

Bilateral konjenital patellar dislokasyon

Bahadır GÖKÇEN (*), Nadir AYDEMİR (*), Bahattin ÜNSAÇ (*), İrfan ESENKAYA (*)

SUMMARY

Bilateral congenital patellar dislocation: A case report

Congenital patellar dislocation is a state that patella is dislocated at birth. Our case is, bilateral congenital patellar dislocation relevant with Down syndrome. At this case report presentation, bilateral congenital patellar dislocation and bilateral surgical treatment committed at the same seance and its results will be mentioned.

Key words: Bilateral, congenital, down syndrome

Anahtar kelimeler: Bilateral, konjenital, down sendromu

Literatürde konjenital patella çıkığı iki farklı tipte tanımlanmıştır ⁽¹⁾. Birincisi sıklıkla sendromlarla ilişkili olabilen, dizin fleksiyon kontraktürü ile seyreden tipidir, ikincisi ise izole anomali şeklinde görülebilen, dizin fleksiyonu ve ekstansiyonu ile patellanın çıkabildiği, kendiliğinden redükte olabildiği tipidir. Konjenital patella çıkığı sıklıkla quadriceps mekanizmasının bozukluklarının eşlik ettiği bir durumdur. Konjenital patella çıkığının, patolojik anatomisi diz etrafındaki lateral yapıların kontraktürünü içerir ⁽¹⁾. İliotibial band anormaldir, düz şeklinden ziyade kalın tubuler bir yapıdadır. Lateral kondilin dış kısmında patellanın hemen arkasına yapışarak patellanın mediale deplasmanının engeller ⁽²⁾. Disloke patellanın lateral pozisyonu kuadriseps mekanizmasının diz ekstansörü yerine diz fleksörü olarak çalışmasına sebep olur ⁽³⁾. Konjenital patella çıkığı olguları, dizdeki fleksiyon kontraktürüne bağlı yürüme zorluğu çekebilirler. Bazı olgularda fleksiyon kontraktürü olmadan patella çıkığı tolere edilebilir. Bu olgularda esas

sorun ekstansör mekanizmadadır ⁽¹⁾. Konjenital patella çıkığı; Larsen's sendromu ⁽⁴⁾, Down sendromu ⁽⁵⁾ ve nail-patella sendromunun ⁽⁶⁾ bir parçası olabilir. Diz fleksiyon kontraktürü olmadan, ekstansör mekanizmanın sorunlu olduğu olgular genelde Down sendromlu hastalardır. Literatürde tanımlanan iki farklı tipin tedavi yaklaşımları da farklıdır. Bizim olgumuz, Eilertin de makalesinde tanımladığı gibi sendromlarla birliktelik gösteren, patellanın lateral yerleşimli olduğu ve bu lokalizasyonda kalmaya eğimli olduğu tiptir. Bu olgularda cerrahi tedavi önerilmektedir ⁽¹⁾.

Bu olgu sunumundaki amacımız, kliniğimizde bilateral konjenital patella çıkığı olan Down sendromlu bir olguya uyguladığımız cerrahi yaklaşımı, sonuçlarını ve konjenital patella çıkığını değerlendirmektir.

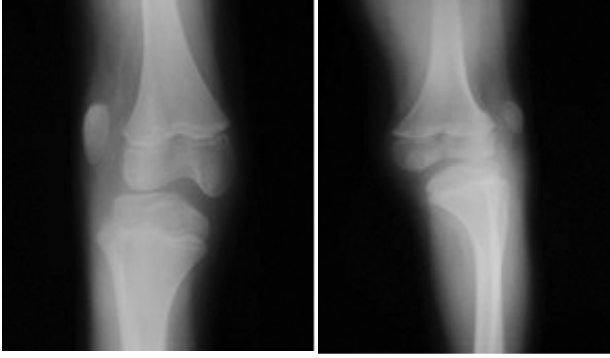
OLGU SUNUMU

10 yaşında Down sendromlu, 2 yaşında ASD ve VSD nedeniyle ameliyat edilmiş erkek hasta. Yapılan fizik muayenede, sağ diz fleksiyon açıklığı 130°, sol diz fleksiyon açıklığı 120° idi. Her iki dizde 10° ekstansiyon kısıtlılığı vardı. Patellalar, dizin lateral femoral kondilinin lateralinde, fikse konumda palpe ediliyordu. Pasif diz fleksiyon ve ekstansiyonunda patellalar redükte edilemiyordu. 0-5 arası değer verilen Medical Research Council (MRC) skalasına göre sağ ve sol diz ekstansör mekanizması M2 olarak değerlendirildi. Çekilen ön-arka grafilerinde, patellalar lateral femoral kondilin lateralinde görüldü (Şekil 1). Lateral grafiler-

Geliş tarihi: 04.08.2009

Kabul tarihi: 06.02.2010

S.B Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Dr.*

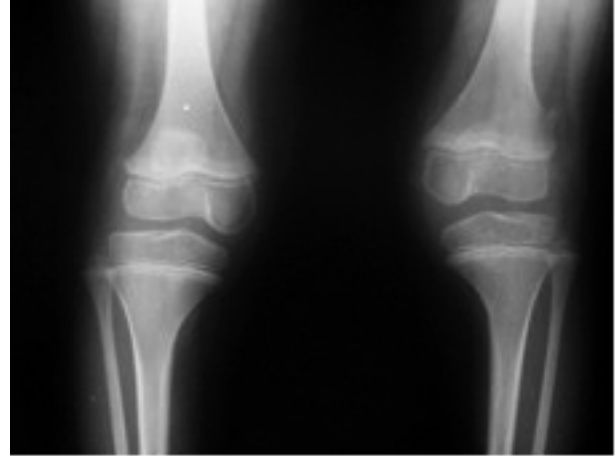


Şekil 1. Her iki diz ön-arka grafisi.



