

Dirsek çıkıklarının konservatif tedavi sonuçları

Halit Pınar⁽¹⁾, Abdullah Gögüş⁽²⁾, Azmi Hamzaoğlu⁽³⁾

Kapalı olarak tedavi edilen 26 dirsek çıkığı olgusu ortalama 39.8 ay (18-55 ay) sonra klinik ve radyolojik olarak değerlendirildi. Yaralanma anında ortalama yaş 25.5 (12-65 yaş arası) idi. 9 olguda ek olarak çeşitli kırıklar da vardı. En sık görülen ek lezyon medial epikondil kırığı idi (6 olgu). Pür çıkıkların tümünde immobilizasyon süresi 3 hafta idi. 3 olguda kapalı redüksiyondan sonra operasyon gerekti.

Sonuçlar genelde iyi olmasına rağmen 16 hastada (% 62) rezidüel yakınmalar vardı. En sık görülen yakınmalar hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük hissi idi. Hastaların % 50'sinde ekstansiyon, % 58'inde fleksiyon kısıtlılığı saptanmakla beraber yakınmaya yol açacak derecede kısıtlılık 7 hastada (% 27) mevcuttu. Kırıklı olgularda prognozun daha kötü olduğu görüldü. 18 yaş ve üzerindeki hastalarda hareket kısıtlılığı daha ciddi idi. Radyografik incelemede olguların %19'unda myozitis ossifikans saptandı. Ek olarak dış kondil kırığı olan ve 17 yıl sonra tesadüfen (ayrı olarak) değerlendirilen bir erişkin olguda ileri derecede artroz saptandı. Dirsek çıkığının benign bir yaralanma olmadığı sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Dirsek çıkığı, konservatif tedavi

Results of conservatively treated elbow dislocations

Twenty-six elbow dislocations treated by closed reduction were evaluated clinically and radiographically after an average of 39.8 months (18 to 55 months). Average age at the time of injury was 25.5 (range, 12 to 65 years). 9 patients had associated fractures, the most frequent being a fracture of the medial epicondyle (6 patients). The immobilization period for pure dislocations was three weeks. Associated fractures were treated surgically in three patients.

Despite the generally favorable results, 62 % of the patients reported some symptoms on follow-up. The most frequent residual complaints were limitation of motion and feeling of weakness. Flexion contracture and limitation of flexion were documented in 50 % and 58 % of the patients, respectively. Severe limitation of motion was noted in 7 patients (27 %). The prognosis was worse in cases with associated fractures. Limitation of motion was more severe in patients over 18 years of age. Radiographs demonstrated myositis ossificans in 19 % of the patients. An adult who had an elbow dislocation associated with a capitellum fracture 17 years ago was evaluated separately. He had severe osteoarthritis. The results of the present study indicate that elbow dislocations are not benign injuries.

Key words: Elbow dislocation, conservative treatment

Dirsek çıkığının tedavisinde genelde kapalı redüksiyon ve kısa süreli immobilizasyon önerilmekle beraber (3, 8, 10, 11, 13, 14), bağların primer tamirinin gerektiğini öne sürenler de vardır (4, 7). Genel kanı yaralanmanın nispeten benign, prognozunun da genellikle iyi olduğu şeklindedir (3, 8, 9, 11, 14). Literatürde, dirsek çıkığının sekellerinin üzerinde yeterince durulmadığını görmekteyiz. Mehlhoff ve ark. (10) ve Josefsson ve ark. (8) prognozun genelde iyi olduğunu kabul etmekle birlikte sırasıyla olguların % 60 ve % 58'inde rezidüel yakınmalar olduğuna dikkat çekmişlerdir.

Bu çalışmada nispeten sık görülen ve konservatif tedavi edilen dirsek çıkıklarının orta dönemdeki sonuçları değerlendirildi. Basit olarak tedavi edilebilen böyle bir yaralanmanın neden olabileceği rezidüel yakınmaların ve hareket kısıtlılığının ciddiyetini araştırmak istedik. Bundan başka olgu sayımız yeterli olmasına rağmen erişkin ve çocuklardaki prognoz, ek lezyonların prognoza etkileri ve myozitis ossifikans ile ilgili bazı bilgiler elde etmeye çalıştık. Ayrıca, tesadü-

fen saptanan 17 yıllık bir dirsek çıkığı ve dış kondil kırığı olgusu ayrı olarak sunuldu.

