

İPSİLATERAL DİRSEK ÇIKIĞI İLE BİRLİKTE EL BİLEĞİ KIRIKLI ÇIKIĞI: OLGU SUNUMU

Murat GÜL, Ayhan KILIÇ, Sami SÖKÜCÜ, Sedat YENİOCAK, Yavuz KABUKÇUOĞLU

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Travma sonrası meydana gelen radius distal uç kırığının eşlik ettiği radiokarpal çıkık ve aynı hastada ipsilateral dirsek çıkığı literatürde saptanmamış bir birlikteliktir. Sol kolu üzerine düşme sonrası özellikle el bileğinde ağrı şikayeti ile başvuran 66 yaşındaki kadın hastada radiokarpal çıkık, radius distal uç kırığı ve ipsilateral dirsek çıkığı saptandı. El bileği ve dirsek patolojilerine kapalı redüksiyon ile müdahale edildi ve uzun kol ateli uygulandı. Bir hafta uzun kol ateli sonrasında bir hafta kısa kol sirküler alçıya geçildi. Hastanın takiplerinde, el bileği kırığında redüksiyon kaybı gözlenmesi üzerine, radius distal uç kırığı kilitli plak ile osteosentez yapılarak tedavi edildi.

Anahtar Sözcükler: Çıkık; dirsek çıkığı; dirsek eklemi, erişkin; elbileği yaralanması; radius kırığı.

FRACTURE-DISLOCATION OF THE WRIST WITH IPSILATERAL ELBOW DISLOCATION: CASE REPORT

Posttraumatic distal radius fracture and radiocarpal luxation with ipsilateral elbow dislocation is a very unique injury. Sixty-six-year-old female patient was admitted to the emergency department with a history of fall while walking on the street. On her physical and radiological examination, radiocarpal luxation, distal radius fracture and ipsilateral elbow dislocation of the left extremity were diagnosed. The injuries were managed with closed reduction and the extremity was immobilized with a long arm cast brace for a week followed by a short arm cast for an additional week. Loss of initial reduction was observed during the follow-up and managed with open reduction and internal fixation using locking plate.

Key Words: Dislocations; elbow dislocation; elbow joint; adult; wrist injuries; radius fractures.

Radius distal uç kırığınının eşlik ettiği travmatik radiokarpal çıkık ve ipsilateral dirsek çıkığı literatürde rastlanmayan bir birlikteliktir. El bileği kırıklı çıkığı genellikle majör travmalar sonrası meydana gelen ve damar sinir yaralanması açısından özellik içeren bir yaralanma tipidir. Bu tür yaralanmalarda el bileği kemiklerinde ve aynı ekstremitedeki diğer eklemlerde yaralanma olasılığı vardır.

Dirsek çıkığı ise travmalarda %11-28 oranında gözlenen ve eklem çıkıkları içerisinde ikinci sıklıkta görülen eklem çıkığıdır.^[1] Hastaların yaklaşık olarak yarısından fazlası 20 yaş altındadır.^[2]

OLGU SUNUMU

Altmış altı yaşındaki kadın hasta, merdivenden (yaklaşık 1 metre) sol kolunun üzerine düşme hi-

Başvuru tarihi: 5.9.2007 **Kabul tarihi:** 16.3.2008

İletişim: Dr. Yavuz Kabukçuoğlu, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Sıraselviler Cad., No: 112, Beyoğlu, İstanbul.

Tel: +090 - 212 - 252 43 00 / 1409 **e-posta:** ykabukcuoglu@yahoo.com

kayesi ile geldi. Fizik muayenesinde sol el bileği ve dirsekte şekil bozukluğu, şişlik, hareket kısıtlılığı ve ekstremitede kısalık görüldü. Nörovasküler patolojiye rastlanmadı. Genel muayenede başka bir patoloji saptanmadı. El bileği ve dirsek iki yönlü grafisinde, el bileğinde dorso-radial tarafa doğru radiokarpal çıkık ve radius distal uçta Frykman Tip 8 kırık, dirsekte posterior çıkık saptandı (Şekil Ia).

