

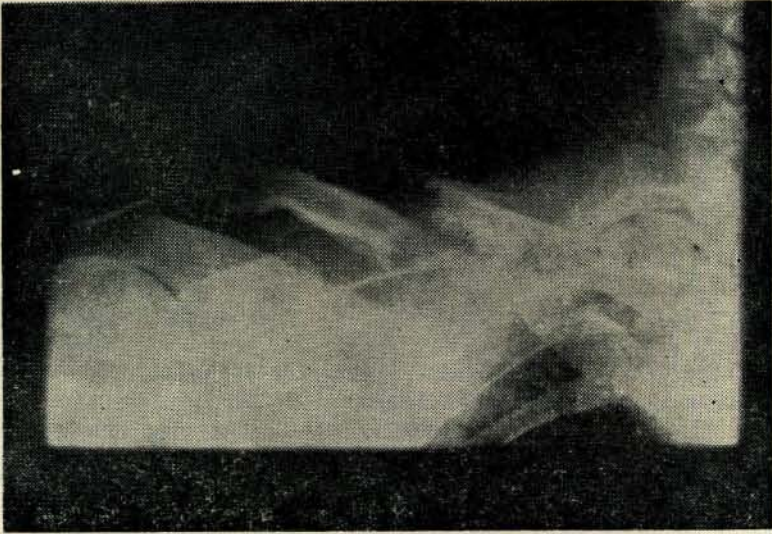
KLAVİKULA KIRIKLARI, KONSERVATİF YAHUT OPERATİF ?

Dr. Yüksel CAVLAK*
Dr. Selman ÖZÇOBAN**

Klavikula sık kırılan bir kemiktir. Bu yaralanma daha çok çocuklarda olur. Klavikula S-şeklinde bir kemik olduğu için, daha ziyade bu bölgede fraktür görülür. Kırıkların tedavisi konservatiftir. Psödoartroz nadirdir. 8-şeklindeki bandaj kullanılır. Operatif tedavi indikasyonundan bahsedildi.

GİRİŞ:

Embriyonal devrede ilk olarak ossifikasyona uğrayan klavikula direk veya indirek travmayla kırılır. Direk kırıklar pek fazla görülmezken, kolun üstüne düşmeyle husule gelen indirek fraktürler daha siktir (1). Klavikula çoğu kere (S) şeklinde kıvrıntı gösterdiği 1/3 orta kısmından fraktüre olur. Bu tür kırıklar % 80 oranındadır ,Resim : 1).



Resim : 1 — Parçalı klavikula kırığı. En sık görülen kırık formu.

Açık kırıklar oldukça nadirdir. Medialdeki kırık parçası m. sternocleidomastoideus'un traksiyonuyla cranial-dorsal, periferdeki ise m.

- * Paracelsus Kliniği Travmatoloji Seksiyon Baş Asistanı
- ** Paracelsus Kliniği Travmatoloji Seksiyon Asistanı

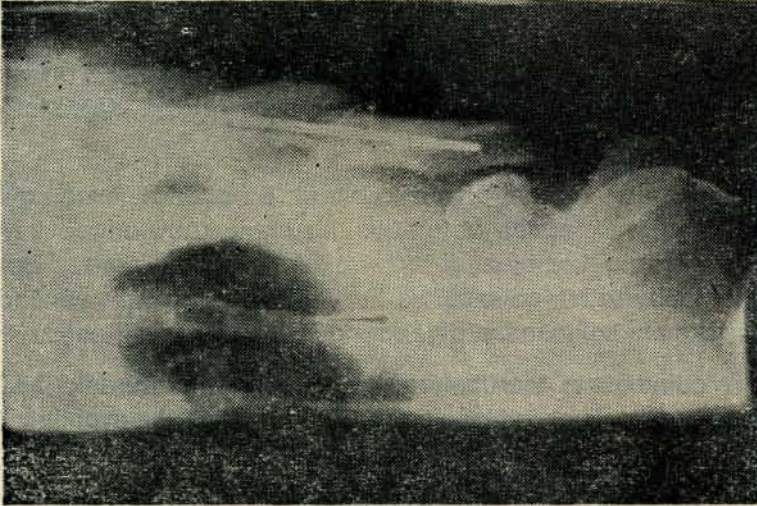
deltoideus ve kol adalelerinin kuvvetiyle caudal-ventral istikamete doğru kayar (4,9). Vakaların % 15'inde acromion'a yakın, % 5'inde de sternum'a yakın kırıklar saptanır.

