

GECİKMİŞ DİRSEK ÇIKIĞIYLA BERABER DEFEKTLİ ÖNKOL PSÖDOARTROZU

DEFECTIVE FOREARM PSEUDOARTHROSIS WITH A NEGLECTED
ELBOW DISLOCATIONDr. Hayrettin KESMEZACAR¹, Dr. Tahir ÖĞÜT¹, Dr. İstemi YÜCEL¹, Dr. Muharrem BABACAN¹, Dr. Aşşın AĞRITMIŞ²**ABSTRACT**

Neglected elbow dislocations, rarely seen in the developed countries, are very attractive due to the difficulties of treatment and diversity of prognosis. A 32 year-old woman was admitted with chronic elbow dislocation and defective forearm pseudoarthrosis due to an accident four months prior to admission. Open reduction and distraction arthroplasty using hinged external fixator for the elbow, open reduction and internal fixation with plate-screws with fibula allograft for the forearm was performed. The elbow was stable and had 110° and -15° of active flexion and extension respectively on the ninth month of follow-up. Both radius and ulna were united.

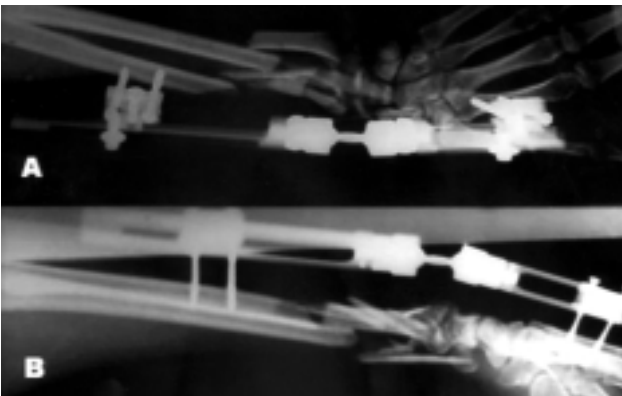
Key words: Elbow joint, dislocation, radius, ulna, pseudoarthrosis, external fixator.

GİRİŞ

Kronik dirsek süblüksasyonları ve instabilitele-ri gelişmiş ülkelerde sık görülmesine rağmen, gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde rastlanan kronik redükte edilmemiş dislokasyonlar tedavi yöntemleri açısından çelişkilere yol açmaktadırlar.^{1,2} Açık redüksiyon ilk akla gelen tedavi seçeneği olmakla birlikte, dirsek çevresi yumuşak dokuya yaklaşımda bağ rekonstrüksiyonları, immobilizasyon süreleri ve şekilleri yönünden tartışmalara neden olmaktadır. Bu yazıda gecikmiş dirsek çıkığı-ının yanında aynı taraf önkol defektli psödoartroz bulunan olgumuz sunulmaktadır.

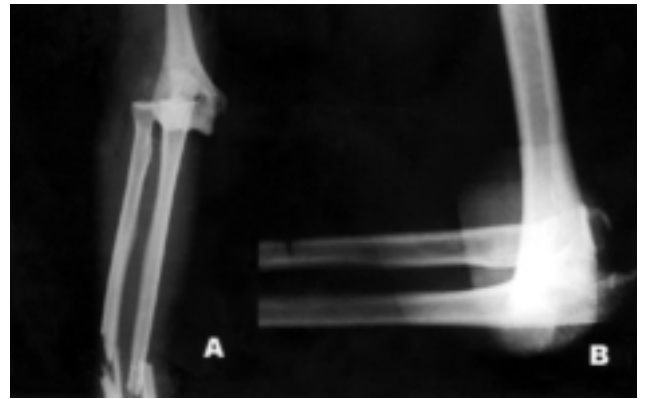
OLGU SUNUMU

32 yaşında bayan hasta sol önkol ve dirsekte şekil



Resim 1. Ameliyat öncesi önkol ön-arka (A) ve yan (B) grafilerinde kaynamama ve defekt görülmektedir.

bozukluğu, ağrı, hareket kısıtlılığı ve topallama şikayeti ile başvurdu. Hastanın sorgulanmasında dört ay önce trafik kazası geçirdiği ve özel bir hastanede tedavisinin yapılarak tabucu edildiği öğrenildi. Yapılan muayenesinde sol önkolda eksternal fiksator ve gerek önkol, gerekse dirsek medialinde ciltte skar dokuları saptandı. Önkol radial bölümde kısıklık ve açılanma, dirsekte ise deformite vardı. Vasküler açıdan herhangi bir problemi bulunmayan hastada, ulnar sinir dermatomunda hipoesteziden başka herhangi bir nörolojik bulgu yoktu. Klinik muayenede ayrıca sol alt ekstremitede 4 cm kısıklık ve kalça hareketlerinde kısıtlılık saptandı. Yapılan radyolojik incelemede sol önkolda defektli psödoartroz (Resim 1), sol dirsek postero-lateral lüksasyonu (Resim 2) ve

