

YERİNE KONMAMIŞ İSKİ DİRSEK ÇIKIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİ VE SONUÇLARI

Dr. Muzaffer AYKURT (x)

Dr. Ali ÖZENCİ (xx)

Dr. Bülent ALPASLAN (xx)

ÖZET

Bu çalışmada kliniğimizde 1970-1977 yılları arasında cerrahi yöntemlerle tedavileri yapılan 16 yerine konmamış eski dirsek çıkıklı olgu incelendi. Tedavi sonuçları literatürlerin ışığı altında tartışıldı.

GİRİŞ

Üst ekstremitenin tam fonksiyon görebilmesinde dirsek eklemine rolü büyük ve önemlidir. Dirsek eklemi, fonksiyonları kadar çevresindeki tendon, damar ve sinir oluşumları yönünden de önem kazanır. Özellikle ülkemizde sınıkcıların çok sık müdahale ettikleri bu bölge travmalarından sonra birçok sakatlıklar gelişmektedir. Geç devrede de olsa bunların tedavileri önem arz etmektedir.

Dirsek çıkıkları tüm oynak çıkıklarının 1/5 ini ve dirseğe ait problemlerinde % 6 sını oluşturmurlar (1,2).

Daha çok 11-15 yaşlar arasında, erkek çocuklarda ve sağ tarafta görülür. Çı-
kığa diğer patolojiler de iştirak edebilir.

Dirsek çıkıkları, humerusa göre radius ve ulnanın yer değiştirme yönü esas alınarak, posterior, anterior, lateral, medial ve ayrıık çıkıklar olarak sınıflandırılır. Ayrıık çıkıkta humerus alt ucu radius ile ulna arasına girmiştir.

Dirsek çıkıkları % 80-90 posterior tip olup çoğunlukla ön kol supinasyonda ve dirsek ekstansiyonda veya kısmi fleksiyonda iken el üzerine düşme sonucu meydana gelir. Redükte edilmemiş eski çıkıklarda kapsül ve yumuşak dokularda

(x): Atatürk Üni. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

(xx): Atatürk Üni. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı Uzm. Ass.

eklem yüzeyleri arasında yapışıklıklar, eklem içinde fibröz doku oluşumu ve myotis ossisifikans da görülebilir.

Tanı konurken çıkıkla birlikte görülebilecek diğer patolojiler dikkatlice araştırılmalıdır.

Taze çıkıklar acil olup, derhal redükte edilmelidirler. Daha sonra tesbit ve rehabilitasyon uygulanır. Çıkık dirsek 3 haftadan sonra kapalı yolla redükte edilemez. Cerrahi tedavi yöntemleri ise şöyle sıralanabilir.

- 1- Açık redüksiyon
- 2- Artroplastisi.
 - a) Rezeksiyon artroplastisi.
 - b) İnterpozisyon artroplastisi.
- 3- Artrodez.

Komplikasyonlar erken ve geç devre komplikasyonları olarak ikiye ayrılırlar. Dirsek bölgesinin çeşitli kırıkları, kapsül ve ligament yırtıkları, damar-sinir lezyonları açık çıkıklarda enfeksiyon başlıca erken komplikasyonlardır. Geç devrede ise myositis ossifikans, Wolkman'ın iskemik kont- raktürü, kubitus valgus ve varus, sinir lezyonları, ankiloz görülebilecek komplikasyonlardır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Yerine konmamış eski dirsek çıkığı tanısı ile 1970-1977 yılları arasında cerrahi tedavileri yapılan 16 olgunun 8'i erkek, 8'i kadındı. Çıkık oluşumundan itibaren en erken müracaat 3 hafta, en geç bir (1) yıl, ortalama 2 ay sonra idi.

Klinik, radyolojik değerlendirmeleri, yapılan olgular, preoperatif bakım ve işlemleri tamamlanarak genel anestezi altında ameliyata alındılar.

Dirsek posterierunda postero-lateral inzisyon yapıldı. M. triceps tendon ve aponevrozu ters V şeklinde devrildi, kemiğe ulaşıldı. Humerusta subperiostal çalışıldı. N. ulnaris lezyonu ve medial epikondil kırığı bulunan olgularda N. ulnaris eksplere edildi. eklem kapsülü açıldı. Mafsal tuvaleti yapıldı. kırıklar varsa açık redüksiyon, internal esteosentez sağlandı. Daha sonra her 3 eklem için açık redüksiyonu gerçekleştirilip, hareketler kontrol edildi. Dirsek 90° fleksiyona alınıp, olekranondan humerus kondillerine uzanan 2 adet çapraz kirşner teli gönderildi. Dokular kapatılıp, uzun kol alçısı yapıldı. Postoperatif bakımları tamamlanan olgularda immobilizasyon 1-1,5 ay sürdürüldü. Kontrolları yapıp, alçı çıkarılarak rehabilitasyona başlandı.