Gereç ve yöntem

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda 1984-1989 yılları arasında konservatif olarak tedavi edilen ve son kontrolleri yapılabilen 26 dirsek çıkığı olgusu çalışmaya dahil edildi. Son kontroller sırasında bir hastanın diğer tarafında da 17 yıl önce dirsek çıkığı olduğu öğrenildi ve eski kayıtları bulundu. Hastanın bu dirseği çalışmaya dahil edilmeksizin ayrı olarak değerlendirildi.

Hastaların 19'u erkek, 7'si kadın olup yaralanma anında ortalama yaş 25.5 (12-65 yaş) idi. Dirsek çıkığı 16 olguda sağ, 10 olguda sol tarafa olmuştu. Hastaların çıkık tipine göre dağılımı şöyledi: 21 posterolateral, 3 posterior, 1 posteromedial, 1 lateral. 2 olguda Grade I ve III A açık çıkık mevcuttu. Diğer olgular kapalı yaralanmalardı. 9 olguda çıkığa ek olarak çe-

(1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzman Dr.

(2) İstanbul Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

(3) İstanbul Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Doçent Dr.

Kırık	Olgu sayısı
Medial epikondil kırığı	5
Medial epikondil kırığı, osteokondral kırık	1
Lateral kondil kırığı	1
Olekranon kırığı	1
Osteokondral kırık	1
Toplam	9

Tablo 1: Dirsek çıkığına eşlik eden kırıklar

şitli kırıklar da vardı (Tablo 1). Tüm medial epikondil kırıkları 18 yaşın altındaki olgulardaydı. Sınıkçıya giden ve 5 ve 7. günlerde başvuran iki olgu dışında tüm olgular yaralanmadan hemen sonra başvurmuşlardı. 21 olguda çıkık anestezi, geç başvuran iki olgu dahil 6 olguda genel anestezi altında redükte edildi. Anestezi altındaki redüksiyonlar anestezi redüksiyonlardaki başarısızlık nedeniyle değil, hekimin tercihine göre yapılmıştı. Redüksiyondan önce ve sonra ekstremitenin nörovasküler durumu kontrol edildi. Distal nabızların palpe edilemediği bir olguda redüksiyonu takiben nabız hemen alınmıştı. Redüksiyondan sonra alçı atel yapılarak kontrol grafileri çekildi ve immobilizasyona 3 hafta devam edildi. 2 olguda eşlik eden kırık nedeniyle tespit süresi daha uzun tutuldu. Myozitis ossifikans gelişen bir olguda da tespit iki ay uzatılmıştı.

Hiçbir olgu dirsek çıkığı nedeniyle opere edilmedi. 3 olguda kapalı redüksiyondan sonra ek lezyonlar nedeniyle operasyon gerekti: Bir olguda bir hafta sonra olekranon kırığı için açık pozisyon ve tansiyon-band yöntemiyle internal fiksasyon, bir olguda 6. günde capitellum humeriye ait büyük bir eklem içi fragmanın ekstirpasyonu, başka bir olguda kapalı redüksiyondan hemen sonra medial epikondile açık pozisyon ve K-telleri ile internal fiksasyon yapıldı.

