

Küçük Çocuklarda Radius Başı Subluksasyonunda (Ağrılı Pronasyon Felcinde) Redüksiyondan Sonra Retansiyon Gerekli Midir?

Dr. S. Kemal EROL (*)

Dr. G. KARAOĞLAN (**)

Ö Z E T

Subluksasyon radli perlanulare'nin oluş mekanizması, tanısı, sağaltımı ile deneyimleri üzerinde bilgi sunulmaktadır.

Radius başı subluksasyonunun sını hoş olmayan bir panik durumuna yönlendirirler.

Radius başı subluksasyonunun redüksiyonu kolaydır. Bir redüksiyondan sonra bandaj ya da atelle retansiyon gerekmez.

G İ R İ Ş :

Küçük yaşlardaki çocuklarda sık olarak ortaya çıkan radius başı subluksasyonu, tabloların gelişmesine neden olabilmektedir. İncinmiş olan kolunu bir eli ile destekleyerek, sürekli ağlayıp-mızıldanan çocuğun yakın çevresi, tedirginliğin aşırı boyutlarına ulaşarak, ivedi bir çözümün arayışı içine girerler. Acaba bir kırık mı, yoksa bir çıkık mı vardır? Çocuk sakat kalabilir mi Böyle durumlarda birinin yol açtığı bir gecikmeden sonra bir başkası, el çabukluğuyla, redüksiyonu sağ-

(*) Dokuz Eylül Ü. Tıp Fakültesi Ortopedi-Travmatoloji Anabilim Dalı Öğ. Üyesi

(**) Ortopedi-Trav. Uzmanı SSK. Hastanesi Yenişehir - İzmir.

larsa, sihirli bir değneğin dokunmasındaki görüntü çerçevesinde, çocuk, tüm davranışlarında hemen normale dönebilir.

Deneyimli olan ortopedi-travmatoloji uzmanlarından bir çokları, bu konuda yaşadıkları dramatik tabloları anımsayacaklardır. Yeterli deneyimleri olmayan, tıp eğitimlerinde bu konuyu yeterince öğrenmeyen hekimler, tanıyı yanlış olarak koyduklarında, sağaltım savsaklanacağından, çevrelerinde kaçınılmaz olarak bir güvensizlik yaratmış olacaklardır. Deneyimsiz bir hekimden rastlantı olarak bir diğerine koşan ana baba da kuşkusuz, bir olumsuzluk kısır döngüsünde, panik yaratan bir üzüntünün girdabına kapılırlar.

SİNONİMLER :

Pulled Ellbow, Chassaignac - Felci, Pronatio Dolorosa Infantum, Malgaigne - Injury, Goyrand - Injury, Tember Tantrum Ellbow, Nurse-Maid's Ellbow, Pronation douloureuse, Subluxatio

TUTULMA :

Küçük çocuklarda 2-5 yaş arasında (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11) ya da başka bir deyişle, 5 yaşın altındaki küçük çocuklarda sıklıkla ortaya çıkan bir dirsek incinmesidir. Yaşı en aylık olarak literatüre En geç olarak da 7 yaşına varan çocuklarda görülebilir, ama bu oldukça enderdir. Görülme sıklığı 1-3 yaş arasında tepe oluşturmaktadır (9). Kız çocuklarında ortalama % 60-65 oranında görüldüğüne değinenler var sa da (6), oğlanlardaki görülme sıklığını dile getirenler de bulunmaktadır (9). Subluksasyon bulguları saptanan 16 yaşındaki bir olguda, sonradan gelişen dejenerasyonun bir osteoartroza yol açtığını açıklamışlardır (6). Bu olguda ayrıca belirgin instabilitenin bulunduğuna da değinilmiştir.

GÖRÜLME SIKLIĞI :

Ağrılı ön kol pronasyon felci, küçük çocukların en sık rastlanılan dirsek yaralanmalarındandır (6). GRIFFİN ile SNELİMANN 1-3 yaş arasındaki görülme sıklığını haftada 2 olgu olarak vermektedirler (9). Boston City Hospital

ında bulunan küçük çocukların tüm yaralanmalarının % 5,6'sı üst ekstremitelerde ortaya çıkmaktadır. Dirsekteki yaralanmaların % 27,5'u da bir radius başı subluksasyonu olarak gelişmektedir (6).

