

OLEKRANON KIRIKLARINDA CERRAHİ TEDAVİ ve ERKEN MOBİLİ- ZASYON SONUÇLARI

Dr. Muzaffer AYKURT (x)
Dr. R. Gür USTAOĞLU (xx)
Dr. M. Adnan ABBASOĞLU (xxx)

Ö Z E T

Bu çalışmada, kliniğimizde 1970-1979 yılları arasında cerrahi ve konservatif olarak tedavi edilen 64 olekranon kırıklı olgudan takibe edilebilen 19 olgu incelendi. Bunlarda uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları literatürlerin ışığı altında tartışıldı

GİRİŞ

Olekranon, ulnanın dirsek eklemine oluşturacak şekilde uzanan devamı olup, ihtiva ettiği incisura trochlea, humerusun trochleası ile humero-ulnar eklemi teşkil eder. Bu eklem, ginglimus (mentşe) tipinde olup hareket genişliği ortalama 150 derecedir. Olekranon, dirsek eklemine hipereks-tansiyonu engelliyerek stabiliteyi sağlar. Bütün kırıkları intraartikülerdir ve dirsek eklem stabilitesini bozarlar (9,1)

Olekranon kırıkları, genellikle kırığın deplasmanına ve kırık çizgi-

sine göre değerlendirilir. Buna göre:

- I- Ayrılma Göstermeyen Kırıklar
- II- Ayrılma Gösteren Kırıklar
 - A- Koma (Avulsiyohn) Kırıkları
 - B- Obliq ve Transvers Kırıklar
 - C- Parçalı kırıklar
 - D- Kırıklı-Çıkıklar

şeklinde sınıflandırılabilirler(11).

Kırık oluşunda iki esas mekanizma etkindir: (7,12):

- 1- Direkt Travma (Dirsek üzerine düşme veya olekranona isabet

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Körsü Döçenti ve Klinik Başkanı.

(xx) Aynı Körsü Uzman Asistanı

(xxx) Aynı Körsü Uzman Asistanı.

eden direkt darbe sözkonusudur. Çoğunlukla kırık tipi parçalıdır.

2- İndirekt Travma (Dirsek fleksiyonda iken el veya önkol üzerine düşme anında triceps kasının ani ve kuvvetli kasılması sözkonusudur. Kırığın deplasmanı, tricepsin kasılma gücüne bağlı olup kırık çizgisi genellikle obliq veya transverstir).

Tanı, klinik ve radyolojik bulgularla konulur. Travma sonrası, dirsek bölgesinde ödem, hassasiyet, kırık fragmanları arasında teşekkül eden sulkusun palpasyonu saptanır. Yerçekimine karşı dirsek aktif ekstansiyonunu yapamaz. Ön-arka ve lateral yönlerde çekirilen grafilerde kesin tanıya ulaşılır(3,6).

Olekranon kırıklarının tedavisindeki genel görüşlere göre; 2 mm. den az ayrılma gösteren olgulara konservatif, 10 mm. den fazla deplasmanı olan olgulara cerrahi tedavi yöntemleri uygulanır. 2-10 mm. arasındaki ayrılmalar cerrahi tedavi için nisbi endikasyonu oluştururlar(8).

Olekranon kırıklarının tedavi sonuçlarının değerlendirilmeleri, olgunun subjektif şikâyetlerine ve eklem hareket kısıtlılığının derecesine göre yapılır(10,14).

Olekranon kırıklarında görülebilecek başlıca komplikasyonlar; dolayım bozukluğuna bağlı Wolkman'ın iskemik kontraktürü, mal-union veya non-union, travmatik myositis ossifikans, eklem sertliği, abnormal epifiziyal büyüme, ulnar sinir yaralanmalarıdır(5).

MATERYAL ve METOD

Çalışmayı teşkil eden ve 1970-1979 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen 19 olgunun hepsi (% 100) erkekti. 11-65 yaşlar arasındaki olgu-

ların yaş ortalaması 31'dir. Etiyolojik nedenlerin çoğunluğunu dirsek üzerine düşmeler teşkil ediyordu (Tablo-1).

TABLO - 1: Etiyolojik Nedenler Gösterilmiştir.

Etiyolojik Neden :	Olgu Sayısı	%
Dirsek Üzerine Düşme	8	43
Ateşli Silahla Yaralanma	5	26
Trafik Kazaları	4	20
Diğer Nedenler	2	11

Kliniğe kabul edilen olguların sistemik ve ortopedik muayeneleri yapıldı ve gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikleri istendi.

Tedavide, olguların özelliklerine göre çeşitli metodlar uygulandı. Özellikle ayrılmış tipte olan kırıkların cerrahi tedavisinde internal tesbit araçları ile fiksasyona önem verildi.

