

Meniskus yırtıkları ve konservatif tedavi

İ. Metin Türkmen⁽¹⁾

Meniskus yırtıklarının tedavisi genelde cerrahidir. Ancak travma sonrası bir dizin iyi değerlendirilebilmesi ve meniskus yırtıkları ile birlikte olabilecek diğer yaralanmaların da teşhislerinin konmasına, hatta birlikte tedavi edilmesi amacıyla yönelik olarak konservatif tedavi metodları denenebilir. Uygulanan konservatif tedavi metodlarından bazıları; lokal soğuk tatbiki, dizde biriken sıvının aspirasyonu, kilitlenen dizin açılması, bandaj tatbiki ve adale egzersizleridir.

Meniscus tears and conservative treatment

The treatment of meniscus tears is usually operative. However, in order to evaluate a knee well and diagnose associated injuries and even treat them together, conservative treatment methods can be utilized. Some of the conservative treatment methods are; application of local cold, aspiration of effusion in the knee, unloading a locked knee, application of bandage and muscle exercises.

Konuşmama başlarken, amacımın, yırtılmış meniskusların konservatif tedavilerini anlatmak olmadığını, bu başlıktaki amacımın daha ziyade travmalı bir dizin tedavisindeki konservatif önlemler ve bu arada bazı tip meniskus injurilerine konservatif yaklaşımlar olduğunu belirtmek isterim.

Travmatize bir dizin en iyi biçimde değerlendirilebileceği dönem, ilk 24 saattir. Böyle bir dizde meniskus yaralanması olduğu zaman, fonksiyon kaybı yanında, kilitlenme, şişme, eklem aralığında meniskus yaralanmasına uyar biçimde ağrı olabilmektedir.

İncinme yönünden dize sistematik bir yaklaşım gerekmektedir. Yeni travmaya maruz kalmış bir dizde ilk yapılacak işlemlerden birisi, enflamatuar olayın hiperemik fazını sınırlandırmak ve beraberinde olabilecek lokal şişme ve enzimatik aktiviteyi kontrol için, soğuk tatbikatıdır. Soğuk, belirttiğim gibi, travma sonrası meydana gelebilecek şişme ve ödemi engellerken, spazm ve spastisiteyi azaltarak, nöromusküler fonksiyonu artırır. Ayrıca sinir ısısını düşürerek motor ve duyu sinirlerinde blokaj yapar. Ancak bu soğutma esnasında doku ısısının 10-15 derecenin altına inmemesine özen gösterilmelidir.

Eklem içinde kan olması, periferik düzeyde bir meniskus yırtığı veya meniskus yırtığının yanında ön çapraz bağ yırtığını düşündürür. Hemartroz akut dönemin bulgusu iken, sinovyal mayinin artışı geç dönemin bulgusudur. Hidartrozun sebebi, villusların ezilme ve sıkışması ile ve kapsül sprain, kırık kırıkları ile meydana gelen sinovyanın irritasyonu ve sonunda fazla mayi üretmesidir.

Travmatik bir diz, şişmeden önce ve adale spazmı teessüs etmeden önce muayene edilmelidir. Eğer şişlik gelişmiş ise, o takdirde ameliyathane şartlarında aspirasyon yapılmalıdır. Bu işlem anestezi gerektirmez. Dizin aspirasyonunun bir faydalı tarafı da geniş efüzyonun quadiceps fonksiyonlarını inhibe etmesi, ponksiyonla bu ihtimalin ortadan kaldırılmasıdır.

Muayene sırasında dizde kilitlenme tesbit edilirse, bu durum uygun manevralarla açılır. Smillie, şu iki yöntemi tarif etmiştir:

1- Hasta ağır bir sandalyeye, tercihan ayakları yerde sabit olan bir sandalyeye oturtulur. Cerrah hastanın önün-

de ve suratı hastaya dönük olarak durur ve hastanın ayak bileğini dizlerinin arasına alır. Hasta sandalyesinde tamamen gevşek durumda olduğu sırada, bir yandan dizleri arasındaki ayaktan traksiyon yaparken, bir taraftan da iki yana sallar, bu işlemi elleri ile kuvvetlendirir ve tibiya rotasyon yaptırır.

