

Dejeneratif artritte artroskopi

Burhan Uslu⁽¹⁾

1985-1989 yılları arasında Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesinde Ortopedi kliniğine başvuran ve dizlerinde dejeneratif artrit tesbit edilen 142 hastaya artroskopi uygulandı. Artroskopik cerrahinin sonuçlarının hastanın yaşına, ağırlığına, lezyonun şiddetine ve kıkırdak harabiyetinin derecesine bağlı olduğu gözlemlendi.

Arthroscopy in degenerative arthritis

From 1985 through 1989, 142 patients with osteoarthritis of the knee joint were operated on using arthroscopic techniques. The mean follow-up was 2.8 years and the average patient age 44 years. The result emphasize that successful treatment is correlated with the removal of the mechanical obstructions and the gravity, localization and configuration of the chondral damage.

Günümüzde ortopedistleri en çok meşgul eden problemlerden birisi diz ekleminin dejeneratif artritidir. Erken tanı ve tedavisinde değişik ve çeşitli yöntemleri sürülmüş ve uygulanmıştır. Dejeneratif artrit nedenleri olarak kondromalazi, eklem fareleri, menisküs yırtıkları, osteokondritis dissekans, kırıklar, osteonekros, mekanik faktörler ve dolaşım bozuklukları gibi nedenleri sürülmüştür. (1,2,3,4,5).

Geçmiş yıllarda dejeneratif artrit tanısında kliniğin yanı sıra, çekilen filmlerin, çift kontrast artrografi ve laboratuvar tekniklerinin kullanıldığı gözlenmiştir (6,7,8,9). Son yıllarda artroskopi, kompüterize tomografi ve NMR bu yönde ortopedistlere çok yardımcı olmuştur (10,11,12,13,14).

Son yıllara kadar dejeneratif diz hastalıklarının tedavisi geniş bir artrotomi ile yapılmakta idi. Yani ameliyat sonrası ağrı ve uzun hastanede yatma süreci, bunun yanı sıra N. Ramus Cutaneus'un zedelenmesi ile birlikte sensitif kayıplar sık olarak görüldü. Ayrıca tedavi edilen lezyonun büyüklüğü ve cerrahi müdahalelerin sebep olduğu travma arasında ters bir orantı mevcuttu.

Günümüzde çok hassas ve ince artroskoplar ve aletleri ile parsiyel ve total kıkırdak tabaka lezyonlarının, menisküs yırtıklarının, bağ zedelenmelerinin erken tanı ve tedavisi mümkün olmaktadır (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Küçük bir trokar aracılığı ile ve diğer ufak aletlerle eklem yüzlerinin düzleştirilmesinin endoskopik kontrol altında yapılması hastalar için yeni bir ümit doğmasına yol açmıştır. Hastalar sıklıkla diz ekleminin ağır deformiteleri ile karşımıza gelirler ve ümit ederlerki yeni, şahane ve en modern tekniklerden biri olan artroskopi sayesinde diğer doktorlarca tavsiye edilen osteotomi ve endoprotez ameliyatlardan kurtulacaklardır. Fakat hakikat böyle değildir, artroskopinin avantajı vardır ve tekrarlanan müdahaleler ile hastanın lezyonu bazen düzeltilebilir. Sonuçlar ve çalışmalar, endoskopik müdahaleler ile ilerlemiş diz

artrozlarında fazla bir fayda sağlanmadığını göstermiştir.

Eklemdeki bağ ve menisküsdeki lezyonların lokalizasyonu ve genişliği günümüzde artroskopi ve invaziv olmayan cat scan tomografi ve NMR ile mümkün olmaktadır. Eklem yüzeyi deformitelerinin erken tanısı çok önemlidir. bunlar artroskopik operasyon öncesi planlamada çok yardımcıdır. Dizdeki ufak kıkırdak lezyonları semptom verebilir ve ileride dejeneratif artrit nedeni olabilir. Şimdiye kadar bunlar cerrahi olarak tedavi edilmeyordu. Çünkü birçok cerrah konvansiyonel artrotomiyi küçük bir kıkırdak lezyonu için gereksiz görüyordu ve konservatif bir yaklaşımda bulunuluyordu. Bugün geliştirilmiş artroskopik enstrümanlar ile bu lezyonlar tedavi edilmektedir.