BULGULAR

Belirtilen süre içinde tedavi sonuçlarını izleyebildiğimiz 19 olgunun 15'inde (% 79) sol, 4 ünde (% 21) sağ olekranon kırığı mevcuttu.

Olgularımızdaki kırık tiplerinin çoğunluğunu obliq ve transvers tipteki kırıklar oluşturmakta idi (Tablo-2).

TABLO - 2 : Kırık Tipleri Gösterilmiştir.

Kırık Tipi :	Olgu Sayısı	%
Ayrılmamış Kırıklar	1	6
Ayrılmış Kırıklar		
Kopma (Avulsiyon) Kırıklar	3	16
Olliq ve Transvers Kırıklar	8	41
Parçalı Kırıklar	7	37
Kırıklı - Çıkıklar	—	—

4 olgu (% 21 konservatif, 15 olgu (% 79) cerrahi metodlarla tedavi edildi. Cerrahi olarak tedavi

edilen olguların çoğunluğuna kompresyon vidasi ile internal fiksasyon uygulandı (Tablo-3).

TABLO - 3 : Uygulanan Tedavi Yöntemleri gösterilmiştir.

Tedavi Yöntemi	Ayrılmamış Kırıklar	Kopma Kırığı	Transvers ve Obliq K.	Parçalı Kırık	Kırıklı Çıkık
Konservatif Tedavi	1 (%5)	1 (%5)	1 (%5)	1 (%5)	—
Cerrahi Tedavi					
Eksizyon	—	1 (%5)	—	1 (%5)	—
Tel Dikiş	—	1 (%5)	1 (%5)	2 (%11)	—
Vida İle Tesbit	—	—	6 (%32)	3 (17)	—

Ortalama takip süreleri 48 ay olan olguların tedavi sonucu değer-

lendirme sonuçları Tablo-4'de gösterilmiştir.

TABLO - 4 : Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi Gösterilmiştir.

Sonuç:	Olgu Sayısı	%
İYİ	10	52
ORTA	6	32
KÖTÜ	3	16

Komplikasyon olarak 3 olguda (% 17) irreversible sinir lezyonları

ile 1 olguda (% 5) reversibl sinir lezyonu gelişti.

TARTIŞMA

Olgularımızda saptanan olekranon kırıklarına neden olan etiyolojik faktörler, yararlanılan kaynaklara uyum göstermektedir(1,2,13).

Parçalı tipteki olekranon kırıklarının direkt travma sonucu oluştuğu, tarafımızdan da izlendiği şekilde birçok araştırmacı tarafından belirtilmektedir(7,12).

Ayrılmamış olekranon kırıklarında, konservatif tedavinin uygulanması konusunda görüş birliği vardır. Bazı çalışmacılar, immobilizasyonun dirseğin ekstansiyon durumunda yapılmasına karşıdırlar(4,8). İki olgumuza tam ekstansiyonda tesbit yapmamız nedeniyle dirsekte 10 derecelik fleksiyon kaybı meydana geldi. Richeard Farr, dirseğin önce 3 hafta ekstansiyonda, sonra 1-2 hafta flaksiyonda tesbitini önerir(7). Konservatif tedavi uyguladığımız olguların dirsekleri genellikle 90 derece fleksiyon pozisyonuna yakın durumda immobilize edilmiştir.

Ayrılmış olekranon kırıklarında, çoğu çalışmacılar cerrahi tedaviden yanadırlar(1,4). Bazı araştırmacılara göre 2-10 mm. arası ayrılmalar da cerrahi girişim ön planda tutulmalıdır. 10 mm. den fazla ayrılma gösteren kırıklarda ise cerrahi tedavi ancak non-uniona engel olabilir(8).

Açık redüksiyonda çeşitli internal tesbit araçları kullanılmıştır. Bazı araştırmacılar, delayed union veya non-union gelişen olgularda triceps tendonunu tesbit vasıtası olarak kullan-

mışlardır(1). Watsonjones, bu tip kırıklarda tel serkilajı yoluyla internal tesbiti önerir. Babayan, olekranon kırıklarında telle serkilaj ve vida ile internal tesbit yöntemlerini karşılaştırmış, vida ile tesbitin süre ve sonuç yönünden daha olumlu netice verdiğini saptamıştır(2). De Palma, obliq ve az parçalı kırıklarda (8) şeklinde tel ilmikle tesbiti önerir(4). Bu tekniği uyguladığımız 1 olgumuzdan (% 5) orta netice aldık. Eppright ve Wilkins., obliq kırıklarda vida ile tesbitin olumlu sonuç verdiğini açıklamışlardır(11). Obliq kırığı olan 6 olgumuza vida ile tesbit yapmış ve iyi sonuç alınmıştır.