ANATOMİK İLİŞKİLER :

Dirsek ekleminin kapsülü yalnızca, humero-ulnar eklemin fleksiyon-ekstansiyon devinimleriyle, radius başının dönme devinimlerine olanak vermektedir. Bu nedenle kapsül, elekranon yanlarında, prosesus koronoideus bölgesinde, biraz genişlemeler göstermektedir. Bir de ligamentum annulare radius başı çevresinde biraz yaygınlaşmıştır (Şekil 1).



Şekil 1: Radius başını saran ligamentum annulare.



Şekil 2: Radius başının kayıp içinde kilitlendiği recessus sacciformis.

Kapsülün Gevşek Yerleri : Kapsülün cep gibi genişlemeler gösterdiği yerlerde, stratum sinoviale'nin güçlendirici fibröz lifleri ya yoktur ya da çok azdır. Fossa olekrani'ye uyan alanlarda kapsülün yapısı çok incedir, palpasyonda el altında belirginleşmez. Ekstansiyondaki dirsekte kapsül olekranonun yanlarıyla üstünde, cepler (girintiler) oluşturur. Ventral bölge sıkı-
Ulna ile radius'un proksimalinde, kapsülün iç yaprağı çok ince bir torba gibidir, burada katlanarak resessus saksiformis'i oluşturur (10) (Şekil 2).

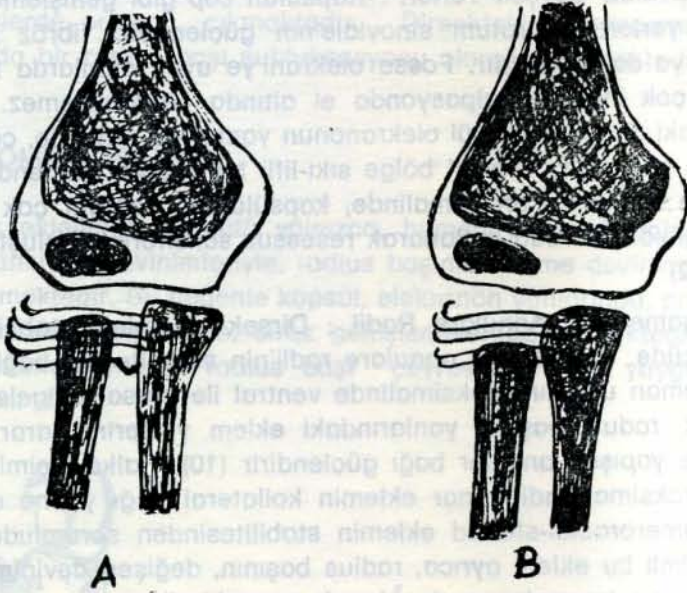
Ligamentum Annulare Radii : Dirsek ekleminin stabilitesi, büyük ölçüde, ligamentum annulare radii'nin stabilitesine bağlıdır (10). Bu ilgaman ulnanın proksimalinde ventral ile dorsal bölgelerde başlayarak, radius başının yanlarındaki eklem yüzlerini sarar. Kapsül kendine yapışan annuler bağı güçlendirir (10). Halka bağ, proksimal radio-ulnar eklemin kollateral bağı yerine de geçerek, humeroradial-sferoid eklemin stabilitesinden sorumludur. sel biçimli bu eklem ayrıca, radius başının, değişen devinim durumlarına uyan kaymalarına da olanak vermektedir.

PATOGENEZ :

Radius başı subluksasyonu da denilen bu yaralanmada ligamentum annulare'nin bir interpozisyonu söz konusu olmaktadır (3, 4, 6,7, 8, 9, 11). Ön kol pronasyonda dirsek eklemi de ekstansiyonda iken, çocuğun eli ya da ön kolu longitudinal eksen boyunca birden çekilince, radius başı kayarak sublükse olur, resesus saksiformis'e giren baş burada kilitlenir. Bu durumda, ligamentum annulare ile birlikte kapsülün proksimaldeki bölgesi, kapitulum radii'yle kapitulum humeri arasına interpoze olur (Şekil 3).

Radius başı subluksasyonuna ilk değinenler, VAN ARSDALE'e göre, HIPPOKRATES ile PARACELSUS'tur. Bu incinmenin modern tıbbın başlamasından sonraki ilk tanımlamasını 1671 yılında Fournier yapmıştır (6).

