



Medial subtalar çıkık tedavisinden dokuz yıl sonra gelişen subtalar hareket kısıtlılığı

Limitation in subtalar motion in a patient nine years after treatment for medial subtalar dislocation

Feridun ÇİLLİ

Kayseri Asker Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Subtalar çıkıklar nadir yaralanmalardır; ancak, uzun vadeli komplikasyonları ciddi sorunlara neden olmaktadır. Yirmi yedi yaşında profesyonel bir askerin yüksekten düşme sonucu sağ ayakta oluşan medial subtalar çıkığı genel anestezi altında kapalı redüksiyon ve altı haftalık alçı tespiti ile tedavi edildi. Dokuz yıllık izleminin sonunda, hasta zaman zaman oluşan ağrı yakınmalarıyla başvurdu. Subtalar eklem hareketlerinde hafif kısıtlılık vardı; eklem sertliği veya instabilitesi yoktu. Amerikan Ayak-Ayak Bileği Derneği'nin ayak bileği-arka ayak klinik değerlendirme skalasına göre puanı 90 bulundu. Subtalar çıkıkların tedavisi sonrasında olguların subtalar hareketlerinde bir miktar kayıp meydana gelmektedir.

Anahtar sözcükler: Çıkık/edavi/radyografi; subtalar eklem/yaralanma/radyografi.

Subtalar dislocations are rare injuries. They may cause serious complications in the long-term. A 27-year-old professional soldier developed medial subtalar dislocation of the right foot due to fall from height and was treated with closed reduction under general anesthesia and below-knee cast fixation for six weeks. At the end of a nine-year follow-up, he began complaining of occasional pain around his ankle. There was minimal loss in subtalar movements. He had no stiffness or instability. The ankle-hindfoot score was 90 according to the American Orthopaedic Foot and Ankle Society clinical rating system. It should be recalled that, following treatment of subtalar dislocations, some degree of loss may occur in subtalar movements.

Key words: Dislocations/therapy/radiography; subtalar joint/injuries/radiography.

Talokalkaneal ve talonaviküler eklemlerin eşzamanlı çıkığı subtalar çıkık olarak tanımlanır. Travma sırasında daha sağlam olan kalkaneonaviküler ligaman zarar görmezken, daha zayıf olan talonaviküler, talokalkaneal ligaman ve kapsüller yırtılmaktadır. Bu yaralanma nadir görülmekle birlikte, tedavisindeki güçlükler ve sonrasında gelişen komplikasyonlar göz önüne alındığında önemli bir yaralanmadır.^[1]

Olgu sunumu

Yirmi yedi yaşında erkek hasta, askeri bir operasyon sırasında yaklaşık bir metrelik yükseklikten sağ ayağının üzerine düştüğünü, ayağında şekil bozukluğu ve ani bir ağrı ortaya çıktığını tarif ediyordu. Yir-

mi dakikada hastaneye ulaştırılan hastanın sağ ayağının ön kısmında inversiyon ve adduksiyon deformitesi vardı. Talus üzerinde ve ayak bileği lateralinde cilt gergin görünümdeydi. Hasta ayak parmaklarını aktif olarak hareket ettirebiliyordu. Duyu muayenesi normaldi ve periferik nabızlar palpe ediliyordu. Radyografik muayene sonucunda medial subtalar çıkık saptandı (Şekil 1a, b).

Hastaya ameliyathane şartlarında ve kısa süreli total intravenöz anestezi altında kapalı redüksiyon uygulandı. Alt ekstremité longitudinal aksı boyunca ayak traksiyonda iken, pronasyon ve abduksiyon uygulandı. Redüksiyon ilk denemede ve kolaylıkla sağ-

landı. Eklem stabil olduğu görüldü; bu nedenle alçı tespiti dışında ek tespit yöntemine gerek duyulmadı. Çekilen grafilerle redüksiyon kontrol edildi.

Dizaltı alçı atel, elevasyon ve analjezik-antienflamatuar tedaviyi takiben, ilk haftanın sonunda atel dizaltı sirküler alçıyla değiştirildi. Hasta koltuk değnekleriyle yük verdirilmeden mobilize edildi. Altı haftalık alçı tespitinden sonra hasta görevine döndü.