Son kontrolde hastaların yakınmaları kaydedildi. Ayrıca önceden hazırlanmış formlardaki yakınmaların olup olmadığı da araştırıldı (Tablo 2). Fleksiyon, eks-

Yakınma	Olgu sayısı
Hareket kısıtlılığı	7
Güçsüzlük hissi	7
Hava durumuna bağlı rahatsızlık	5
Efor ile ağrı	4
İnstabilite hissi	4
Hassasiyet	2
İstirahat ağrısı	0

Tablo 2: Hastaların yaralanan dirsek ile ilgili yakınmaları

tansiyon, pronasyon, supinasyon hareketleri açı ölçer ile ölçüldü. Dirsek ekstansiyonda iken varus, valgus instabilitesi arandı. Elin nörovasküler durumu değerlendirildi. Bu amaçla özellikle elin kavrama gücü ve duyu kusuru olup olmadığı sağlam tarafla kıyaslanarak kaydedildi. Radyografik değerlendirme için heriki dirseğin anteroposterior ve lateral grafileri çekildi.

Sonuçlar

Takip süresi 18-55 ay, ortalama 39.8 ay idi. Bir olguya yaralanmadan 5 ay sonra myozitis ossifikans nedeniyle heterotopik kemik eksizyonu, diğer bir ol-

guya da yine 5 ay sonra cubitus valgus nedeniyle düzeltici osteotomi olmak üzere iki olguya komplikasyonlara yönelik operasyon gerekmişti. Birinci olgunun son grafisinde (ameliyattan 33 ay sonra) myozitis ossifikans yine vardı (Resim 1 a ve 2 b).



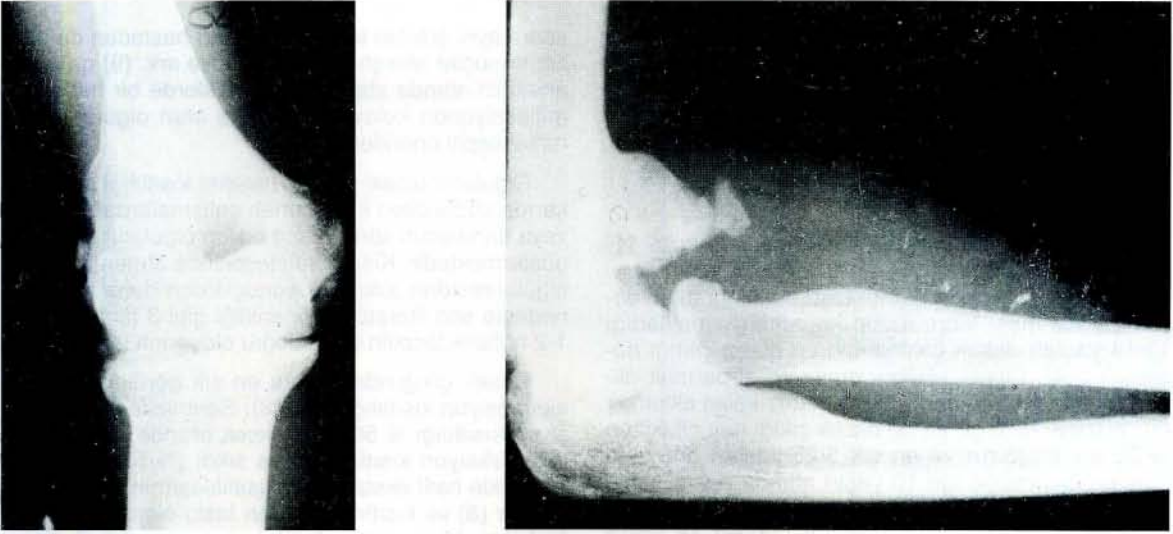
Resim 1 a



Resim 1 a ve b: Sınıkçıya gittiği için 7 gün geç başvuran ve genel anestezi altında redükte edilen olgunun yaralanmadan 5 ay sonraki ön-arka ve yan grafileri. Myozitis ossifikans yanında medial ve lateral epikondiler kalsifikasyonlar da belirlemeye başlamış. Hastaya kısa bir süre sonra başka bir hastanede heterotopik kemik eksizyonu yapılmış

16 hastanın (% 62) en az bir yakınması vardı. Birden fazla yakınması olan hasta sayısı ise 7 (% 27) idi. En sık görülen yakınmalar hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük hissi idi (Tablo 2). Rezidüel yakınmaların genellikle erişkin hastalarda olduğu görüldü.