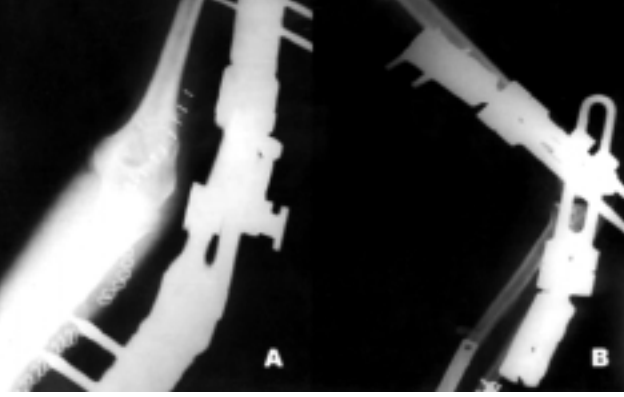


Resim 2. Önkoldaki eksternal fiksator çıkarıldıktan sonra dirsekteki kronik posterolateral çıkığın ön-arka (A) ve yan (B) grafileri.

Gecikmiş Dirsek Çıkığıyla Beraber Defektli Önkol Psödoartrozu

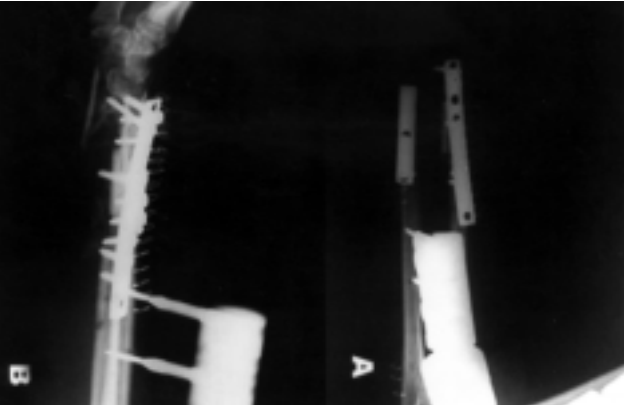
kötü kaynamış Malgaigne kırığı görüldü.

Preoperatif planlamadan sonra ameliyatta eksternal fiksator ekstrakte edildi. Posterior insizyonla girilerek, ulnar sinirin ortaya konmasını takiben tripeps tendonu periost ile birlikte olekranonundan sıyrılarak eklem ve çevresindeki fibroz dokular eksize edildi. Redüksiyon sonrası her iki epikondilden geçen rotasyon merkezi saptanarak Kirschner teli geçildi ve distraktör uygulandı (Resim 3). Önkolda-



Resim 3. Ameliyat sonrası redüksiyon ve distraktör uygulanan dirseğin ön-arka (A) ve yan (B) grafileri.

ki psödoartrozlar için açık redüksiyon ve plak-vida tespiti yapıldı. Radiustaki defekt fibula allogrefti ile onarıldı (Resim 4). Ameliyat sonrası hastaya er-



Resim 4. Radius ve ulnadaki kaynamama için plak-vida ve allogreft uygulandı (A ve B)

ken hareket vermek amacı ile aksiller kateter yerleştirildi ve aynı gün aksiller blok altında pasif dirsek hareketleri başlandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, 7. Günde kateteri çıkartılarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası 4. haftada distraktör poliklinik şartlarında çıkartıldığında dirseğin stabil olduğu görülerek aktif ve pasif egzersizlere

devam edildi.