Piersol 1931'de yazdığı Human Anatomy adlı yapıtında, biçim yönünden radius başının özelliklerine değinmiştir. Bu özelliklere dayanan MAGİL 1954'de, kıkırdak baş çapının, 5 yaşa kadar olan çocuklarda, boyun bölgesinden anatomik olarak daha geniş olmadığını açıklamıştır (6, 9). Sonradan SALTER ile ZALTZ bunun yanlış bir değerlendirme olduğunu ortaya koymuşlardır (6).



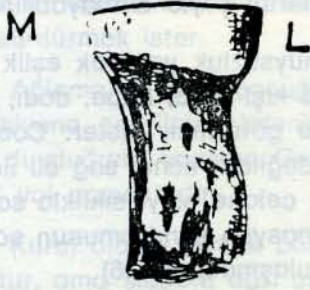
Şekil 3: Lig. annulare'nin kapituluma radii ile kapitulum humeri arasında interpozisyonu.

Çılık mekanizmasını açıklayabilmek açısından ilk deneysel çalışmalarını 1885 yılında Hutchinson yapmıştır (6, 9). Radius başının anatomik konstrüksiyonuna göre ön kolun pronasyon pozisyonunda, lateral kenar annuler ligaman karşısında da

Bu nedenle kaymış olan annuler ligaman pronasyon pozisyonunda, eski anatomik normal konumuna kolayca getirilebilir (redüksiyon), Süpinasyona bu pozisyonda, kapitulumlar arasına interpoze olmuş ligamanın redüksiyonu

Sonradan başka bir çok otörler radius başının sublüksasyonuna eşlik eden interpozisyonun pronasyonda ortaya çıkarak, redüksiyonun da ancak ön kolun süpinasyonunda gerçekleşeceğine değinmişlerdir (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11).

Önceden de değinildiği gibi, radius başı sublüksasyonuna eşlik eden yumuşak doku interpozisyonu, ligamentum annulare'nin kapitulum radii ile kapitulum humeri arasında sıkışmasıyla Bu, ön kol pronasyundayken, bir longitüdinale çekme mekanizması al-



SUPINATION

PRONATION

Şekil 4: Radius başının süpnasyon ile pronasyon pozisyonlarında anatomik çevresi ilişkileri.

tında ortaya çıkar. Bu durumları değişik araştırmacılar, çocuk kadavraları üzerinde yaptıkları deneylerle de ortaya çıkararak kanıtlamışlardır (6, 9). Hatta kimi araştırmacılar gelişen bir ligaman rüptürüne bile değinmişlerdir. Kimi araştırmacılar, bu olayların gelişmelerindeki patogenetik öğeleri, anatomik özelliklere ya da küçük yaşlardaki biçim değişikliklerine bağlamak istemişlerdir. Böylece yarı çıkık oluşmasında, bu küçük yaşların getirdiği anatomik yatkınlığın önemi vurgulanmak istenmiştir (2, 6, 9, 11.) Örneğin radius başının küresellikten yoksun oluşu, eklem yüzünün oval biçimde bulunuşu, çap olarak başın kollum bölgesinden daha geride kalması, bir kubitus valgus'un bulunuşu gibi...

Küçük çocuklarda anatomik biçim yönünden radius başının boyun bölgesinden daha küçük oluşuna dayanan eski görüş, patogenezi yanlış bir açıklamaya doğru yönlendirdiğinden, artık bırakılması gerekmektedir (9).

STONE 1916'da 12 adet anatomik piyeste bu yaralanma mekanizmasını inceleyerek 6 dirsekte bu lezyonu ortaya çıkarabildi. Eğer ön kol pronasyondaysa, longitudinal çekme etkisi altında lig. annulare radius başının üzerine k... sına sıkışmaktadır (interpozisyon) (6, 9).

Radius başı subluksasyonu ya da ligamentum annulare'nin interpozisyonuna yol açan travma nedenlerini şöyle sıralayabiliriz:

1 — Çocuk herhangi bir nedenle huysuzluk yaparak eşlik edenin yanında yürümek istemez, yanındaki kişi (ana, baba, dadı, bşk.) uyarı biçiminde kolunu çekerek çocuğu götürmek ister. Çocuğun yanında yürüyen kişi çoğunlukla solak değildir; kendi sağ eli ile çocuğun sol elini tutmaktadır. Böylece bu sekte bir incinmeye yol açar. Ağrılı pronasyon sendromunun sol üst ekstremitede görülmesi % 70 oranına ulaşmaktadır (6).