13 hastada (% 50) 5-50° arasında (ortalama 15.8°) ekstansiyon kısıtlılığı (fleksiyon kontraktürü) saptandı. 15 hastada ise (% 58) 5-40° arasında (orta-



Resim 2 a ve b: Aynı olgunun ameliyattan 33 ay sonra çekilen ön-arka ve yan grafileri. Myozitis ossifikans daha ileri derecede olmak üzere nüks etmiş. Ayrıca kalsifikasyonların daha belirgin hale geldiği görülüyor

lama 19°) fleksiyon kısıtlılığı mevcuttu. Fleksiyon ve/veya ekstansiyon kısıtlılığı 16 hastada (% 62), hem fleksiyon hem de ekstansiyon kısıtlılığı 12 olguda (% 46) vardı.

Dirsek çıkığına ek kırıkları olan 9 hasta, küçük bir grup oluşturmasına rağmen hareket kısıtlılığı yönünden incelendi. Bu grupta 6 hastada ekstansiyon kısıtlılığı, 7 hastada fleksiyon kısıtlılığı, 8 hastada ekstansiyon ve/veya fleksiyon kısıtlılığı, 5 hastada ekstansiyon ve fleksiyon kısıtlılığı olduğu görüldü. 18 yaşın altında (n: 12) ve 18 yaş ve üzerinde (n: 14) olan olgularda fleksiyon ve ekstansiyon ayrı ayrı değerlendirildiğinde, her iki grupta da hareket kısıtlılığı oranı yaklaşık % 50 idi. 18 yaşın üzerindeki hastalarda hareket kısıtlılığı daha ileri derecede idi.

Her iki açık çıkık olgusunda da ekstansiyon-fleksiyon kısıtlılığı vardı. Grade IIIA açık çıkık olan olgu çalışma popülasyonunda hareket kısıtlılığı en fazla olan olgu idi. Bu hastada 50° ekstansiyon, 40° fleksiyon kısıtlılığı vardı.

Pronasyon-supinasyon hareketlerinin dirsek çıkığından fazla etkilenmedikleri görüldü. 4 hastada 10°-30° pronasyon, 2 hastada da 10°lik supinasyon kısıtlılığı mevcuttu. Bunlar kırıkla komplike olgulardı. Dirsek çıkığı redükte edildikten 6 gün sonra capitelluma ait fragmanın ekstirpe edildiği olgularda ve Gr.IIIA açık çıkık olan olguda dirsek ekstansiyonda iken valgus instabilitesi vardı. 7 olguda güçsüzlük hissi olmakla beraber, kantitatif olmayan ölçümlerle, tüm olgularda tutulan tarafta elin kavrama gücünün normal tarafla aynı olduğu görüldü. Olgularda başka herhangi bir nörovasküler bulgu saptanmadı.

Son kontrolde çekilen iki yönlü grafilerde özellikle myozitis ossifikans, kalsifikasyonlar, ve artroz bulguları üzerinde duruldu. Eklem voler yüzünde tipik myozitis ossifikans 5 olguda (% 19) vardı. Olguların çoğunda (16 olgu: % 62) epikondiler bölgelerde kalsifikasyonlar ve/veya kondillerde düzensizlikler mevcuttu (Tablo 3).

Bulgu	Olgu sayısı
Myozitis ossifikans	5
Lateral kalsifikasyon	5
Medial kalsifikasyon	7
Lateral kondil düzensizliği	4
Medial kondil düzensizliği	6
Artroz	1
Serbest cisim	1

Tablo 3: Son kontrolde saptanan radyografik bulgular

Sadece medial ve/veya lateral kalsifikasyon 10 olguda (% 38) vardı. Kondil düzensizlikleri olan bazı olgularda kondilin sağlam taraf kondiline göre belirgin olarak hipertrofik olduğu görüldü.

