

# **C<sub>6</sub>—C<sub>7</sub> Eski Kırıklı Çıkığına Bağlı Ossöz Tortikolis Oluşmuş Bir Olguda Uygulanan Değişik Tedavi Yöntemi**

**Dr. Ömer TAŞER (\*)**  
**Dr. Mehmet ÇAKMAK (\*)**  
**Dr. Ünsal DOMANIÇ (\*)**  
**Dr. M. KARAMEHMETO/LU (\*\*)**

## **Ö Z E T**

C<sub>6</sub> - C<sub>7</sub> eski kırıklı çıkığı olan ve buna bağlı olarak ossöz tortikollis gelişmiş bir olguda uygulanan değişik tedavi yöntemi sunuldu ve bu olgudan elde edilen geç sonuç yayın bilgisi ışığı altında irdelendi.

## **G İ R İ Ş**

Servikal bölgenin kırıklarının, çıkıklarının ve kırıklı çıktarı ve tedavisinde karşılaşılan sorunlar ve alınması gerekli önlemler bugün oldukça iyi bilinmektedir. Ancak aynı bölgenin eski lezyonlarında uygulanması gereken tedavi şeması konusu, olgu sayısının da yeterli olmaması nedeniyle henüz tam bir aydınlığa kavuşmamıştır (1, 2, 5, 6, 7).

Biz bu yazımızda travma tarihinden 3 ay sonra kliniğimize müracaat eden ve yapılan muayenesi sonucu C<sub>6</sub>-C<sub>7</sub> kırıklı çıkığı ve buna bağlı olarak gelişmiş ağrılı ossöz tortikolisi olan bir hastada uyguladığımız değişik tedavi yöntemini ve elde ettiğimiz geç sonucu sunmayı amaçladık.

(\*) İ.Ü.İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Anabilim Dalı Uzman Asistanı

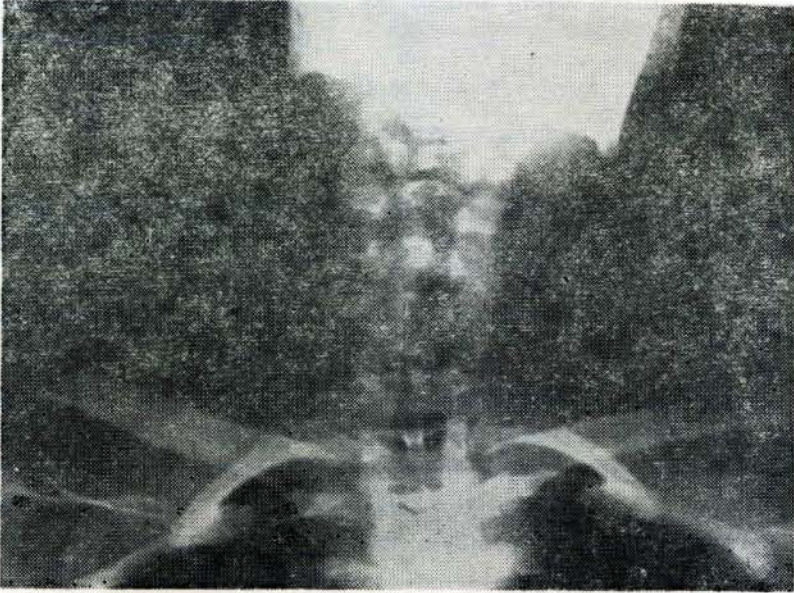
(\*\*) İ.Ü.İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Anabilim Dalı Asistanı

## OLGU TAKDİMİ :

M.K., 20 yaşında erkek hasta, Prot. No.: 41445/79.

Hasta ilk defa 6.8.1979 tarihinde boynundaki ağrı ve eğrilik şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu.

Anamnezinden, 3 ay önce attan başının üzerine yere düştüğü ve boynunda şiddetli ağrı oldu, u kollarında ve bacaklarında herhangi bir his ve motor fonksiyon bozukluğu hissetmediği öğrenildi. Düşmeden sonra herhangi bir doktora gitmeye gerek görmeyen hasta, olaydan hemen sonra ortaya çıkan boyun ağrısı ve hareket kısıtlılığı şikâyetinin devam etmesi ve zaman içinde boynunda eğrilik oluşması üzerine polikliniğimize müracaat ettiğini ifade etti.



