

## FEMUR SUPRAKONDİLLER KIRIKLARI

Dr. Nejat GÜNEY<sup>1</sup>, Dr. Nail KIR<sup>2</sup>, Dr. Işık AKGÜN<sup>3</sup>

### ÖZET

Son 11 yılda Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'ne müracaat eden suprakondiller femur kırıklı 52 olgunun tedavi metodlarının incelenmesi ve alınan sonuçlar açısından tedavi yönteminin seçilmesinde dikkat edilmesi gereken noktalar anlatılmıştır.

Buna göre tedavide en iyi yöntem en iyi seçimin yapıldığı ve en iyi uygulamanın gerçekleştirildiği yöntem olmalıdır.

### GİRİŞ

Eski çağlardan bu yana hekimlerin ilgisini çeken femur suprakondiller kırıkları son senelerde artan trafik ve iş kazaları paralelinde olarak süratli bir artış göstermiştir. Eski kırık kitaplarında "T ve Y şeklindeki kırıklar", "Horizontal kırık" veya "İzole kondil kırıkları" diye ayrılan bu kırıklara, son yıllarda çok ağır tipik travmalarda rastlanan femurun alt ucunda 8-10 cm yukarısında meydana gelen, çok parçalı darmadağın yeni kırık şeklini de, eklemek zorundayız. Bunlarda kırık parçaları dağınık ve şekilsiz olmakla beraber, kırığın tipik yeri, çok parçalı oluşu ve dislokasyon şekilleri ile tedavi indikasyonu bakımından bu kırıkları tipik bir kırık olarak kabul etmek gerekir.

### SUMMARY SUPRACONDYLAR FEMUR FRACTURES

*In this article the results of 52 cases of supracondylar femur fractures treated at the Cerrahpaşa Medical Faculty between the years 1970-1981 had been reviewed.*

*It is concluded that, results of the treatment depend upon the choice of the method suitable for each individual case.*

Bu kırıklar her ne kadar çok yüksekten ayak veya diz üzerine düşmekle de meydana gelebilirse de, daha çok otomobilde oturan bir kimsenin, iki otomobilin burunburuna ani çarpışması sonunda, dizini sert bir cisme diklemesine çarpması ile meydana gelmesinden İngilizler "Dashbord fracture" Almanlar ise "Armaturebrett fraktur" adını vermişlerdir ki, bunu biz Türkçeye "Armatür Tahtası Kırığı" diye çevirebiliriz. Bilindiği gibi aynı trauma sonunda, kalçada da, acetabulum kenarından hatta femur başından küçük bir parça koparak femur başının arkaya doğru çıkılan da femur alt ucu parçalı kırıklar gibi son zamanlarda daha sık görülmeye başlamıştır. Hatta bazen her

1: Cr.Tıp. Fak. Orthop. ve Trau. Kliniği Uz.Ass.

2: Cer.Tıp Fak.Orthop. ve Trau. Kliniği Doç.Dr.

3: Cer.Tıp Fak.Orthop. ve Trau. Kliniği Ass.

iki kırığın bir arada görüldüğü, vakidir.

Bu kırıklarda müşterek olan vasıflardan biri ve en önemlisi bunlarda tipik dislokasyon şeklidir. Şöyle ki, bu bölgenin gerek basit horizontal, gerek çok parçalı kırıklarda, kısa distal parçanın üzerine tek yapışan kas olan M.Gastrocnemius'un geriye çekmesi sonunda hemen her zaman distal parçanın proksimal ucu ileri derecede arkaya dönmektedir. Proksimal parça ise, öne ve aşağıya doğru kayarak patella üzerine kadar inmekte, hatta bazen mafsala girerek kapsülü yırtmakta veya önde deriyi delerek bir açık kırık meydana getirmektedir.

Bu şekildeki ileri derecedeki dislokasyonlarda distal parçanın ucu, poplitea damarlarına baskı yaparak veya bu damarları zedeleyip hatta yırtarak fossa popliteada büyük hematomlara sebep olmaktadır. Bu gibi hallerde, bacakta bazen çok tehlikeli dolaşım bozuklukları meydana gelir. İşte nispeten seyrek görülen bu şekildeki femur alt ucu kırıkları bu özellikleri dolayısıyla ele alınması ve tartışılması gereken önemli kırıklar haline gelmiştir.

Teşhisi, hele röntgen sayesinde artık bir problem teşkil etmeyen bu tip kırıkların tedavisi, bütün kırıklarda olduğu gibi önceleri tamamen konservatif metotla yapılmakta idi. Fakat son zamanlardaki anestezi, asepsi, antibiyotikler, metalurji ve teniğin gelişmesi ile umumi kırık tedavisinde cerrahi tedaviye doğru gelişen ön değiştirme, tabiidir ki bu kırıkların tedavisinde de daha çok cerrahi tedaviye geçilmesinde etkili olmuştur. Kaldı ki, bütün oynak içi ve yakını kırıklarda olduğu gibi tam bir repozisyon ve iyi bir internal fiksasyon sayesinde erken hareketin temin zarureti, esasen bu kırıklarında cerrahi yoldan tedavisini gerektirmektedir (1,5, 9,13).

