

## YERİNE KONMAMIŞ ESKİ TRAVMATİK PATELLA ÇIKIĞI

## OLD UNREDUCED TRAUMATIC PATELLAR DISLOCATION

Dr. Davut KESKİN, Dr. Naci EZİRMİK, Dr. Orhan KARSAN<sup>1</sup>**ABSTRACT**

*The old unreduced traumatic patellar dislocation is very rare and the results of the treatment are not always satisfactory. We report a 11 year-old boy with an unreduced patellar dislocation and a healed ipsilateral femoral fracture. The dislocation was reduced by an operative procedure. A long leg cast was applied for 6 weeks then the knee exercises were started. One year after surgery, he still has satisfactory results. This case suggests that if the dislocation is not of long duration and degenerative changes are absent in the patella and the knee joint, open reduction may be helpful in the treatment of old unreduced traumatic patellar dislocations.*

**Key words:** Trauma, patellar dislocation, surgical treatment.

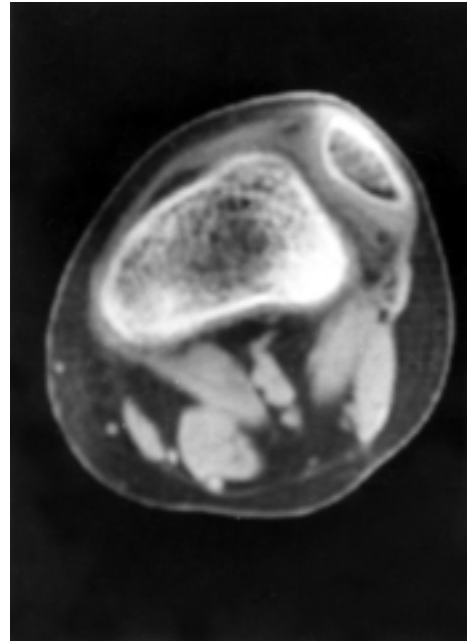
**OLGU SUNUMU**

M.L.A., 11 yaşında, erkek. 10 ay önce düşme sonucu sol femuru kırıldığı için başka bir hastanede pelvipedal alçıya alınmış. 1.5 ay sonra alçı çıkarılmış ve hasta yürütülmeye başlanmış. Ancak 10 gün sonra aynı yerde yeniden kırık oluşmuş. Bunun üzerine ameliyat edilerek kırık vidalarla tesbit edilmiş. Kırık kaynayıp hasta yürümeye başladık-tan sonra, diz kapağı kemiğinin dizin dış yanında olduğu ve normal yerinin boş kaldığı ailesi tarafından farkedilmiş. Ayrıca hastanın bacağında ve uyluğunda incelme var, yürürken topallıyor ve çömel-dikten sonra tekrar ayağa kalkmada zorlanıyormuş.

Fizik muayenede; sol uyluk atrofik, diz fleksiyonu 80 derece ile kısıtlı, patella kendi eksenini etrafında 90 derece dönmüş ve patellar oluk boş kalacak şekilde femur lateral kondilinin dış yüzüne doğru yer değiştirmişti. Diz fleksiyona getirildiğinde patella dahada arkaya doğru yer değiştiriyor ve manipulasyonla redüksiyon sağlanamıyordu. Aktif diz ekstansiyonunda zayıflık var ve hasta yürürken topallıyordu. Patella çıkığı için yapısal bir yatkınlık olup olmadığını belirlemek üzere ölçülen Q açısı sağlam taraf için 10 derece idi.

Ön-arka direkt diz radyografilerinde; sol patella femur dış kondilinin lateralinde olacak şekilde yer değiştirmişti. Diz fleksiyonda olacak şekilde çekilen patella aksiyel grafilerinde ise patella kendi eksenini etrafında 90 derece dönmüş ve femur lateral kondilinin dış yüzü ile temas halindeydi. Diz yan grafilerinde sağlam tarafla da karşılaştırıldığında vertikal yönde patellanın konumunda bir değişiklik yoktu. Femur kırığının rotasyonlu kaynaması-

na bağlı olarak patellanın çıkmış olabileceği ihtimali nedeniyle bilgisayarlı tomografi (BT) ile sağlam tarafla karşılaştırmalı olarak femoral antever-siyonlar ölçüldü. Ancak antever-siyon açıları normal sınırlarda idi ve her iki taraf arasında bir fark yoktu. BT kesitlerinde sol patellanın çıkık olduğu gözleniyordu (Resim 1). Ayrıca femur direkt grafilerinde sol femur orta kesimde vidalarla tesbitli kaynamış eski kırık görünümü mevcuttu.



**Resim 1.** Çıkık patellanın bilgisayarlı tomografideki görüntüsü

Hasta bu bulgularla kliniğe yatırıldı ve ameliyata alındı.