Myozitis ossifikans gelişen 5 olgudan biri Gr. IIIA açık çıkık olgusu, biri de olekranon kırığı ile birlikte olan olgu idi. Geri kalan üç olgu pür dirsek çıkığı idi. Myozitis ossifikans gelişen olguların tümünde hem fleksiyon hem de ekstansiyon kısıtlıydı. Diğer radyolojik bulgularla dirsek hareketleri arasında bir ilişki yoktu. İleri derecede artroz gelişen tek olgu kapitelluma ait fragmanın ekstirpe edildiği olgu idi. Dirsek çıkığından 17 yıl sonra "tesadüfen" değerlendirme olanağı bulduğumuz olgunun ayrı olarak sunulacağını daha önce belirtmiştik. Elde ettiğimiz takip süresi ortalama ve dirsek hareketleri ile ilgili rakamları etkileyeceğinden dolayı bu olgu çalışmaya ayrı olarak alındı. Erişkinde ek bir kırıkla birlikte olan dirsek çıkığının geç dönemdeki prognozu hakkında bir fikir verebileceği düşünülerek, olgu sunulmaya değer görüldü.

Hastanın yaralanma anındaki yaşı 46 idi. Posterolateral dirsek çıkığına ek olarak dış kondil kırığı vardı. Genel anestezi altında kapalı redüksiyonu takiben 25 gün süreyle alçılı tespit uygulanmıştı. Son kontrolde istirahat ağrısı dışında Tablo 2'deki yakınmaların tümü vardı. Fizik muayenede ekstansiyon, fleksiyon, pronasyon, supinasyon kısıtlılıkları sırasıyla 20°, 10°, 10° ve 20° idi. İstabilite ve nörovasküler sekel yoktu. Grafide medial ve lateral periartiküler kalsifikasyon ve ileri derecede artrozu vardı. Pür posterolateral çıkık

olan diğer dirseğinden ise yaralanmadan 19 ay sonra hiçbir yakınması yoktu. Buna karşılık 10° ekstansiyon, 10° fleksiyon kısıtlılığı vardı. Bu dirsekte radyolojik olarak da herhangi bir bulgu yoktu.

Tartışma

Dirsek çıkığı bu eklemde yaralanmalarının % 11-28'ini oluşturmaktadır (10). Çocuklarda 10 yaşın altında humerus suprakondiler kırıkları en sık görülen dirsek yaralanması iken, fizisin kapanmaya başladığı 13-14 yaşları dirsek çıkıklarının ön plana çıktığı dönemdir (14). Dirsek eklemi, omuz ve el parmak eklemlerinden sonra en sık çıkığa maruz kalan eklemdir (3). Wadsworth'a göre (13) dirsek çıkığı tüm çıkıkların % 20'sini oluşturur ve en sık 5-25 yaşları arasında görülür. Serimizde ise 10 yaşın altında hasta yoktu ve hastaların çoğu 10-25 yaş arasında idi. Ayrıca olgularımızın yarısından fazlasının (14/26) 18 yaşın üzerinde olması dikkat çekiciydi.

Dirsek çıkığı ile birlikte kırıkların da olması mutadır. En sık görülen kırık medial epikondilin avulsiyon kırığıdır. Ayrıca proksimal radius kırıkları, koronoid çıkıntı kırıkları, daha seyrek olarak da olekranon, troklea ve dış kondil kırıkları da olabilir. Serimizde medial epikondil kırığı olguların % 23'ünde vardı. Kırıkla komplike dirsek çıkıkları % 35 gibi azımsanmayacak bir orandaydı.

Dirsek çıkığı genellikle anestezi redükte edilebilir. Redüksiyondan sonra nötral pozisyonda ve dirsek 90° fleksiyonda kısa süreli bir immobilizasyon önerilir. Konservatif tedaviyi önerenler (3, 8, 10, 11, 13, 14) yanında bağların primer tamirinin gerektiğini öne sürenler de vardır (4, 7).