Şekil 2. Her iki diz lateral grafisi.

de, üst üste binmiş görüntüsü veren femoral kondiller nedeniyle patellalar görülemedi (Şekil 2). Cerrahi tedavi planlandı. Her iki dize de aynı cerrahi prosedür uygulandı. Diz eklemi kapsülü lateralinden biceps femorisin yapışma yerinin proksimaline kadar gevşetildi. Lateral kapsül, patellanın lateralinden longitudinal insizyon yapılarak kaldırıldı. Medial tarafta kapsül, yapışma yerlerinden

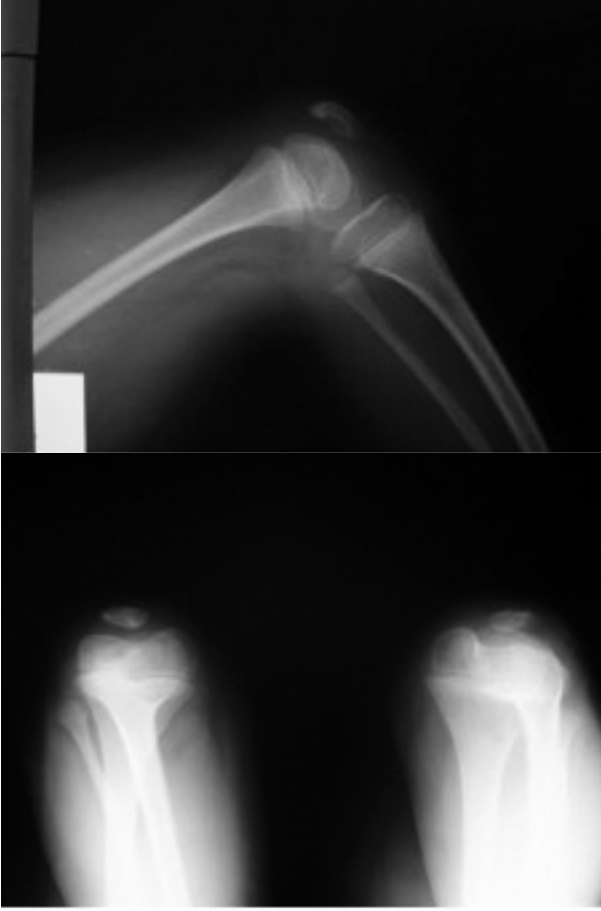


Şekil 3a. Postop. 6. ay her iki diz ön arka grafisi.



Şekil 3b. Her iki diz lateral grafisi.

gevşetildi. Vastus medialis obliquus (VMO) kapsüle yapışma yerinden kaldırıldı. Medial kapsülden flep kaldırılarak patellar tendonun altından laterale transfer edildi. Patella, redükte edildi. Medialden laterale alınan kapsül laterale dikildi. VMO, anatomik yapışma yerinin daha lateraline dikildi. Her iki diz 30° fleksiyon, 15° internal rotasyonda uzun bacak alçıya alındı. 45 gün alçıda kaldıktan sonra hastanın alçısı çıkartıldı. Fizik tedavi programına alındı. Fizyoterapist kontrolünde kuadriseps kuvvetlendirici düz bacak kaldırma ve eklem hareket açıklığı artırıcı diz fleksiyon ve ekstansiyon egzersizlerine 15 gün boyunca devam edildi. 15 gün sonunda hasta ev tedavisi programına alındı. Hastanın 6. ayında yapılan muayenesinde her iki diz fleksiyonu tam olarak değerlendirildi. Sol dizde beş derece, sağ dizde 10 derece ekstansiyon kısıtlı-



Şekil 3c. Her iki diz tanjensiyel grafisi.

lığı saptandı. Medical Research Council (MRC) skalasına göre ekstansör mekanizma M3 olarak değerlendirildi. Çekilen her iki diz ön-arka (Şekil 3a), lateral (Şekil 3b) ve tanjensiyel grafide (Şekil 3c) patellalar redükte görüldü.

