER* tıp yayınından 600 vak'a toplamıştır. Kalb cerrahisi ya'nız bu organ yaralarını dikmekle kalmamış Amerikalı *CUTLER* ve *BECK* mitral stnozuna el uzatmış, son yıllarda *GROSS, BLALOCK, SWEET, CRAFOORD* ve *BERNARD* kalb cerrahisini hayranlık uyandıracak bir şekilde ileri götürmüşlerdir. *REHN 1907* ye kadar 124 kalb sütüründe % 40, *Tuffier 1920* de % 50,4, *SMİTH 1923* de % 66 şifa bildirmektedir. *1923 - 1949 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinin 10 vak'adaki şifa yüzdesi ise % 50 dir. Bizim kliniğimizde 1949 - 1980 arası müdahale ettiğimiz kalb yaralanmaları adedi 4 olup hepsi de şifa ile neticelenmiştir.*

*HENSCHEN*'in dediği gibi «Kalb yarasını dikmekle iş bitmez.» Yaralıların bir kısmı komplikasyonlardan ölür. Sütür kifayetsizliği, kanama, perikard, plevra ve mediastinum enfeksiyonu, pnömoni ya-

(1) Cerrahi Kliniği, Şef : Op. Dr. Medih Egemen

(\*) 1. Cerrahi Kliniği Şef Muavini

(\*\*) 1. Cerrahi Kliniği Şef Muavini

ralıların akibetini karanlıklaştırır. Kalb yaralarının bir çoğu derhal hastanın hayatına son verir. Ölüm ya refleks sonucu veya hayatî bir kanama sonucu meydana gelir. (Yaradan dışarı kanama ya da plevra boşluğuna kanama.) Ancak ani ölüm meydana getirmiyen vak'alarda cerrahî müdahaleye zaman kalır. Yani kalb tamponmanı belirtileri tehlikeli bir durum meydana getirinceye kadar teşhis koymaya yarayan bütün muayeneleri yapmak için gerekli zaman vardır. Bu müddet birkaç saatten, bir güne kadar hatta 2-3 güne kadar uzayabilir. *Cerrahin eline gelen kalb yaraları genellikle bıçak yaralarıdır. Kalb yaraları hemen daima ventrikülleri alâkadar eder. Nadır olarak da auriküller açılmıştır. Plevra çok defa açılmıştır.* Tabiati ile yaralayan alet perikardiumdan geçtiğinden burada giriş deliği vardır.

#### KLİNİK BELİRTİLER :

Yaranın kalb bölgesinde veya hemen civarında bulunuşu bu organın yaralanma şüphesini akla getirir. Kalb yaralanmalarında yaralının hayatını tehlikeye sokan iki tehlike görülür. *Ya kalb yarısından fazla miktarda kan plevra boşluğuna yahut mediastinumuna akması suretiyle ağır bir hemoraji tablosu oluşur, veya Perikardium içerisine toplanan cüzi miktarda kan (150 - 200 cc.) kalbi sıkıştırır ve kalb tamponmanı belirtileri ortaya çıkar.* Tabloya kanamanın hakim olduğu vak'alarda yaralının benzi soluktur. Tansiyon arteriyel düşüktür. Geçici ihtilaçlar görülür. Yaralı hipovolemik şok halindedir. *Bu gibi vak'alarda yalnız hemotoraksa dikkat nazarı çevrilecek olursa kalb yarası gözden kaçır. Kalb tamponmanı belirtileri üç noktada hülasa edilebilir.*

- 1 — Arteriyel tazyik düşer.
- 2 — Venöz tazyik artar.
- 3 — Radioskopide kalb hareketsiz görülür.