Dokuz yıl sonra yapılan kontrol muayenesinde hastanın subtalar eklem hareketlerinde hafif derecede kısıtlılık vardı. Hastanın tek yakınması nadiren ayak bileğinde hissettiği ağrılarıdır. Amerikan Ayak-Ayak Bileği Derneği'nin (AOFAS) ayak bileği-arka ayak klinik değerlendirme skalasında puanı 90 olarak hesaplandı. Nörovasküler muayenesi ve çekilen grafileri normaldi (Şekil 1c, d). Hasta eski görevine aktif olarak devam etmekteydi.

Tartışma

Subtalar çıkıklarının çoğu motorlu araç kazaları, yüksekten düşme gibi yüksek enerjili travmalar ya da bazen sportif faaliyetler sırasında meydana gelmektedir.^[2] Bu çıkıklar, tüm çıkıklar arasında %2, büyük eklem çıkıkları arasında ise %1'den az yer tutar.^[3] Olguların %10'u açık tiptir ve hemen hepsinde değişen derecelerde yumuşak doku hasarı vardır. Açık çıkıklar, kapalı çıkıklara göre daha kötü anatomik ve fonksiyonel sonuçlara neden olmaktadır.^[4]

Ayağın distal kısmının deplasmanına göre olgular lateral (%20) ve medial (%80) subtalar çıkıklar olarak sınıflandırılır. Medial subtalar çıkığa "edinsel çarpık ayak", lateral çıkığa ise "edinsel pes planus" da denir. Posterior ve anterior subtalar çıkıklar ise çok nadir görülür.^[5]

Genellikle tercih edilen tedavi şekli genel anestezi altında kapalı redüksiyon uygulanmasıdır. İyi kas gevşemesi ve dikkatli manipülasyon ile redüksiyon sırasında eklem kıkırdağı hasarını, dolayısıyla olası komplikasyonları en aza indirmek mümkündür. Eğer kapalı redüksiyon başarılı olmuyorsa mekanik bir engel söz konusudur ve talus başı çevredeki longitudinal seyirli anatomik yapılar arasında sıkışmaktadır. Bu durumda açık redüksiyon endikasyonu vardır.^[6] Eğer redüksiyonu engelleyen avulsiyon kırıkları veya osteokondral kırıklar ise, bunlar eksize edilmeli veya kemik fragmanlar yeteri kadar büyükse tespit edilmelidir.^[7]

Subtalar çıkıklarının akut komplikasyonları arasında cilt nekrozu, nörovasküler yaralanmalar, enfeksiyon, gangren ve ekstremitte kaybı sayılabilir.^[8] Kısa vadede talusun avasküler nekrozu, daha uzun dönemde kronik dejeneratif eklem artrozu, ağrı ve hareket kaybı subtalar çıkıklarının diğer komplikasyonlarıdır.^[9,10]

Redüksiyon sonrasında immobilizasyon süresi dört ile altı hafta arasında olmalıdır. Genç ve aktif hastalarda kısa süreli immobilizasyonun yüksek oranlarda subtalar instabiliteyle sonuçlandığı bilinmektedir.^[11] De Lee ve Curtis^[12] ise, daha yaygın olarak kabul gören uzun immobilizasyon süresinin aksine, üç haftalık alçı uygulamasını takiben başlanan subtalar eklem hareketlerinin rehabilitasyonu ile sonuçların daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Janssen ve Kopta^[13] ise yeterli sürelerde ve uygun bir tespitle nüks olmadığını ve iyi fonksiyonel sonuç elde edileceğini belirtmişlerdir. Ganel ve ark.^[14] ikisinde kapalı, birinde açık redüksiyon uygulanan subtalar çıkıklı üç olguda iki yıllık takip sonrasında herhangi



Şekil 1. (a, b) Yan ve ön-arka grafilerde subtalar çıkık izlenmekte. (c, d) Hastanın dokuz yıl sonraki grafileri.

bir komplikasyonla karşılaşmamışlardır. Kınık ve ark.^[15] ise, anestezi altında redüksiyon uyguladıkları subtalar çıkıklı genç bir olguda, dört haftalık immobilizasyonu takiben subtalar hareketler için rehabilitasyona başladıklarını ve birinci yıl sonunda hastada herhangi bir semptom olmadığını bildirmişlerdir.