Hastanın dirsek ve el bileğine, akciğer ve kardiyovasküler sağlık sorunları nedeniyle anestezisiz kapalı redüksiyon uygulandı. Müdahaleyi takiben yapılan muayenesinde, el bileğinde ve dirseğinde redüksiyonun korunduğu görüldü ve belli bir oranda stabil olması nedeniyle sırt üstü yatış pozisyo-

nunda uzun kola atel uygulandı (Şekil Ib, c).

Nörovasküler hasar kontrolü için yapılan EMG ve Doppler USG incelemesinde herhangi bir defisit saptanmadı. Hastanın birinci hafta sonunda uzun kol ateli kısa kol sirküler alçıya çevrildi ve dirsek hareketleri için egzersizler önerildi. Bir hafta kısa kol sirküler alçıda kalan hastanın takibinde radius distal uçta redüksiyon kaybının saptanması üzerine (Şekil Id), servisimize yatırılarak radius distal uç kırığı için kilitli plak ile osteosentez uygulandı (Şekil Ie, f).

Üç haftalık sirküler alçı uygulanması sonrası alçı çıkarılarak hareket verildi. Dört hafta sonraki kontrolünde dirsek hareket açıklığının tama yakın



Şekil I. (a) Hastanın el bileğinde dorso-radial tarafa doğru radiokarpal çıkık ve radius distal uçta Frykman Tip 8 kırık; dirsekte posterior çıkığın görünümü. (b, c) Uzun kol atel uygulaması. (d) Radius distal uçta redüksiyon kaybı. (e, f) Radius distal uç kırığı için kilitli plak ile osteosentez uygulaması.

olduğu, el bileğinde ise 10° dorsal ve 15° palmar fleksiyon kaybı gözlemlendi.

TARTIŞMA

Radius distal uç kırığının eşlik ettiği radiokarpal çıkık ve dirsek çıkığı nadir görülmektedir. Oluş mekanizmasının, dirsek ekstansiyonda el bileği dorsifleksiyonda iken maruz kalınan uzunlamasına travma olduğu belirtilmektedir.

Tek başına radius distal uç kırığı ile birlikte radiokarpal çıkık dahi nadir görülen bir durumdur, hatta bazı ana kaynaklarda değinilmemektedir.^[3-5] Dunn'un^[6] 122 olguluk travmatik el bileği kırığı serisinde sadece altı tanesinde radiokarpal çıkık olduğu saptanmıştır.

Dobyns^[7] ve Görgeç'e^[8] göre radiokarpal çıkık genellikle radius eklem yüzeyinin dorsal rim kırığı, palmar radiokarpal ligament yırtığı ve radial ve ulnar styloid çıkıntılarının kırığı ile beraberdir. Bu nedenle birçok olguda kırıklı çıkık olarak geçmektedir.

Radiokarpal çıkıklar dorsal, volar, radial ve ulnar yönde çıkıklar şeklinde sınıflandırılmıştır.^[2,9] Olgumuzda ise radiokarpal çıkık, dorso-radial yönde olup radial ve ulnar styloid kırığı ve volar radius kırığı ile birlikte olduğu saptandı. Mayfield ve ark.nın^[10] radiokarpal çıkıkları içeren 27 olguluk çalışmalarına göre, lezyonun en sık dördüncü dekattaki erkek hastalarda görüldüğü ve genellikle stabil çıkıklar olmaması nedeniyle cerrahi stabilizasyona ihtiyaç duydukları belirtilmiştir.

Bilos ve ark.nın^[9] beş olguluk serisinde, hasarlı yapıların stabilize edildiği açık redüksiyon sonrasında 6-8 hafta uzun kol alçıda durmasının en iyi tedavi olduğu; vasküler hasar oluşan vakalarda stabilizasyonun en kısa zamanda uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Aynı seride hastalardan bir tanesinde sinir yaralanması gözlemlendiği ve el bileğindeki bu tür yaralanmalarda travma şiddetinin büyük olmasına rağmen sinir yaralanmasının nadir görüldüğü bildirilmiştir.

Dumontier ve ark.nın^[11] yaptığı 27 olguluk diğer bir çalışmada, volar radiokarpal ligamentin sağlam olduğu düşünülen radiokarpal çıkık ve radius distal ucunda radial styloid ve skafoid fossanın

1/3'den fazlasını içeren kırığı olan hastaların tedavisinde açık redüksiyon ve internal fiksasyonun uygun olduğu belirtilmiştir.