Resim 1 a

Hastanın yapılan klinik muayenesinde boyunda 45° öne fleksiyon, 45° sağa fleksiyon ve 30° rotasyon durumunda fikse bir görünüm ve C<sub>6</sub>—C<sub>7</sub> hizasında gibbosite belirlendi. Boyunda minimal bir hareket alanı mevcuttu, ancak çok ağırlıydı. Hastada herhangi bir nörolojik bulgu yoktu.

Servikal bölgenin antero-lateral, lateral ve her iki yandan oblik grafilerinde C<sub>6</sub>—C<sub>7</sub> arasında bilateral faset subluksasyonu ve C<sub>6</sub> spi-



nöz çıkıntı kırığı saptandı. 6. ve 7. servikal vertebra korpusları ön tarafta ossöz bir kallus kitlesi ile kaynamış durumdaydı (Resim 1 a ve b).

Hasta 6.8.1979 tarihinde yatırılarak Crutchfield iskelet traksiyonu uygulandı ve 6 kg. ağırlık ile traksiyona başlandı. Yakın nörolojik takip altında ağırlık tedrici bir şekilde arttırılarak 3. gün sonunda 10 Kg'a kadar çıkıldı. C<sub>6</sub> ve C<sub>7</sub> arasında mevcut kallus köprüsünün 10. günde kırıldığı ve bundan sonra boyunda mevcut tortikolis deformitesinin giderek düzeldiği belirlendi (Resim 2).

Hasta 11.9.1979 tarihinde ameliyata alındı. Posterior longitudinal insizyonla girilerek 5, 6 ve 7. servikal vertebraların spinöz çıkıntıları ortaya kondu. 6. spinöz çıkıntı eksize edildikten sonra füzyon



Resim 1 b



Kesim 2

sahası hazırlandı, sol iliak kristadan alınan 2x3 cm.lik iki adet kortikal greft ve spongiöz greftler sahaya yerleştirildikten sonra, C<sup>5</sup> ve C<sub>6</sub> spinöz çıkıntılarının kaidesinden hazırlanan delikler yardımıyla telle serklaj uygulandı.

Hastaya ameliyattan sonra 1 ay süre ile boyun hareketlerini engelleyecek şekilde traksiyon uygulandı ve bu sürenin sonunda traksiyon çıkarılarak Minerva alçısı yapıldı. Ameliyattan toplam 3,5 ay sonra alçı

görülmek üzere rehabilitasyona başlandı.

Hastanın 1.3.1985 tarihinde yapılan son kontrolünde boyunda hiç bir şikâyeti olmadığı,, hareketlerin S 25-0-30, F 25-0-25, R 30-0-30 olduğu belirlendi (Resim 3 ve 4).

#### TARTIŞMA

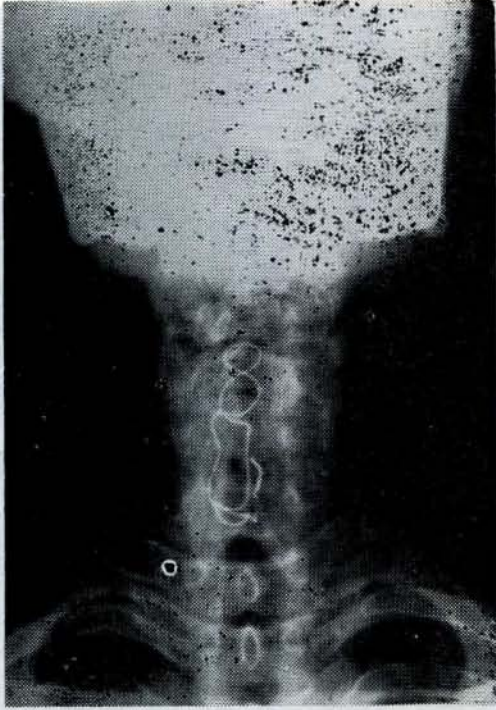
**Servikal:** Servikal vertebra kırıklarında ve özellikle çıkıklarında tanı gecikmesi, üzerinde sık olarak durulan bir sorundur (2, 3, 4, 8, 10).