**Ameliyat yöntemi:** Genel anestezi altında, patella üzerinden longitudinal orta hat insizyonu ile girildi. Vastus lateralisin alt lifleri lateralden gevşetildi. Kuadriseps tendonunun lateral kenarından, patellaya paralel olacak şekilde kapsül ve sinovya kesildi. Daha sonra medial kapsülün gevşek ve fazla olan kısmı kesilip çıkarıldı ve kalan kısımlar birbirine dikildi. Vastus medialisin patella periostuna yapışan tendinöz fibrilleriyle birlikte kasın supero-anterior ve posteroinferior kenarlarında U şeklindeki kesiyle vastus medialis gevşetildi. Patellanın aşağı yarısının ön-dışındaki yüzeyel yüzü bir kürele kazınarak pürüzlü bir yüzey oluşturuldu. Kesilen vastus medialis tendonu distal ve laterale doğru transfer edilerek patellanın lateral kenarına dikildi. Daha sonra patellar ligamentin lateral yarısı tuberositas tibiadan serbestleştirildikten sonra medialdeki yarısının altından geçirilerek sartorius adalesinin yapışma yerine uyacak şekilde yumuşak dokulara suture edildi. Ancak patella normal yerine getirilince dizde fleksiyon kısıtlılığı oluştu. Bunun üzerine patellanın proksimalinden ters V şeklinde kesiyle rektus femoris adalesi uzatıldı.

Ameliyattan sonra 6 hafta süreyle diz semifleksiyonda olmak üzere alt ekstremitte uzun bacak alçısında tutuldu. Daha sonra alçı çıkarıldı. Aktif ve pasif diz fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerine başlandı. Ağrılık vererek hastanın yürümesine izin verildi.

Hastanın 1 yıl sonraki kontrolünde diz hareket genişliği tam (aktif ve pasif olarak), patella interkondiler olukta stabil (Resim 2), diz fleksör ve eks-



**Resim 2.** Ameliyattan 1 yıl sonraki patella aksiyel grafisi.

tansör adalelerinin gücü sağlam tarafa yakın ve uylukta 1 cm'lik atrofi vardı. Hastanın şikayeti yok ve yürüyüş muayenesi normal bulundu.

### TARTIŞMA

Nadir olarak karşılaşılan travmatik patella çıkığı genellikle uyluk adaleleri gevşek durumda iken meydana gelen şiddetli bir yaralanma sonucunda oluşur. Ya patellanın medial kenarı üzerine bir darbe söz konusudur, ya da tibia düşme veya sportif aktiviteler sırasında güçlü bir şekilde abduksiyona gelir ve laterale doğru rotasyona uğrar. Dizin medial kapsülü yırtılır veya patellanın medial tarafından çok ince tabaka halinde kemik parçaları ayrılarak çıkık oluşur. Çıkık çoğunlukla laterale olur ve patella eklem yüzü lateral femoral kondilin dış yanı üzerine gelecek şekilde döner.<sup>1-4</sup>

Çıkık genellikle diz ekstansiyona getirildiğinde redükte olduğu için hekimler çoğu zaman hastanın çıkıklı halini görmezler. Anamnez ve dolaylı fizik muayene bulguları ile tanı koyarlar. Kapalı redüksiyonla yerine konamayan ve açık redüksiyon gerektiren travmatik patellar çıkıklar olgu sunumu olarak yayınlanacak derecede nadir görülen olgulardır.<sup>5,6</sup>

Yerine konmamış eski travmatik patella çıkığı bu saydığımız nedenlerden dolayı çok nadir görülen bir hastalıktır.<sup>1,7,8</sup> Bunu rekürrent patella çıkığından ayırd etmek gerekir. Eğer daha önce de çıkık oluşmuşsa, hasta kız ve adolesan ise, aile hikayesi varsa, karşı diz anormal bir lateral mobilite gösteriyorsa, Q açısı artmışsa rekürrent çıkıktan şüphelenmek gerekir.<sup>2,4,9,10</sup> Bizim hastamız rekürrent çıkığı düşündürecek özelliklerin hiç birine sahip değildir. Ayrıca rekürrent çıkıkta patella ekstansiyonda çıkarken, fleksiyonda redükte olur.<sup>11</sup> Hastamızda ise patella devamlı olarak çıkık olmanın ötesinde fleksiyonda daha da arkaya doğru yer değiştiriyordu.

Aslında bu olguyu kronik patella çıkığı olarak düşünmek yanlış olmasa gerek. Kronik patella çıkığı konjenital ya da kazanılmış olabilir. Kazanılmış çıkıkların çok nadir bir sebebi de travmadır. Kronik çıkıklar ikiye ayrılır. Birinde diz fleksiyona her gelişinde patella laterale doğru çıkar ve diz ekstansiyona getirildiğinde de orta hatta geri döner. Buna habituel çıkık denir. Bunun daha ileri şekli olan kalıcı çıkıkta ise patella devamlı olarak çıkık durumdadır.<sup>11</sup> Miller ve ark.<sup>8</sup> travma sonucu patella çıkığı oluşan ve yetersiz tesbit ve tedavi nedeniyle kalıcı çıkığa dönüşümün söz konusu olduğu erişkin bir hastayı cerrahi olarak tedavi etmişler ve iyi netice aldıklarını ifade etmektedirler. Onlar travmaya bağlı olarak tekrarlayan patella çıkığının yetersiz tedavisi sonucunda kalıcı çıkık oluştuğunu ifade etmektedirler. Ancak bizim hastamızda tedavinin ye-

