

İNSAN ISIRIKLARI

A. Aydan KÖSE, Yakup KARABAĞLI, A. Emre KOÇMAN, Mehmet TURGUT*, Cengiz ÇETİN

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, * Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

ÖZET

İnsan ısırığı nedeni ile başvuran yedi olgu değerlendirildi. Altı olguda ısırık yaralanması yüze ait yapılarda (burun, kulak, yanak) iken, bir olguda peniste idi. Üç olguda primer onarım gerçekleştirildi. Kalan dört olgu sekonder rekonstrüktif girişimler ile tedavi edildi.

Erken ve geç tedavi uygulanan hastaların hiçbirinde enfeksiyon gözlenmedi. Yüz ve genital yörenin iyi vaskülarize sahalar olmasının, hem yara iyileşmesi hem de antibiyoterapinin etkinliği açısından olumlu katkıda bulunduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: İnsan ısırığı

Asıl fonksiyonları beslenme olmasına karşın dişler agresyon zamanlarında kuvvetli birer silaha dönüşebilmektedirler. Genellikle kavgalar sırasında gerçekleşen insan ısırıkları, hematomlardan laserasyonlara, avülsiyonlardan amputasyonlara kadar çeşitli formlarda görülebilmektedir. Isırıklar vücudun her yerinde olabilir ancak hedef genellikle yüzde; kulak, burun ve dudak; elde ise metakarpofalangeal eklem dorsal yüzüdür. Oluşan yaralanma ezici bir nitelik taşıdığı için onarımı sonrasında yara yeri enfeksiyonları, nekrozlar ve yara ayrılmaları ile karşılaşılabilir. Bunların yanısıra insan ağzı pekçok aerobik ve anaerobik mikroorganizma içeriği ile tüm canlılar arasında en tehlikeli ağızlardan biridir.

Bu makalede insan ısırığı sonucu başvuran 7 olgu klinik özellikleri ile sunulacaktır.

SUMMARY

Human Bites

Seven cases of human bites are reviewed. Six of the bite injuries involved facial structures (ear lip,cheek) and one involved penis. Primary repair was done in three cases and the rest were received secondary reconstructive repair. Clinical infection did not occur in any of the patients. The good vascular supply of the face and genital region, improved both wound healing and the activity of antibiotherapy.

Key Words: Human bite

HASTALAR ve METOD

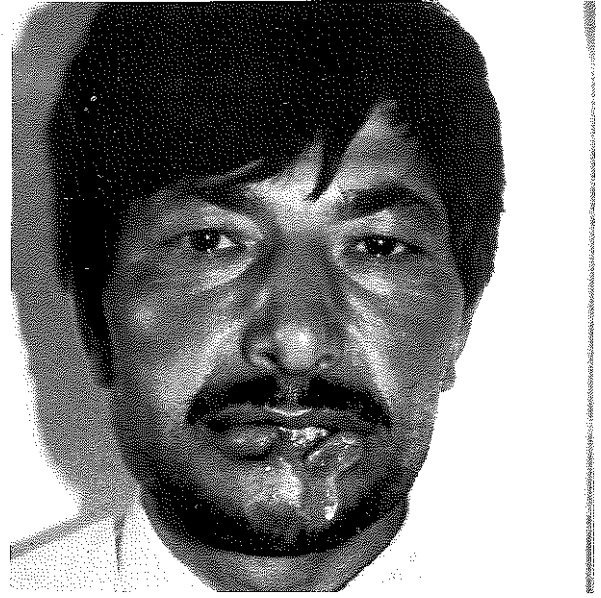
1993-2002 insan ısırması şikayeti ile kliniğimize 7 olgu başvurmuştur. Olguların yaşları 24-56 arasında olup; altısı erkek, biri kadındır. Isırılma 5 olguda kavga, 1 olguda cinsel ilişki, 1 olguda ise Psikiatri kliniğinde ajite bir hastanın bir diğer hastaya nedensiz saldırması sonucu gerçekleşmiştir. Isırılmanın kavga sonucu gerçekleştiği olgularda hem hastanın, hem de ısırılan kişinin alkollü olduğu saptanmıştır. Olguların altısı yüz bölgesinden, biri genital yöreden yaralanmıştır (Tablo 1). Amputasyonla sonuçlanan olguların hiçbirinde amputat olay yerinde bulunamamış ya da getirilmemiştir. Olgular erken başvuru (ilk 6 saat), geç başvuru olarak değerlendirilmiş; cerrahi onarım zamanlaması buna göre planlanmıştır. Olguların tümünde tetanoz profilaksisi ve amoksisilin+klavulonik asit ile ampirik antibiyoterapi uygulanmıştır. Erken başvuran ve yaralanmaları laserasyondan ibaret iki olguda debridman ve erken primer onarım uygulanmıştır (Şekil 1). Parsiyel alt dudak amputasyonu olan ve erken başvuran bir olguda da defekt kama rezeksiyona dönüştürülüp; primer onarım sağlanmıştır (Şekil 2A,B). Parsiyel kulak amputasyonu olan iki olgudan birinde helikal ilerletme, diğerinde posterior aurikuler flep ile geç

