

Olgu Sunumu

İzole Subtalar Çıkıkları: İki Olgu Sunumu

Şafak Ekinci*, M. Fethi Ceylan**, Ercan Köseoğlu***, Levent Ediz****, Fatih Duygun*

Özet

Subtalar eklem çıkıkları yüksekten düşme, spor yaralanmaları ve motorlu taşıt kazaları gibi yüksek enerjili travmalar sonucu nadiren gelişirler. Hastaların muayenesinden sonra, uygun X-ray ve bilgisayarlı tomografi ile redüksiyonun yeterliliği ve eşlik eden osteokondral kırıklar değerlendirilmelidir. Subtalar çıkığının esas tedavisi kapalı redüksiyon ve tespittir. Çoğunlukla lateral çıkılarda görülen eklem aralığına dokuların sıkışması durumunda açık redüksiyon gerektirirler. Bu yazıda düşme sonucu subtalar çıkık gelişen 2 hasta sunuldu. Medial çıkıklı hasta kapalı redüksiyonla tedavi edilirken, lateral çıkıklı hastada ise açık redüksiyona geçildi. Hastaların 6 yıllık takiplerinde artroz ve hareket kısıtlılığının gelişmemesi çıkığa osteokondral kırıkların eşlik etmemesi ile ilişkilendirildi.

Anahtar kelimeler: Subtalar eklem, osteokondral kırık, çıkık, artroz.

Travmatik subtalar çıkık, bütün eklem çıkıklarının yaklaşık % 1-2 sini içerir. Az görülen bu çıkık yüksekten düşme, spor yaralanmaları ve motorlu taşıt kazaları gibi yüksek enerjili travmalar sonucu oluşur (1). İnversiyon veya eversiyon zorlanması sonucu talonaviküler ve talokalkaneal ligamentlerin hasarlanması subtalar çıkıkta görülen temel patolojilerdir. Çıkık oluşan ayakta genellikle belirgin bir deformite vardır. Medial çıkık, kazanılmış clubfoot ve lateral çıkık ise kazanılmış flatfoot olarak isimlendirilirler (2). Bu çıkığa bağlı olarak talus avasküler nekrozu, eklem çevresi osteokondral kırıklar, nörovasküler yaralanmalar, geç dönemde posttravmatik artroz ve kronik ağrı gelişebilir (3). Bu yazıda osteokondral kırığın eşlik etmediği, biri lateral diğeri ise medial subtalar çıkıklı 2 olgu sunuldu.

Olgu 1

Basketbol antrenmanı sırasında 17 yaşında erkek hastanın sağ ayağı burkulmuş. Acil serviste yapılan değerlendirmede ayak dorsalinde ağrı, şişlik ve deformite mevcuttu. Ciltte kesi yoktu fakat ayak dorsalinde yaygın ekimoz vardı. Nörovasküler muayene normaldi. Çekilen ön-arka X-ray'de ayağın talus dışında kalan kısmı mediale disloke idi (Fig. 1).



Resim 1. Birinci olgunun ilk geliş grafisi.

*Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Gümüşsuyu Asker Hastanesi, İstanbul, TÜRKİYE.

**Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van, TÜRKİYE.

***Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Eskişehir Asker Hastanesi, Eskişehir, TÜRKİYE.

****Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van, TÜRKİYE.

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Fethi CEYLAN
Address: Yuzuncu Yil Universitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, 65400, Van, TÜRKİYE.

Makale Geliş Tarihi: 05.01.2011

Makale Kabul Tarihi: 28.01.2011

Genel anestezi altında kapalı olarak, ön ayağa traksiyonla beraber, talus başına deformitenin tersi yönde bastırarak redüksiyon sağlandı ve kontrol X-ray ile redüksiyon doğrulandı. Bilgisayarlı tomografi cihazımız arızalı olduğu için olgularımızda osteokondral kırık kontrolü yalnızca direkt grafi ile yapıldı. Akabinde kısa bacak alçı ile ayak bileği nötral pozisyonda iken 4 hafta tespit edildi. Daha sonra ayak bileği eklem hareketlerine başlandı ve tedrici olarak hastaya basması tavsiye edildi. Hasta 6 ay sonra okul takımında basketbol maçına çıktı. Hastanın bir yıl sonraki kontrolünde, uzun süre ayakta kaldığında, çok ağır yük taşıdığı ve engebeli zeminde yürüdüğüde ağrı hissettiğini belirtti. Çekilen kontrol X-ray'de eklem stabil idi (Fig. 2).



Resim 2. Birinci olgunun 1 yıl sonraki kontrol grafisi

Olgu 2

21 yaşında asker hastada, 3 metre yükseklikteki asma merdivenden düşme sonucunda sol ayağında şişlik, ağrı ve deformite gelişmiş. Acil serviste yapılan değerlendirmede ayak medialinde 3 cm lik cilt laserasyonu vardı. Nörovasküler muayenesi normaldi. Tetanoz aşısı ve 1 gr intramüsküler cefazolin ile antibiotik profilaksisi yapıldı. Çekilen X-ray'lerde lateral subtalar çıkık saptandı (Fig. 3). Genel anestezi altında kapalı redüksiyon sağlanamaması üzerine açık redüksiyona geçildi. Tibialis posterior tendonunun eklem aralığına girerek redüksiyonu



Resim 3. İkinci olgunun ilk geliş grafisi

engellediği görüldü ve aradan çıkarılarak redüksiyon sağlandı. Ameliyat sonrası takip ve rehabilitasyonda önceki hastada uygulanan prosedür izlendi. Takiplerinde enfeksiyon gelişmedi. Hastanın 1 yıl sonraki kontrolünde uzun süre ayakta kaldığında hafif ağrısının olduğunu belirtti ayrıca çekilen X-ray'de eklemden artroz yoktu ve eklem stabil idi (Fig. 4).