Klasik olarak immobilizasyon süresi üç hafta olarak kabul edilmesine rağmen bu konu tartışmalıdır. Uzun süreli immobilizasyon yapışıklıklara, fibrozis ve kontraktürlere yol açarak hareket kısıtlılığına neden olmaktadır (1, 2, 5). Dirseğin 90° fleksiyonda uzun süreli immobilizasyonu kapsülün ön kısmının kılmasına ve fibrozisine neden olur. Daha sonra kapsül diğer periartiküler dokulara yapışır. Medial kollateral bağın ön lifleri kısalarak ekstansiyon kısıtlılığına katkıda bulunabilir. Çıkık esnasında kolayca zedelenebilen brakialis adelesinin de nedbeleşmeye eğilimi fazladır. Immobilizasyon uzun sürerse eklemde periferik kısımlarında doku proliferasyonu ile eklemi yapışıklıklar gelişir ve bu olay sertliğin artmasıyla sonuçlanır.

Protzman (11) tespit süresi arttıkça fleksiyon kontraktürünün arttığını gözleyerek komplike olmayan çıkıklarda 1-5 günlük bir tespit süresi önermiştir. Green ve McCoy (6) ve Mehlhoff ve ark. (10) da 4 hafta veya daha fazla süren tespitlerin ileri derecede fleksiyon kontraktürlerine yol açtığını dikkat çekmişlerdir. Mehlhoff ve ark.'nın serisinde (10) en iyi sonuçlar iki haftadan az tespit edilen olgularda alınmıştır. Bu otörler ağrı geçer geçmez aktif fleksiyona, 2 haftadan önce de serbest fleksiyon ve ekstansiyona başlanmasını önermektedirler. Johansson ve ark. (7) da 31 olguda hemen erken harekete başlamışlardır. Glisson (7) kendi dirsek çıkığında hemen aktif harekete başlayarak 6 haftada tam hareketi kazandıktan

sonra aynı şekilde tedavi ettiği dört hastadan da benzer sonuçlar almıştır. Joseffsson ve ark. (9) da genel anestezi altında stabil olan dirseklerde bir hafta, semifleksiyonda kolayca redisloke olan olgularda 2-3 hafta tespiti önerirler.

Olgularımızdaki yüksek hareket kısıtlılığı oranı yukarıda sözü edilen kıyaslamalı çalışmalarda 3 hafta veya daha uzun süreli tespit edilen olgularla benzerlik göstermektedir. Kısa süreli tespitlerle alınan sonuçlar olgularımızdan aldığımız sonuçlardan daha iyidir. Bu nedenle son literatürde önerildiği gibi 3 hafta yerine 1-2 haftalık tespit daha doğru olduğuna inanıyoruz.

Dirsek çıkığından sonra en sık görülen problem ekstansiyon kısıtlılığıdır (3, 8). Serimizde ise ekstansiyon kısıtlılığı % 50 gibi yüksek oranda olmakla birlikte fleksiyon kısıtlılığı daha sıklıkla (% 58). Hastalar genellikle hafif ekstansiyon kısıtlılıklarının farkına varmazlar (8) ve kısıtlılık 30°den fazla olmadığı sürece fonksiyonel sonuç iyi olarak kabul edilir (3). Serimizde dirseğini tam açamamaktan yakınan 7 hastada ekstansiyon kısıtlılığının 15° ve üzerinde olması nedeniyle bu görüşe katılmıyoruz. 15°nin altında olan ekstansiyon kısıtlılıkları hafif olarak tanımlanmalıdır. Yine subjektif ve objektif sonuçların karşılaştırılması sonucunda 20° ve daha fazla olan fleksiyon kısıtlılıklarının yakınmaya yol açtığını gördük. Bu şekilde fleksiyon kısıtlılığı daha sık görülmesine rağmen, fonksiyonel bozukluk yaratan ekstansiyon kısıtlılığının daha sık bir sekel olduğu sonucuna vardık.

Dirsek çıkığının prognozunun çocuklarda erişkinlerden daha iyi olduğunu gördük. Hareket kısıtlılığı oranı heriki grupta da benzer olmakla birlikte erişkinlerde kısıtlılık daha ileri derecelerdeydi. Yine subjektif yakınmalar da erişkinlerde daha fazla idi. Literatürde ise bu konunun fazla araştırılmadığını gördük. Joseffsson ve ark.'nın (8) da vardıkları sonuç benzerdi.