Bir boyun travması anamnezi ile başvuran hastalarda, mevcut bir servikal lezyonun radyografik olarak ortaya konamaması, hiç de seyrek olmayarak karşımıza çıkmaktadır.

bunun nedenlerini 3 bölümde özetlemektedirler (2):

1. Radyografilerin yeteri kaidede omaması,
2. Radyografide özellikle alt servikal vertebraların çekim sıra-





Resim 3, a



Resim 3 b.



Resim 4 a

sında gerekli önlemler alınmadığı takdirde istenen ölçülerde görünmemesi,

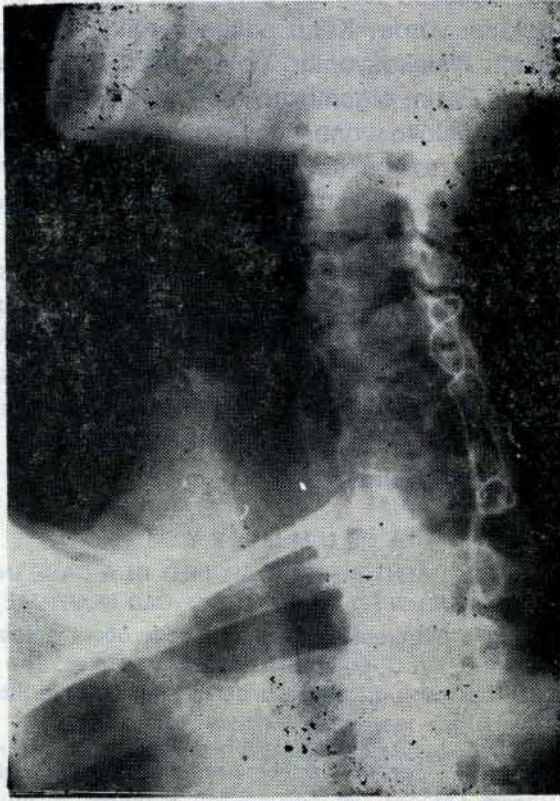
3. Radyografilerin itina ile incelenmemesi sonucu minimal leyonların gözden kaçırılması.

Bizim olgumuzda tanının 3 ay gecikme ile konması ise, tamamen ülkemiz şartlarından kaynaklanan bir durumdur. Hastanın geçirdiği travma sonrası hiç bir tedavi kurumuna başvurmaması, ancak şikâyetlerinin geçmemesi ve artma eğilimi göstermesi üzerine polikliniğimiz müracaat etmesi, tanı gecikmesindeki esas nedendir.

Servikal vertebraların eski çıkıklarında izlenmesi gereken yol ne olmalıdır? Yayında bu konuda farklı görüşler mevcuttur. CROOKS ve BIRKETT,  $C_5-C_6$  arasında çıkık olan bir olguda travmadan 11 gün sonra başarılı

RAMADIER ve BOMBART travmadan 1 ile 3 ay sonra manipülasyonla veya manipülasyonsuz redüksiyon ile genelde başarılı sonuçlar aldıklarını bildirmektedirler (3, 4, 8, 10). VERBIEST ise bu tür gecikmiş olgularda anterior girişle, anterior longitudinal ligamanın çıkarılmasını ve intervertebral diskin eksize edilmesini önermekte ve





Resim 4 b

böylece redüksiyonu engelleyen yapıların ortadan kaldırılmış olacağı savunmaktadır (9).

Diğer taraftan yukarıda adı geçen yazarlardan RAMADIER ve BOMBART, kendi serileri içinde iki hastada geç redüksiyonun kord semptomlarını arttırdığını bildirmektedirler. Bu iki yazara böre, 1 aydan daha fazla gecikmiş çıkıklarda izlenmesi gereken yol, servikal vertebra ların çıkık pozisyonunda cerrahi tespitidir (8).