2- Hasta bir yatak veya ameliyat masası üzerinde diz ve kalçası 90 derece fleksiyon halinde yatırılır ve doktorun yüzü, hastanın distal tarafına doğrudur. Doktor omuzu ile diz altından hastanın dizini yukarı doğru kaldırırken, elleri ile hastanın bileklerinden aşağıya doğru çekerek meniskusu redükte etmeğe çalışır.

Bizim kliniğimizde daha ziyade aşağıdaki manevrayı uygulamaktayız: Hasta sırt üstü yatarken, dizi fleksiyona getirilir ve dış meniskus kilitlenmesinde tibiya dış rotasyon ve varus efekti, iç meniskus kilitlenmesinde ise iç rotasyon ve valgusefekti verilir ve diz yavaş yavaş ekstansiyona getirilir.

Yukarıda anlatılan bu işlemler sırasında aşırı kuvvet sarfetmeğe gerek yoktur. Aşırı kuvvet hem ağrıyı, hem de hasarı artırır. Kilitlenme açılsa zaten diz kolaylıkla doğrultulabilir.

Yapılan bu girişimlerde, anestezinin kas spazmını gidermenin ötesinde fazla bir yararı yoktur. Redüksiyon anestezi ile sağlanıp, anestezi sağlanmadığı durumlarda hemen hemen hiç karşılaşmaz. Anestezi altında bile amaç ağrıyı gidermek olmalı, asla zorlu manüpülasyonlar yapılmamalıdır. Zira yer değiştirerek kilitlenmeye sebep olan ve ekstansiyonu engelleyen meniskus parçası geriye kaymaz ise, ekstansiyon ancak ön çapraz bağın aşırı gerilmesi veya kopması, veya meniskus parçasının basısı sonucu mafsallık kırığının çökmesi ile olacaktır.

Kilitli bir dizin ilk 24 saat içinde açılması çok önemlidir. Zira dizdeki efüzyon kırıkta yumuşama ve elastikiyet kaybına neden olur ve bu da yalancı redüksiyona yol açar, yani manüpülasyonla meniskusun aradan kurtulması için gevrekliğini muhafaza etmesinin önemi vardır. Eğer muayene edilen dizde kilitlenme yoksa, o takdirde meniskus hipermobilitasını gösteren bulgular aranır.

Bu bulguların bulunması halinde artrografi ve artros-

(1) Şişli Etfal Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şef Muavini

kopi yapılması endikasyonu vardır. Bu iki tetkikin sonucu, hekimi tedavinin planlanmasında yol ayırımına getirecektir.

— Eğer artrografiye meniskus yaralanması görülmüyor, ancak, meniskusun cisim kısmı ve çapraz bağlar sağlam olarak belirleniyorsa, tedavi hastanın kendine özgü koşulları içinde planlanır, hasta ya hemen cerrahi tedaviye alınır, veya önce konservatif tedavi denir.

— Eğer artrografiye meniskusta görünür lezyon yoksa, konservatif tedavi tercih edilir.

Meniskusun 1/3 periferik kısımlarının vasküler yapıda olması, buraya lokalize yırtık ve sprainlerde iyileşme kabiliyeti vermiştir. Bu bölgedeki olaylarda meniskus tamamen instabil duruma gelmedikçe cerrahi tedavinin gerekmediği klasiklerde bildirilmektedir.

Tedavinin bu aşamasında yani aspirasyon yapıp, kilitlenme açıldıktan ve diğer bahsettiğim tetkikler (eğer imkan varsa) yapıldıktan sonra diz bandajlanır. Burada en çok kullanılan bandaj tekniği Robert-Jones bandajıdır. Bol pamuk ve amerikan bezinden yapılmış sargı ile tatbik edilen bu bandaj, silindirik alçı, bivalv silindirik alçı, veya posterior alçı atelli elastik bandaj şeklinde modifiye edilebilir. Bandaj ile dizdeki şişme kontrol altına alınabilir. Ancak bandajlama sırasında turnike etkisinin olmamasına özen gösterilmelidir.