BULGULAR

Olgularımızda en küçük yaş 5, en büyük yaş 50 olup, ortalama yaş 17,5 dir. Olguların 8 i (% 50) erkek, 8 i (% 50) kadındı. Çıkıkların 10 u (% 62,5) sol, 6 sı (% 37,5) sağ tarafta idi. Olguların hepsinde çıkık kapalı olup 9 u (% 56,35) posterior, 4 u (% 25) postero-lateral, 2 si (% 12,5) posteromedial, 1 i (% 6,25) lateral tipteydi. Olguların 6 sında (% 37,5) basit çıkık, 10 unda (% 62,5) kırıklı çıkık 4 olguda myositis ossifikans (% 25), 2 sinde N. ulnaris arazi (% 12,5) mevcuttu. Ameliyat öncesi dirsek hareketlerinde ortalama ekstansiyon sınırlılığı 25°, fleksiyon sınırlılığı 110° olup, 15° lik bir hareket genişliği gösteriyordu. Ortalama pronasyon 19°, supinasyon 25° idi.

Tedavi olarak 8 olguda (% 50) açık reduksiyon ve internal, fiksasyon, buna ila veten 3 olguda (% 18,75) mafsals tuvaleti, 4 olguda (% 25) N. ulnaris taranspozisyonu ve 2 olguda da (% 12,5) kırık açık reduksiyonu yapıldı. Ameliyat öncesi hastanede geçen süre en kısa 1 gün, en uzun 15 gün olup, ortalama 5,6 gündür. Olguların hastanede kalış süreleri en az 6, en çok 45, ortalama 21 gündür. En uzun takip süresi 84 ay, en kısa 3 ay olup, ortalama 36 aydır.

Olguların takip süresi sonunda dirsek hareketlerinde ekstansiyon sınırlılığı 22°, fleksiyon sınırlılığı 35° olup, ortalama 93° lik hareket genişliği elde edilmiştir.

Wheeler ve Linscheidin değerlendirme kriterlerine göre hareket genişliği, ağrı, stabilite, fonksiyonel oluş derecesi 4 olguda (% 25) çok iyi, 7 olguda (% 43,75) iyi, 3 olguda (% 18,75) orta ve 1 olguda (% 12,5) kötü sonuç alınmıştır.

Komplikasyonlar: Olguların 1 nde yüzeysel enfeksiyon, birinde iskemik nöritis, birinde osteoartrit, birinde 15° lik kubitus valgus gelişti. Enfeksiyon ve nöritis süratle iyileşti.

TARTIŞMA

Olgularımızın yaş, cins, çıkık tipi ve oluştuğu taraf yönleriyle dağılımları yararlanılan kaynaklardaki dağılımlara uyuyordu.

Silva 73 olguluk çalışmasında % 14 myositis ossifikans tespit etmiş, Thompson ise bunun daha çok ileri yaş gruplarında oluştuğunu ve sonucu olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. (3,6) Dirsek çıkıklarının % 20 sinde nörolojik semptomlar görülebilir. Bu olgularda % 50 oranında medial kondil kırığı vardır. Genellikle N ulnaris parestезisi ortaya çıkar. (5,6)

Bizim çalışmamızda % 25 oranında myositis ossifikans, 2 olguda da (% 12,5) parestezi tarzında N. ulnaris arazi mevcuttu.

Çakmak ve Akalın ile arkadaşlarının çalışmalarında ameliyat öncesi ortalama dirsek hareket genişliği 13° idi. (Ekstansiyon sınırlılığı ortalama 25°, fleksiyon sınırlılığı 110°)

Ollier 1878 de dirsek eklemi rezeksiyonunun ilkelerini açıklamış, rezeksiyon artroplastisinden iyi sonuçlar aldığını belirtmiştir.

