



## Ön kolun bipolar çıkığı (yüzen ön kol)

Hüseyin AŞKAR<sup>1</sup>, Cemil ERTÜRK<sup>2</sup>, Mehmet AKİF ALTAY<sup>2</sup>, Ali BİLGE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Balıköl Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Şanlıurfa;

<sup>2</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Ön kolun bipolar çıkığı (yüzen ön kol) ender görülen ve bu nedenle sıklıkla göz ardı edilen bir yaralanmadır. Bu çalışmada, ağaçtan düşme nedeniyle bir başka merkeze başvuran 28 yaşında bir erkek hasta bildiriyoruz. Hastanın sol dirseği, çıkık nedeniyle, daha önce kapalı redüksiyonla yerine konulduktan sonra uzun kol ateli ile tedavi edilmişti. Bununla birlikte, ertesi gün, hasta sol bileğinde ağrı ve şişlik ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Fizik ve radyolojik inceleme sonucu dorsal trans-skafoid perilunat çıkığı saptandı. Rahat bir görüş için dorsal yaklaşımla açık redüksiyon ve internal tespit uygulandı. Eşzamanlı dirsek çıkığı ve perilunat kırıklı çıkığı sık rastlanmayan bir durumdur. Bu nedenle, hekimler tedavi yaklaşımlarında olası diğer yaralanmaları ve uygulamada olan tedavi yöntemlerini birlikte değerlendirmelidirler.

**Anahtar sözcükler:** Dirsek çıkığı; perilunat kırıklı çıkığı; yüzen ön kol.

Ön kolun bipolar çıkığı, dirsek çıkığı ve perilunatın kırıklı çıkığından oluşur. Eşzamanlı ipsilateral dirsek ve perilunat çıkığı (yüzen önkol) ise oldukça ender görülen bir yaralanmadır. Bu yaralanmalar genellikle yüksek enerjili travmalar sonucu oluşur.<sup>[1-4]</sup>

Çalışmamızda, eşzamanlı ipsilateral dirsek ve dorsalde trans-skafoid perilunat kırıklı bir çıkık olgusu sunuyoruz.

### Olgu sunumu

Uzun kol atelli 28 yaşındaki erkek hasta merkezimize başvurdu. Hasta, ağaçtan düşme nedeniyle başka bir merkezde bir süre yatmış ve sol dirsek çıkığı kapalı olarak redükte edilmişti (Şekil 1a, b). Muayenesinde elde yaygın hassasiyet ve şişlikle birlikte ağrı yakınmaları olduğu görüldü. Ayrıca, avuç içinde ve parmaklarda hissizlik şikayeti vardı. Radyal ve ulnar nabızlar, ciddi şekilde şişliğe rağmen zorlukla palpe ediliyordu. Hastanın açık yarası ve cilt lezyonu yoktu.

Konvansiyonel ön-arka grafide, skafolunat ekleme 3 mm'den fazla açıklık olduğu görüldü. Normalde dik-dörtgen profildeki lunat, eğimden dolayı üçgen şeklinde görünüyordu. Ayrıca, yerinden oynamış skafoid kırıklı skafoidin osteokondral kırığı ile birlikte kemik parçası interosseöz bağ yaralanmasına işaret etmekteydi. Bunun dışında, dirsekte ulnar stiloidde kırık olmasına rağmen tespit uygulanacak kadar büyük olmadığı kanaatine varıldı. Dirseğin lateral grafisinde radius, lunat ve kapitatin merkezlerini birleştiren hayali hatta kırık gözlemlendi. Ayrıca, lunat volar olarak çıkıktı ve kapitat ile radius eksenini birleştiren hat lunatın ise sadece kenarından geçiyordu (Şekil 1c, d).

Avuçta ve parmaklarda parestezi gibi nörolojik bulgular ve sol elde yaygın hassasiyet ve şişlik gibi dolaşım sorunları nedeniyle acil ameliyat planlandı. Genel anestezi altında perilunat kırıklı çıkığına kapalı redüksiyon girişimimiz başarısızlıkla sonuçlanınca açık redüksiyon

**Yazışma adresi:** Dr. Cemil Ertürk, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, 63300 Şanlıurfa.

Tel: 0414 – 314 11 70 e-posta: erturkc@yahoo.com

**Başvuru tarihi:** 25.01.2012 **Kabul tarihi:** 20.09.2012

©2014 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu  
www.aott.org.tr adresinde  
doi: 10.3944/AOTT.2014.2824  
Karekod (Quick Response Code)





**Şekil 1.** Dirsek çıkığının (a) ön-arka ve (a) yan radyografileri. El bileğinin perilunat çıkığının konvansiyonel (c) ön-arka ve (d) yan grafileri. (e, f) Redüksiyon sonrası transfiksasyonla perilunat çıkığın stabilizasyonu sağlanmıştır.

