

AYAKBİLEĞİ KIRIKLI-ÇIKIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİ VE SONUÇLAR

Dr. Muzaffer AYKURT (x)

Dr. Hasan ATUK (xx)

Dr. Bülent ALPASLAN (xxx)

Dr. Mustafa ÖKTEN (xxxx)

ÖZET

1971-1979 yılları arasında kliniğimizde takip edebildiğimiz 20 ayakbileği kırıklı-çıkık olgusu incelendi. Bunlarda uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri ve sonuçları literatürlerin ışığı altında tartışıldı.

GİRİŞ

Ayakbileği eklemi, ginglimus (mentşe) tipi bir eklem olup stabilitesi yer çekimine, kemik, ligament ve kasların düzenine bağlıdır. Hareketleri, her iki molleolden geçen transvers bir eksen etrafında olup 50 derece fleksiyon ve 20 derece ekstansiyon hareketine sahiptir (10,14).

Ayak bileği kırıklı-çıkıkları, genellikle talusun gösterdiği deplasmana göre değerlendirilir (12). Sınıflandırma, en yaygın olarak, "Zorlamanın Tipine Göre" yapılır (5). Bu sınıflandırma şöyledir:

- 1- Dış Rotasyon Zorlamasına Bağlı Kırıklı-Çıkıklar.
- 2- Abduksiyon Zorlamasına Bağlı Kırıklı-Çıkıklar.
- 3- Adduksiyon Zorlamasına Bağlı Kırıklı-Çıkıklar.
- 4- Vertikal Kompresyona Bağlı Kırıklı-Çıkıklar.

Ayak bileği kırıklı-çıkıklarında, talar deplasman ile birlikte, zorlamanın yönüne ve şiddetine göre sıklıkla her iki molleolün kırığı, nadiren bir molleol kırığı ile birlikte bir ligamentin ruptürü veya trimalleoller meydana gelir (7,12).

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

(xx): Bandırma S.S. K. Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı.

(xxx): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

(xxxx): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

Tanı, klinik bulgularla ve kesin olarak radyografi ile konulur. Travmanın akabinde ayakbileğinde şiddetli ağrı ile birlikte ödem, deforme görünüm ve hareket kısıtlılığı ortaya çıkar. Travma çok şiddetli ise açık kırıklı-çıkık görülebilir. Ön-arka ve lateral yönlerden çektilen radyografiler kesin tanı için yardımcıdır (1,11).

Diğer tüm çıkıklarda olduğu gibi, ayakbileği kırıklı-çıkıkları da acil redüksiyonu gerektirir. Bu esnada, infeksiyon tehlikesi yoksa malleollerin de internal fiksyonları yapılır (7,14).

Ayakbileği kırıklı-çıkıklarının tedavi sonu değerlendirilmesi ağrı, şişlik, eklem sertliği ve fonksiyonel kapasite kriterlerine göre yapılır (12).

Travmanın şiddetine bağlı olarak ortaya çıkabilecek en önemli komplikasyonlar infeksiyon, damar ve sinir lezyonları, non-union, ostedartit ve eklem ankilozudur (5,7).

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya esas teşkil eden olgular, 1971-1979 yılları arasında kliniğimizde cerrahi yöntemlerle tedavi edilen 19 erkek ve 1 kadın olmak üzere 20 hastadır. Olguların yaşları 12-65 arasında olup yaş ortalamaları 37 dir. Travma anından itibaren en erken başvuru 4 saat, en geç başvuru 2 ay sonra olup ortalama gecikme zamanı 7 gün idi. Olguların 8'i trafik kazaları, 4'ü yüksekten düşme, 4'ü burkulma, 3'ü at üzerinden düşme ve 1'i ayacağını patos kayışına kaptırma nedenleri ile yaralanmışlardı.

Olgular kliniğe kabul edilerek sistemik ve ortopedik muayeneleri yapıldı. Gerekli labratuar ve radyolojik tetkileri istendi.

Tedavide, olguların özelliğine göre çeşitli tedavi yöntemleri uygulandı. Ancak genellikle tibio-talar eklem acil redüksiyonuna ve infeksiyon riski olmayan olgularda malleollerin internal olarak tesbiti ile kapsül ve ligamentlerin tamirine önem verildi.

BULGULAR

Belirtilen süre içinde izleyebildiğimiz olguların 11'inde sağ 9'unda sol ayakbileği afettede idi. 13 olguda açık, 7 olguda kapalı kırıklı-çıkık mevcuttu.

