

Ayak bileği posterior çıkığı (Olgu sunumu)

Mehmet Tokmak⁽¹⁾, Yusuf Alioğlu⁽²⁾, Halil Bekler⁽³⁾, Aytuğ Ertav⁽⁴⁾

Ayak bileğinin malleol kırığı olmadan gerçekleşen çıkıkları oldukça enderdir. Mayın patlaması etkisi ile yüksekten düşme sonucu sol ayak bileğinde posterior çıkık oluşan olgumuz nedeni ile, etyolojik etkenler ve tedavi ilkelerini literatür ışığında gözden geçirdik.

Anahtar kelime: Ayak bileği posterior kırığı

Posterior tibiotalar dislocation without associated fractures (Case report)

Pure tibiotalar dislocations without fractures are very rare. In this review, we have reported a case of posterior tibiotalar dislocation caused by explosion of a missile and falling down.

Keyword: Posterior tibiotalar dislocation

Malleolar kırık ya da tibia distal eklem yüzeyinin anterior, posterior dudak kırığı olmadan ayak bileği çıkıkları nadir görülür (1, 2, 3, 5). Tibiotalar eklem anatomisi bu azlığı açıklar. Lateral ve medial malleollerle sıkıca kavranmış olan talusun rotasyon hareketleri son derece kısıtlanmıştır. Tibianın distal eklem yüzeyi koronal ve sagittal planlarda konkavdır.

Kırığın eşlik etmediği ayak bileği çıkıklarından en sık görüleni posterior çıkıklardır. Kapalı yöntemlerle kolay redükte edilebilen bu kırıkların redüksiyonunu tibianın arkasına deplase olmuş fibula engelleyebilir. Bu durumda açık redüksiyon gerekebilir (1).

Ayak bileğinin posterior çıkığı ayak bileği plantar fleksiyonda iken direkt travma sonucu oluşur. Anterior çıkıkların tersine ayakta rölatif bir kısılma görülür.

Ayak bileği çıkıklarında en çok görülen komplikasyon talusun dolaşımının bozulmasıdır. Yüzeyinin %60'ı kıkırdakla kaplı olan bu kemikte avasküler nekroz kolaylıkla oluşabilir. Ancak naviküler, kalkaneus, tibia ve talus arasındaki kapsüller ve ligamentöz bağlantılarda var olan damarsal oluşumlar talusun beslenmesinin bozulmasını engeller. Tibiotalar çıkıklarda talus avasküler nekrozu sık görülmez. Bu tip yaralanmalarda major arterlerinde sık yaralanmaması avasküler nekroz potansiyelini düşürür (4).

Genel anestezi altında, diz fleksiyonda, bir yardımcı tibiya traksiyon uygularken cerrah topuktan kavrayarak ayağa plantar fleksiyon yaptırır. Bu sırada traksiyon uygulanmakta olan tibia posteriora doğru çekilir, ayak nötrale getirilerek redüksiyon sağlanır. Stabilite kontrolü yapılarak diz altı sirküler alçı uygulanır (1).

Olgu sunumu

Mayın patlaması etkisiyle yüksekten düşme sonucu sol ayak bileği yaralanması olan 54 yaşındaki erkek hasta acil servise baş vurdu. Yapılan fizik ve laboratuvar muayenede başka bir patoloji belirlenme-

di. Ayağın rengi, A. Dorsalis Pedis ve A. Tibialis Posterior nabazanları palpabil, ayak kısalmış ödemli idi. Hastanın şiddetli ağrı yakınması vardı.

Çekilen standart AP ve lateral ayak bileği grafilerinde talus kubbesinin tibia distal eklem yüzüne oranla posteriora lukse olduğu görüldü, hiç bir kırığı rastlanmadı. Genel anestezi altında kapalı redüksiyon denendi ve herhangi bir güçle karşılaşmadan eklem redükte edildi. Ayak bileğinin varus-valgus stress testlerinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Öne çekmece nötralde ve ekin pozisyonunda pozitif olarak değerlendirildi. Ayak bileği nötralde diz altı sirküler alçı uygulandı. 3 hafta sonra diz altı yürüme alçısı ile kısmi yük verildi.