2 — Çocuk elini tutan kişiden kurtulmak için elini birden geri çeker, böylece uzun eksen boyunca bir çekme mekanizması (ön kol pronasyondayken) gelişmiş olur.

3 — Oyun amacıyla ön kolundan ya da elinden tutulan çocuk havaya kaldırılır (örneğin iki yanlı olarak «uçtu-uçtu»). Bu durumda ön kol pronasyondadır, yer çekimi etkisi longitudinal bir traksiyon etkisine yol açar.

4 — Gezinti yapılırken çocuğun ayağı takılıp yere düşer, ama eli sıkıca tutulan çocukta, pronasyonda olan ön kolda, gövdenin yer çekimine bağlı ağırlığı bir traksiyon etkisine neden olur.

5 — Düşmekte olan, ama daha tarılması amacıyla birden elinin ya da ön kolunun kavranarak yukarı çekilmesi.

6 — Oda içinde oynamakta olan çocuğun, koltuktan-divana, yataktan yere atlarken kolunun üzerine düşmesi.

BULGULAR :

Klinik Bulgular : Anamnez iyi değerlendirilmelidir. Çocuğu hekime getirenler sıklıkla, incinme mekanizmasına uyacak biçimde, kolun uzun eksen boyunca birden çekilmiş olduğunu dile getirirler. Ayrıca çok ender olarak anemnezde, çocuğun kolu üzerine düştükten sonra, ağrılı bir tablo geliştiği açıklanır.

Klinik incelemede kolun aşağı sarkık olarak tutulduğu izlenir, pronasyonda duran ağrılı ön kol, sağlam yandaki elle desteklenmektedir. Kimi olgularda, az ya da çok derecelere varan bir yumuşak

doku şışliğine rastlanabilir. Çocuk, oyuncaklarını sağlam olan yan-
daki eli ile
ile sürdürmek ister.

Ağlamakta olan çocuğun ön kolu süpinasyona ya da dirseği
fleksiyona getirilmek istenirse, çocuk daha da şiddetle bağırarak
acı duyduğunu yansıtır. Gerçekten bu durum oldukça fazla bir ađ-
rıya yol açmaktadır.

Kural olarak dirsek bölgesinde bir efüzyon bulunmaz, hematom
yoktur, ama şiddetli ağrı duyarlılığı her olguda bulunmaktadır.

Röntgen Bulguları : Kural olarak röntgen incelemesi belirli bir
kriter vermez, çünkü bir subluksasyonu radyolojik olarak tanıma
olanağı bulunmamaktadır. Ama tam olan bir subluksasyon radius
başında gelişecek olursa, bunun kriterleri röntgen grafisinde tanı-
nabilir (4).

Sinovial büklümün kapitulum redii ile kapitulum humeri arasına
interpoze olduğu olgularda, bu bölgenin eklem aralığında, radyo-
lügen ya da dansite azlığı biçiminde kendini belli eden bir defekt,
röntgen grafilerinde ortaya çıkabilir.

Ayırıcı tanı'da bir klavikula kırığı, humerus kırığı, radius-ulnayı
içeren ön kol kırığı, epifiz separasyonları, radius başı tam çıkığı
düşünölmelidir, bunlar yönünden gerekli tanı olanakları araştırılma-
lıdır. Bu kuşukular ortadan kaldırılmadan subluksasyon radii peri-
anularis'in sağaltımına geçmek yanlış olur, tehlikeli durumlar geli-
şebilir.

TEDAVİ

Dirsek eklemine röntgen grafileri hazırlanırken, ön kol süpl-
nasyona çevrildiğinde, bir redüksiyon spontan olarak gelişerek ađ-
rılı durum sona erebilir. Ama bir çok olguda, röntgen incelemelerine
karşın, bir redüksiyon manevrası gerekli olmaktadır.

Redüksiyon, bu konuda deneyimli olan hekim denemelidir. Re-
düksiyonun başarıya ulaşması dramatik bir iyileşme sağlar.