Daha az ve küçük bir giriş yeri ile büyük müdahaleler mümkün olmaktadır. Debridman yada bahar temizliği için artrotomi yerini artroskopik cerrahiye bırakmaktadır (15,16,20,21.) Videokamera ve en son motorize enstrümanlar ile traşlama, törpüleme, abrazyon artroplastisi rahatça yapılabilmektedir (22,23,24,25,26.). Abrazyon artroplastisi Johnson tarafından geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılan bir tekniktir ve bu teknik ile yeni bir eklem kıkırdak endoskopik olarak oluşturulmaya çalışılmaktadır. Fakat çalışmalar neticelerin ümit edildiği kadar yüksek oranda olmadığını göstermektedir (27,28). Abrazyon artroplastisi kıkırdak defektlerinde yapılır. Yeni oluşan kıkırdak yatağının mekanik stabilitesi uzun süreli yüklenmeler için dirençli, dayanıklı değildir. İyileşme burada uzun zaman almakta ve tam olmayan bir rejenerasyon olmaktadır.

Artroskopik eklem temizliği ile mekanik engellerin ve dejeneratif yapıların aktif artrozlarda temizlenme imkanı vardır. Ameliyat sonrası morbidite, hastanede yatma süresi ve komplikasyon oranı azalmıştır. Son 10 yılda artroskopik eklem tuvaleti çok hızla ilerlemiştir. Bunda ameliyat teknik, standartizasyon ve mükemmelliği ile aletlerin modernliği ve özel motorize aletlerin yapılması rol oynar.

(1)Anadolu Üniversitesi Tıp Fak. Ortopedi ve Traumatoloji A.B.D. Profesörü

namıştır. Eklem tuvaleti, kıkırdak menisküs operasyonları, eklem farelerinin çıkarılması, parsiyel ve subtotal synovektomi, debridman rahatça yapılabilir.

Erken devre müdahalelerinde tedavi imkanı olabilir. Dejeneratif menisküste en iyi netice alınır. Bundan başka kondromalazinin erken devrinde, mekanik engel varsa neticeler iyidir.

Dejeneratif Artritte artroskopi yapmak için;

- Hastaya osteotomi ve protez endikasyonu konulmamış olmalıdır. Ancak genel durumu bu ameliyatları kaldıramıyacak olan, posttravmatik gonartrozlu genç hastalarda yapılabilir.

- 5° den fazla eksen değişikliği varsa artroskopi yapılmamalıdır. Artroskopik olarak abrazyon artroplastisi sonrası eklemden genişleme gözlenmiştir.

- Aşırı kilosu olan ve kooperasyonu iyi olmayan hastalarda yapılmamalıdır.

Bize göre iyi bir netice için endikasyon çok iyi ve dikkatli bir şekilde konulmalıdır. Artroskopi yapanın iyi bir tecrübesi ve el yatkınlığı olmalıdır. Aktif hastalarda eklem debridmanı yapılabilir, fakat bunların sporu bırakma ihtimalinden kendilerine bahsedilmelidir.

Sonuç olarak insanların yaşlanması ile daima artan artrozlarda daha invaziv fakat etkili tedavi gerekmektedir. Bunun için endoskopik artroz tedavisi son zamanlarda söz konusu olmuştur. Klinisyen hastasını dikkatli seçmeli ve artroskopik ameliyatın endikasyonlarını sınırlı tutmalıdır. Her vakaya yapılmamalıdır. Başarıyı önce kısa anamnezli aktif olan artrozlarda aramalıdır.

Artroskopi sayesinde şimdi öyle bir pozisyona gelinmiştir ki, artrozun erken devirlerini yakalama ve tedavi etme pozisyonundayız. Törpüleme derinliği, rejenerasyon kabiliyeti ve çalışan eklem bölgesinin yüklenme kabiliyeti üzerine çalışmalar devam etmektedir.

Anadolu Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda 1985-1989 yılları arasında 142 hastaya cerrahi artroskopi uygulandı.

Ameliyat öncesi hastaların klinik değerlendirmeleri yapıldı ve kaydedildi, rutin planoğramları çekildi, gereken vakalarda CT tomografi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 48 olup en genci 38, en yaşlısı ise 89 yaşında idi. 142 hastanın 87 i kadın, 55 i erkek hasta idi ve kadın hastaların 31 de sol diz eklemi tutulmuştu.

Ameliyat sırasında hastaların 81 inde dejenere menisküs, 49 unda eklem faresi vardı ve bunlar artroskopik olarak çıkartıldı. Dejeneratif artriti ileri derecede olmayan hastalarda traşlama ve yıkama yapıldı. Diğer olgularda ise bahar temizliği uygulandı. Genç hastalarımıza abrazyon artroplastisi yapıldı.

Hastalarımız en az 6 ay, en fazla 4 yıl (ortalama 2.8 yıl) takip edildiler. Hastalarımızın 22 sinde şikayetlerinin 3-6 ay sonra tekrar başladığı, 48 inde şikayetlerinin önemli ölçüde azaldığı, 62 inde ise eskisine göre çok iyi oldukları ve aktivasyonlarını daha rahat yapabildikleri en son kontrollerinde saptanmıştır.