Tablo 1: Isırık olgularının analizi

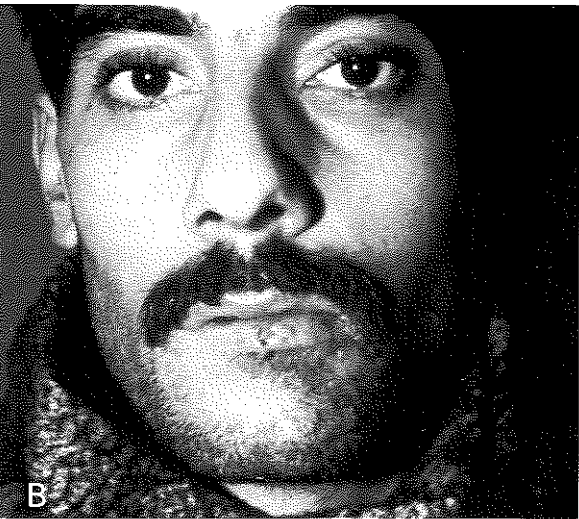
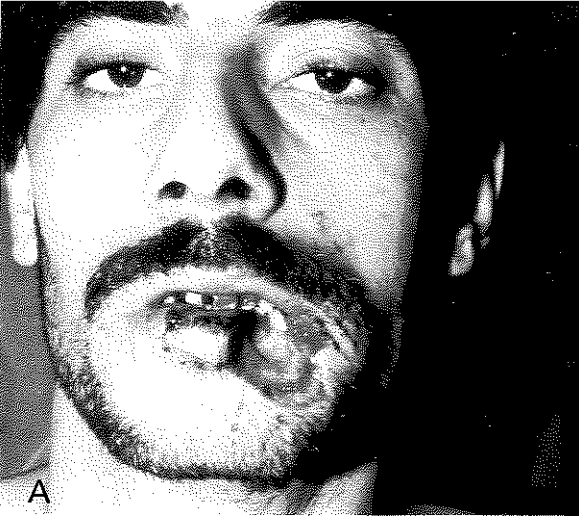
Olgu	Yaş, cins	Lokalizasyon	Başvuru	Yapılan
1	E, 26	Alt dudak	18 saat sonra	Geç , Defekt kama rezeksiyona dönüştürülüp onarıldı.
2	E, 31	Penis	2 saat sonra	Erken, Primer onarım
3	E, 24	Sol kulak	Ertesi gün	Geç, Helikal ilerletme
4	E, 48	Sol kulak	Ertesi gün	Geç, Posterior aurikuler flep
5	K, 54	Sol yanak	Hemen	Erken, Primer onarım
6	E, 30	Alt dudak	4 saat sonra	Erken,Defekt kama rezeksiyona dönüştürülüp onarıldı.
7	E, 50	Sağ yanak	2 gün sonra	Geç, Defekt elliptik eksizyona dönüştürülüp onarıldı.



Şekil 1: Olgu 5 ısırılmaya bağlı laserasyon



Şekil 3: Alt dudak amputasyonu sonucu başvuran hastada orbikularis oris kasının etkisi ile yara kenarlarının retrakte olduğu izleniyor.



Şekil 2A: Olgu 6 ısırılmaya bağlı alt dudak 1/3'lük kısmın amputasyonu-preoperatif görünüm. B: Olgu 6 postoperatif görünüm.

rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Parsiyel alt dudak amputasyonu olup geç başvuran olguda da yine defekt kama rezeksiyona çevrilerek onarım sağlanmıştır (Şekil 3). Yanakta doku kaybı olan olguda ise geç primer onarım yapılmıştır. Tüm olgularda ısırık bölgesi sağlıklı kanama alanı görülecek şekilde debride edilmiştir.

Tip 3 erken onarım olgusunda, onarımın en distal ucunda mentum cildine uyan yörede 4. gün minimal bir krutlanma ve altında yaklaşık 0.5 cmlik cilt ayrılması saptanmış (Şekil 2A,B); ancak alınan kültürde üreme olmamış ve herhangi bir revizyona gerek duyulmayacak şekilde spontan iyileşmiştir.