Bilindiği gibi femur alt ucu kırıklarından sayılan izole kondil kırıkları esasen öteden beri repozisyon ve basit vidalama ile cerrahi olarak tedavi edilmektedir. İki kondili birbirinden ayıran kırıklarda (T ve Y kırıkları) ise, karşı taraftan bir somun konarak kondilleri birbirine doğru sıkıştıran uzun vidalarla tespit sağlanmaktadır. Fakat bu kırıklarda esas problem, aynı zamanda femur alt ucuna yakın yerden kırılan femur shaftının distal parçalarıyla birleştirilmesidir. Burada en büyük güçlük distal parçanın geriye dislokasyonuna sebep olan M.Gastrocnemius'un kuvvetli çekme gücünün yenilebilmesidir.

Bu bölgenin çok parçalı olmayan kırık şekillerinde bir çokları, daha çok konservatif bir tedavi tavsiye etmektedirler.

Kalça ve diz oynağı 45 derece fleksiyonda iken tibia üst ucundan yapılaniskelet traksiyonu distal parçanın aşağıya doğru çekilmesine olanak sağlamaktadır. Bu esnada distal fragmanın posteriora doğru kaçan proksimal ucu da Braun ateli üzerinde kırık hattı seviyesinden bacağı fleksiyona getirmekle anteriora alınabilmektedir (3,6,7,8,10). Böylece uzun kontrollar ve uğraşmalarla kırık uçları (uçları parçalı olmayan kırıklarda) dişlendirildikten sonra bir müddet fibröz bağlantılar meydana gelmesi beklenir ve artık uçların kaymayacağı anlaşıldıktan sonra alçı yapılır.

Watson Jones ise diz ve femur üzerine heybe şeklinde konan yastıkların ve ağırlık asılmış bağlarla dislokasyonu düzeltmeyi tavsiye etmektedir. Yazan İngiliz Hava Kuvvetleri Hastanesinde tatbik ettiği bu usulde, aynı zamanda distal fragmanın proksimal ucu da bu uca yakın bir yerden horizontal bir Steinmann çivisi geçirilerek bir üzengi ile yukarıya doğru asılır.

De Palma bu ve buna benzer konservatif ekstansiyon ve kırık uçlarının kontrolü gerektiğinden, hatta bazen ilk günlerde hergün,sonraları üç günde bir röntgen kontrolü yapılarak ağırlık artırılması; M.Adductor Magnus'un çekmesi ile meydana gelen lateral kaymaların yastıklar konarak tashihi ve tazyik noktalarının daima kontrolü gerektiğini yazmaktadır.

Bu külfetli ekstansiyon tedavisi ile çok defa iyi bir repozisyon sağlamak mümkün olabilmekte ise de, fonksiyonel iyi bir netice alabilmek için gereken erken hareket tedavisine başlamak mümkün olmamaktadır.

Görüldüğü gibi konservatif tedavi yöntemi, uygulanması zor ve fonksiyonel neticeleri açısından cerrahi olgular kadar başarılı sonuçlar vermemektedir. Cerrahi tedavide özellikle çok parçalı kırıklarda uygulanması birtakım problemler içeren ve komplikasyon görülme olasılığı yüksek tedavi yöntemidir. Bu nedenle olguların tedavi yöntemi seçilirken cerrahın tecrübesi sonuçların başarısında en büyük etken olmaktadır.

Bu yazımızda son 11 yıl içerisinde ratladığımız 58 suprakondiller femur kırığı olgusu münasebetiyle bu kırıkların tedavi şekilleriyle, tedavi indikasyonları ve neticeleri üzerinde durmak istiyoruz.

## OLGULARIMIZ

Son 11 yıl içerisinde kliniğimize 58 femur alt uç kırığı olgusu müracaat etmiştir. Bunlardan 52 tanesi tarafımızdan muayene edilmiş, diğer 6 olgu ise çeşitli nedenlerle yapılacak olan tedaviyi kabul etmemişlerdi. Tarafımızdan tedavi edilen bu 52 olgunun yapılan etüdüleri şu şekilde özetlenebilir.

