

Akut travmatik diz çıkığı

(Nörovasküler yaralanma, fibulada segmenter kırık, distal tibiofibular diyastaz ile birlikte)

Necdet Şükrü Altun⁽¹⁾, Uğur Sayılı⁽²⁾, Erdal Cila⁽¹⁾

Travmatik diz çıkığı, yüksek oranda damar yaralanması ile seyreden ve acil cerrahi girişimi gerektiren bir durumdur. Ancak damar yaralanmalı travmatik diz çıkığı ile beraber, aynı tarafta fibula segmenter kırığı oldukça enderdir. Bu yazıda böyle bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelime: Travmatik diz çıkığı

Acute traumatic knee dislocation

(Neurovascular damage, segmentary fibula fracture, distal tibiotalar diastasis)

Traumatic knee dislocation which involve ves loss of popliteal arterial flow and extensive soft tissue damage may require immediate surgical treatment. This article presents a case of knee dislocation with popliteal artery lesion and ipsilateral segmenter fibula fracture and distal tibia-fibular diastasis.

Key word: Traumatic knee dislocation

Değişik yazarlar, travmatik diz çıkığı ile damar yaralanmasının %30-50 oranında birlikte olduğunu bildirmişlerdir. Nörolojik yaralanmanın eklendiği durumlarda bu oran %50'nin üstüne çıkmaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8).

Diz çıkığına neden olacak bir travmanın, fibula 1/3 üst kısımda segmenter kırık oluşturması sürpriz değildir. Ancak distal tibiofibular diyastaz ile birlikte olması olağan kabul edilemez. Literatür araştırmamızda, damar komplikasyonlu travmatik diz çıkığı ile beraber aynı tarafta fibula 1/3 üst kısımda segmenter kırık ve distal tibiofibular diyastaz bulunan bir vaka takdimine veya bu konuda bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Vaka takdimi

50 yaşında, ileri derecede obez erkek hasta, şehir dışında yaya olarak trafik kazasına uğramıştı. Kazadan 8 saat sonra acil servisimize getirilen hastaya o ana kadar herhangi bir ilk yardım veya medikal girişim uygulanmamıştı.

Hastanın fizik muayenesinde, sol diz ve ayak bileğinde şekil bozukluğu, diz bölgesinde geniş bir hematoma, cilde ait yüzeysel fakat geniş erozyonlar vardı, sol ayak soğuk ve soluktu. Sol diz ekleminde elastik fiksasyon vardı, sol ayak bileği hareketleri ileri derecede ağrılı ve kısıtlıydı. Nörovasküler muayenede, sol ayakta aktif dorsal fleksiyon yoktu, A. dorsalis pedis ve A. tibialis posterior nabazanları alınamıyordu. Fibular sinir innervasyon sahasında hipoestezi vardı.

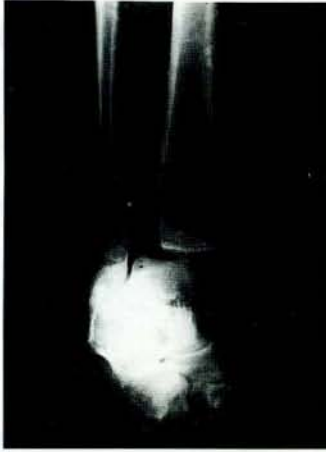
Radyolojik muayenede, solda anterior diz çıkığı, sol fibula 1/3 üst kısımda segmenter kırık ve aynı tarafta distal tibiofibular diyastaz tespit edildi (Resim 1 a, b, c). Diz çıkığı hemen kapalı olarak redükte edildikten sonra yapılan DSA'da popliteal arterde rüptür saptandı (Resim 2).