1971 de Mohan, 1974 de Ashby, 1977 de Çakmak ve arkadaşları gecikmiş direk çıkıklarında uyguladıkları açık redüksiyon ve internal tespit ile başarılı sonuçlar sunmuşlardır. (7,8,9)

Silva da 44 olgudan 25 nda açık redüksiyon, 11 inde interpozisyon artroplastisi, 8 inde replasman artroplastisi ile başarılı sonuçlar rapor etmiştir. (3)

Allende ve Freytes açık redüksiyon tedavisi sonucunda ortalama 80° lik hareket genişliği sağlamışlardır. Hareket sınırları genellikle 40°-120° arasındadır (8) Çakmak ve arkadaşları aynı yöntemle preoperatif ortalama 19° olan hareket genişliğini 81° ye çıkarmışlardır. Dirsek hareketleri genellikle 46°-127° arasındadır.

Olgularımızda preoperatif ortalama dirsek hareketleri genişliği 15° iken postoperatif 93° ye çıkmıştır.

Mohan rezeksiyon ortroplastisinden sonra % 48, açık redüksiyondan sonra % 66,6, Santy ksiyonel artroplasti sonrası % 60, Çakmak ve arkadaşları açık redüksiyon sonrası % 40 iyi sonuçlar rapor etmişlerdir. (7,8,9)

Biz % 25 çok iyi, % 43,75 iyi sonuçlar elde ettik. İyi sonuç elde etme oranı toplam % 68,75 dir. Sonuçlarımız literatürlerle uyum içindedir.

Stewart gecikme süresi ile başarılı sonuç elde etme olasılığının ters orantılı olarak arttığını belirtmiştir. (10) Bizde 4 ay ile 1 yıl gibi çok fazla gecikme süresi olan olgularda kötü sonuçlar elde ettik.

SONUÇ

1- Adultlerde 6 ay veya daha az gecikmiş dirsek çıkıklarında eklem kıkırdağı harabiyeti oluşmadığından açık redüksiyon diğer yöntemlere oranla daha çok yarar sağlar.

2- Özellikle çocukluk yaşlarında başarılı sonuçlar alınabilir.

3- Eski dirsek çıkıklarının tedavisinde N. ulnaris eksplorasyonu ve antriora transpozisyonu, gerekli durumlarda mutlaka yapılmalıdır.

4- Travmatik myositis ossifikans, sonucu etkileyen en önemli patolojidir.

5- Rezeksiyon veya interpozisyon artroplastisi sonuçları fazla başarılı olmayıp komplikasyonları çoktur.

6- Replasman atroplastisi, özellikle total dirsek protezleri iyi seçilmiş olgularda uygulanabilir.

SUMMARY

THE SURGICAL TREATMENT IN THE OLD DISLOCATIONS OF THE ELBOW AND ITS RESULTS

In this report, we have studied 16 cases with the old dislocations of the elbow. They were treated surgically in our department between the years 1970-1977. Our therapeutical result were discussed with the relevant literature.

KAYNAKLAR

1- Blount, W. P.: "Injury about the elbow", Fractures in Children 57-75, The Williams-Wilkins Company, Baltimore 1955.

2- Ege, R.: "Dirsek Çıkıkları ve Travmaları", Hareket Sistemi Travmatolojisi, Kırık-Çıkık ve Eklem Travmaları, 152-155, A.Ü.T.F. yayınları Ankara, 1971.

3- Silva j. F.: The problems relating to old dislocation and the restriction on elbow movement, Acta Orthop. Bel., 41 (4): 399-441, jul-Aug., 1975.

4- O'Hara, j. P. et al.: Fracture Conference. Dislocation and fracture-dislocations of the elbow Minn Med., 58 (9): 697-800, Sep., 1975.

5- De Palma, A. F. Ege, R.: (Tercüme), "Dirsek Bölgesindeki Kırıklar ve Çıkıklar", Kırık ve Çıkıkların Tedavisi, 403-71, A.Ü.T.F.Y., Ankara, 1973.

6- Rana, N. A. et al.: Complete lesion of the median nerve associated with dislocation of the elbow joint, Acta Orthop, Scand., 45: 365-9, 1974.

7- Mohan, K.: Management of the elbow dislocations, Review of 65 cases, Int. surg. 56+159-65, Sep., 1971.

8- Ashby, M. E.: Old dislocations of the elbow, j. Natl. Assoc., 66 (6): 465-7, 471 Nov., 1974.

9- Çakmak, M. ve arkadaşları: Yerine konmamış eski dirsek çıkıkları, 5. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi'nde bildiri, İstanbul, 1977.

10- Stewart, M.: Dislocations", Campbells Operative Orthopaedics, 412-472, The C.V. Mosby Company, Saint louis, 1971.