Distal kırıklar ligamentin (lig. coracoclaviculare) durumuna göre farklı dislokasyon gösterirler (Resim : 2 I-III). I. tip kırıklarda ligament sağlamdır, dislokasyon pek göze çarpmaz; II. tipte ligament rüptüre olduğundan proksimal fragment yukarı doğru kalkar. III. tip kırıklarda kırık çizgisi intraartikülerdir.



Resim : 2 — I-III. Distal klavikula kırıklarında klasifikasyonun şematik görünüşü.

Hemen hemen bütün klavikula fraktürleri konservatif olarak tedavi edilebilir (2,8). Fakat bu arada operatif tedaviyi tercih eden ve Rush-pin, Kirschner-Teli, plate vs. gibi osteosentez metotlarıyla kırığı tesbit eden klinikler bulunmaktadır (3,5,10,11) (Resim : 3).



Resim : 3 — Resim 1'deki vakanın Rush-pin ve cerclage ile stabilizasyonu.

Bu yazı serimizde kliniğimizde tedavi ettiğimiz vakaları araştırarak operatif ve konservatif tedaviden hangisinin daha iyi ve maksada uygun olduğu incelenmiş ve komplikasyonları üzerinde durulmuştur.

GEREC VE YÖNTEM:

1974-1976 arası paracelsus kliniği travmatoloji polikliniğinde 107 klavikula kırığı tedavi edilmiştir. Bunun 62'sini oblik, 18'ini parçalı, 10'unu yeşil ağaç ve 2'sini de acromion'a yakın kırıklar teşkil etmektedir. Bu 107 vakanın 60'ı erkek, 20'si kadın ve 27'si de çocuk olduğu saptanmıştır. Yalnız bir vakada 1 cm. den fazla bir dislokasyon görülmüştür. Yan yaralanmalara gelince; daha ziyade kaburga kırığı ve commotio cerebri teşhisi konulmuştur.

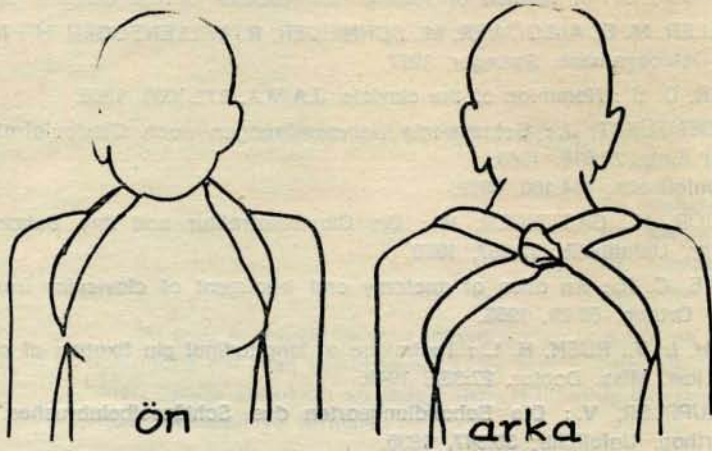
25 klavikula kırığına operatif tedavi tatbik edilmiş ve osteosentez materyeli olarak 22 vakada Rush-pin, 2 vakada Kirschner-Teli ve Cerclage ve 1 vakada da plate kullanılmıştır. 2 hastada osteomyelit, 1 hastada psödoartroz ve 3 hastada post operatif çirkin sikatris dokusu saptanmıştır. Geriye kalan 82 klavikula kırığı konservatif tedavi edilmiştir.

Dislokasyon gösteren kırıklar ilk önce % 1'lik Novocain ile uyuşturularak repoze edilir. Hastaya dik durması ve omuzlarını arkaya doğru çekmesi söylenir. Bu durumda (8) tarzındaki (Rucksack-Verband) sargı metoduyla kırık immobilize edilir. Tatbik edilen bu sargı ile omuzun aşağıya düşmesi önlediği gibi fragmentleri yeteri kadar immobilize ederek ağrıyı hafifletir. Sargı haftada bir kontrol edilmelidir. Gevşeyen sargı tekrar, yukarıda tarif edilen pozisyonda sıkılır. Burada dikkat edilmesi gereken bir husus; koltuk altındaki damar ve sinirlerin tazyik altında kalarak sıkışmasıdır. lasyon bozukluğu görülebilir.