TARTIŞMA

İnsan ısırıkları, hayvan ısırıklarından farklı olarak oluş mekanizmalarına göre değişik formlarda ortaya çıkmaktadır:

1. Kavga sırasında yumruğun dişlerle temasına bağlı el ve parmakların sıklıkla ekstensör yüzünde oluşan kesiler¹⁻³.

2. Kavga sırasında kurbanın daha çok yüz bölgesinden olmak üzere ısırılması⁴⁻⁶.

3. Cinsel ilişki esnasında genital organların ısırılması⁷.

Oluş mekanizmalarının farklı olmasına rağmen Laskin ve Donahue tüm ısırıkları lezyonun durumuna göre 3 tipe ayırmışlardır:

1. Delinme ya da lineer kesi şeklinde yaralanma

2. Pediküllü flep tarzı yaralanma

3. Amputasyon⁸

Tip 1 yaralanmalar daha çok elde, yumruğa bağlı olarak görülürken; yüzdeki insan ısırıkları Laskin-

Donahue ye göre daha çok tip 2 ve 3 grubundadır.

Tipi ya da oluş mekanizması ne olursa olsun insan ısırıkları, tüm ısırıklar arasında en kirli yaralanma şeklidir. Ağız florası Streptococcus viridans, A grubu Streptococ, Staphilococcus Aureus gibi aerob, Bacteroides, Fusobacterium gibi anaerob mikroorganizmalar içerir (9,10). Geniş bakteri spektrumuna ek olarak çeşitli viral enfeksiyonlar (hepatit B,C, HIV gibi) da ısırık yolu ile bulaşabilir ¹¹.

İnsan ısırıklarının tedavisinde, fikir birliğinde olunan konu proflaktik antibiyotik kullanımıdır. Ampirik antibiyotik tedavisinde seçilecek antibiyotikler, tikarsilin + klavulonik asit, amoksisilin + klavulonik asit ya da sefalosporin olabilir ^{6,9,12}. Tetanoz proflaksisi bazı yazarlara göre tartışmalıdır. Curtin ve Greeley, Clostridium tetani' nin ağız florasında yer almadığını ve tetanoz proflaksisinin gereksiz olduğunu savunmuşlardır ¹³. Datubo-Brown ise hijyenin yeterli olmadığını düşünlüğü durumlarda tetanoz proflaksisinin şart olduğunu vurgulamıştır ⁴. Isırık sonrası kültür alma periodunun oldukça geniş bir zaman dilimine yayılmış olması (30 dak-44 gün) güvenilirliğini azaltsa da, Goldstein' in serisinde ısırılan bölgede Clostridium türlerinin izole edildiği ifade edilmektedir ⁹.

Asıl tartışmalı olan konu ise cerrahi girişimin zamanlamasıdır. Önceleri ısırık ile başvuran kişilerde proflaktik antibiotik tedavisi ve günlük yara bakımını takiben geç onarım savunulurken ¹⁴; son yıllarda klinik enfeksiyon yok ise erken onarım ya da rekonstrüksiyon ön plana çıkmaktadır. Erken onarımı tercih etmeyen yazarlar, buna neden olarak ağız florası ile kontaminasyona bağlı olarak kapatılan yarada enfeksiyon gelişme riskini öne sürmüşlerdir ^{6,14}. Isırık yaralanmalarında, erken onarım ilk kez ufak yüz yaralanmalarında, Curtin ve Greeley tarafından gündeme getirilmiştir ¹³. Uzun bir süre destek bulmayan bu düşünce, 1980 li yıllardan itibaren yayımlara konu olmuştur. Earley ve Losken 1984 te ayrı ayrı yaptıkları yayınlarda erken onarımı destekleyen görüşlerini bildirmişlerdir ^{8,15}. Earley, erken onarım sonrası hastanede ortalama kalış süresini 4 gün olarak belirtirken; geç rekonstrüksiyon yapılan olgularda, aşamalı operasyonlar nedeni ile hem hastanede kalış süresinin, hem de hastaneye başvuru sayısının arttığına dikkati çekmiştir ⁸. Geniş bir seriyeye sahip olan Agrawal' ın sonuçları erken onarım için oldukça cesaret vericidir ⁵. Agrawal bu seride olaydan 2 ila 84 saat arasında başvuran erken onarım yaptığı 36 hastada, enfeksiyon sayısını 4 olarak bildirmiştir. Agrawal' a göre ısırık yaralanmalarında ortaya çıkan enfeksiyon, asıl olarak dişlerin ezici kuvvetine bağlı yara ve çevresindeki dokuların devitalizasyonuna bağlı gelişir ⁵. Bu nedenle yazar, uygun ve geniş debridmandan sonra erken onarımı savunmaktadır.