Ameliyat sonrası 9. aydaki muayenesinde ağrısız olmayan olgunun aktif ve pasif dirsek fleksiyonunun 110° , ekstansiyonunun ise -15° ve kas güçlerinin tam olduğu saptandı (Resim 5 ve 6). Önkol

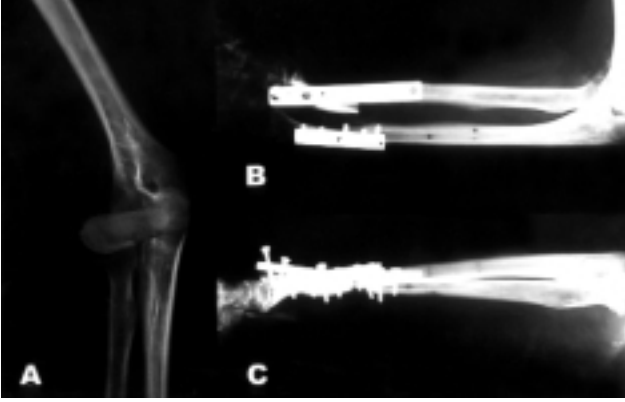


Resim 5. Olgunun ameliyat sonrası 9. aydaki dirsek aktif ekstansiyonu.



Resim 6. Hastanın 9 aylık takibindeki dirsek aktif fleksiyonu.

pronasyon ve supinasyonu 80° idi. Ameliyat öncesi varolan ulnar sinir hipoestezisinin tamamen düzeldiği gözlemlendi. Günlük aktivitede dirseğini sorunsuz kullanan hastada birkaç dereceyi geçmeyen bir medial instabilite tespit edildi. Çekilen grafilerinde dirsek ekleminde minimal dejenerasyon görüldü. Ulnadaki psödoartrozun tamamen kaynadığı saptandı (Resim 7). Radiusa uygulanan vidalardan birinin gevşediğinin görülmesi üzerine psödoartroz şüphesi ile önkola eksplorasyon yapıldı. Eksplorasyonda allogreftin konsolide olduğu, yeterli miktarda kallusun oluştuğu görüldü ve gevşeyen vida ekstrakte edilerek plak yerinde bırakıldı.



Resim 7. Olgunun ameliyat sonrası 9. ayda dirsek ön-arka (A), dirsek yan (B) grafilerinde dirsekte minimal dejenerasyon dışında sublüksasyon gözlenmemektedir. Önkol ön-arka (B) ve önkol yan grafilerinde (C) ise ulnadaki psödoartrozun kaynaklığı, radiusta ise vidanın gevşediği görülmektedir.

TARTIŞMA

Kronik dirsek çıkıkları gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde görülen dirsekte büyük deformite, instabilite, ankiloz sonucu hareket kısıtlılığı ve ağrı ile kendini göstermektedir. Genelde hastalarda sinir lezyonları olmamasına karşın zamanla özellikle ulnar sinir bası ve gerilme semptomları görülebilmektedir.³ Bu olgularda çıkıkla beraber başka kırıklar görülme oranı da yüksek olmaktadır.¹

Üç haftaya kadar kapalı redüksiyon denenebilirken, daha geç olgularda açık redüksiyondan başka çare kalmamaktadır. Tedavi seçenekleri arasında açık redüksiyon, redüksiyon ve interpozisyon, redüksiyon ve bağ rekonstrüksiyonu, artrodez, rezeksiyon ve artroplasti gibi uygulamalar yer almaktadır. Ameliyat sonrası hem stabilitenin korunması, hem de erken hareket verilebilmesi distraksiyon eksternal fiksatörleri ile mümkün olmaktadır.

Bizim olgumuzda da olduğu gibi genelde posterior yaklaşım tercih edilmektedir.^{3,4} Ulnar sinirin ortaya konmasından sonra kontrakte kapsül eksizyonu ve gevşetmesi uygulanmalıdır. Önemli tartışma noktalarından biri kısalan triseps tendonuna yönelik herhangi bir girişimin yapılıp yapılmayacağıdır. Mahaisavariya ve ark.¹ V-Y plasti yaptıkları dirseklerde hem fleksiyon, hem de ekstansiyon kapasitesinde yapılmayanlara göre anlamlı düşük sonuçlar almışlardır. Biz de kendi olgumuzda trisepsplasti uygulamadık ve ameliyat ettiğimiz diğer dirsek kontraktürlerindeki deneyimlerimiz sonucu uzatma yapılmadan dirseğe yeterli fleksiyon ka-

zandırılabilmesine inanmaktayız.