CUSHİNG ile HUTCHİNSON 1886'da, dirsek fleksiyona gelmeden
önce, subluksasyon ya da interpozisyonun, en iyi olarak pronasyon
pozisyonunda redükte olabileceğini vurguladılar. (6, 9). Ama bu
gün redüksiyonun en iyi olarak süpinasyonda gerçekleştirilebileceğini
kesinlikle bilmekteyiz.

Annuler bağın interpozisyonu ortadan kalkıp redüksiyonu sağlanırsa bir «klik» sesi alınır.

Redüksiyon manevrasına geçmeden önce tanı kesinlikle konulmalı başka yaralanmaların kuşkuları elimine edilmelidir. Çocuğu getiren yakınlarına, redüksiyon olur olmaz, tüm ağrılı semptomların ortadan kalkarak, çocuğun davranışlarının hemen normale döneceği açıklanır. Çocuk anasının, babasının ya da eşlik ede bir erişkin yakının kucağına oturtulur. Önce çocuğun güvenini kazanma rekir. Onunla bir kaç dakika kadar bir oyun kurma çabasına girişilir, isteksiz de olsa ilgisini çekecek şeyler yapılır. Sonra redüksiyon uygulanır. Çocuğun incinme olan yandaki eli-el bileği kavranır; redüksiyonu yapacak kişi sağ dirsek subluksasyonu için sağ elini, sol yan için de sol elini kullanmalıdır. Karşı elinin başparmağı da sublükse dirseğin

tında radius başi bulunmaktadış. Çocuğun eli-ön kolu longitudinal olarak çekilirken dirsek semifleksiyonda tutulur. Bu arada anası, babası, ya da çocuğu tutan her kimse, bir eli ile humerus bölgesini sıkıca tutar. Ön kola traksiyon uygulanırken süpinasyon yaptırılır, bu arada başparmak da radius başi üzerine bastırır. Redüksiyon gerçekteşince kapsül-ligaman kompleksinin interpozisyonu elimine olacağından, bir «klik» sesi alınır. Redüksiyonun başarıya ulaştığını bize yansıtacak olan bu «klik» sesi alınamazsa, dirsek maksimal fleksiyona gelmez, bir direnç olduğu saptanır. Süpinasyon yapılıp klik sesi alınınca dirsek maksimal fleksiyona getirilir.

Ender olan durumlarda bir redüksiyon başarısızlığı sözkonusu olabilir (6, 7, 9). Daha yon bulgularının saptandığına değinen yazarlar bulunmaktadış ^{Cit 6}.

Radius başi subluksasyonu olarak karşımıza çıkan ağrılı pronas yon felcindeki yinelenme (rekürrens) sıklığı, % 5'den % 30'a kadar varan bir oran değişiminde açıklanmaktadır (6). Annüler ligaman, yaşın üstündeki yaşam döneminde, stabil ilişikler yaratacak biçimde güçlendiğinden, bu yaştan sonraki yinelenmeler ya da primer subluksasyonlar yok denecek derecede azalmaktadır.

Başarılı olan bir sonuçta, redüksiyondan sonra, çocuk hemen, birkaç dakika geçer geçmez, incinen yandaki elini kullanmağa, neleri, oyuncakları yakalamağa başlar. Bu sevindirici tablo da çocuğu getiren yakınlarına tedavi çaresi arayanlara mutluluk verir.

Redüksiyondan sonra, ekstremitenin bir atel ya da sirküler alçı sargısı içinde, ya da bandajla immobilize edilerek retansiyon uygu-

lanması gerekmemektedir. Bu güne değin redükte ettiğimiz bir çok olguda, yinelenmenin (rekürrens) birkaç kez görüldüğü olgularda bile, üst ekstremitenin immobilizasyonu amacıyla bir bandaj ya da atel uygulamadık. Kapsül-ligaman kompleksinin interpozisyonu redüksiyonla elimine edilir edilmez, anatomik koşullar-anatomik ilişkiler eski normal durumuna dönmektedir. Bu nedenle bir retansiyona gerek olmadığı kanısındayız. Birçok olguda, uyguladığımız redüksiyondan sonra gözlemlediğimiz, ilginç bir nokta olmuştur: Ağrılı durum redüksiyonla ortadan kalktıktan sonra, çocuk kavrayarak kendine doğru güç kullanarak çekebilmektedir. Bu da bize bu bölgede herhangi bir ağrı duyarlılığının artık söz konusu olmadığını kanıtlamaktadır. Bir atel ya da bandajla yapılan retansiyonun bir amacı olması gerekir. Böylesine ağrısız, devinimleri serbest bir durumda çocuğun kolunu immobilize etmek, dirsek çevresi kasları ile kapsül-ligaman ilişkilerinde olumsuz koşulların gelişmesine, zayıflamalara, gevşekliklere neden olabilir. Kinikte, subuksasyona belirgin yumuşak doku şişliklerinin eşlik ettiği olgularda, sonrası bir immobilizasyon düşünülebilir. Ama biz bu güne değin immobilizasyonu gerektiren böyle bir olguya hiç rastlamadık.