BRAAKMAN ve VINKEN ise, bu tür gecikmiş lezyonlarda anestezi uygulamaksızın Glisson traksiyonu veya iskelet traksiyonu ile redüksiyon denemesinin kötü sonuç, anestezi altında manuel traksiyon ve sonra 10 Kg'dan daha fazla ağırlıkla yapılanunun ise bazen yeterli sonuç verdiğini, ancak başarılı bir tedavi için en iyi yöntemin cerrahi redüksiyon olduğunu savunmaktadırlar. Yazarlar, 6 haftadan daha geç servikal vertebra çıkıklarında redüksiyonun kontrindike olduğunu, çünkü bu olgularda yapılacak redüksiyonun sonuçlarının kötü olacağını ve nörolojik semptomları arttıracığını ifade etmektedirler (2).

Özetlenmeğe çalışılan tüm bu görüşlerin dikkate alınması gereken ortak bir noktası vardır: Konu edilen servikal vertebra çıkıkları; tek veya çift taraflı dislokasyonlar, daha doğru bir ifade ile tam faset kilitlemeleridir. Bizim kıkta tam bir faset dislokasyonu değil, fasette bir kırık vardı. Bu nedenle travma ile hastanın tedaviye başvurusu arasında 3 aylık bir zaman dilimi olmasına rağmen, biz tedavi şeması olarak önce tedrici traksiyonu yeğledik.

Burada amacımız, öncelikle servikal gibbositenin anterior bölümünde  $C_6$  ile  $C_7$  arasında oluşan ossöz kallusu bundan sonra boyunda mevcut ossöz tortikolisi giderek düzelterek uygun pozisyonda servikal füzyon yapmaktır. Olayın faset dislokasyonuna değil, subluksasyonuna traksiyon ve redüksiyon sırasında herhangi bir nörolojik bozukluğun ortaya çıkmayacağını düşündük.

#### S U M M A R Y

A DIFFERENT TREATMENT METHOD APPLIED IN A CASE IN WHICH OSSEOUS TORTICOLIS DEVELOPED DUE TO  $C_6-C_7$  OLD FRACTURE DISLOCATION

A report including a different treatment method about a case who had an old fracture-dislocation at the  $C_6-C_7$  level has been presented. The late result obtained from this case has been discussed under the light of the literature.

#### K A Y N A K L A R

- 1 — Ayrıl, F., Seyhan, F.: Servikal vertebraların eski travmatik lezyonlarında tedavi. III. Türkiye Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi Notları, Sh. 279-302, İzmir, 1973.
- 2 — Braakman, R., Vinken, P.J.: Old luxations of the lower cervical spine. *J. Bone Joint Surg.*, 50-B: 52-60, 1968
- 3 — Crooks, R., Birkett, A. N.: Fractures and dislocations of the cervical spine. *British Journal of Surgery*, 31: 252, 1944
- 4 — Funke, H.: Unblutige Reposition einer vollstaendigen Halswirbel-körperversenkung. *Zentralblatt für Chirurgie*, 83: 1668, 1958
- 5 — Goran, A.: Fracture-Dislocation of cervical spine. *New York State J. Med.*, 15: 1050-1058, 1969
- 6 — Kessler, L.A.: Delayed traumatic dislocation of the cervical spine. *Jama*, 224: 124-125, 1973
- 7 — Nieminen, R.: Conservative lower cervical spine. *Ann. Chir. et Gyn. Fenn.*, 63: 57-68, 1974
- 8 — Ramadier, J.O., Bombart, M.: Fractures et luxations du rachis cervical sans complications. *Revue de chirurgie orthopedique et réparatrice de l'appareil moteur*, 50: 3, 1964.
- 9 — Verbiest, H.: Anterior operative approach to the cervical spine by old irreducible displacement or fresh fracture of cervical spine, *Journal of Neurosurgery*, 19: 389, 1962
- 10 — Watson-Jones, R.: Fractures and Joint Injuries. Fourth edition, Vol. 2., Edinburgh and London: E and S. Livingstone Ltd., 1955