

Bir konjenital fibula yokluğu olgusunda Gruca tekniği uygulaması

Ayşegül Bursalı (Sofuoğlu)⁽¹⁾, İrfan Gökçay⁽²⁾, Mehmet Altun⁽³⁾

Ender görülen bir konjenital fibula yokluğu olgusunda önce ayak bileğindeki kontraktür yumuşak dokuların gevşetilmesiyle düzeltildi. Bu operasyon esnasında Cincinnati insizyonu kullanıldı. Daha sonra Gruca tekniğiyle ayak bileği stabilizasyonu sağlandı.

Anahtar kelimeler: Konjenital fibula yokluğu, Gruca operasyonu, Cincinnati insizyonu

The Gruca operation for congenital absence of the fibula

In a rare case of congenital fibular absence the contracture of the ankle was corrected by releasing of soft tissues at first step. During this operation Cincinnati approach was used. Later on, the ankle joint was stabilised by Gruca technique.

Key words: Congenital fibular agenesis, Gruca operation, Cincinnati approach

Konjenital fibula yokluğu (agenезisi) sık rastlanmayan bir anomalidir ve mutlaka tibia displazisi ile beraber bulunur. Sıklıkla femur displazisi, tibianın anteromedial angulasyonu, ayak bileğinin instabilitesi, tarsal koalisyon, ayağın ekinovalgus deformitesi ve ayağın lateral sıra eksikliği ile birlikte görülür (1, 3, 4).

Olgu sunumu

Hastamız bize başvurduğunda 4 yaşındaydı ve daha önce hiç tedavi görmemişti. Yapılan muayenesinde sağa aksayarak, ayak bileğinin medialine basarak, tüm ayağı pronasyonda yürüyordu. 4. ve 5. parmakları eksikti. Dizinde 20°'lik bir genu valgum mevcuttu. Ancak dizde instabilite yoktu. Ayak bileği hareketleri sınırlı olup valgus ve ekin kontraktürü vardı. Sağ alt ekstremitesi sola nazaran toplam 8cm kısaydı (tibia 6cm, femur 2cm) (Resim 1, 2). Diğer sistem bulgu-

ları normal sınırlardaydı. Röntgen tetkiklerinde: fibulanın hiç olmadığı, tibiada 20°'lik anterior angulasyon, 4. ve 5. metatars ve falankların olmadığı görüldü. Talus ve kalkaneus yer değiştirmiş gibi durmaktaydı ve kalkaneusla kuboid arasında füzyon görülmekteydi (Resim 3, 4). Olgu hem Acterman ve Kalamchi; hem de Coventry ve Johnson sınıflamalarına göre tip 2 grubuna girmektedir. Literatüre göre amputasyon sınırında olabilecek bir vakaydı (1, 2, 3). Ancak hem hasta sahibinin amputasyonu kabul etmemesi hem de ilerleyen ortopedik cerrahi tekniklerin gelecek 10 yılda bu grup hastalara olabilecek katkıları göz önünde bulundurularak ayağın korunmasına ve Gruca operasyonuna karar verildi. Önce (3, 4) Cincinnati insizyonu ile girilerek lateralde bulunan tibiadan kalkaneusa uzanan fibröz bant eksize edildi, fibularis longus ve fibularis brevis tendonları Z şeklinde açıldı. Aşil Vulpius tekniğiyle uzatıldı. Ayak bileği kapsülü



Resim 1, 2: Hastanın ameliyat öncesi ayağının arkadan ve yandan görünümü

(1) SSK Okmeydanı Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji, Uzman Dr.

(2) SSK Okmeydanı Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji, Uzman Dr.

(3) SSK Okmeydanı Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji, Uzman Dr.