Bandajlamadan sonraki işlem ekstremitede quadriceps egzersizlerinin başlamasıdır. Hasta başlangıçta çift kol-tuk değneği ile üç nokta şeklinde yürütülmeli ve akut safha geçip elastik bandaj sargılaması yapıldıktan sonra hafif yük vererek 4 nokta şeklinde yürütülmelidir. Ağrısız yürüyüş elde edildikten sonra dizde hareket egzersizlerine başlanır ve günde birkaç kez tekrarlanır. Bu esnada ağrının nüks etmesi, egzersizlerin sınırlandırılması gerektirir. En önemli egzersiz son 20 derecesinde yapılan ekstansiyon egzersizidir ve vastus medialis adalesini kuvvetlendirir. Ağrı kaybolup, quadriceps kuvvetlenip hareket geri dönünce, tedricen artarak ağırlık verilmeğe başlanır. Yer çekimine karşı aktif tam ekstansiyon olana kadar değnekler bırakılmamalıdır. Kuvvet tamamen normale gelip, ROM düzeliş, normal femorotibial rotasyon gelişene kadar koşma ve atlama gibi atletik faaliyetlere izin verilmez. Atletik faaliyetlerde sıra: Hafif düz jogging, düz koşma, hafif dönüşlü koşma, çok dönüşlü koşma vs. sırasıyla'dır. Ortalama rehabilitasyon süresi bu şekilde 4 haftadır.

Eğer şu veya bu nedenle, cerrahi tedavinin planlanmadığı kronik meniskus lezyonlarında konservatif tedavideki

amaç, optimal eklem mekaniğinin restorasyonu, mobilizasyon, kuvvetlendirme ve gerekli olan aktivite seviyelerine varmaktır.

Kronik safhada bazen anteromedial koronar ligamanın altındaki tibiaya yapışması nedeni ile inat eden aralıklı diz ağrıları olabilmektedir. Bu yapışıklık bazı hareketlerle ayrılmakta, sonra iyileşme sırasında tekrar yapışmaktadır. Böyle durumlarda tedavide amaç, meniskusun bu bölgesinde mobiliteyi tedricen restore etmektir. Bu amaçla bu bölgeye ultrason uygulaması ve transvers şekilde friksiyon masajları önerilmiştir. 4-5 seans halinde genellikle 5-10 dakikalık masajların yeterli olduğu söylenir, hastanın kendisi tarafından da yapılabilir.

Konservatif tedaviye kısa bir göz gezdirdikten sonra konuşmamı şu şekilde bağlamak istiyorum:

Meniskus yırtıklarında genel kanaatimiz erken cerrahi tedavi ve erken fonksiyon teminidir. Ancak, bugün konuşmakta tartışmakta olduğumuz tek başına olan meniskus yaralanmaları dışında, meniskus yaralanmaları ile birlikte olabilecek diğer yaralanmaların da tanılarının konmasına yardımcı olmak ve hatta birlikte tedavi etmek amacıyla, konservatif tedavi uygulanabilir.

Klinik muayene bulgusunun dışındaki artrografi veya artroskopi gibi tetkiklerle ortaya çıkarmanın çok zor olduğu dış meniskus arka boynuz periferik yırtıklarında, çünkü konuşmasında Dr.Nafiz Bilsel'in de belirttiği klinik muayenenin yanıltıcı olma ihtimali de göz önüne alındığında, konservatif tedavinin denenebilir olduğu söylenebilir. Zira klasiklerin çoğu, zaten periferik yırtıkların spontan şifa bulduklarını bildirmektedirler.

Bugün artık, periferik yırtıkların da sütüre edildiği bir devirde yaşıyoruz. Ancak olayları bulduklarını şartlar içinde değerlendirmek gereklidir.

Bugün bırakın Türkiye'nin her yerini, daha büyük şehirlerin her yerinde 'klinik muayene-artrografi-artroskopi-cerrahi müdahale' zinciri kurulmamış iken, sadece klinik muayenenin tanı kriteri olarak kullanılabilirdiği durumlarda, hekim hasta ilişkisi, hasta-hasta yatağı ilişkisi ve yatak işgal oranları gözönüne alındığında konservatif tedavinin yerinin hala bazı durumlarda olduğu söylenebilir.

Cisim yırtıkları dışında, sürekli kilitlenme göstermeyen durumlarda, periferik yırtıklarda, hiç değilse bir dahaki nükse kadar konservatif tedavi denenebilir.

Böyle bir günde konuşma imkanı verildiği için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.