

Meniskus lezyonlarında klinik belirtiler

Mahmut Karlı (1)

Meniskus yırtıklarının teşhisi bazı durumlarda zorluklar arzedebilir, dikkatli bir anamnez ve fizik muayeneye ilave olarak yapılacak olan standart radyografiler, artrografik ve artroskopik incelemeler teşhis hatasını % 5'den daha aza indirebilir. Genel belirtiler, ağrı, fonksiyon kaybı, şişlik, diz ekleminde güvensizlik ve boşalma hissi, kuadriseps atrofi ve kilitlenme. Meniskus yırtıklarının teşhisinde özel isimlerle anılan testlerinde çok önemi vardır.

Clinical features in meniscus lesions

In some circumstances the diagnosis of meniscus tears can be difficult. In addition to a detailed history and clinical examination standard radiographic, arthrographic and arthroscopic examinations can reduce the errors in diagnosis to less than 5%. General features are pain, loss of function, swelling, giving way, Quadriceps atrophy and locking. Special test are also very important in the diagnosis of meniscus tears.

Meniscus yırtığının teşhisi bazı durumlarda tecrübeli ortopedik cerrahlar için dahi zor olabilir. Dikkatli anamnez ve fizik muayeneye ilaveten standart röntgenler, artrografi ve artroskopi gibi özel tetkikler ile meniscus yırtıklarında teşhis hatası % 5'ten daha aza indirilebilir.

Meniscus yırtıkları genellikle 18-45 yaşları arasında, aktif, halen sportif aktivite yapan veya geçmişte spor yapmış olan, mesleği gereği diz flexionunda iken rotasyon hareketini sık yapan, çömelerek çalışan ve ibadetini çömelerek yapan kişilerde görülür. Erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir.

Diz travmasından sonra anamnez çok önemlidir. Anamnezde kontrolsüz olarak yapılmış ani bir rotasyon, ekstansiyon ve fleksiyon hareketi ve bu esnada dizin pozisyonunun öğrenilmesi teşhis için çok önemlidir. (1,2,4,5,6,7,10,11).

Meniscus yırtığının genel semptomları

- Ağrı
- Fonksiyon kaybı
- Şişlik
- Diz ekleminde güvensizlik ve dizde boşalma hissi
- Kilitlenme
- Kuadriseps atrofidir.

Ağrı:

Meniscus sensitif sinir uçları içermez, Semptomlar yırtık tarafından komşu eklem kapsülünü irritasyon ve eklem hareketlerinde meydana gelen mekanik engellemeler sonucunda oluşur.

Ağrı yaralanma esnasında dizin iç veya dış tarafında eklem merkezine doğru hissedilir. Ani bir yırtılma hissi ile beraberdir.

Eklem hattında hassasiyet önemli bir fizik muayene bulgusudur. Bu özellikle postero-medial veya postero-lateral bölgede meydana gelir. Çünkü yırtıkların çoğunluğu bu bölgede görülür.

Şişlik:

Şişlik sinovial effüzyona bağlıdır. Akut meniscus yırtıklarında şişlik travmadan hemen sonra görülmez. Sinovianın irritasyona cevabı olarak 18-24 saat sonra eklem

şişmeye başlar. Yalnız periferik yırtıklarda meniscusa gelen damarların yırtılması sonucu oluşan hematoma bağlı olarak daha erken olarak şişlik meydana gelebilir. Şişlik orta derecededir.

Kilitlenme

Kilitlenme tutulan eklem tam olarak ekstansiyona gilememesidir. Bu bazan bariz takılıp kalma şeklinde olabilir gibi bazanda ekstansiyonun son 5-10 derecesinin kısıtlanması şeklinde olmaktadır. Bu nedenle kilitlenme mutlaka karşı dizle karşılaştırılarak da değerlendirilmelidir (4,5,10).

Kilitlenme longitudinal yırtıkların bir özelliği olup, özellikle kovaları yırtıklarında görülür. Lateral meniscusda kovaları yırtık daha nadir olduğu için çoğunlukla medial meniscusa aittir.