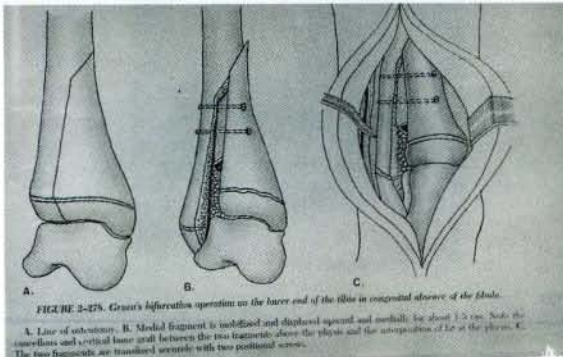


Resim 3, 4: Hastanın ameliyat öncesi ayağının grafileri

lateral, posterior ve medialden açıldı. Deltoid ligament kesildi. Tibianın kalkaneusla eklemlendiği, talusun anteromediale deplase olduğu görüldü. Talus redükte edildi. Ayak tabanından kalkaneus, redükte edilen talus ve tibiadan geçen bir Kirschner tesbiti yapıldı. Deltoid ligament daraltılarak dikildi. Tendonlar ise uzatılarak dikildi. Dokular kapatılarak uzun bacak alçısı yapıldı. Serafin yumuşak doku ameliyatı ile tibia bifürkasyon osteotomisinin aynı zamanda yapılabileceğini söylemişse de, ayakta herhangi bir beslenme problemi olmasını önlemek amacıyla kemik ameliyatı daha sonraya bırakıldı. 4. haftada alçı açıldı, Kirschner çıkarıldı. Ayak bileği anteriorundan girilerek damar sinir paketi tibialis anterior ve ekstansor digitorum longus tendonları mediale ekarte edilerek kemiğe ulaşıldı. Periost ve kapsüle vertikal insizyon yapıldı. Osteotomla vertikal düzlemle 70° oblik olacak şekilde tibianın 1/3 lateralinden başlayan 7 cm uzunlukta devam edip mediale oblik olarak devam eden bir osteotomi yapıldı. Osteotomi tamamlanırken ayak bileği spontan olarak mediale ve proksimale yer değiştirdi. Proksimale deplase olan tibia fragmanı ile laterale kalan esas tibia arasında iliak kemikten alınan blok yerleştirildi. Epifiz hattına yine iliak kanat açılırken cilt altından alınan yağ dokusu yerleştirildi. Fragmanlar iki adet vida ile tesbit edilerek cilt ve ciltaltı kapatıldı (Şekil 5).



Resim 6



Şekil 5: Ameliyat tekniğinin şematize görünümü



Resim 6-7: Ameliyat sonrası ayağının arkadan ve yandan görünümü



Resim 8, 9: Ameliyat sonrası ayağın grafileri

Hastaya uzun bacak alçısı yapıldı, 6 hafta sonra osteotominin kaynamış olduğu tesbit edilerek alçı çıkarıldı. Hastanın yapılan muayenesinde ayak bileği stabil, dorsifleksiyonu kısıtlı ve 20'lik plantar fleksiyonu olduğu görüldü.

Halen post-operatif 6. ayında ayak bileği nötral, tabanına basarak yürüyen bir çocuktur. Kendisine 3 cm takviyeli ayakkabı verildi. İleride tibia uzatma planlanmaktadır (Resim 6, 7, 8, 9).

Tartışma

Çocuk küçükken ayağın korunması, yürümesini, koşmasını sağlar; proteze geçme süresini uzatır. Özellikle kırsal kesimde oturan ve protez yapabilecek merkezlere ulaşımı güç olan aileler için bu durum önemlidir. Fibulanın konjenital yokluğu durumunda, esas karar verilecek husus, ayağın korunması veya amputasyondur (4, 5, 6).

Erken amputasyonun bazı komplikasyonları vardır. Tibianın anterior angulasyonuna bağlı olarak topuk yağ dokusu güdük ucundan posteriora kayar. Bunun sonucu güdüğün proteze uyumu zorlaşır. Diz altı amputasyonuna geçmek gerekir (4). Gruca tekniği uygulanmış vakalarda tibianın anterior angulasyonunun spontan olarak düzeldiği görülmüştür (4).

Son yıllarda İlizarov eksternal fiksator tekniğinin ortopedide gittikçe daha geniş alanda kullanılması



ekstremitte kısalığı problemini hemen hemen tamamen çözmüştür. Böylece, giderilmesi mümkün olmayan ekstremitte kısalık farkı sebebiyle yapılan amputasyon ameliyatları kendiliğinden ortadan kalkmıştır.

Sonuç olarak tip II konjenital fibula yokluğu vakalarında amputasyon uygulamasına geçilmeden ayak bileği rekonstrüksiyonu yapılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Acterman, C.: Kalamchi congenital deficiency of the fibula. J Bone Joint Surg. Vol: 61-B: No: 2 May 133-137, 1979.
2. Sefton, G. K.: Congenital absence of the fibula. J Bone Joint Surg. Vol: 68-B: No: 5 843, 1986.
3. Tachdjian, M.: Pediatric Orthopedics, 620-637 W. B. Saunders Company, 1990.
4. Thomas, I. H., Williams, P. F.: The Gruca operation for congenital absence of the fibula J Bone Joint Surg. Vol: 69-B: No:4 587, 1987.
5. Williams, P. F.: Congenital absence of the fibula: the Gruca procedure. J Bone Joint Surg. Vol: 61-B: No: 2 240, 1979.
6. Williams, P. F.: The Gruca Operation for Congenital Absence of the fibula. J Bone Joint Surg. Vol: 64-B No:5 638, 1982.

Yazışma adresi

Op. Dr. Ayşegül Bursalı
İstanbul SSK Okmeydanı Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Okmeydanı, İstanbul, Türkiye