Ameliyat sonrası instabilite açısından gerekli görülürse bağ tamirleri uygulanması önerilmektedir.^{3,5} Ancak tamamen kontrakte olmuş ve fibröz doku haline gelmiş dirsekte bazen kollateral bağların ortaya konması zor olmaktadır. Kendi olgumuzda herhangi bir bağ tamiri veya rekonstrüksiyonu yapmadık. Subperiostal gevşetme ve distraksiyon eksternal fiksatörü uygulanması sonucu olgumuzun 9 aylık takibinde minimal bir medial instabilite dışında fonksiyonları etkileyecek herhangi bir büyük instabilite saptamadık

Literatürdeki sonuçlara bakıldığında Naidoo² olgularının %40'ında 90° den fazla hareket açıklığı elde ederken, Arafides⁴, tendon grefti ile eklem içi "çapraz bağ" ile stabilizasyon sağladığı, 11 hastalık, iki yıl takipli serisinin ortalama hareket kapasitesinin 115° olduğunu bildirmiştir. Bizim olgumuzda da aktif hareket açıklığı 95° olarak kaydedilmiştir. Bu noktada ameliyat sonrası erken hareketin önemi tartışmasızdır. Uygulanan aksiller katater sayesinde ağrısız hareket mümkün olmakta ve oluşabilecek yapışıklıklar önlenmektedir. Martini ve ark⁶, uzun süreli rehabilitasyonun üzerinde durmuşlar ve yaşlı hastalarda sadece rehabilitasyonla bile tatminkar sonuç alınabileceğini belirtmişlerdir. Yaşlı hastalarda menteşeli protezler de kullanılmış, gevşeme ve enfeksiyon komplikasyonları bildirilse de başarılı sonuçlar alınmıştır.^{7,8}

Olgumuzdaki geç çıkıkla beraber bir başka patoloji olan defektli önkol psödoartrozu ise fibula allogrefti kullanılarak tedavi edilmiş ve kaynama intraoperatif olarak gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında bu tip olgular bir çok komplikasyon açısından risk taşımaktadırlar: % 40'lara varan sinir lezyonları², enfeksiyon^{2,4}, ektopik kemik oluşumu^{3,9}, instabilite ve dejeneratif artrit⁴ bunlar arasında gösterilmektedir.

Fonksiyonel bir dirsek ve iyi bir prognoz elde edilmesi amacıyla redüksiyon sonrası distraksiyon artroplastisi ve erken hareket çok önem taşımaktadır. Sonuç olarak gerek tedavideki zorluklar, gerekse komplikasyonlarının çeşitliliği çıkıkların kronik hale gelmeden tedavi edilmesinin ve ilk anda atlanmamasının önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca bu tip çıkıklarda redüksiyon sonrası, yumuşak doku iyileşmesi tamamlanmadan tekrar çıkık oluşabilmesi ihtimali unutulmamalı ve immobilizasyon stabilitenin gerçekleştiğinden emin oluncaya kadar uygulanmalıdır. Bu noktada, toplumumuzun eğitilmesi gerekliliğinin yanısıra, doktor olarak bizlerin de takip ve hasta bilgilendirme konusunda titizlik göstermemiz gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mahaisavariya B, Laupattarakasem W, Supachutikul A, et al. Late reduction of dislocated elbow. Need triceps be lengthened? *J Bone Joint Surg.* 1993;75-B:426-8.
2. Naidoo KS. Unreduced posterior dislocations of the elbow. *J Bone Joint Surg.* 1982;64-B:603-6.
3. Morrey BF. Chronic Unreduced Elbow Dislocation. In: Morrey BF (ed). *The Elbow and its Disorders*, 3rd ed. Philadelphia, W. B. Saunders; 2000: 431-6.
4. Arafiles RP. Neglected posterior dislocation of the elbow. A reconstruction operation. *J Bone Joint Surg.* 1987;69-B:199-202.
5. Cohen MS, Hastings H. Rotatory instability of the elbow. The anatomy and role of the lateral stabilizers. *J Bone Joint Surg* 1997; 79-A: 225-33.
6. Martini M, Benselama R, Daoud A. Neglected luxations of the elbow. 25 surgical reductions. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1984; 70: 305-12.
7. Baksi DP. Sloppy hinge prosthetic elbow replacement for post-traumatic ankylosis or instability. *J Bone Joint Surg* 1998; 80-B: 614-9.
8. Ramsey M, Adams RA, Morrey BF. Elbow displacement for gross instability. *J Bone Joint Surg* 1999; 81-A: 38-47.
9. Fowles JV, Kassab MT, Douik M. Untreated posterior dislocation of the elbow in children. *J Bone Joint Surg* 1984; 66-A: 921-6.

¹İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Yazışma Adresi: Dr. Hayrettin Kesmezacar

Abide-i Hürriyet Cad. Rüyam Palas No: 144/16 80260 Şişli İSTANBUL

E-mail: hkesmezacar@yahoo.com