*Kalb diastolde yayılmadığından venöz kanı aspire edemez. Böylece venöz sistemde staz oluşur. Boyun venaları dolgun olup, tazyik artmıştır. Buna mukabil arteriyel tazyik düşmüştür. Nabız hızlı ve zayıftır. Hafif siyanoz ve dispne görülür. Kalb sesleri hafif işitilir, palpasyonda kalb atışı hafiftir. Radioskopide kalb ve perikard gölgesi biraz genişlemiştir. Ehemmiyeti olan nokta bu gölge hareketsizdir. Zira perikarda toplanan kan kalb hareketlerinin gölgesini örter.*

### TEDAVİ :

Cerrahidir. Sütür myokardın bütün kalınlığına konur. Ventrikülün içinden geçmemelidir. Biz dikiş için katgüte nazaran daha emin olduğundan ipek kullanmaktayız. Koroner artar dallarından biri de leze ise o da ligatüre edilir. Şayet yara koroner arterin pek yakınında ise *şekil 1'de* görüldüğü gibi sütür konulur. Yara dikildikten sonra, perikardiumdaki insizyon alt kısımda küçük bir kısım kalmak üzere dikilir. Böylece teşekkül edecek eksüdanın buradan akması ve yeniden bir tamponmana sebebiyet vermesi önlenir.

### POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR :

*Perikard ve plevrada eksüda teşekkülü, irinleşme, pnömotoraks ve deliriumdur. (Ameliyata bağlı.) Perikardit ciddi bir komplikasyondur. İnfeksiyona yaralanmaya sebep olan bıçak yol açtığı gibi ameliyat esnasında acele ve heyecanın asepsiyi ihmal etmiş olması da amildir. Ameliyatlarda bu cihetin akıldan uzak tutulmaması gerekir.*

*EKG koroner infarktüsüne benzeyen bir şekil verir. T dalgalarının vüsati düşüktür. Ameliyattan sonra normale avdet eder.*

Kalb yaralarının derhal suture edilip izalesi hatalı olabilir. Ekseriya parmak tamponmanı ile kanama mihrakının geçici olarak ve kâfi derecede kontrolü mümkün olabilir. O taktirde bir müddet beklebilir. Hipovolemiye bağlı hipotoni izale edilir. Ön planda olan metabolik asidoz kompanse edilir. Kalb dolaşımı stabilize edildikten sonra rahat bir çalışma ile müdahalede kaybolan kan daha az tehlikeli olur.

*Ventrikül yaralanmalarında kanamayı durdurmak için önce kaba olarak geniş bir sahası dikilir. Saha meydana çıkarıldığında belki koroner dallarının da bir dikiş arasına alındığı görülür.*

*Sekonder olarak ince dikişle yara kapatılır. Kaba dikişler sökülür. Koroner dallar dikiş dışı bırakılır. Veya altından geçirilir. (Şekil 2 de görüldüğü gibi.)*

### V A K ' A :

H.Ç./28/Erkek/Prot. 8456/Giriş : 31.5.1975/Çıkış : 17.6.1975/  
Netice : Şifa

Hasta 31.5.1975 tarihinde etrafındakilerin ifadesine göre, kendi kendini bıçaklayarak acil müdahalesi yapılmak üzere Okmeydanı S.S.K. Hastanesi'ne götürülmüş. Orada bıçağın giriş yerine Pesser

sondası tatbik edilerek (Sol hemitoraks ön yüzdeki yara yerine) kapalı drenaj dahi yapılmadan sigortasız olduğu cihetle hastanemize gönderilmiştir. Hasta polikliniğimize getirildiğinde hemorajik hipovolemik şok halinde olup, yüz ve etraf soluk, soğuk, dispneik, soğuk terli, huzursuz, sensoryum açık, nabız ve T.A. alınamıyordu. Hastaya ilk olarak kapalı drenaj tatbik edildi. Drenaj şişesine bol miktarda kan geldiği görüldü. Solunum rahatladı, dispnesi zail oldu. 500 cc. izo grup kan ve 500 cc. serum fizyolojik tatbik edildi. T.A. 80/30 mm. Hg. Nabız : 110/dk. oldu. Genel durumu düzelen hastaya radyolojik tetkik yapıldı. Solda hemotoraks görüldü. Kapalı drenaj şişesinin tekrar kanla dolması üzerine, ameliyata karar verildi.