Alçının tamamen çıkarıldığı 6. hafta sonunda subtalar eklem hareketi doğal, ayak bileği dorsifleksiyonunda 12 derecelik bir sınırlanma, ayakta minimal bir şişlik ve ağrı saptandı. Varus ve valgus stres ve ön çekmece testleri negatif olarak değerlendirildi. 3. 6 ve 12. aylarda yapılan kontrollerde ayak bileğindeki 7 derecelik dorsifleksiyon sınırlaması sürmekteydi. 1 saati aşan sürelerde ayakta kalma ve yürüme sonucu ortaya çıkan, klasik ağrı kesicilere yanıt veren minimal ağrı yakınması vardı. Subtalar eklem hareketleri doğaldı ve instabilite mevcut değildi. Radyolojik incelemede eklem yüzeylerinde değişiklik olmadığı ancak yumuşak dokulara ait olduğu düşünülen kalsifikasyonlar belirlendi.

Tartışma

Ayak bileği çıkıkları genellikle kırıklı çıkık şeklinde olup doğrudan ya da dolaylı travma ile oluşur. Kırık olmaksızın ayak bileği çıkığı düşme, motorsiklet kazaları ve spor yaralanmaları sonucu doğrudan travmalar ile oluşur (1, 5).

Hastamızda, mayın patlaması etkisi ile yüksekten düşme sonucu ayak bileği posterior dislokasyonun oluşması, ayak bileği posteriorunda ciltte sıyrıklar

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

(2) Trabzon Kemik Hastanesi Uzman Dr.

(3) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Yard. Doç. Dr.

(4) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi



Şekil 1 a: Vakanın redüksiyon öncesi lateral grafisi



Şekil 1 b: Redüksiyon sonrası

oluşu travmanın direkt olduğunu düşündürmektedir. Olası çıkık nedeni ayak plantar fleksiyonda iken düşme sırasında posterioran tibiaya etkiyen öne doğru itme kuvvetidir.

Wroble ve arkadaşları çalışmasında ayak bileği çıkıklarının en sık gençlerde, ortalama 31 yaşta, görüldüğü, damar sinir komplikasyonlarının görülme oranının %10 olduğu bildirilmiştir (5).

En sık görülen çıkık mekanizması ayağın plantar fleksiyona zorlanmasına bağlı olarak talusun mortisen anterior ya da posterior deplasmanı şeklindedir. Çıkığın türü ayağın pozisyonu ve uygulanan kuvvetin doğrultusu ile belirlenir (1, 3, 5). Kapalı redüksiyon genellikle kolayca başarılır, ancak deformiteye posterior fibular dislokasyonun eşlik ettiği durumlarda kapalı redüksiyon başarısızdır. Uygun tedavi yaklaşımı kısa bacak sirküler alçı ile immobilizasyondur. İlk 3 hafta yük verilmez, sonraki 3 hafta alçı yürüme alçısına çevrilir. Alçının çıkarılmasını izleyerek hastanın tam yük vermesine ve günlük aktivitelerine dönmesine izin verilir (1, 3, 5).

İzleme döneminde, iş ve sportif aktivitelere dönüş instabilite, ayak bileği ve subtalar eklem hareketleri açısından hastalar değerlendirilmelidir (3, 5). Radyolojik olarak ligamentöz ve kapsüler kalsifikasyon, kü-

çük osteofitler ve eklem aralığında daralma geç dönem bulgularıdır (3, 5). Kapalı redüksiyonu izleyerek varus, valgus stres ve ön çekmece testleri ile ligamentöz yaralanmaların ciddi olduğu belirlenen olgularda bağ onarımı tartışmalıdır (1). Hastamızın 54 yaşında olması ve sedanter bir yaşam sürmesi nedeni ile konservatif tedavi kararımız geç takip bulguları ile de doğrulanmıştır.

Kaynaklar

1. Crenshaw, A.H.: Campbell's Operatif Orthopaedics (3): 2125, The Mosby Co. St. Louis, Washington D.S. Toronto, 1987.
2. Greenbaum, M.A.: Ankle dislocation without fracture: unusual case report, J Foot Surgery. May-Jun, 31(3) 238-40, 1992.
3. Scott, J.E.: Dislocation of the ankle without fracture, Injury 6:63, 1974.
4. Toohy, J.S.: A long term follow-up study of tibiotalar dislocations without associated fractures. Clin. Orthop. No:239 Feb, p:207-10, 1989.
5. Wroble, R.R.: Ankle dislocation without fracture Foot-Ankle Oct; 9 (2) 64-74, 1988.

Yazışma adresi:

Uzman Dr. Mehmet Tokmak
SSK Diyarbakır Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Diyarbakır, Türkiye