Weseley ve Eisenstein'e göre, olekranon proksimal yarısının parçalı kırıklarında ve küçük kopma kırıklarında parçaların eksizyonu dirsek ekstansiyon kuvvetinde ve stabilitesinde bir kayba neden olmaz(15). Kopma kırığı olan 1 ve parçalı olekranon kırığı olan 2 olgumuza eksizyon yapılmış ve hepsinden iyi sonuçlar alınmıştır.

Konservatif tedavinin çeşitli komplikasyonları, geç sonuçlar olarak ortaya çıkmaktadır(8,13). Olgularımızda psödoartroz komplikasyonuna rastlanmamıştır. Zira, tedavide çoğunlukla cerrahi metodları uyguladık. Ayrıca, kırık iyileşmesinde tedavinin şeklinden çok tedaviye başlama süresi önemlidir. Tedavi sonrası elde ettiğimiz sonuçlarla, taranan çalışmalardaki sonuçlar tam bir uyum göstermektedir(7,8,11).

SONUÇ

1- Olekranon kırıklarına, kırığın şekil ve durumuna göre tedavi yapılmalıdır. Ayrılmamış olekranon kırıklarında konservatif tedavi ile iyi sonuçlar alınabilir.

2- Cerrahi tedavide en uygun metod, intrameduller kompresyon vidası ile internal tesbittir. Ayrıca, kırık fragmanı, eklemin 1/2'sinden

büyük değilse, parçanın eksizyonu ve triceps kasının ulnaya tesbiti yapılabilir.

3- Tedaviye başlama süresi kırsaldıkça, iyi sonuç alma oranı artar.

4- Erken rehabilitasyon önemli olup, bu da intrameduller olarak vida ile tesbitten sonra mümkündür.

SUMMARY

(THE SURGICAL TREATMENT AND THE RESULTS OF THE EARLY MOBILISATION FOR THE OLECRANON FRACTURES).

19 cases which have fractures of olecranon treated by conservative and surgically have been investigated in our clinic between 1970-1979. In spite of 64 cases 19 could have

been controlled. The others didn't come to control. The type of treatment and results were discussed with literatures.

KAYNAKLAR

- 1- Alderidge, G.S., Jr., and Greogory, G.F.: Triceps advancementin olecranon fractures. J. Bone Joint Surg., 51-A: 816, 1969.
- 2- Babayan, R.: Fractures of olecrani. Excerpta Medica, Orthop. Surg., Sec. 33, Abst. No.: 1472, Vol. 22.4.: 238, 1977.
- 3- Çakırğil, G.S.: "Kol ve dirsek yaralanmaları". Ortopedi ve Travmatoloj 355-368, A.Ü.T.F.Y., Ankara, 1977.
- 4- De Palma, F. Antony, Ege, R.: (Tercüme) "Olekranon kırıkları". Kırık ve Çıkıkların Tedavisi, 422-428-, A.Ü.T.F.Y., Ankara, 1978.
- 5- Elsayh, N.I.: Complet division of the ulnar nerve as a complication of medullary fixation of fractured olecranon. Excerpta Medica, Orthop. Surg., Sec. 33, Abst. No.: 720, Vol. 22.2.: 114, 1977.
- 6- Ege, R.: "Önkol kırık ve çıkıkları". Hareket Sistemi Travmatolojisi, 366-395, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1978.
- 7- Farr, R.S.: Fractures of the elbow New York J. Med., 40: 1288-1291, 1940.
- 8- Hofbauer, F., Licen D., and Roka, R.: Late results of olecranon fractures. Excerpta Medica, Orthop. Surg., Sec. 33, No: 721, Vol.: 22.2.: 114-115, 1977.

- 9- Odar, İ.V.: Hareket Sistemi Anatomisi, 190-221, Yeni Desen Matbaası, Ankara, 1969.
- 10- Radin, E.L., and Riseborough, E.J.: Fractures of the olecranon. J. Bone Joint Surg., 48-A: 1055-1064 1966.
- 11- Rockwood, C.A., and Green, D.P.: Fractures, V.I., Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1975.
- 12- Schltz, R.J.: The language of fractures, Baltimore, Williams and Wilkins, 1972.
- 13- Serfling, H.I.: Treatment of fractures of the olecranon. 261. Chirurji 103, (112-117), 1978.
- 14- Süren, O.: Eklem Kırıkları, Acta Orthop. et Trau. Turcica, 10,1, 43-49, 1978.
- 15- Wesely, M.S., and Eisenstein, A.L.: The use of the Zuelger hook plate in fixation of olecranon fractures, Brookyn, New York.