

ÇOCUKTA İHMAL EDİLMİŞ POSTEROLATERAL DİRSEK ÇIKIĞI VE MEDIAL EPİKONDİLİN İNTRA-ARTİKÜLER ENTRAPASYONU: OLGU SUNUMU*

Güven BULUT¹, Davud YASMİN¹, Önder OFLUOĞLU¹, Sırrı AKSU², Muzaffer YILDIZ¹

Çocuklarda erişkinlere oranla daha az görülen dirsek çıkıklarına en sık medial epikondil kırıkları eşlik eder. Redüksiyon sonrası dikkatli grafi kontrolleri yapılmazsa bazen eklem içinde tuzaklanan epikondil gözden kaçabilir. Bu çalışmada 10 haftalık nonredükte posterolateral dirsek çıkığı ile birlikte medial epikondilin eklem içinde tuzaklandığı 13 yaşındaki bir bayan olgu sunulmuştur. Hastanın dirseğine açık redüksiyon yapılmış, medial epikondil anatomik lokalizasyonuna fikse edilmiştir. Klinik sonuç Mayo dirsek performans skoru ile değerlendirildiğinde yeterli bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Çocuk, dirsek çıkığı, medial epikondil kırığı

NEGLECTED POSTEROLATERAL ELBOW DISLOCATION AND INTRAARTICULAR ENTRAPMENT OF MEDIAL EPICONDYLE: CASE REPORT

Dislocation of the elbow occurs rarely in children than adults and usually associated with medial epicondyle fractures. The epicondyle fragment sometimes was entrapped into the joint space after reduction. If appropriate radiographic studies shouldn't made carefully, entrapment of epicondyle should be missed. We present a 13 years old female patient who had a neglected posterolateral elbow dislocation for 10 weeks and intraarticular entrapment of medial epicondyle. She underwent open reduction and internal fixation with anatomic reduction of the medial epicondyle. Elbow function evaluated with Mayo performance score and the result was found satisfactory.

Key words: Child, elbow dislocation, medial epicondyle fracture

Çocuklarda erişkinlere oranla daha az görülen dirsek çıkıklarına bazı kırıklar eşlik edebilir^{1,2}. En sık rastlanan medial epikondil kırığı olup, bazen redüksiyon sonrası epikondil eklem içinde tuzaklanabilir³. Redüksiyon sonrası dikkatli grafi kontrolleri yapılmazsa bu komplikasyon gözden kaçabilir⁴.

Bu çalışmada dirsek üzerine düşme sonucunda oluşan posterolateral dirsek çıkığına kapalı redüksiyon uygulanıp 10 hafta boyunca takip edilen, medial epikondil intra-artiküler entrapasyonu olan 13 yaşındaki bayan hasta sunulmuştur.

OLGU

On üç yaşındaki bayan hastaya, 10 hafta önce dirsek üstüne düşme sonrası başvurduğu sağlık kuruluşunda, dirsek çıkığı tanısıyla kapalı redüksiyon ve atel uygulanmış (Resim 1). Üç hafta sonra atel çıkartılarak hareket başlanan hastanın hareket kısıtlılığı düzelmeyince, bir fizik tedavi merkezinde egzersiz programına alınmış.

*Ortopedi Buluşması 2004'te (Antalya, 19-22 Mayıs 2004) poster olarak sunulmuştur.

1Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, 2Balta Limanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Başvuru tarihi: 31.12.2003, Kabul tarihi: 16.4.2004



Resim 1. Hastanın travma anındaki AP ve lateral grafi görüntüleri

Bu tedaviden de fayda görmeyen hasta polikliniğimize başvurduğunda, çekilen AP ve lateral grafilerinde redükte olmamış posterolateral dirsek çıkığı olduğu, medial epikondilin eklem içinde tuzaklandığı ve lateral kondilden radius başına doğru uzanan geniş bir heterotopik ossifikasyon bulunduğu tespit edildi (Resim 2).



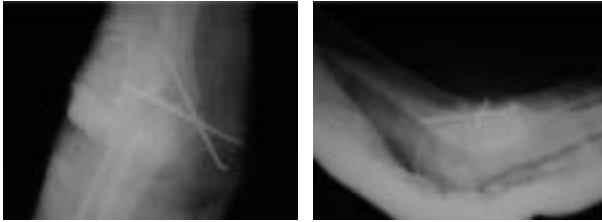
Resim 2. Travmadan 10 hafta sonra hastanın kliniğimize başvurusu anında çekilen AP ve lateral grafi görüntüleri

Hastanın dirseğinde fleksiyon-ekstansiyon hareket açıklığı 90°-110°, pronasyon-supinasyon hareket açıklığı tam olup, nörovasküler patolojisi yoktu (Resim 3).