TARTIŞMA

Konjenital patella çıkığı nadir görülebilen bir doğumsal diz anomalisidir. Literatürde iki klinik sendrom tanımlanmıştır ⁽¹⁾. Birincisi sıklıkla sendromlara eşlik eder, ikincisi ise genellikle izole bir anomalidir. Birincisi fonksiyonel rahatsızlığa yol açarak sıklıkla cerrahi müdahale gerektirir. İkinci tipi ise çok az sıklıkla fonksiyonel rahatsızlığa yol açarak, hasta semptomatik olduğu zaman cerrahi gerektirir. Birinci tipteki hastalar patellanın konjenital dislokasyonu ya da patellanın sabit lateral dislokasyonu olarak tanımlanırken, ikinci tipteki has-

tarlar ise habituel patella çıkığı olarak tanımlanır ⁽¹⁾. Literatüre bakıldığında, konjenital patella çıkığının patolojik anatomisinde, iliotibial bandın normalden farklı olduğu görülmüş. Konjenital patella çıkıklı olgularda yapılan kadavra çalışmalarında da quadriceps kasının normalden kısa ve malforme olduğu görülmüş, vastus lateralis ve rectus femorisin de kontrakte olduğu ve laterale deplase olduğu saptanmıştır ⁽²⁾. Quadriceps kası normal uzunluğundan kısa olduğu için patellanın santralize normal konumunda durmasına izin vermez. Quadriceps kasının bu durumu, diz fleksörü ve tibia ekstrenal rotatorü gibi görev yapmasını sağlar. Lateral intermuskuler septum bu hastalarda kalındır. Pateller ligament kısadır, kalındır ve normalden daha lateraldedir. Bu hastalarda patella küçük ve hipoplastiktir ⁽¹⁾.

Konjenital patella çıkıklı olguların diz fleksiyon kontraktürü ve genu valgumuna bağlı yürüme kısıtlıdır. Down sendromlu olgularda ise lateral patella çıkığının tolere edilebilmesine bağlı, esas sorun diz fleksiyon kontraktürü değil de ekstansör mekanizmanın zayıflığıdır ⁽¹⁾. Bizim olgumuz da Down sendromlu bir hasta idi. Sağ diz fleksiyonu 130°, sol diz fleksiyonu 120° olarak ölçüldü. MRC skoru M2 olarak değerlendirildi. Yani esas sorun ekstansör mekanizmada idi. Ciddi bir fleksiyon kontraktürü gelişmediği için hasta 10 yaşına kadar tedavi gerektirmemiş olabilir. Fakat hasta son bir yıldır ailesinin yardımıyla ayakta durabiliyor ve adım atabiliyor. Bu da hastanın patellar çıkığı artık tolere edemediğini ve ekstansör mekanizma zayıflığının ciddiye bağlı yürüme zorluğu olduğunu açıklayabilir.

Olgumuz patellofemoral instabilite sınıflamasına göre evre 5'dir. Bu gupta uygulanan cerrahi fonksiyonların gelişmesinde ve instabilitenin düzeltilmesinde çok etkilidir ⁽³⁾. Konjenital patella çıkığının, major cerrahi düzeltme endikasyonu, fonksiyon kaybı veya yokluğudur. Ağrı sıklıkla geç bir semptomdur. Prematür dejeneratif eklem değişiklikleri tedavi edilmemiş tekrarlayan patellar çıkıklı olgularda görülebilir ⁽¹⁾. Bizim olgumuzda cerrahi düzeltme endikasyonu her iki dizin ekstansör

mekanizmasının fonksiyon kaybıdır. Evre 5 olgularda patellar tendon transferi önerilebilir (3). Olgumuzda yapılan cerrahi prosedür yumuşak dokuyu içermektedir. Olgumuzda tibial tüberkül transferini içeren bir kemik doku prosedürü uygulanmamıştır. Literatürde 5 ve 8 yaşlarında iki çocuğa, yumuşak doku ve tibial tüberkülü içeren kemik doku girişi yapılmış olgu bulunmaktadır (7). Fakat, genç yaşta tibial tüberküle yapılan bir osteotominin epifiz hasarına yol açabileceği ve diz rekurvatumuna yol açma riskinden çekindiğimiz için kendi olgumuzda uygulamadık.

KAYNAKLAR

- 1. Eilert RE.** Congenital dislocation of patella. Clin Orthop 2001;389:22-29.
- 2. Ghanem, Ismat; Wattincourt, Laurence; Seringe, Raphael.** Congenital Dislocation of the Patella Part I: Pathologic Anatomy. Journal of Pediatric Orthopaedics 2000;20(6):812-816.
- 3. Mendez AA, Keret D, MacEwen GD.** Treatment of patellofemoral instability in Down's syndrome. Clin Orthop 1988;234:148-158.
- 4. Laville JM.** Knee deformities in Larsen's syndrome. J Pediatr Orthop 1994;3:180-184.
- 5. Livingstone B, Hirst P.** Orthopaedic disorders in school children with Down's syndrome with special reference to the incidence of joint laxity. Clin Orthop 1986;207:74-76.
- 6. Marumo K, Fujii K, Tanaka T, et al.** Surgical management of congenital permanent dislocation of the patella in nail patella syndrome by Stanislavljevic procedure. J Orthop Sci 1999;4:446-449.
- 7. Soterin H.** Congenital complete dislocation of the patella causing serious disability in childhood: the operative treatment. Acta Orthop Scand 1965;36:301-13.