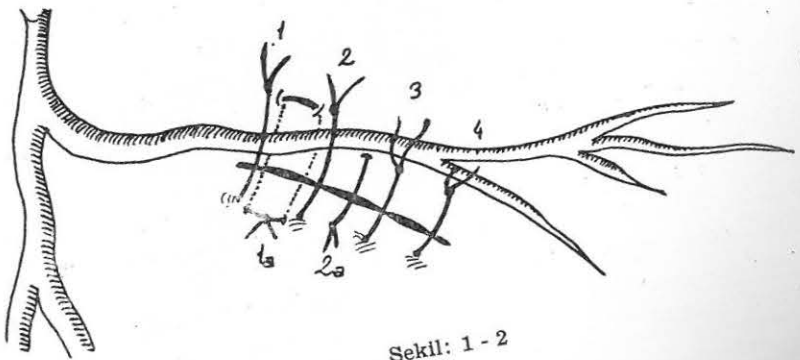
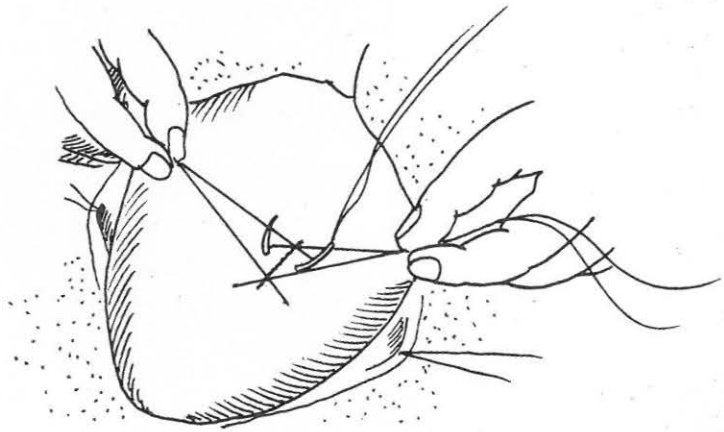
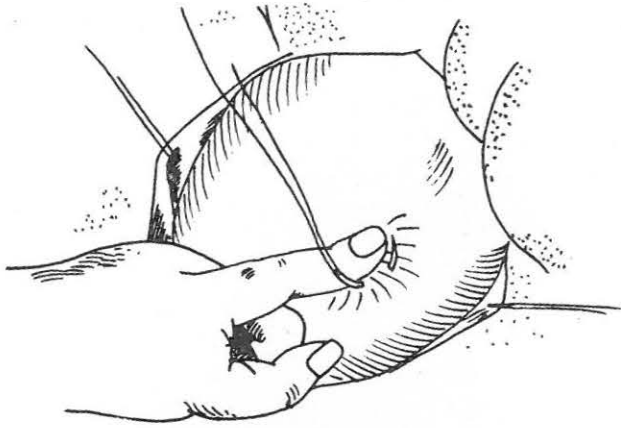
31.5.1975 tarihinde entübasyon narkozu altında 7. interkostal aralıktan sol torakotomi yapıldı. Eksplorasyonda; kavite plöralde bol miktarda taze kan olduğu görüldü. Aspire edildi. Sol akciğer kollabe edildiğinde perikardın ön yüzden 2 cm. uzunluğunda yırtık olduğu görüldü. Perikard kavitesinde hematoma müşahade edildi. Askı sütürleri konularak yırtık yerden perikard aşağı ve yukarı doğru kesilerek yara genişletildi. Hematom aspire edildi. Bu esnada kalbin sağ ventrikülünde 2 cm. uzunlukta ventrikül boşluğuna kadar nafiz ve kanayan kesici alet yarası tesbit edildi. Myokarda işaret parmağı sokularak tamponman ile geçici hemostez sağlandı. Bilahere separe ipek sütürlerle yara dikilerek hemostaz temin edildi. Perikard kavitesi kontrol edilerek perikard separe sütürlerle dikildi. Akciğer ekspanse edilerek kontrol edildi, sa'im bulundu. Kavite plöröle Pesser sondası sokuldu. Kapalı drenaj sağlandı. Saha tabakavî olarak kapatılarak ameliyata son verildi.

Postoperatif tamamen komplikasyonsuz seyir gösteren hastaya ancak 1.6.1975 tarihinde EKG yapılabilirdi. Müteaddit olarak yapılan rie grafilerinde patolojik bir özellik tesbit edilemeyen hasta kontrole gelmek üzere 17.6.1975 tarihinde şifa ile çıkarıldı.