Resim 3. Hastanın başvurduğu dönemdeki hareket açıklıkları

Cerrahi tedavi planlanan hastanın dirseğine önce medial insizyonla girilerek ulnar sinir serbestleştirildi. Medial epikondilin trokleaya fibröz bir kallus dokusu ile yapıştığı ve olekranon eklem yüzeyinde epikondilin yarattığı travmaya bağlı kırık defekti geliştiği gözlemlendi. Epikondil yapıştığı yerden ayrılıp dirsek redükte edilmeye çalışıldığında, redüksiyon başarısız olduğunda lateralden 2. bir insizyon yapıldı. Lateral kondilden radius başına doğru uzanan geniş kallus dokusunun eksizyonu sonrasında dirsek kolaylıkla redükte oldu. Medial epikondil anatomik lokalizasyonuna 2 Kirschner teli ile fiks edildi (Resim 4). Ameliyat sonrası anestezi altında yapılan muayenede dirseğin stabil olduğu ve tüm hareketleri rahatlıkla yapabildiği gözlemlendi.



Resim 4. Hastanın postoperatif AP ve lateral grafileri

Postoperatif uzun kol atel ile hasta 3 hafta takip edildi. Üç hafta sonra atel çıkarılıp dirsek egzersizlerine başlandı. Altıncı haftada teller çekildi. Ameliyat sonrası 14. haftada pronasyon-supinasyon hareket açıklığı tam, fleksiyon-ekstansiyon hareket açıklığı 30°-120° idi. Dirsekte instabilite ve ağrı yoktu (Resim 5,6,7). Klinik sonuç Mayo dirsek performans skoru⁵ ile değerlendirildiğinde yeterli (%75) bulundu.



Resim 5. Postoperatif 14. haftada hastanın pronasyon-supinasyon hareket açıklığı



Resim 6. Postoperatif 14. haftada hastanın fleksiyon-ekstansiyon hareket açıklığı



Resim 7. Postoperatif 14. haftadaki AP ve lateral grafi görüntüleri

TARTIŞMA

Çocuklarda dirsek çıkıkları erişkinlere oranla daha az görülür^{1,2}. Çıkıkların büyük kısmı posterolaterale doğru olup; lateral, medial ve anterior çıkıklar daha nadirdir^{1,2}. Çıkığa bazı kırıklar eşlik edebilir. Bunlardan çocukta en sık rastlanana medial epikondil kırığıdır³. Literatürde posterolateral dirsek çıkığı ile birlikte medial epikondilin intra-artiküler tuzaklanmasının çocuklarda nadir olarak görüldüğü belirtilmiş ve tip 4 medial epikondil kırığı olarak sınıflandırılmıştır⁶.

Çocukların izole dirsek çıkıklarının günümüzde kabul edilen tedavisi kapalı redüksiyondur. Eşlik eden kırıklar varsa bunlar teşhis edilip ayrıca tedavi edilmelidir. Çıkık redükte edildikten sonra, hangi kırık olursa olsun çıkıktan bağımsız olarak değerlendirilmeli; kırığın cerrahi endikasyonu varsa ameliyat edilmelidir⁷.

Medial epikondil kırığı ile birlikte dirsek çıkığının tedavisi tartışmalıdır. Pimpalnerkar⁶, tip 4 medial epikondil kırıklarında dirseğin medial tarafında ciddi oranda yumuşak doku hasarı olduğunu ve vakaların büyük kısmında ulnar sinir tuzaklanması görülebileceğini belirterek cerrahi tedavi önermiştir. Hines⁸, 2 mm'den fazla deplase medial epikondil kırıklarının cerrahi olarak tedavi edilmesini tavsiye etmiştir. Buna karşın Fowles ve ark.⁹ alçıyla tedavi ettikleri 19 olgunun 11'inde mükemmel sonuç almışlar, 8 hastada dirsek hareket açıklığında %10 kayıp gözlemişlerdir. Cerrahi olarak tedavi ettikleri 9 hastanın ise 6'sında eklem hareket açıklığında %24 kayıp tespit etmişlerdir.