Resim 4. İkinci olgunun 1 yıl sonraki kontrol grafisi

Tartışma

Subtalar çıkıklar tüm çıkıklar içinde % 1-2 oranında nadir olarak görüldüğü için literatürde vaka serileri çok azdır. Bu çıkık çoğunlukla yüksekten düşme, spor yaralanmaları ve motorlu taşıt kazaları gibi yüksek enerjili travmalar sonucu oluşur. Sınıflandırmalar benzerdir ve ayağın talusa göre pozisyonu değerlendirilerek yapılır. En sık mediale çıkık ve daha sonra sırasıyla laterale, anteriora ve posteriora çıkıklar

görülmür. Bu çıkığa bağlı olarak talus avasküler nekrozu, eklem çevresi osteokondral kırıklar, nörovasküler yaralanmalar, geç dönemde posttravmatik artroz ve kronik ağrı gelişebilir (4).

Konjenital subtalar çıkığı olgularının kalkaneovalgus deformitesine eşlik ettiği belirtilmiştir. Travmatik subtalar çıkıklar çoğunlukla kapalı olarak tedavi edilirlerken konjenital olanlarda cerrahi tedavi düşünülmelidir ve ameliyat sonrası tespit süresi daha uzundur (5). Delee ve ark 17 motorlu taşıt kazası ve yüksekten düşme sonucu gelişen subtalar çıkıklı hastalarının 8'inde ilişkili eklem çevresi osteokondral kırıkları saptadılar bu hastalarında artroz, hareket kısıtlılığı gibi geç dönem komplikasyonlarının fazla olduğunu belirttiler (6). Yine Jungbluth ve arkadaşları; 97 kırığın eşlik etmediği izole subtalar çıkıklı hastada, eklem hareket açıklığında ortalama 5 yıllık takiplerde kayda değer bir kısıtlılık saptamamıştır (7). Olgularımızda çıkığa eşlik eden eklem çevresi osteokondral kırıkların olmaması; 1 yıl sonraki takiplerinde artroz gelişmemesi ve eklem hareket açıklığının korunmasında etkili olmuştur. Yüksek enerjili travma sonucu oluşan subtalar çıkıklara eşlik edebilecek diğer eklem çıkıkları ve doku travmaları açısından dikkatli olunmalıdır. İlk değerlendirmede nörovasküler defisiti olan hastaların çoğunda redüksiyondan sonra ayağın dolaşımı düzelir. Başlangıçta defisit olmayanlarda redüksiyon esnasında dolaşımın bozulabileceği de akılda tutulmalı ve redüksiyondan sonra nabız kontrolü yapılmalıdır (8, 9). Olgularımızda nörovasküler yaralanmanın olmaması gelişen deformitenin aşırı olmaması ile ilişkilendirilebilir. Ancak lateral çıkığı olan ikinci olgumuzda tibialis posterior tendonu eklem aralığına girmişti ve redüksiyonu engelliyordu.

Sonuç olarak bu çıkıklara eşlik edebilecek komplikasyonlar açısından akut dönemde dikkatli olunmalıdır. Geç dönemde gelişebilecek komplikasyonlar açısından hastaların uzun dönem takip edilmeleri gereklidir.

Isolated Subtalar Dislocations: Report Of Two Cases

Abstract

Subtalar joint dislocations are seen rarely as a result of high-energy traumas such as falling-down from a heigh place, sports injuries, and motor vehicle

accidents. After physicial examination of the patients, associated osteochondral fractures and adequacy of reduction should be evaluated with appropriate X-ray and computed tomography. The main treatment of subtalar dislocation is closed reduction and fixation. It requires open reduction in case of tissue compaction in the joint space which is usually seen in the lateral joint dislocations. This study presents two cases in whom subtalar dislocation was developed as a result of falling down from a heigh place. One of the patients who had medial dislocation was treated with closed reduction and the other patient who had lateral dislocation was treated with open reduction. During the 6-year follow-up period of the patients, arthrosis and decreased range of motion were not developed and this was attributed to that osteochondral fractures were not associated with dislocation.

Key words: Subtalar joint, osteochondral fractures, dislocation, arthrosis.

Kaynaklar

1. Jerome JT. Antero-lateral subtalar dislocation. Foot Ankle Surg 2008; 14:36-39.
2. Jerome JT, Varghese M, Sankaran B. Anteromedial subtalar dislocation. J Foot Ankle Surg 2007; 46:52-54.
3. Milenkovic S, Mitkovic M, Bumbasirevic M. External fixation of open subtalar dislocation. Injury 2006; 37:909-913.
4. Horning J, Dipreta J. Subtalar Dislocation. Orthopedics 2009; 12:901-904.
5. Saini R, Dhillon MS, Gill SS. Congenital subtalar dislocation-A case report. The Foot 2009; 19:181-185.
6. DeLee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. J Bone Joint Surg Am 1982; 64:433-437.
7. Jungbluth P, Wild M, Hakimi M, Gehrman S, Djuriscic M, Windolf J, et al. Isolated Subtalar Dislocation. J Bone Joint Surg Am 2010; 92:890-894.
8. Ovadia D, Steinberg EL, Mozes G, Menahem A. "Floating tibia-talus complex"--an ipsilateral dislocation of the knee and the subtalar joint in an elderly patient: a case report and review of the literature. J Foot Ankle Surg 2001; 40:113-115.
9. Pehlivan Ö, Solakoğlu C, Akmaz İ. Subtalar Dislocations: a Report of Two Cases. Turk J Med Sci 2003; 33:111-115.