

# Spontan gelişen kompartman sendromu (Vaka takdimi)

Recep Güloğlu<sup>(1)</sup>, Kemal Dolay<sup>(2)</sup>, Mehmet Aşık<sup>(3)</sup>, Mehmet Kurtoglu<sup>(4)</sup>

31 yaşındaki bir erkek hastada tipik bir başlatıcı neden olmadan sağ crista spontan olarak gelişen kompartman sendromu sunulmaktadır. Hastaya acil 4 kompartman fasiotomisi uygulanmıştır. Nekroz olmadığı için debridman yapılmamıştır. 1 ay sonunda hasta full hareket ve kas gücüne sahip olarak taburcu edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kompartman sendromu, fasiotomi

## Spontaneously developed compartment syndrome (Case report)

A 31 years old male patient is presented on whom compartment syndrome developed spontaneously on his right leg without any initiative reason. An emergency four compartment fasciotomy was performed. Debridment was not performed as he did not have necrosis. 1 month later the patient was discharged with full range of motion and muscle strength.

**Keywords:** Compartment syndrome, fasciotomy

Kompartman sendromu, basınç artışı sebebiyle sınırlı bir kompartmanın dolaşımının ve çevre yumuşak dokuların canlılığının tehlikeye girmesidir. İlk olarak Malgaigne tarafından tarif edilmesine rağmen Von Volkman'ın 1881'de tarif ettiği kompartman sendromu sekeli genellikle ilk tıbbi referans olarak gösterilir (8).

1926'da Japson ise kompartman sendromu sekellerinin kompartmanın erken dekompresyonu ile engellendiğini bildirmiştir (4).

Kompartman sendromu çeşitli faktörler nedeniyle başlayabilir. Kompartman ya da çevresindeki yapılarla gelen travma en önde gelen sebeptir. Diğer sebepler arasında sıkı kıyafetler, yanıklar, koagülopatili hastalarda kanama epizotları, intraarteriyel enfeksiyon, arteriyel ameliyatlara, progressif kas iskemileri, venöz tıkanmalar, nefrotik sendrom, egzersiz sebebiyle gelişen geçici kompartman sendromları vardır (6).

Biz burada gelişmesinde tipik bir başlatıcı sebep olmayan bir vakayı sunduk.

## Vaka takdimi

31 yaşında, obez olmayan erkek hasta: 19.3.1995 tarihinde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı'na başvurdu. Aynı gün sabah saat 09:00'da kahvaltı yaparken başlayan sağ bacağına progressif ağrı ve şişlik şikayetleri ile özel bir hastaneye başvurmuş ve derin ven trombozu ön tanısıyla acil birimimize sevk edilmiş. Şikayetler başlayalı 10 saat olmuştu. Hasta son za-

manlarda ekstremitelerini herhangi bir travmaya maruz kalmadığını, aynı gün ve daha önce normal fizik aktiviteleri bulunduğunu, spor yapmadığını belirtti. Bilinen bir hastalığı olmadığını ve 1982 yılında tonsillektomi dışında herhangi bir ameliyat geçirmedikini belirtti.

Fizik muayenede sağ dizden ayak bileğine kadar uzanan aşikar bir şişlik mevcut ve sağ krus çapı, sol krus çapından 5 cm daha fazla idi. Özellikle ön kompartman daha sert olmakla birlikte, sol krusla karşılaştırıldığında; sağ krusta lateral ve posterior kompartmanların da sertleşmiş olduğu görüldü. Diğer tarafla karşılaştırıldığında sağda aktif dorsofleksiyon ağrı nedeniyle azalmıştı, fakat duyu kusuru yoktu. Ayak sıcak ve iyi bir kapiller dolaşıma sahipti. Sağ femoral ve popliteal nabızı güçlü, fakat dorsalis pedis ve tibialis posterior nabızı palpe edilemiyordu. Doppler muayenesinde de distal nabızlar alınamadı. Hastaya yapılan doppler ultrasonografide; sağ popliteal arter ve vene kadar akımlar normal idi. Tibialis anterior, posterior ve peroneal venlerde akım yoktu. Arterlerde ise proksimalde yüksek dirençli akım spektrumun varlığı, fakat distalde arteriyel akımın olmadığı saptandı. Ayrıca kas yapıları bu bölgede ekspansif olarak değerlendirildi. Bu klinik ve radyolojik bulgular altında hasta kompartman sendromu olarak değerlendirildi ve acilen 4 kompartman fasiotomisi için ameliyata alındı. Cilt, ciltaltı, fascia açıldı. Tüm kompartmanlarda ödem mevcuttu, hemoraj yoktu ve yumuşak dokular canlı idi. Nekroz olmadığı için debridman gerekmedi. Postop dönemde superfisial yara enfeksiyonu gelişti ve oral antibiyotiklerle tedavi edildi. Postop 5. günde Doppler ultrasonografi tetkiki yenilendi; sağ alt ekstremitede arteriyel ve venöz akımın nor-