Burada sunulan olgunun dokuz yıllık takibi oldukça uzun bir süredir. Bu, erken ve geç dönemde görülmesi olası komplikasyonların ortaya çıkması ve saptanması için yeterli bir süredir. Olgumuzun nadiren hissettiği ağrılar ve subtalar eklem hareketlerindeki hafif azalmaya karşın AOFAS skoru 90 bulunmuştur. Bu fonksiyonel sonuç iyi olarak kabul edilmiştir. Bu iyi sonucun, olgunun yaralanma sonrasında hastaneye kısa sürede ulaştırılmasına, hastanede acil olarak ameliyathane şartlarında genel anestezi altında kolay, travmatik olmayan bir kapalı redüksiyon uygulanmasına ve altı haftalık yeterli immobilizasyona bağlı olduğu açıktır.

Sonuç olarak, subtalar çıkıklar sonrasında hemen hemen olguların tümünde subtalar hareketlerde bir miktar kayıp meydana gelmektedir. Ancak, bu kayıp ayak bileğinde instabilite gelişmesine her zaman tercih edilmelidir. Mümkün olan en kısa sürede, genel anestezi altında, iyi ve yeterli bir kas gevşemesi sağlanarak, eklem kıkırdağına en az zarar verecek bir kapalı redüksiyon ve yeterli sürede immobilizasyon morbidite oranlarının düşürülmesinde önemlidir.

Kaynaklar

1. Dendrinos G, Zisis G, Terzopoulos H. Recurrence of subtalar dislocation in a basketball player. *Am J Sports Med* 1994; 22:143-5.
2. Bak K, Koch JS. Subtalar dislocation in a handball player. *Br J Sports Med* 1991;25:24-5.
3. Marcinko DE, Zenker CC. Peritalar dislocation without fracture. *J Foot Surg* 1991;30:489-93.
4. Goldner JL, Poletti SC, Gates HS 3rd, Richardson WJ. Severe open subtalar dislocations. Long-term results. *J Bone Joint Surg [Am]* 1995;77:1075-9.
5. Ofner R, Poigenfurst J. Dorsal subtalar dislocation of the foot. *Injury* 1990;21:257-8.
6. Taylor LJ, Burke A. Irreducible dislocation of the subtalar joint: a report of two cases. *Injury* 1988;19:447-9.
7. Pehlivan O, Akmaz I, Solakoglu C, Rodop O. Medial peritalar dislocation. *Arch Orthop Trauma Surg* 2002;122:541-3.
8. Mattingly DA, Stern PJ. Bilateral subtalar dislocations. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1983;(177):122-4.
9. Sürel YB, Zorer G, Bulam B, Savran K, Karli M. Medial subtalar dislocation. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 1995;29:29-31.
10. Türkmen İM, Hepdokuyucu M, Macit A. Açık subtalar çıkık. In: Ege R, editör. XI. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi; 27-30 Eylül 1989; Ankara, Türkiye. Ankara: Emel; 1990. s. 163-5.
11. Zimmer TJ, Johnson KA. Subtalar dislocations. *Clin Orthop Relat Res* 1989;(238):190-4.
12. DeLee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. *J Bone Joint Surg [Am]* 1982;64:433-7.
13. Janssen T, Koopa J. Bilateral recurrent subtalar dislocation. Case report. *J Bone Joint Surg [Am]* 1985;67:1432-3.
14. Ganel A, Ahronson Z, Heim M, Pritch M, Chechick A. Subtalar dislocations. *J Foot Surg* 1981;20:142-4.
15. Kinik H, Oktay O, Arikan M, Mergen E. Medial subtalar dislocation. *Int Orthop* 1999;23:366-7.