Olgularımızdan erken başvuran penil ve fasial yerleşimli tip 1 yaralanmalar, devital dokuların debridmanından sonra primer onarılmıştır. Ayaktan yapılan takiplerinde olgularda enfeksiyon görülmemiştir. Tip 3, yani amputasyonla başvuran 4 olguda geç rekonstrüksiyon yapılmış; rekonstrüktif girişim esnasında dokuların taze yaraya göre retrakte ve kırılğan oldukları dikkati çekmiştir. Bu olgularda da enfeksiyon gözlenmemiştir; ancak uygulanan prosedürler taze bir yaraya gerekenden daha fazladır. Olgularımızın altında yaralanma yüz bölgesinde idi. Yüz bölgesinde vaskülarizasyonun iyi olması, hem yara iyileşme süreci açısından hem de kullanılan antibiyotiklerin kontamine sahaya daha iyi ulaşmasını sağlayan olumlu bir unsurdur. Eldeki ısırıkların patofizyolojisi, yüz ısırıklarından farklıdır. Genellikle metakarpofalangeal eklem dorsal yüzünde oluşan bu yaralanmalar cilt ince olduğu için tendona hatta eklem kadar inebilir. Eklem enfeksiyonları da, hızlı ve yıkıcı seyirlidir ³.

Sonuç olarak insan ısırıkları, kedi, köpek ısırıklarından farklı olarak ele alınmalıdır. Tedavi seçeneklerini belirlemede ısırığın bölgesi, yaralanmanın tipi kadar önemlidir. Yeterli debridman ve ampirik antibiyotik tedavisi mutlak uygulanmalıdır. Tetanoz proflaksisinin ülkemiz şartlarında gerekli olduğuna inanmaktayız. Yüz bölgesi ısırıkları erken onarımı iyi tolere edebilirken, el ısırıklarında erken kapama güvenli gözükmemektedir.

Dr. A. Aydan KÖSE
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD
26480 Meşelik, ESKİŞEHİR

KAYNAKLAR

1. Doyle JR: Extensor tendons-Acute injuries. Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC. Green's Operative Hand Surgery 4th edition. Churchill Livingstone, Pennsylvania, 1977,1999.
2. Mc Grath MH: Infections of the hand. Mc Carthy JG Plastic Surgery .WB Saunders Company , Pennsylvania, 5534,1990.
3. Perron AD, Miller MD, Brady WJ: Orthopedic pitfalls in the ED: Fight bite. Am J Emerg Med 20 (2): 114, 2002
4. Datubo-Brown DD: Human bites of the face with tissue losses. Ann Plast Surg 21 (4): 322,1988.
5. Agrawal K, Mishra S, Panda KN: Primary reconstruction of major human bite wounds of the face. Plast Reconstr Surg 90 (3): 394, 1992.
6. Stucker FJ, Shaw GY, Boyd S, Shockley WW: Management of animal and human bites in the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 116: 789, 1990.
7. Wolf JS, Turzan C, Cattolica EV, Mcaninch JW: Dog bites to the male genitalia : Characteristics, management and comparisons with human bites. J Urol 149: 286, 1993.
8. Earley MJ, Bardsley AF: Human bites: A review. British J Plast Surg. 37: 458, 1984.

9. Goldstein EJC, Caffee HH, Price JE, Citronbaum DM, Miller TA, Finegold SM: Human bite infections. *Lancet* 17: 1290, 1977.
10. Goldstein EJC: Bites. Mandel GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Diseases* 5th edition. Philadelphia, Churchill Livingstone, 3204, 2000.
11. Khajotia RR, Lee EE: Transmission of immunodeficiency virus through saliva after a lip bite. *Arch Intern Med* 157: 1901, 1997.
12. Bower M: Managing dog, cat and bite wounds. *Nurse Pract* 26: 36, 2001.
13. Curtin JW, Greeley PW: Human bites of the face. *Plast Reconstr Surg* 28: 394, 1961.
14. Iregbulem L: Human bite losses of the lower lip. *Plast Reconstr Surg* 64: 811, 1979.
15. Losken HW, Auchincloss JA: Human bites of the lip. *Clin Plast Surg* 11: 773, 1984.