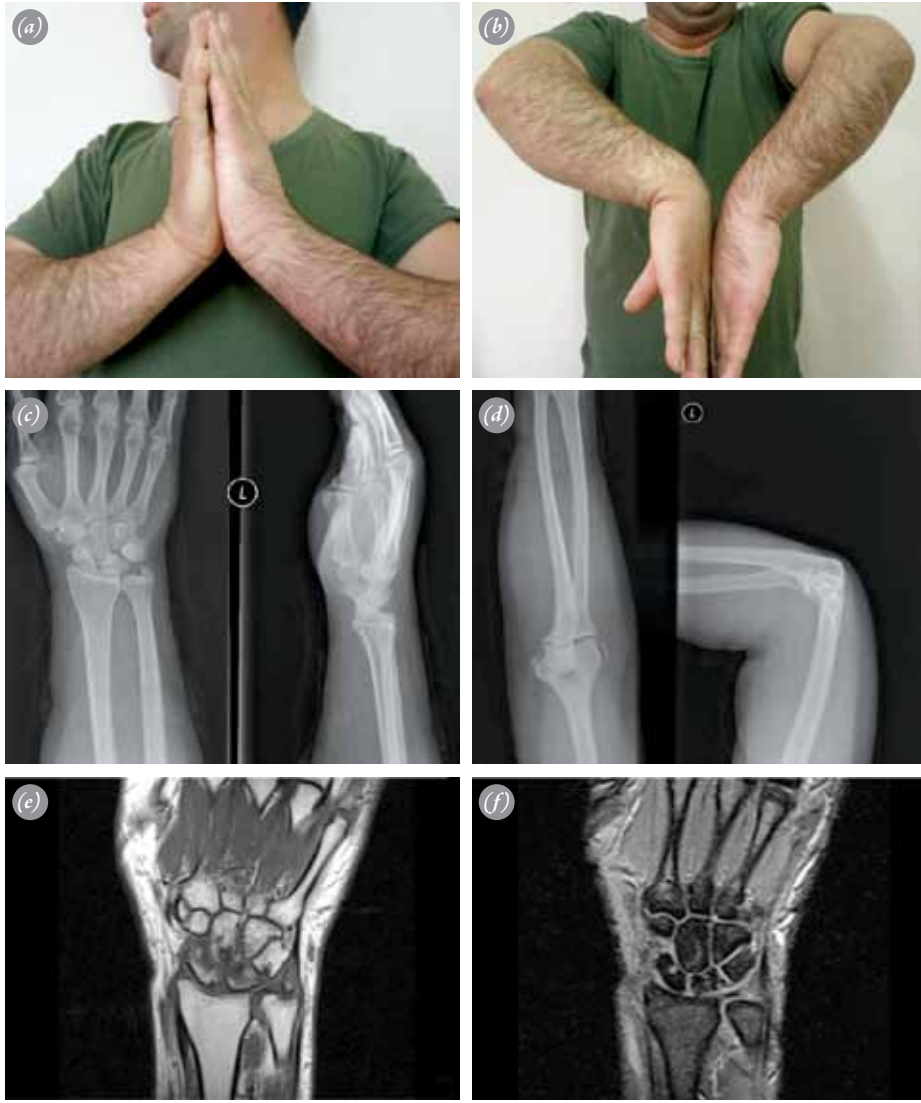
girişiminde bulunuldu. Karpal çıkık için uygulanan dorsal insizyon ile midkarpaldeki çıkığın redükte edilmesine engel teşkil eden ve kapitata ile lunata arasında sıkışmış dorsal kapsülün yırtılmış olduğu ortaya çıktı. Skafolunat interosseöz bağın kopuk olduğu gözlemlendi. Redüksiyon sonrası skafoidden lunata iki ve kapitattan lunata da iki adet K-teli ile yapılan transfiksasyon ile stabilizasyon sağlandı. Deplase skafoid kırık da skafoidden lunata iki adet K-teli ile tespit edildi. Dirseğin floroskopi altında stabil olduğu görüldü (Şekil 1e, f).

Cerrahi sonrası hastanın dirseği 3 hafta boyunca dirsek üstü atel ile daha sonra ise başparmak destekli spica alçı atel ile immobilize edildi. Atel ve K-telleri cerrahi sonrası 6. haftada çıkarıldı. Grafilerde sol dirsek ve bilek görünümünü tatmin ediciydi. Dirseğin ve bileğin sertliğini gidermek için yoğun fizyoterapi uygulandı.