Radius distal uç kırığı ve radiokarpal çıkık olan olgumuz için literatürle uyumlu olarak cerrahi tedavi düşünüldü, fakat hastanın kardiyovasküler sorunları nedeni ile genel anestezi uygulanmadığı için konservatif tedavi düzenlendi. Bu amaçla kapalı redüksiyondan sonra aynı tarafta dirsek çıkığı olduğu için uzun kol ateli uygulandı. Hastanın takibinde redüksiyon kaybı gözlenmesi ve düzenlenen medikal tedavi ile hastanın genel durumunun stabil olması ile cerrahi tedavi uygulandı. Olgunun ameliyatında el bileği kırığı için kilitle plak kullanıldı.

Dirsek çıkıkları ile ilgili yayınlarda genellikle alçı ile immobilizasyon şeklinde uygulanan konservatif tedavi yöntemi benimsenmektedir.^[12-14] Redüksiyon sonrası mutlaka stabilite kontrolü yapılarak dirseğin medial ve lateral bağlarının muayenesi yapılmalı ve instabiliteye yol açacak kadar bağ hasarı veya nörovasküler hasar varsa cerrahi tedaviye yönelmek gerekmektedir. Olguda dirsek çıkığı olan tarafta redüksiyon öncesi ve sonrası nörovasküler hasar yoktu. Dirsek çıkığına el bileği kırıklı çıkığı ile birlikte kapalı redüksiyon yapıldı. İnstabilite kontrolü yapılarak alçı ile immobilizasyon şeklinde konservatif tedavi yöntemi uygulandı.

Sonuç olarak, radiokarpal kırıklı çıkık ve aynı taraf dirsek çıkığı birlikte görülebilir. Bu olgulardaki radiokarpal çıkıkların instabil olması nedeniyle, hastanın genel durumu iyi ise cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Conn J Jr, Wade PA. Injuries of the elbow: a ten year review. J Trauma 1961;1:248-68.
2. Neviasser JS, Wickstrom JK. Dislocation of the elbow: a retrospective study of 115 patients. South Med J 1977;70(2):172-3.
3. Anderson LD. Fractures. In: Crenshaw AH, editor. Campbell's operative orthopedics. St.Louis, CV: Mosby; Vol. 1, 5th ed. 1971. p. 477-691.
4. Flynn JE. Hand surgery. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1975.
5. Watson-Jones R. Fractures and joint injuries. Vol 2,

- 4th ed. London: Livingstone; 1956.
6. Dunn AW. Fractures and dislocations of the carpus. *Surg Clin North Am* 1972;52(6):1513-38.
 7. Dobyns JD, Linscheid RL. Fractures and dislocations of the wrist. In: Rockwood CA, Jr., Gren DP, editors. *Fractures*. Philadelphia: J. B. Lippincott; Vol. 1, 1975. p. 345-440.
 8. Görgeç M, Kuzgun Ü, Türkmen İM. İrredüktil radyokarpal dislokasyon. *Acta Orthop Traum Turc* 1988;22:46-8.
 9. Bilos ZJ, Pankovich AM, Yelda S. Fracture-dislocation of the radiocarpal joint. *J Bone Joint Surg [Am]* 1977;59(2):198-203.
 10. Mayfield JK, Johnson RP, Kilcoyne RK. Carpal dislocations: pathomechanics and progressive perilunar instability. *J Hand Surg [Am]* 1980 May;5(3):226-41.
 11. Dumontier C, Meyer zu Reckendorf G, Sautet A, Lenoble E, Saffar P, Allieu Y. Radiocarpal dislocations: classification and proposal for treatment. A review of twenty-seven cases. *J Bone Joint Surg [Am]* 2001;83-A(2):212-8.
 12. Haberneck H, Ortner F. The influence of anatomic factors in elbow joint dislocation. *Clin Orthop Relat Res* 1992;(274):226-30.
 13. Riel KA, Bernett P. Simple elbow dislocation. Comparison of long-term results after immobilization and functional treatment. *Unfallchirurg* 1993;96(10):529-33.
 14. Sandner S, Brenner P, Heymann H. Late results following conservative treatment of elbow dislocations. *Zentralbl Chir* 1988;113(11):710-5.