Hastalarımızın 5 inde yüzeysel enfeksiyon, ikisinde ise trokanrın giriş yerinde ağrı ve hassasiyet saptanmıştır.

Sonuç : Son yıllarda artroz tedavisinde yaygın olarak kullanılmaya başlanılan artroskopide iyi bir netice almak için hasta çok dikkatli bir şekilde seçilmeli ve endikasyon doğru bir tarzda konulmalıdır. Her hastaya artroskopi yapılmamalıdır. Artroskopi yapanın iyi bir tecrübesi ve yatkınlığı olmalıdır. Yapılacak artroskopinin, osteotomi ve endoprotez ameliyatlarından hastayı kurtarmıyacağı daima akıldır tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Frost GE: Cartilage healing and Regeneration. J South afr Veter Asso 59: 181, 1979.
2. Mankin HJ: The response of articular cartilage to mechanical injury. J Bone joint Sur. 64A: 460,1982.
3. Meachim S: The effect of scarification on articular cartilage in the rabbit. J Bone joint Surg. 45B: 150,1963.
4. Dingle II: The role of cellular interaction in joint erosion. Clin Orthop 182: 24-29, 1984.
5. Fahmy NRM, Noble J, Williams EA: Relationship between meniscal tears and osteoarthritis of the knee. J Bone joint Surg. 63B: 629, 1981.
6. Jackson DW, Jennigs LD, MaywoodRM, Berger PE: Magnetic Resonance Imaging of the knee. Am J Sports Med 16:29-38, 1988.
7. Glinz W: Arthroskopische Diagnostik der Menisküs-läsionen. Arthroscopie 1:17-24, 1988.
8. Angel FL: Fluoroscopic technique ofdouble-contrast arthrography of the knee. Radiol Clin N Am 9: 85, 1971.
9. Jeremy JK, Elliot H: Knee arthrography. Orthop Clin N Am 10: 51-60, 1979.
10. Henri S, Jean LB: Imaging anatomy of the knee region. J.F. Bergmann Verlag München, 1988.
11. Alm A, Gillquist J, liljedahl SO: The diagnostic value of arthroscopy of the knee joint. Injury 5: 319-324, 1974.
12. Gillquist J, Hagberg G, Oretorp N: Arthroscopy in acute injuries of the knee joint. Acta Orthop Scand 48: 190-196, 1977.
13. Archer CR: Internal structures of the knee visualized by computer tomography. J Comput Assist Tomogr 2: 181, 1978.
14. Ernest BL: Diagnostic and operative arthroscopy. Surg Clin N Am 63: 599-605, 1983.
15. Liljedahl S, Lindval N, Wetterfors J: Early diagnosis and treatment of acute ruptures of the anterior cruciate ligament. J Bone Joint Surg. 47A: 1503-1513, 1965.
16. Noyes FR, Basset RW, Good ES, Butler DL: Arthroscopy in acute traumatic haemarthrosis of the knee. J bone joint surg 62A: 687-695, 1980.
17. Simonsen D, Jensen J, Lauritsen J: Arthroscopy in acute knee injuries. Acta Orthop Scand 57: 126-129, 1986.
18. Berth J: The arthroscopic treatment of unicompartmental Gonarthrosis. AANA Washington, USA 1988.
19. Friedman MJ, berasi CC, fox J, Del Pizzo W, Sneider SD, Ferkel RD: Preliminary results with abrasionarthroplasty in the osteoarthritic knee. Clin Orthop 182: 200-205, 1984.
20. Sprague NF: Arthroscopic debridement for degenerative joint disease Clin Orthop Rel Res 160: 118-123, 1981.
21. Dandy DJ : Arthroscopic surgery of the knee. Edinburg and London. Churchill livingstone 1981.
22. Jennigs JE: Arthroscopic debridement as an alternative to total knee replacement. Arthroscopy 2: 123-124, 1978.
23. Bergström R, Marnberg P, Lysholm J, Gillquist J: Comparison of open and endoscopic meniscectomy. Clin Orthop 184: 133-136, 1984.
24. Lindberg U, Lysholm J, Gillquist J: The correlation between arthroscopic finding and the patellofemoral pain syndrome. Arthroscopy 2: 103-107, 1986.
25. Rand JA : Arthroscopic management of degenerative meniscus tear inpatients with degenerative arthritis. Arthroscopy 1: 253-258, 1985.
26. Rosenthal A, Eichhorn J, Nitzchke E: Ergebnisse der arthroscopischen Chirurgie bei Gonarthrose. Arthroscopie 1: 116-123, 1988.
27. Klein W : Die maschinelle arthroscopische Chirurgie der Gonarthrose. Arthroscopie 1: 109-115, 1988.
28. Fissler AE, Müller KM: Arthroscopie und Chondrocalcinose. Arthroscopie 1: 132-137, 1988.