*1.6.1975 tarihli EKG bulgusu :  $V_3 - V_4 - V_5 - V_6$  Eksik, Sinüsal taşikardi, nötral aks.  $D_1 - D_2 - D_3 - avF$  deki ST değişiklikleri akut perikardit düşündürmektedir.*

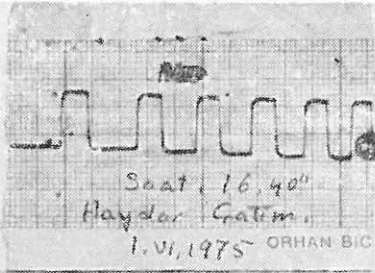
1.7.1975 tarihinde, hasta kontrole geldi. Görünümü gayet sıhhatli. EKG ve rie grafisi yapıldı. *EKG de : Normal sinusal ritm, nötral aks,  $D_2 - D_3 - avF - V_3 - V_4 - V_5$  deki ST - T değişiklikleri akut perikarditin 2. ve iyileşme dönemi belirtilerini göstermektedir.*

*Hasta son olarak 2.11.1976 tarihinde kontrolümüze gelmiş olup, yapılan EKG kontrolünde : Normal sinusal ritm, nötral aks, daha*



Şekil: 1 - 2

I - 6 - 1975



Traseede  $V_3 - V_4 - V_5 - V_6$

Erkek

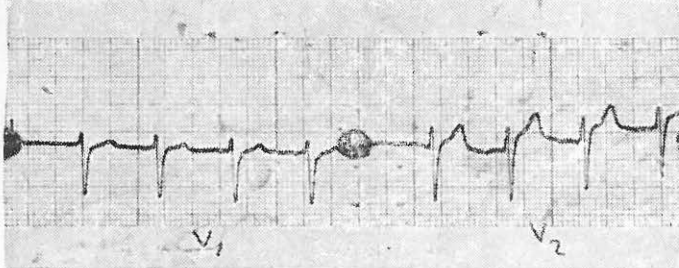
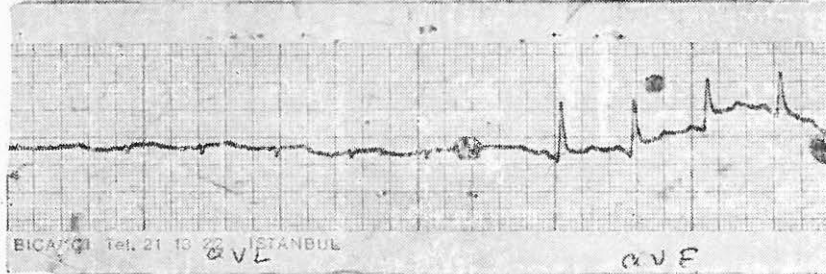
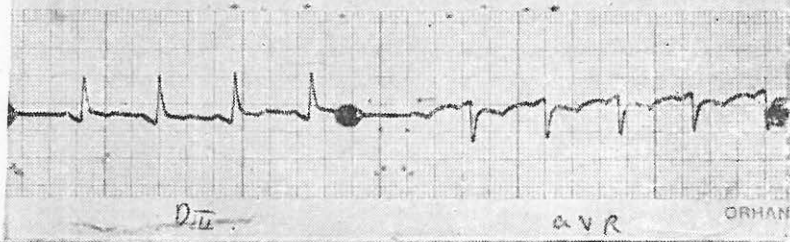
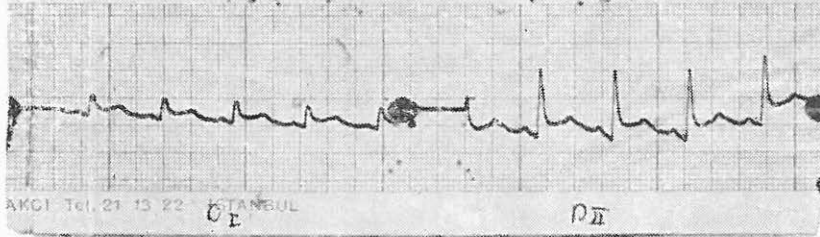
Sinusal Tachikardi