Olguların 8'inde abduksiyon, 4'ünde dış rotasyon, 4'ünde adduksiyon ve 4'ünde de vertikal kompresyon zorlamasına bağlı ayakbileği kırıklı-çıkığı olmuştur. 3'üde nabazan yokluğu, 3'üde de infeksiyon kliniğimize başvurduklarında mevcuttu.

Tedavi olarak bütün olgulara açık redüksiyon uygulanmış olup, buna ek olarak 14 olguya internal tesbit, 13 olguya debritleme, 1 olguya medial molleol eksizyonu ve aynı olguya akabinde ayakbileği artrodezi yapıldı.

Geldiklerinde nabazan yokluğu saptanan 3 olguda, tedavi sonrası dolaşım normale döndü. Ancak, infeksiyon saptanan 3 olgudan 1 tanesinde infeksiyon kontrol altına alınabildi.

Takip süreleri sonunda, olguların ayakbileği hareketlerinde ortalama 10 derece ekstansiyon ve 25 derece fleksiyon sınırlılığı olmak üzere toplam 35 derecelik hareket kısıtlılığı tesbit edilmiştir. Takip süreleri ortalama 30 ay olan olguların 4'ünde çok iyi, 4'ünde iyi, 9'unda orta ve 34'ünde kötü sonuçlar alındı.

Komplikasyon olarak 3 olguda infeksiyonunun akabinde osteoartrit, 2 olguda osteoartrit ile birlikte medial molleolün non-unionu, 1 olguda 10 derecelik fleksiyon durumunda spondan ossoz ankiloz ve 1 olguda da infeksiyon ve medial molleolün eksizyonu nedeni ile stabilitesi sağlanamayan ayakbileğine artrodezi uygulandı.

TARTIŞMA

Travmatolojik sorunlar yaratan trafik, endüstri, spor ve iş kazalarının hızla çoğaldığı günümüzde, ayakbileği kırıklı-çıkıkları da önemli oranda artmıştır. Bunların tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonu ile ilgili çalışmalar giderek önem kazanmaktadır.

Taranan çalışmalarda, etiyolojik neden olarak "travma" suçlandırılmış, fakat travmanın türü konusunda bir dağılıma rastlanmamıştır. Olgularımızda ise, travma nedeni olarak ön sırayı trafik kazaları almaktadır.

CHILDRESS'in olgularının % 7'sinde, JACQUEMAIRE'nin olgularının % 64'ünde açık kırıklı-çıkık olduğu bildirilmektedir (4,6). Biz ise olgularımızın % 65'inde açık kırıklı-çıkık saptadık.

CHILDRESS, JACQUEMAIRE, SEVEND-HANSEN'in olgularında % 35-47 abduksiyon tipi, % 19-24 dış rotasyon tipi, % 20-27 adduksiyon tipi ve % 7-20 arasında vertikal kompresyon tipi zorlamalarla kırıklı-çıkık meydana gelmişti (4,6,12). Bizim olgularımızın ise % 40'ında adduksiyon, % 20'ser oranlarında dış rotasyon, adduksiyon ve vertikal kompresyon tipi zorlamalar olmuştur.

Bu konudaki gözden geçirilen tüm çalışmalarda ayakbileği kırıklı-çıkıklarının tedavisinde tam bir görüş birliğine ulaşılamadığı anlaşıldı.

KLOSSNER ve SOLONEN, ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarda, konservatif ve cerrahi metodlarla tedavi ettikleri konuların karşılaştırmasını yapmışlar ve cerrahi metodun üstünlüğünü savunmuşlardır (8,14).

MCLAUGHLIN ve RYDER ile MÜLLER, açık redüksiyonla birlikte sadece medial molleolün internal fiksasyonunu, lateral molleolün ise konservatif olarak tedavisini önermişler ve bu metodla tedavi ettikleri olguların % 56'sında memnuniyet verici olmayan sonuçlar elde etmişlerdir (9).

BREITENFELDER, CEDELL ve WILLENEGGER, bir önceki çalışmacıların tedavi metodları uygulandığı takdirde lateral malleol kırık fragmanları arasında interpozisyon olabileceğini ve lateral molleolün laterale yer değiştirmesi ile talusun laterale sublukse olabileceğini öne sürerek ayakbileği kırıklı-çıkıkların da açık redüksiyonla birlikte her iki malleolün de internal tesbitinin gerekliliğini savunmuşlardır (2,3,13).

Bizim gibi bu metodu benimseyen JACQUEMAIRE, WOLF ve KLAMMER, olgularında % 74-85 oranları arasında memnuniyet verici sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir (6,15). Biz de olgularımızın % 85'inde yeterli sonuç elde ettik.