Diz kilitlenmesinin meniscusun kovaları yırtıkları için patogonomik olduğu düşünülmemelidir. İntraartiküler tümörlerde, osteoartikülöz eklem farelerinde kopmuş osteofitlerde, hipertrofik yağ yastığı gibi durumlarda da kilitlenme görülebilir. Yalancı kilitlenme ile gerçek kilitlenmenin ayırt edilmesi tanıda çok önemlidir. Yalancı kilitlenmede yaralanmalardan hemen sonra kapsülün posterior parçası ve ligamentler civarında oluşan hemoraji ve hamstrinklerde oluşan spazm nedeniyle dizin tam ekstansiyonu engellenmiştir. Sebebi ne olursa olsun bir müddet cilt traksiyonuna rağmen açılmayan kilitlenme cerrahi girişim gerektirir (4,10,11).

Kilitlenme ani olarak meydana gelir ve ani olarak ortadan kalkar. Yavaş yavaş ortadan kalkan kilitlenme anamnezinde dikkatli olmak gerekir. Kronik vakalarda da % 30 oranında kilitlenmeye rastlanmaktadır.

Fonksiyon Kaybı

Akut meniscus yırtığında hasta olaydan hemen sonra eklem üzerinde tam yük veremez. Ağrısız yürüyemez, genellikle yaptığı işe katıldığı spora devam edemez veya devam ederse bunu çok zorlukla sürdürür. Ağrı, ekstansiyon kısıtlılığı ve ağrılarak yürüme ortaya çıkar. Kronikleşmiş vakalarda engebeli arazide yürüme ve özellikle merdiven inme güçlüğü görülür.

Diz ekleminde güvensizlik ve dizde boşalma hissi

(Giwing way) Hastalar dizin rotasyon hareketlerinde bir sublüksasyon hissediler ve dizlerinde birşeyin kaydığını veya eklemin bir an için sanki yerinden çıktığını hissettiklerini ifade ederler.

Smillie göre (11) boşalma hissi meniscus yırtıkları için değerli bir bulgudur. Ancak bu bulgu ön çapraz bağın eski yırtıklarında, eklem farelerinde patella kondromalaziasında ve quadriceps atrofisinde de görülebilir.

Quadriceps atrofisi

Quadriceps kasının atrofisi diz içinde bir patolojinin varlığına delalet eder. Ağrı ve ekstansiyon kısıtlılığı nedeniyle hasta dizini daha az kullanır ki bu da quadriceps kasının özellikle vastus medialis'in atrofisi ile sonuçlanır. Refleks bir distrofi olduğu da ileri sürülmüştür. Kullanılmama ve hatalı kullanma sonucu çok hassas olan bu kas bir hafta içinde iki santim atrofiye uğrayabilir. Kronik vakalarda quadriceps atrofisine sıklıkla ve ileri derecede rastlanır (8,4,5,10,11).

Meniscus yırtıklarında tanı testleri

Dikkatli bir anamnez, detaylı bir fizik muayene ve diz bağlarının muayenesinden sonra meniscus yırtıkları için diagnostik olan bazı testler yapılmaktadır.

Bu testlerin esası, femur kondilleri ile tibia eklem yüzleri arasında flexion, ekstansiyon hareketi ile beraber yapılan rotasyon hareketleri ile meniscuslar sıkıştırılarak yırtık olan tarafta ağrı, hassasiyet klik oluşturmaya dayanır. Birçok manipulasyon testi tarif edilmiştir. Burada en çok bilinen ve kullanılanlar detaylı olarak sunulacaktır.

1- Steinmann'ın duyarlılığın yer değiştirmesi işareti:

Meniscuslar diz ekstansiyon sırasında tibia platosunda öne doğru flexionda arkaya doğru yer değiştirir. Bu göç hareketi sırasında lateral meniscusun medial meniscusa göre iki kat fazla yer değiştirdiği ve bu yer değiştirmenin 12 mm. olduğu bulunmuştur. Ağrılı nokta flexion ile arkaya gidiyorsa ekstansiyonda öne geliyorsa meniscus yaralanmasını gösterir (3).

2- Cyriax'ın Ağrı yapması:

Dizin flexion hareketi sırasında ağrı belirli derecelerde ortaya çıkıyor ve kayboluyorsa enine bir meniscus yırtığını düşündürür (3).

3- Yaylı bir engel (Bounce, hometest): hasta sırt üstü yatırılır, bir elle topuktan diğer elle popliteadan tutularak diz flexiona getirilir. Popliteadan tutulan el birden çekilerek pasif olarak ekstansiyona getirilir. Ve kemiklerin karşılaşması sert olarak hissedilir. Eklem arasına sıkışan kovaşapı meniscus yırtığı, eklem faresi, vb. patoloji var-

sa ekstansiyon tam olmaz bu hareketin sonunda dizi geriye doğru iten yaylı bir engel hissedilir (3,9).