İmmobilizasyon zamanı ortalama olarak 3 haftadır. Tedavi ayakta yapılır, hastayı servise yatırmaya lüzum yoktur; ancak kırığın yan yaralanmalarla kombine olduğu vakalar servise alınır. Sargı; hafif oluşu, kolay tatbik edilmesi ve her iki omuzu hareket yönünden serbest bırakması bakımından diğerlerinden tercih edilir (Resim : 4).

Gerek edindiğimiz tecrübeler, ve gerekse literatürdeki bildiri- lere dayanarak ameliyat indikasyonunu şu vakalara kısıtlayabiliriz (7).

- damar ve sinir lezyonu ile beraber olan kırıklar,
- açık kırıklar,
- psödoartroz (6),
- callus luxurians'a bağlı plexus iritasyonu,
- kişinin arzusu üzerine (kozmetik yönden).



Resim : 4 — Klavikula kırığının immobilizasyonunda sık kullanılan "figure of eight bandages" (Rucksack-Verband)

TARTIŞMA :

Gerek kliniğimizde tedavi ettiğimiz vakalardan edindiğimiz tecrübelerden, gerekse literatürdeki kaynaklardan anlaşılmaktadır ki, hemen hemen bütün klavikula fraktürleri konservatif tedavi ile 3 hafta gibi bir zaman içinde iyileşebilmektedir. Prensip itibariyle küçük çocuklarda ve gençlerde tedavi daima konservatiftir. Bunlarda deformasyonlar ve aks değişiklikleri zamanla telafi edilir. Yetişkinlerde klavikulanın 2 cm'e kadar kısalığı önem taşımaz; çünkü bu kısalık omuzlar arasında kendini 1 cm olarak gösterir ki, bu da pek göze çarpmaz. Şu halde özet olarak denilebilir ki, konservatif tedavi klavikula kırıklarında yeterli olmakta ve bizi istediğimiz hedefe ulaştırmaktadır.

SUMMARY

Fractures of the Clavicle. Conservatively or Surgically?

The clavicle is the bone most frequently fractured. The Majority of these injuries occur in children. Since the clavicle is an S-shaped bone, where the majority of fractures occur. The Treatment of fractures of the clavicle are conservatively. Nonunion of the clavicle is rare. The figure of eight bandages has been used. The indications for operative treatment are discussed.

KAYNAKLAR

- 1 — BÖHLER, L. : Die Technik der Knochenbruchbehandlung. Maudrich, 1977.
- 2 — EBERLE, H. : Klinik und Behandlung der frischen Claviculafraktur. Heft e Unfallheilk. 114:165, 1972.
- 3 — MATZEN, P. F. : Indikation der operativen Therapie bei Frakturen und Luxationen im Schulterbereich. Beitr. Orthop. Traumatol. 44:312, 1978.

- 4 — MURRAY, G. : A method of fixation for fracture of the clavicle. J. Bone
- 5 — MÜLLER, M. E., ALLGÖWER, M., SCHNEIDER, R., WILLENEGGER, H. : Manual der Osteosynthese. Springer, 1977.
- 6 — NEER, C. S. : Nonunion of the clavicle. J.A.M.A. 172:1006, 1960.
- 7 — POIGENFÜRST, J. : Gefaess-udn Nervenstörungen nach Claviculafrokturen. Joint Surg. 22:616, 1940.
H. Unfallheilk. 114:180, 1972.
- 8 — REFIOR, H., GASTEIGER, W. : Die Claviculafaktur und ihre Behandlung. Mschr. Unfallheilk. 73:257, 1970.
- 9 — ROWE, C. R. : An atlas of anatomy and treatment of clavicular fractures. Clin. Orthop. 58:29, 1968.
- 10 — RUSH, L. V., RUSH, H. L. : Technique of longitudinal pin fixation of clavicle and jaw. Miss. Doctor. 27:332, 1949.
- 11 — SCHUPPLER, V. : Die Behandlungsarten des Schlüsselbeinbrurses. Arch. Orthop. Unfallchir. 35:347, 1935.