tersiz olması bir yana, çıkığın hiç redükte edilmediği görülmektedir. Hasta, travma sonucu oluşan patella çıkığının uzun süre redükte olmamış halde kalması yönüyle de ilginç bir olgudur. Bu hastada patella çıkığı ile birlikte femur kırığı da söz konusudur. Femur kırığı tedavi edilirken patella çıkığı gözden kaçmıştır. Muhtemelen femur kırığının tesbitinde faydalanılan pelvipedal alçı diz fleksiyonda iken yapıldığından patella çıkık halde kalmış ve ancak alçı çıktıktan ve kırık kaynamaya başladıktan sonra farkına varılmıştır. Farkına varıldıktan sonra da uylukta atrofi, diz hareketlerinde kısıtlılık, kuadriseps kontraktürü ve ekstansiyoda zayıflık ile kendini gösteren komplikasyonlar ortaya çıkmıştır.

Eski, redükte edilmemiş patella çıkığı gözlem, patellanın yeniden eski konumuna getirilmesi veya patellektomi ile tedavi edilebilir. Çıkığa rağmen diz fonksiyonu bozulmamışsa gözlem yeterlidir. Eğer çıkık oluşalı uzun süre geçmemişse, patelladaki dejeneratif değişiklikler az ise veya hiç yoksa ve tibiofemoral eklem normal ise açık redüksiyon faydalı olur. Patellada önemli oranda dejeneratif

değişiklikler oluşmuşsa patelloplasti veya patellektomi endikasyonu vardır.<sup>1,7,8</sup>

Bizim hastamızda patellada önemli oranda dejeneratif değişiklik söz konusu değil ve tibiofemoral eklem radyolojik olarak normaldi. Ancak eklem fonksiyonları bozulmuştu. Hastanın yaşı da küçük olduğundan ileride gelişecek komplikasyonlar düşünülerek patellanın bir dizi işlemle yerine alınması ve diz hareketlerinin düzeltilmesi tercih edilmiştir. Tedavi sonucunda da istenilen elde edilmiş, diz eklemi tamamen normal olmasa da ona yakın bir duruma getirilmiştir.

Travmatik patella çıkığı nadir görülen ve çoğunlukla da spontan olarak redükte olan bir durumdur. Ancak çok nadir de olsa bizim olgumuzda olduğu gibi gözden kaçabilir. Redükte edilmemiş eski çıkıklarda eğer patellada ve dizde dejeneratif değişikliklere sebep olacak kadar uzun süre geçmemiş ve hastanın yaşı da küçük ise patellayı eski konumuna getirecek uygun cerrahi bir işlemin faydalı olabileceği kanaati çalışmanın bir sonucu olarak yazarlarda oluşmuştur.

### KAYNAKLAR

1. Ege R. Patella çıkıkları. In: Ege R, ed. Diz Sorunları. Ankara: Bizim Büro Basımevi; 1998: 1001-1026.
2. Sharrard WJW. Pediatric Orthopaedics and Fractures. 3rd ed. London: Blackwell Scientific Publications; 1993: 1501-1502.
3. Tolo V. Fractures and dislocations about the knee: Patellar dislocation. In: Green NE, Swiontkowski MF, eds. Skeletal Trauma In Children. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998: 453-454.
4. Tachdjian MO. Pediatric Orthopedics. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1990: 3282-3283.
5. Carragher AM, Todd A, Blake G. Acute traumatic lateral patellar dislocation. Ann Emerg Med. 1989; 18: 1362-1363.
6. Corso SJ, Thal R, Forman D. Locked patellar dislocation with vertical axis rotation. A case report. Clin Orthop. 1992; 279: 190-193.
7. Freeman BL. Old unreduced dislocation: Patella. In: Canale ST, ed. Campbell's Operative Orthopaedics. St.Louis: Mosby; 1998: 2658-2660.
8. Miller MD, Hausman M, Jokl P, et al. Permanent post-traumatic patellar dislocation. J Trauma. 1988; 28: 1389-1392.
9. Miller GF. Familial recurrent dislocation of the patella. J Bone Joint Surg. 1978; 60-B: 203-204.
10. Runow A. The dislocating patella: Etiology and prognosis in relation to generalized joint laxity and anatomy of the patellar articulation. Acta Orthop Scand (Suppl.). 1983; 202: 1-53.
11. Aglietti P, Buzzi R, Insall JN. Disorders of the patellofemoral joint. In: Insall JN, Windsor RE, Scott WN, et al., eds. Surgery of The Knee. New York: Churchill Livingstone; 1993: 241-385.

#Bu çalışma xvii. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi'nde sunulmuştur (24-29 Ekim 2001, Antalya).

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Erzurum.

**Yazışma Adresi: Dr. Davut Keskin**

Üniversite Lojmanları 45. Blok, No: 4 25240 ERZURUM

Tel: +90 442 316 6333

Fax: +90 442 316 6340

E-mail: keskind@atauni.edu.tr