İki yıllık takipte nörolojik bozukluğa dair bir bulgu görülmedi (Şekil 2a, b). Hastanın elle yaptığı işlerden kaynaklanan bir ağrı şikayeti olmadı. Aktif hareket aralığı nötral-0 yöntemi ile ölçüldü ve dirsek ekstansiyon/fleksiyonu için 50/0/40° olarak bulundu. İkinci yıl takibinde hastanın bilek ve dirsek grafileri çekildi. Dirsek grafilerinde posttravmatik artrit görülmedi (Şekil 2b, c). Manyetik rezonans görüntülemesinde bilek bağlarının normale döndüğü ve stabil bir hal aldığı görülürken, skafoid, lunat ve proksimal kapitatta avasküler nekrozu düşündürülecek bir bulguya da rastlanmadı (Şekil 2e, f).

### Tartışma

İpsilateral dirsek ve el bileği çıkığı oldukça ender görülen bir yaralanmadır.<sup>[1-4]</sup> Literatürde başka kırıkların eşlik etmediği sadece 3 bipolar kırıklı çıkık olgusu



**Şekil 2.** (a, b) Hastanın 2. yıl izleminde nörolojik bozukluğa ait bir bulguya rastlanmamıştır. İki yıl sonunda çekilen radyografilerde (c) dirsek ve (d) bilek ekleminde posttravmatik artrit bulgusu yoktur. (e, f) İki yıl sonunda gerçekleştirilen manyetik rezonans görüntülemesinde, bilek bağları iyileşmiş ve stabil görünümde iken, skafoid, lunat ve proksimal kapitata dair avasküler nekroz bulgusu yoktur. [Üstteki şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

bildirilmiştir. Chen'in<sup>[1]</sup> bildirdiği üç olgudan sadece biri izole bipolar çıktıdır; diğer iki olguda başka kırıklar vardır. Bu izole çıkık olgusuna 6 hafta sonra tanı konmuş ve hastaya proksimal sıra rezeksiyon uygulanmıştır. Prasad ve ark., ek olarak radyal stiloid kırıklı bir olgu sunmuş fakat izlemini yapmamıştır.<sup>[2]</sup> Bizim olgumuzda tanı el bileğinde ilk gün ağrı ve şişlik olmadığı için gözden kaçmıştır. Daoudi ve ark.'nın çalışmasında, elin volar yüzünde açık yarası nedeniyle yaralanması hemen fark edilen bir olgu sunulmaktadır.<sup>[3]</sup> Zejjari ve ark. ise, yüksekte düşme nedeniyle bilateral yüzen ön kol olgusu rapor etmiş, fonksiyonel sonuçların literatürdeki diğer olgularla aynı olduğunu bildirmişlerdir.<sup>[4]</sup>

Perilunat çıkkıklar motorlu araç kazaları veya yüksekte düşme gibi yüksek enerjili travmalar sonucu oluşur. Bu hastaların genellikle başka yaralanmaları da bulunduğundan, el bileği yaralanmalarının gözden kaçırılması sıra dışı bir durum değildir. Dirsek çıkkıkları görülme sıklığının %20 olduğu ifade edilmiştir.<sup>[5]</sup> Herzberg ve ark.'nın<sup>[6]</sup> 1993 tarihli çalışmasında, perilunat kırıklı çıkkıkların perilunat çıkkıklardan iki kat sık görüldüğü aktarılmaktadır. Yüksek enerjili travmalar sonrası perilunat çıkkıklarının ilk tanıda gözden kaçırılması %25 sıklıkta rastlanan bir durumdur ve beraberinde dirsek yaralanmaları olduğunda bu oran yükselmektedir. İlk muayenedeki değerlendirmelerin eksik olması veya

yanlış konan tanılar daha kötü prognozlara yol açabilmektedir.<sup>[2,5,7]</sup>

Lunat etrafındaki karpal kemikler genellikle hiperkestansiyon yaralanmalarında yerinden oynayabilir. Perilunat çıkıklarda ise karpal kemikler volar veya dorsal olarak yerinden çıkabilir. Travma yönü ve şiddetine göre çeşitli varyasyonların görülmesi söz konusudur. Bu travmalar, aynı zamanda, perilunat çıkıklarla görülen yaralanmaların kapsamını da belirleyen faktörlerdir.<sup>[5,8]</sup>

Ana tanı yöntemi radyografidir.<sup>[5,8]</sup> Standart ön-arka el bileği grafilerinde görünüm göreceli olarak normal olabilir. Ancak, lateral grafiler radius, lunat ve kapitat arasındaki hat kayıplarını ortaya koymaktadır. Bu hat üzerinde görülen herhangi bir kırılma ciddi anlamda bir intrakarpal kötü dizilim düşünülerek ele alınmalıdır. Dorsal perilunat bir çıkıkta kapitat lunatın tepesinde yer alır.<sup>[5,9]</sup> Bizim olgumuzda lateral grafideki volar lunat subluksasyonu son safhadaki perilunat çıkığını açık şekilde göstermişti. Kapitat ve ilgili karpal kemikler radius ile iyi hizalanmıştı.