Olgularına konservatif tedavi uygulayan çalışmacılar, tedavi sonrası yüksek insidanslarda redislokasyon ve osteoartritle karşılaşmışlardır. Oysa cerrahi tedavi, özellikle bizim benimsediğimiz metodu uygulayan araştırmacılar, hiçbir olgularında redislokasyona rastlamadıklarını ve % 8-24 oranları arasında osteoartritle karşılaştıklarını açıklamışlardır. Bizim ise % 5 olgumuzda osteoartrit, % 25 olgumuzda infeksiyon ve % 25 olgumuzda redislokasyon saptandı.

Bütün bu çalışma ve bilgilerin ışığında, ayakbileği kırıklı-çıkık olgularında seçkin tedavi yönteminin, açık redüksiyonla birlikte her iki malleolün internal fiksasyonu ve alçı ile dıştan tesbit olduğunu söyleyebiliriz.

SONUÇ

Vücutun ağırlığını taşıyan eklem olması nedeniyle ayakbileği kırıklı-çıkıkları da;

- 1- Diğer eklem kırıklı-çıkıkları gibi acil tedaviyi gerektirir.
- 2- Tedavide en iyi sonuç alınabilen metod, kontrendikasyon yoksa açık redüksiyon, malleollerin internal fiksasyonu ve dıştan alçı ile tesbittir.
- 3- Uygun rehabilitasyon; kas atrofisinin, ligament ve kapsül gerginlik ve yapışıklıklarının ve eklem sertliğinin önlenmesi için gereklidir.
- 4- "Osteoartrit" sonucu etkileyen en önemli komplikasyondur.
- 5- Konservatif tedavi ancak, genel anestezi verilmesinin sakıncalı olduğu halde veya acilen açık redüksiyon uygulanmasını engelleyen lokal faktörlerin mevcudiyetinde endikedir.

SUMMARY

The surgical treatment in fracture dislocations of the ankle and their results).

Between 1971-1979, 20 cases with fracture-dislocations of the ankle followed in our department, were studied. The applied surgical therapeutic methods and their results were discussed with respect to the relevant literatures.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1- Anderson, L.D.: "Fractures". Campbell's Operative Orthopaedics, 509-522, The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1971.
- 2- Breitenfelder, H.: Der Lange Drehruss des auusseren Knochels, (Vern. Dtsch. Orthop. Ges. Beihifet), Z. Orthop., 88: 33-335, 1957.
- 3- Cedell, C.A.: Ankle Lesion. Acta Orthop. Scand., 46: 425-445, 1975.
- 4- Chidress, H.M.: Vertical transartiküler pin fixation for unstable ankle fractures. Clinical Orthop. and Related Reseach, 120: 165-171, oct., 1976.
- 5- Ege, R.: "Ayak bileği yaralanmaları". Hareket Sistemi Travmatolojisi, 610-627, A.Ü.T.F.K., Ankara, 1978.
- 6- jacquemaire, B., et al.: Traitment des fractures malleolaries quvertes, j. Chir., 112: 419-430, Paris, 1976.
- 7- jones-Watson, R., Çakırgil, G.S.: (Tercüme): "Ayak bileği yaralanmaları" Kırıklar ve mafsal yaralanmaları, 407-460, A.Ü.T.F.Y., Ankara, 1968.
- 8- Klossner, O.: Late results of oparitive and non-operative treatment of severe ankle fractures, Acta Chir. Scand., Suppl., 293: 1-93, 1962.
- 9- Müller, G.M.: Fractures of the medial malleolus, Brit. Med. j., 2: 320, 1954,
- 10- Odar, İ.V.: Hakeket Sistemi anatomisi, 134-143, Yeni Desen Matbaası, Ankara, 1969.
- 11- O'donoghue, Don H.: "Injuries of the ankle". Treatment of injuries to Athletes, W. B. Saunders Company, London, 1962.
- 12- Svend-Hansen, et al.: Ankle fractures treated b fixation of the medial malleolus alone. Achta Orthop. Scand., 49: 211-214, 1978.
- 13- Willeneger, H.: Die Behandlung der luxations-fracturen des oberen sprunggelenkes nach biumechaneschen gesichtspunkten. Helv. Chir. Acta, 28: 225-239, 1961.
- 14- Willian, C. Mc. Dade: Treatment of nkle fractures. Instructional Course Lectures, Vol.: XXIV: 251-298, 1975.
- 15- Wolf, W., and Klammer, L.: 2- jarres-Ergebnisse operativ benandelter luxationsfracturen des oberen sprunggelenkes. Med. Welt., Bd., 28:Heft 17, 820-822, 1977.