Çıkığa eşlik eden kırıkların prognozu ne yönde etkilediğine dair detaylı bir çalışma yoktur. Genelde kırıkların prognozu kötü yönde etkilediği kabul edilmektedir (3). Kırıklı olgu sayımız yeterli olmamakla beraber bu olgularda prognozun çoğunlukla daha kötü olduğunu gördük. Konservatif ve cerrahi tedavinin kıyaslandığı tek prospektif ve randomize çalışma Joseffsson ve ark.'na aittir (9). Bu çalışma ile otörler cerrahi tedavinin bir üstünlüğü olmadığını göstermişlerdir. Myozitis ossifikansın en tipik yerleşme yerlerinden biri dirsek olup, dirsek çıkığının iyi bilinen bir komplikasyonudur. Daima brakialis adelesinin geniş hasarına bağlıdır. Epikondiler bölgelerdeki komplikasyonlardan ayırtedilmelidir. Dirsek çıkığından sonra kalsifikasyonlar mutad olup % 60 (11), hatta % 76'ya (8) varan oranlarda bildirilmektedir. Serimizde de % 38 gibi yüksek sayılabilecek bir oranda idi. Bu kalsifikasyonların dirsek fonksiyonlarında kötüleşmeye neden olmadıklarını gözledik. Bu nedenle Protzman ve ark.'nın (11) belirttikleri gibi radyolojik bulguların klinik önemleri olmadığı kanısındayız. Joseffsson ve ark. (8) ise bunların genellikle ekstansiyon kaybı ile birlikte olduklarını belirtmişlerdir. Öte yandan myozitis ossifikans genellikle hareket kısıtlılığına yol açmaktadır (3, 8, 13, 14). Serimizde de myozitis ossifikans gelişen tüm olgularda hem fleksiyon, hem eks-

tansiyon kısıtlılığı vardı. Kırıklı 9 olgunun sadece birinde myozitis ossifikans gelişmesi, diğer 4 olgunun tümünde pür dirsek çıkığı olması eşlik eden lezyonların myozitis ossifikans riskini arttırmadığını düşündürdü. Thompson ve Garcia (12) ise pür çıkıklarında myozitis ossifikans insidensinin % 3 olmasına karşılık kırıklı olgularda % 18 olduğunu belirtmişlerdir.

Myozitis ossifikans (MO) riskini arttıran faktörler şunlardır: redüksiyonun geç yapılması, redüksiyon sırasında dirseğin hiper-ekstansiyona zorlanması, zorlu aktif fizik tedavi, masaj, pasif zorlayıcı egzersizler, çikiktan birkaç gün sonra yapılan cerrahi girişimler. MO insidensi genelde % 2-7 olarak bildirilmektedir (10, 14). Kini (14) ise serisindeki tüm olguların başvurudan önce sınıkçılara gittiklerine dikkat çekerek MO oranının % 37 olduğunu bildirmiştir. Serimizdeki % 19'luk oran genelde bildirilen rakamlardan yüksektir fakat 5 olgudan 3'ünde yukarıda sayılan faktörlerin var olduğunu belirtmekte yarar vardır. Konservatif tedavi edilen dirsek çıkıklarının prognozunun genelde iyi olduğu kabul edilmektedir (3, 8, 9, 11, 14). Mehlhoff ve ark. (10) da bu görüşü paylaşmakla beraber hastalarının % 60'ında çeşitli semptomlar olduğuna dikkat çekmektedirler. Hastalarının % 15'inde 30 derecenin üzerinde fleksiyon kontraktürü, % 45'inde rezidüel ağrı yakınmaları olduğunu bildirmişlerdir. Aynı şekilde Joseffsson ve ark.'nın serilerinde de (8) 24 yıl gibi uzun bir süre sonunda olguların % 58'inde rezidüel yakınmalar olduğu bildirilmiştir. Biz de prognoz konusunda dikkatli olmak gerektiği kanısındayız, çünkü olgularımızın % 62'sinde en az bir yakınma vardı. 30° ve üzerinde fleksiyon kontraktürü oranı % 8, 15° ve üzerinde fleksiyon kontraktürü oranı % 27 idi. Hastaların % 19'unda efor ile ağrı oluyordu. Geç dönemdeki prognoz konusunda Joseffsson ve ark.'nın (8) ortalama 24 yıl takip süreli çalışmaları önemlidir. Otörler belirgin radyolojik bulgulara rağmen ciddi bir osteoartroz gösterememişlerdir. 17 yıl takip süresi olan olgumuz iyimser olmamızı engellemekle beraber bu konuda kesin bir yargıya varmamız olanaksızdır. Bu olgumuz pür dirsek çıkığı değildir.