(1) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı Uzman Dr,

(2) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi,

(3) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Uzman Dr,

(4) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Prof. Dr.

mal olduğu gözlemlendi. Ameliyatın 10. gününde fasiyotomi insizyonları öndeki hariç, primer kapatıldı. Ön tarafa ise deri greftleme işlemi uygulandı. Daha sonra yoğun fizik tedavi programı gören hasta, postop 1 ay sonra yardımsız dolaşabiliyordu ve full hareket ve kas gücüne sahipti.

### Tartışma

Kompartman sendromu klasik olarak akut ve kronik vakalar olmak üzere ikiye ayrılır (1). Akut vakalar tipik olarak akut bir kırık veya yanık gibi ekstremiteye ait yaralanmalar sonucu olur. Kronik vakalar, akut vakalar kadar iyi anlaşılamaştır ve genellikle atletlerde egzersiz sonrası bacak ağrısı episotları gösterirler (5). Kronik vakalarda teknik olarak cildin sağlam bırakılarak, sadece fasiyotomi yapılması yeterli olabilir (5). Ancak iskemik nedenlerde olduğu gibi akut ve ileri vakalarda cilt, ciltaltı, fascia birlikte açılarak, hatta gerekirse fibulayı bile çıkararak kompartmanların tam olarak genişlemesini sağlamak lazımdır (5). Çalışmalar, semptomatik kronik kompartman sendromlu hastaların genellikle aktivite kesildikten sonra, 15 dakika da asemptomatik hale geldiklerini ve basınç değerlerinin normale döndüğünü göstermiştir (7).

Spontan tibial kompartman sendromu nadir bir antitedir. Grevitt ve Mcdonald düz zeminde 30 dakika yürüdükten sonra fasiyotomi gerektiren spontan kompartman sendromu gelişen 24 yaşında bir bayan vaka bildirmişlerdir (3). Fakat bu vakada kompartman sendromu gelişmeden önce 30 dakika yürüme hikayesi olduğu için; spontan kompartman sendromu, egzersize bağlı kompartman sendromunun ciddi bir hali olarak düşünülebilir. Yine de kısa mesafe yürüme ile

kompartman sendromu gelişmesi beklenmedik bir olaydır. Eğer kısa mesafeli yürümek bu vakanın başlatıcı sebebi olsaydı, daha fazla bir insidans görülmesi gerekirdi.

Ayrıca Dietrich ve Paley'de anamnezinde kompartman sendromu için başlatıcı bir sebep olmayan 34 yaşında bir bayan vaka bildirmişler ve bu hastaya 4 kompartman fasiyotomisi+lateral kompartmana debriğman ameliyatı uygulamışlardır (2).

Bu vakada da olduğu gibi biz de spontan kompartman sendromunun başlatıcı bir neden bulunmadan da gelişebileceğini düşünürüz.

### Kaynaklar

1. Borne R, Rorabeck C.: Compartment syndrome of the lower leg. Clin Orthop. Rel. Res. 240: 97,1989.
2. Dietrich, D., Paley, K. J.: Spontaneous tibial compartment syndrome; The Journal of Trauma: 37: 138-139, 1994.
3. Grevitt, M., Mcdonald, R.: Spontaneous tibial compartment syndrome, Injury, 22:330,1991.
4. Japson P.: Ischemic çontraçture, experimental study, Ann Surg. 84:785,1926.
5. Kurtoğlu, K., Günay, K., Tanırgan, F., Taviloğlu, K., Güloğlu, R.: Traumatic Arterial Injuries. 12th Annual Meeting of AIVS, 1994
6. Masters M: Acute and recurrent effort-related compartment syndrome in sports. Sport Med. 9:62,1990.
7. Schwartz: Principles of surgery. Volume two. 5:1969-1970,1989.
8. Von Volkman, R: Die ischaemischen kontrakturen. Zentrabl Chir 8: 801,1881.

*Yazışma Adresi:*

*Dr. Recep Güloğlu*

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi*

*İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı*

*34390 Çapa, İstanbul, Türkiye*