Resim 1a



Resim 1b



Resim 1c

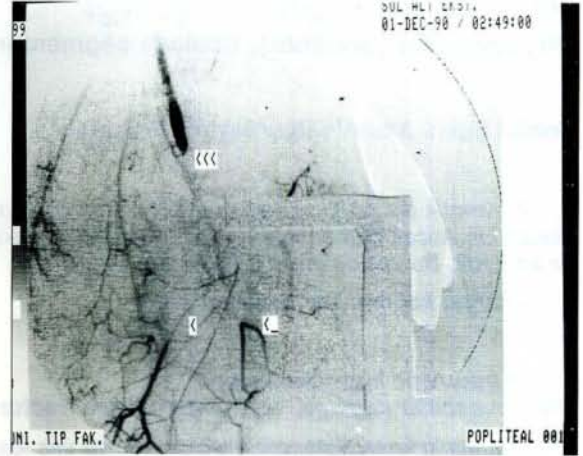
Hastanemiz Kalp-Damar Cerrahisi tarafından, acil girişimle, primer tamir ve ven grefi uygulanarak revaskülarizasyon sağlandı. Ancak travmanın beşinci günü gelişen dolaşım yetmezliği sonucu dizaltı amputasyon yapıldı.

Tartışma

Travmatik diz çıkığı, çoğunlukla yüksek enerjili travmalar sonucunda oluşur, en çok görülen nedeni ise trafik kazalarıdır, ikinci sıklıkta spor yaralanmaları gelmektedir (7, 8). Diz çıkıkları, tibianın femur ile ilişkisine göre anterior, posterior, lateral ve rotasyonel olarak sınıflandırılır. Dizin hiperekstansiyon zorlaması ile posterior kapsülde ve çapraz bağda yırtıkla beraber anterior diz çıkığı olduğu deneysel olarak da gösterilmiştir (4).

Popliteal arterin esnekliğinin çok kısıtlı olması, travmaya sık maruz kalmasına neden olmaktadır. Vasküler komplikasyon oranının yüksekliği travmatik diz çıkığında acil girişimin önemini artırır. Popliteal arter yaralanması olan olgularda, revaskülarizasyon ameliyatlarından başarılı sonuç alabilmek için ilk 4-6 saat önemli kabul edilmekte, daha sonraki girişimlerde başarı şansının düşük olduğu bilinmektedir (1). Olgumuzda yaralanmadan 8 saat sonra girişimde bulunulmuş ve başarılı olunamamıştır.

Travmatik diz çıkığına neden olan mekanizmanın fibula üst kısımda kırık oluşturması sürpriz değildir, ancak vasküler yaralanmaya neden olmuş anterior



Resim 2

diz çıkığı ile beraber aynı tarafta fibula 1/3 üst kısmında segmenter kırık ve distal tibiofibular diyastaza neden olan bir mekanizmayı klasik bilgiler ışığında açıklamak kolay değildir. Nitekim, literatür araştırmamızda böyle bir olgu bildirimine veya çalışmaya rastlanılmamıştır.

Kaynaklar

1. Bloom, MH.: Traumatic knee dislocation. In Chapman's Operative Orthopaedics, 1633-1640, 1988.
2. De Haven, KE.: Acute ligament injuries and dislocations. In Everts Surgery of the Musculoskeletal System. Vol. 4, 3255-3282. Churchill Livingstone, New York 1990.
3. Ege, R.: Travmatoloji. Cilt 3, 2676-2680, Kadioğlu Matbaası, 1989.
4. Kennedy, JC.: Complete dislocation of the knee joint. J. Bone Joint Surg. 45-A: 889-904, 1963.
5. Larson, RL., Jones, DC.: Dislocation and ligamentous injuries of the knee. In Rockwood and Green, Fractures in adults 2nd Ed. Vol 2: 1502-1508. J. B. Lippincot Co. Phi, 1984.
6. Lavelle, DG.: Acute dislocations. In Campbell's Operative Orthopaedics. Vol 2: 1351-1353. Mosby, St. Louis 1992.
7. Ottolenghi, CE., Traversa, CH.: Vascular and nerveous complications in injuries of the knee joint. Reconstr. Surg. Traumatol. 14: 114-135, 1974.
8. Reckling, FW., Peltier, LF.: Acute knee dislocations and their complications. J. Trauma 9: 181-191, 1963.

Yazışma adresi

Yard. Doç. Dr. Necdet Şükrü Altun
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
Beşevler, Ankara, Türkiye