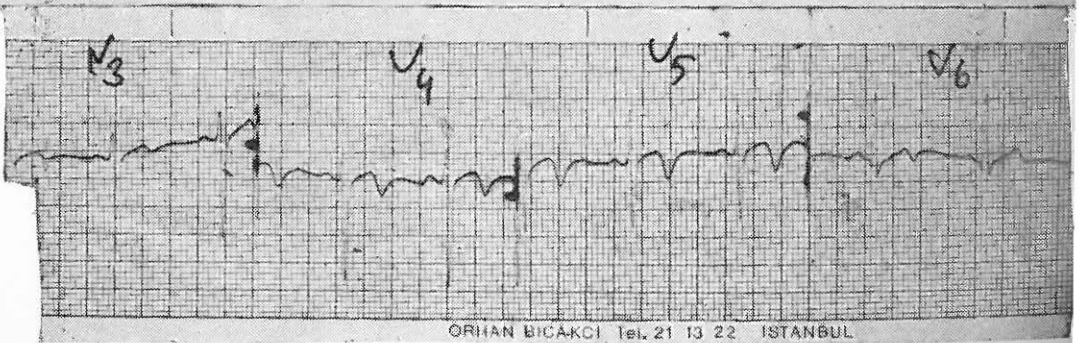
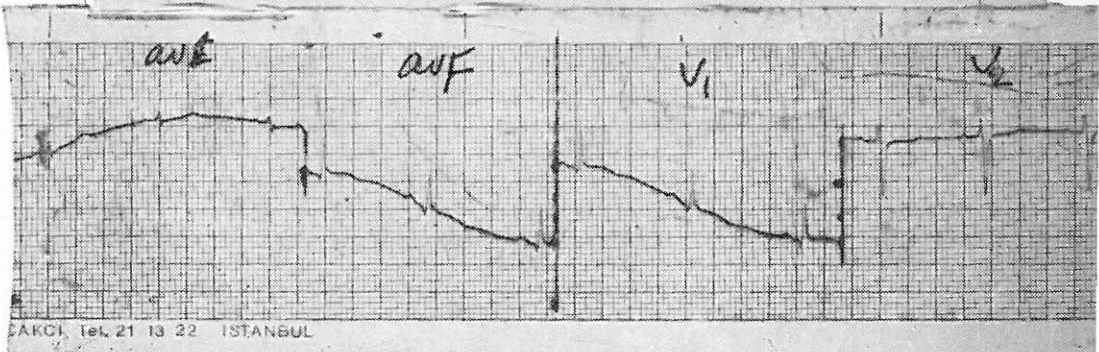
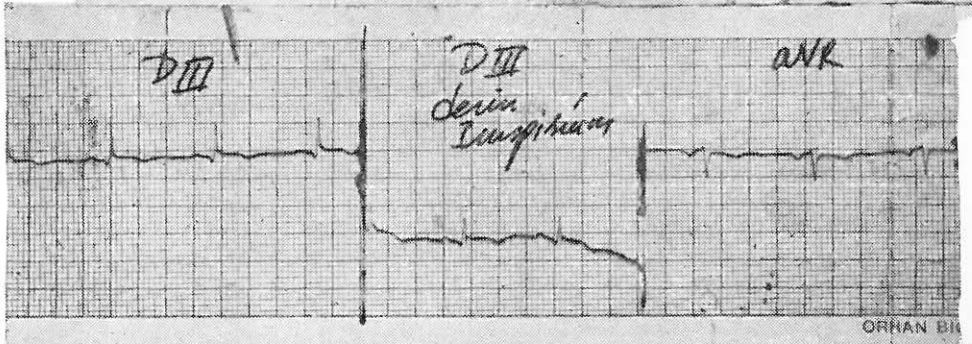
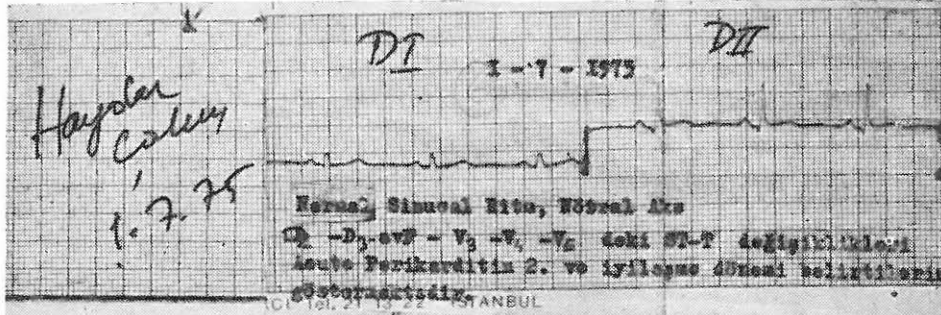
Ekstral Aks