Ortak görüş, kapalı redüksiyon sonrası medial epikondil eklem içinde tuzaklanırsa cerrahi tedavi yapılması şeklindedir. Bunun tespiti için mutlaka uygun pozisyonlarda grafi alınması gereklidir. Epikondilin ufak olmasından dolayı, deplase olduğunda humerus distal metafizinin süperpoze olması nedeniyle AP grafide görülmeyebilir. Küçük çocuklarda ise trokleanın ossifikasyon merkezi ile karışabilir⁹. AP grafide distal humerus simetrik olarak görülüyor ve lateral grafide medial epikondil görülebiliyorsa medial epikondil fragmanı deplasedir^{9,10}. Böyle durumlarda geciktirilmeden mutlaka cerrahi tedavi uygulanmalıdır^{3,4}. Çıkık oluşması ile redüksiyon arasında geçen süre uzadıkça sonuçların kötüleştiği bildirilmiştir¹¹.

Gecikmiş medial epikondil intra-artiküler entrapasyonu tanısı konduğu zaman mutlaka cerrahi olarak tedavi edilmelidir³. Uygulanacak cerrahi tedavi konusunda kesin bir fikir birliği yoktur. Bu konudaki en geniş seri Fowles ve ark.'na¹⁰ ait olup; 6 vakalılık hasta grubunun 3'ünde medial epikondil eksize edilmiş, 3'ünde ise anatomik lokalizasyonuna fikse edilmiştir. Her iki grup arasında klinik olarak belirgin bir fark bulunmamıştır. Bir hastada asemptomatik psödoartroz, 2 hastada erken epifiz kapanması gelişmiştir. Farsetti⁴ ise uzun dönem sonuçlarının kötü olması sebebiyle epikondil eksizyonunu önermemektedir.

Çocuklarda dirsek çıkığının uzun dönemdeki en sık komplikasyonu eklem katılığıdır. Diğer nadir fakat ciddi komplikasyonlar ise redüksiyon sonrası medial epikondilin, median sinirin veya brakial arterin eklem içinde tuzaklanmasıdır. Medial epikondilin tuzaklanması geç olarak fark edilirse ciddi eklem hareket kısıtlılığı ve intra-artiküler eklem yüzeyi hasarına yol açar. Bu yüzden tanısı konduğunda mutlaka cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Bizim olgumuzda hastanın dirseği cerrahi olarak redükte edilip, tuzaklanmış medial epikondil eksize edilmeyerek anatomik lokalizasyonuna 2 Kirschner teli ile fikse edilmiş ve yeterli sonuç alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Herring JA. Upper extremity injuries. In: Tachdjian MO (ed). Pediatric Orthopedics, 3rd edition, Vol: 3. WB Saunders Comp, Philadelphia, 2002: 2191-4.
2. Wilkins KE. Fractures and dislocations of the elbow region. In: Rockwood CA, Wilkins KE, Richard EK (eds). Fractures in children, 1st edition, Vol: 3. Lippincott Comp, Philadelphia, 1984: 530-53.
3. Papandrea R, Waters PM. Posttraumatic reconstruction of the elbow in the pediatric patient. Clin Orthop 2000; 370: 115-26.
4. Farsetti P, Potenza V, Caterini R, Ippolito E. Long-term results of treatment of fractures of the medial humeral epicondyle in children. J Bone Joint Surg 2001; 83: 1299-305.
5. An KN, Chao EY. Functional evaluation of the elbow. In: Morrey BF (ed). The elbow and its disorders, 2nd edition. WB Saunders Comp, Philadelphia, 1993: 85-97.
6. Pimpalnerkar AL, Balasubramaniam G, Young SK, Read L. Type four fracture of the medial epicondyle: A true indication for surgical intervention. Injury 1998; 29(10): 751-6.
7. Durakbaşı O, Küçükyazıcı Ö, Tuğun H, Okan N, Görgeç M. Surgical treatment of elbow fracture-dislocations seen in children and adolescents. Acta Orthop Traumatol Turc 2003; 37(4): 304-8.
8. Hines RF, Herndon WA, Evans JP. Operative treatment of medial epicondyle fractures in children. Clin Orthop 1987; 223: 170-4.
9. Fowles JV, Slimane N, Kassab MT. Elbow dislocation with avulsion of the medial humeral epicondyle. J Bone Joint Surg 1990; 72(B): 102-4.
10. Fowles JV, Kassab MT, Moula T. Untreated intraarticular entrapment of the medial humeral epicondyle. J Bone Joint Surg 1984; 66(B): 562-5.
11. Royle SG. Posterior dislocation of the elbow. Clin Orthop 1991; 269: 201-4.