Bu çalışmada, dirsek çıkığının tedavisi kolay ve prognozu genelde iyi olmakla birlikte hastaların yaklaşık 2/3'ünde rezidüel yakınmalara yol açtığı, ve bu

nedenle benign bir yaralanma olarak kabul edilme-
mesi gerektiği sonucuna varıldı.

Kaynaklar

1. Akeson, W. H.: An experimental study of joint stiffness. J. Bone Joint Surg. 43-A: 1022-1034, 1961.
2. Dehne, E., Torp, R. P.: Treatment of Joint injuries by immediate mobilization. Based upon the spinal adaptation concept. Clin. Orthop. 77: 218-232, 1971.
3. DeLee, J. C., Green, D. P., Wikins, K. E.: Fractures and dislocations of the elbow. Ch. 9 in "Fractures in Adults", 2nd. edition. Ed. C. A. Rockwood and David Green. pp: 559-652. J. B. Lippincott CO. 1984.
4. Düring, M., Müller, W., Rüedi, T. P., Gauer, E. F.: The operative treatment of elbow dislocation in the adult. J. Bone Joint Surg. 61-A: 239-244, 1979.
5. Enneking, W. F., Horowitz, M.: The intraarticular effects of immobilization on the human knee. J. Bone Joint Surg. 973-985, 1972.
6. Green, D. P., McCoy, H.: Turnbuckle orthotic correction of elbow flexion contractures after acute injuries. J. Bone Joint Surg. 61-A: 1092-1095, 1979.
7. Johansson, O.: Capsular and ligament injuries of the elbow joint. A clinical arthrographic study. Acta Chir. Scandinavica, Supplementum 287, pp: 5-71, 1962.
8. Joseffsson, P. O., Johnell, O., Gentz, C. F.: Long-term sequelae of simple dislocation of the elbow. J. Bone Joint Surg. 66-A: 927-930, 1984.
9. Joseffsson, P. O., Gentz, C. F., Johnell, O., Wendeberg, B.: Surgical versus nonsurgical treatment of ligamentous injuries following dislocation of the elbow joint. J. Bone Joint Surg. 69-A: 605-608, 1987.
10. Mehlhoff, T. L., Noble, P. G., Bennett, J. B., Tullos, H. S.: Simple dislocation of the elbow in the adult. J. Bone Joint Surg. 70-A: 244-249, 1988.
11. Protzman, R. R.: Dislocation of the elbow joint. J. Bone Joint Surg. 60-A: 539-541, 1978.
12. Thompson, H. C., Garcia, A.: Myositis ossificans: Aftermath of elbow injuries. Clin. Orthop. 50: 129-134, 1967.
13. Wadsworth, T. G.: Adult trauma. Ch. 6 in "The Elbow", 1. ed. Ed. T. G. Wadsworth. pp: 190-222, Churchill Livingstone, 1982.
14. Wilkins, K. E.: Fractures and dislocations of the elbow region. Ch. 6 in "Fractures in Children". Ed. C. A. Rockwood, K. E. Wilkins. R. E. King. pp: 363-576, J. B. Lippincott Co., 1982.

Yazışma adresi

Op. Dr. Halit Pınar

Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak.

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

35340 İnciraltı, İzmir, Türkiye