$D_1 - D_2 - D_3 - aVF$  deki

ST değişiklikleri Acute

Perikardit düşündürmektedir





Haydar Çelen  
2-11-1976

2 - 11 - 1976

CARDIOLINE

DI

DI

DI

DI (D. 1151)

ELETTRONICA TRENINA S.p.A.

AVL

AVF

V<sub>1</sub>

CARDIOLINE

V<sub>3</sub>

V<sub>4</sub>

ELETTRONICA TRENINA S.p.A.

Normal Sinusal Ritm , Fötral Aks  
Daha önceki transelerde görülen ST-T değişiklikleri yalnız  
V<sub>3</sub> - V<sub>4</sub> de görülmektedir.



önceki traselerde görülen ST - T değişiklikleri yalnız V<sub>3</sub> - V<sub>4</sub> de görülmektedir.

Evvelce belirtmiş olduğumuz gibi, Hastanemizde 1949 - 1980 yılları arasında 1. Cerrahi Kliniği olarak müdahale etmek fırsatını bulduğumuz dört vak'adan ilki 7 yaşında bir kız çocuğuna ait olup, 13.9.1950 tarihinde kalbe nazım cam yarası dolayısıyla konmuş olan kalb sütürüdür. İkincisi, bundan 1 yıl sonra, bıçakla yaralanma neticesi 40 yaşında erkek hastamıza 21.5.1951 tarihinde uygulanmıştır. Üçüncü vak'amız 22 yaşında erkek olup, 21.5.1968 tarihinde çalışmakta olduğu inşaatta 2 metre yükseklikten beton kalıp üzerindeki sivri ve serbest uçlu demire saplanarak sağ hemitorakstan yaralanıp, sağ atriumda rüptür husule gelen hastamızdır. 4. vak'amız ise bugün takdim etmiş olduğumuz hastamızdır. Bu vak'alarımızın hepsi de şifa ile çıkarılmışlardır. (Tablo : 1 - 2).

VAK'ALAR

Prot No	Adı-Soyadı	Yaş	Cins	Tarih	Ameliyat	Netice
561	M.Ö.	7	K	13-9-1950	Kalp sütürü	Şifa
3116	M.V.	40	E	21-5-1950	Kalp sütürü	Şifa
7048	Ş.Ç.	22	E	21-5-1968	Kalp sütürü (Atrium)	Şifa
8456	H.Ç.	28	E	31-5-1975	Kalp sütürü	Şifa

**TOPLAM VAK'A 4**

TABLO — 1

	VAK'A	AMELİYAT	ŞİFA
REHN 1907	124	Kalp sütürü	% 40
TUFFIER 1920			% 50,4
SMİTH			% 66
İ.Ü. TIP FAK. (1923 - 1949)	10		% 50

TABLO — 2

*Özet*

Muvaffakiyetle ameliyat ve tedavi edilmiş, kalbe نافيز bıçak yarası vak'ası takdim edilmiştir. Bu vesile ile kliniğimize ve literatüre ait istatistiki malumat verilerek şifa yüzdelerinin mukayesesi yapılmıştır.

*Summary*

A case of successfully treated penetrated Knife wound of the heart is presented. Statistical knowledge of our surgical department and the world literature has been reviewed; and the healing percentage is compared.

**LİTERATÜR**

1. Arel. F. Göğüs cerrahisi, 1950 kalb yaraları. Sayfa 595
2. Brandt. G, KUNZ. H., Nissen. R. Intra und postoperative zwischenfalle Band. 1. 1967 Verletzungen des herzens, seite 349
3. Grewe. H.E., Kremer. K., Derra. E. Chirurgische Operationen Band. 1. Herzverletzungen. Seite 167
4. Sobotta. Joh. Atlas der deskriptifen Anatomie des Menschen 2. Teil 1948. Herz seite 198