Atel ile immobilizasyon, perkütan pin tespiti ve dorsal, volar veya kombine dorsal-volar açık redüksiyon ve internal fiksasyon (ARİF) tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.<sup>[5,8,10]</sup> Tedavi yaklaşımı tartışmalı olmakla birlikte, fragmanların görüntülenmesi ve hem kırık hem de çıkığın redüksiyonu daha kolay olduğundan ve cerrahi süresini ciddi anlamda da düşürdüğü için genelde dorsal insizyon tercih edilmektedir. Bununla birlikte, operasyon sırasında median sinir karpal kanalda lunat tarafından sıkıştırılabilir ve median sinir hasarı meydana gelebilir. Median sinirin dekompresyonunun gerektiği durumlarda, palmar yaklaşım uygulanabilir.<sup>[5,8,10]</sup> Skafolunat interosseöz bağ onarımı gerektiği takdirde, mümkünse kemiğin içinden geçecek şekilde, 0 numara emilmeyen sutürlü horizontal mattress dikiş atılır.<sup>[5]</sup>

Sonuç olarak, travma sonrası oluşan dirsek çıkığı ile birlikte meydana gelebileceğinden ve perilunat çıkıklarının gözden kaçırılması bu beklenmedik doğaları nedeniyle oldukça olasıdır. Bu tür hastalarda klinik muayene dikkatlice ve girişim acil olarak yapılmalıdır. Muayene sonucu cerrahi düşünüldüğü takdirde, komşu eklemler, omuz ve el bileği de mutlaka değerlendirilmelidir. Karpal çıkıklar kompleks ve tanısının konulması için farklı

pozisyonlarda birçok grafi çekilmesini gerektiren zor olgulardır.

**Çıkar örtüşmesi:** Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

## Kaynaklar

1. Chen WS. Concurrent perilunate dislocation in patients with elbow dislocation: case reports. *J Trauma* 1994;37:504-7.
2. Prasad K, Dayanandam B, Gakhar H, Attarwala U, Karras K. Concomitant elbow and perilunate dislocation: floating forearm. *The Internet Journal of Orthopedic Surgery* [Internet]. 2007 [cited 2011 Aug 10] Volume 8 Number 1. Available from: <http://ispub.com/IJOS/8/1/10950>.
3. Daoudi A, Elibrahimi A, Loudiyi WD, Elmrini A, Chakour K, Boutayeb F. Bipolar forearm dislocation or floating forearm (a case report). [Article in French] *Chir Main* 2009;28:53-6. [Abstract]
4. Zejjari H, Louaste J, Chkoura M, Rachid K. Bilateral floating forearm: a case report. [Article in French] *Chir Main* 2011;30:155-8. [Abstract]
5. Cassidy C, Ruby LK. Fractures and dislocations of the carpus. In: Browner BD, Jupiter JB, Levine AM, Trafton PG, Krettek C, editors. *Skeletal trauma*. Vol. 2, Chapter: 39. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2009. p. 1343-1403.
6. Herzberg G, Comtet JJ, Linscheid RL, Amadio PC, Cooney WP, Stalder J. Perilunate dislocations and fracture-dislocations: a multicenter study. *J Hand Surg Am* 1993;18:768-79.
7. Stanbury SJ, Elfar JC. Perilunate dislocation and perilunate fracture-dislocation. *J Am Acad Orthop Surg* 2011;19:554-62.
8. Garcia-Ellias M, Geissler WB. Carpal instability. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, Wolfe SW, editors. *Green's operative hand surgery*. Vol. 1, 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 535-604.
9. Linscheid RL, Dobyns JH, Beabout JW, Bryan RS. Traumatic instability of the wrist. Diagnosis, classification, and pathomechanics. *J Bone Joint Surg Am* 1972;54:1612-32.
10. Adkison JW, Chapman MW. Treatment of acute lunat and perilunate dislocations. *Clin Orthop Relat Res* 1982;164:199-207.