Tablo: 1

YAŞ	Olgu
En Küçük	6
En Büyük	72
Ortalama	35

Tablo: 2

KIRIĞIN OLUŞ ŞEKLİ:	Olgu
Trafik kazası	42
Düşme	7
Yüksekten düşme	5
Kurşunlanma	2
Ağırlık Altında kalma	2
Toplam	58

Tablo: 3

OLGULARIN TİPLERİ		
Açık Kırık	12	% 23
Kapalı Kırık	40	% 77

<b>KIRIKLARDA TEDAVİ METODU</b>	
<b>Konservatif</b>	32
Alçı	14
Trak + Alçı	14
Traksiyon	4
<b>Cerrahi</b>	20
Kirschner teli	5
Kirschner tel ve vida	4
Plak + Kirschner teli	1
L-Plağı	8
Spongioza vida	2

Tablo: 5

<b>TAKİP SÜRESİ</b>	
En Uzun	9 yıl 7 ay
Ortalama	1 yıl 3 ay

Neticelerin değerlendirilmesinde Stewart'ın klinik ve radyolojik kriterleri esas olarak alınmıştır.

6 no'lu Tablo'da görüldüğü üzere her iki tedavi yöntemi sonuçlarına göre değerlendirilme yapıldığında, yöntemlerden her hangi birinin diğerine üstünlüğü bulunmamaktadır. Kanımızca en iyi sonuç alınan yöntem, en iyi seçimin yapıldığı ve en iyi uygulamanın gerçekleştirildiği yöntem olmaktadır.

Tablo: 6

Netice	Cer.Ted.		Kon.Ted.		Kriterler
	Sayı	%	Sayı	%	
Mükemmel	5	25	6	18.7	Ağrı ve şişlik yok. Tam ekstansiyondan tam fleksiyon yapabilme. Röntgenolojik bozukluk yok.
İyi	6	30	9	28.1	Uzun süre yük taşıdıktan sonra ağrı. Tam ekstansiyondan 135 fleksiyon yapabilme. Hafif topallama. Röntgenolojik minimal bozukluk.
Orta	4	20	7	21.8	Orta derecede hareketle ağrı ve şişlik. Normal ekstansiyondan 90 fleksiyon yapabilme. Kazadan dolayı iş değiştirme. Röntgenolojik orta derecede bozukluk.
Zayıf	5	25	10	31.2	Hareketle ağrı ve şişlik. 90'den daha az fleksiyon. Ciddi röntgenolojik bozukluk. Çalışamayacak durumda olur.
Toplam	20	100	32	100	

## LITERATÜR

- 1— Altenberg, A.R., and Sorkey, R.L.: Blade-plate fixation in non-union and in complicated fractures of the supracondylar region of the femur. *J. Bone Joint Surg.*, 31A:312-316, 1949.
- 2— Brown, A., and D'arcy, J.C.: Internal Fixation For Supracondylar fractures of the Femur in the Elderly Patient. *J. Bone and Joint Surg.*, Brit. b Vol.: 53-B: 420-424. Aug. 1971.
- 3— Connolly, J.F., Dehne, E., and Lafollette, B.: Closed reduction and early brace ambulation treatment of fractures. Part 11: Results in 143 fractures. *J. Bone Joint Surg.*, 55A:1581-1559, 1973.
- 4— Hamilton, W.C., Canale, S.T., Snedden, E.H., and Stewart, W.G.: Supracondylar fracture of the femur in the elderly patient. *The J. of Bone and Joint Surg.*, Vol-57-A, No: 7-1031-1032, Oct. 1975.
- 5— Holt, E.P., Jr.: Blade-plate internal fixation of supracondylar fractures of the femur. *South. Med. J.*, 52:1331-1336, 1959.
- 6— Moll, J.: The cast brace walking treatment of open and closed femur fractures. *South. Med. J.*, 66:345-352, 1973.
- 7— Mooney, V., Nickel, V.L., Harvey, J.P., and Snelson, R.: Cast-brace treatment for fractures of the distal part of the femur. *J. Bone Joint Surg.*, 52A: 1563-1578, 1970.
- 8— Neer, C.S., Grantham, S.A., and Shelton, M.L.: Supracondylar fractures of the adult femur. *J. Bone Joint Surg.*,
- 9— Olerud, S.: Operative treatment of supracondylar-condylar fractures of the femur. *J. Bone Joint Surg.*, 54A:1015-1032, 1972.
- 10— Rockwood, C.A., Jr., Ryan, V.L., and Richards, J.A.: Experience with quadrilateral cast brace (Abstr.). *J. Bone Joint Surg.*, 55A:421, 1973.
- 11— Stewart, M.J., Sisk, D.T., and Wallace, S.L.: Fractures of the distal third of the femur: A comparison of methods of treatment. *The J. of Bone and Joint Surg.*, Vol: 48-A No: 4: 784-807, June, 1966.
- 12— Watson Jones, R.: Fractures and Joint Injuries Volume Two.
- 13— White, E.H., and Russin, L.A.: Supracondylar fractures of the femur treated by internal fixation with immediate knee motion. *Amer. Surg.*, 22:801-820, 1956.