4- Mc Murray testi:

1929'da Mc. Murray tarafından meniscus yırtıklarının teşhisinde faydalı bir test olarak tavsiye edilmiştir. Hasta sırt üstü yatırılır. Bir elle topuğu tutulur ve diz tam fleksiyona getirilir, diğer el diz üzerine konur ve başparmak lateral eklem, diğer parmakların medial eklem çizgisini palpe eder. Tibia dışa rotasyona getirilerek dize valgus zorlaması uygulanır. Ve diz yavaşça ekstansiyona getirilir. Bu manevra sırasında bir klik sesi alınır ve hasta ağrı duyuyorsa büyük bir olasılıkla medial meniscus arka boynuz yırtığı vardır. Dış meniscus için aynı test tibia içe rotasyona getirilerek ve dize varus zorlaması uygulanarak yapılır (3,8,9).

Mc.Murray testinde diz tam fleksiyon ile % 90 derece fleksiyon arasında bir klik sesi işitilmesi genellikle meniscusun posterior periferik yırtığını gösterir. Ekstansiyonun daha ileri derecelerinde görülen ve kesin olarak eklem hattından kaynaklanan bir klik ise, meniscusun orta ve ön parçasının yırtığını gösterir.

Eklem hattına lokalize olan pozitif Mc. Murray testi meniscus yırtığının bir bulgusudur. Ancak negatif Mc. Murray testi meniscus yırtığını ekarte ettirmez.

5- Graham-Apley Baskı testi:

Hasta yüz üstü yatırılır ve dizi 90 derece fleksiyona getirilir. Hekim iki elinin ayası ile hastanın tabanına baskı uygular. Ve ayağı içe ve dışa rotasyon yaptırılır. Meniscuslarda yırtık varsa, yırtığın olduğu tarafta ağrı ortaya çıkar (3,8,9).

6- Payr testi:

Bağdaş kurup oturan kişi medial eklem aralığında ağrı duyuyorsa medial meniscus yaralanmasından şüphe edilir (9).

7- Gülhane testi (Ege):

Hazırol durumundaki kişi dizlerini birbirinden uzaklaştıracak şekilde çömelir. Dizlerde medial bölümden ağrı ve takılma hissederse medial meniscus lezyonu düşünülür. Hastanın ayakları 40-60 cm uzaklaştırılıp içe rotasyona getirilerek dizler birbirine yaklaşacak şekilde çömelme hareketi yaptırılır. Bu hareket sırasında ağrı ve takılma hissi olursa dış meniscus lezyonu düşünülür.

8- Böhler testi:

Sırt üstü uzanan hastanın dizi tam ekstansiyonda ve değişik fleksiyon derecelerinde adductiona zorlatılarak ağrı başlatılmaya çalışılır. Abduction ağrısı dış, adduction ağrısı ise iç meniscus lezyonunu düşündürür. Özellikle ön boynuz yırtıklarında önemlidir.

9- Ördek yürüyüşü:

Özellikle arka boynuz yırtıkları için değerli bir testtir.

Kaynaklar

1. Böhler, L.: The Treatment of Fractures... Vol. 3... Grune and Stratton Co.: 1958.
2. Connolly, De Palma: The Management of Fracture and Dislocations. Saunders. Co. 1981.
3. Davies, G.J., Larson, R.: "Examining The Knee" The Physician and Sports Medicine. April 1978. S.: 49-67.
4. Edmonson-Crenshaw: Campbell's Operative Orthopaedics. Mosby. 1968.
5. Ege, R.: Ortopedi ilkeleri ve uygulamaları. Turek, S. Vol: 2. 1980.
6. Ege, R.: Hareket Sistemi Travmatolojisi. A.Ü.T.F. Yayınları 1978-365.
7. Ege, R.: Travma (Yaralanmalar) Genel-Özel Sistemler 1981.
8. Erol, S.K.: Diz bölgesinin yumuşak doku yaralanmaları. Travma. Editör Efe, R. 1981. S.: 476-479.
9. Hoppenfeld, S.: Physical Examination of the knee joint by complaint. 10. Rockwood-Green: Fracture in adults. Lippincott. 1984.
11. The Orthopaedic Clinics of North America. No: 10. S.: 3-20. 1979.
12. Smillie, L.S.: Injuries of the knee joint. Churchill-Livingstone. Fourth-ed 1970.