SALTER ile ZALTZ 5 yaşındaki bir olguda ligaman rüptürü nedeniyle açık redüksiyona gitmişlerdir (6, 9). Konumuz bir subluksasyon olduğuna göre, bunun sınırlarının bir radius başı komplet luksasyondan ayırt edilmesi gerekmektedir. Bir radius başı subluksasyonunda, bir ligaman kopması ya da yırtılması yerine, bir interpozisyon söz konusu olmaktadır. Bu nedenle redüksiyon manevrasının başarısızlığı düşünülemez.

TARTIŞMA :

Ağrılı pronasyon felci ya da radius başı subluksasyonu, lından önce bile bilinen bir dirsek incinmesidir, çünkü bu olaya gerek HİPPOKRATES gerekse PARACELTUS kendi yaşadıkları dönemlerde değinmişlerdir. Ama çağdaş tıbbın gelişme dönemindeki yıllarda, bu incinmenin oluş mekanizması ile sağaltımı, bilimsel temeller üzerinde açıklanabilmiştir.

Büyümekte olan çocuklarda (kural olarak 5 yaşa kadar, ama en uç yatkinliğin olduğu 1-3 yaş arasında) annuler ligaman gevşek olup, resessus saksiformis'te cep gibi bir kıvrım yapar (Şekil 2). Bu yaşlardaki çocuklarda, ön kol ya da el, pronasyon durumundayken,

lengitüdinaleksen boyunca çekilecek olursa, radius başı sublüksə olarak resessus saksiformiste sıkışıp kitlenir kalır, proksimale ligaman-kapsül kompleksi de, kapitulum radii ile kapitulum humeri arasına interpoze olur (3, 4, 6, 7, 8, 9, 11). Böylece bir ağırlı pronasyon felci gelişmiş olur. Bu fenomene yol açan nedenler arasında, yanlış bir görüşle, radius başının boyun bölgesine oranla daha küçük çapta olduğu, dile getirilmiştir (2, 5, 6, 9, 11). Bunun dışında kimi araştırmacılar da çıkığın ön kolun süpinasyonunda, redüksiyonun da ön kolun pronasyonunda kolayca olanaklaştığını, çünkü anatomik ilişkilerin bunu kolaylaştırdığını yazmışlardır (HUTCHINSON, 1885) (6, 9). Buna karşın sonraki yıllarda bir çok otör, radius başı sublüksasyonu ile kapsül-ligaman interpozisyonunun pronasyonda olan ön kolun çekilmesiyle geliştiğini, redüksiyonun da ancak süpinasyonda gerçekleştiğini ortaya koydular (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11).

MATLES yeni doğanların dirseğinde, posterior-lateral kompartmanda, meniskoid bir sinovial kıvrım oluşumunu saptamıştır (5).

RYAN'a göre sublüksasyon radii parinularis (pronatio dolorosa) de, baş ile kollum arasında, gerek biçimsel yönden, gerekse bunların çapları ile stabilite ilişkileri açısından, çıkığı ya da ligaman interpozisyonunu kolaylaştıracak aşırı bir uyumsuzluk bulunmamaktadır (7).

WALCHER'in gözlemlerine göre küçük yaşlarda bir sublüksasyona yol açan başlıca neden, çocuk dirseğinde artmış olan bir valgus durumudur. Ayrıca bu küçük yaşlarda, ligaman-kapsül ilişkilerinde aşırı bir laksite de bulunmaktadır., bu da bir sublüksasyona eşlik eden kapsül interpozisyonunu artmış bulunan valgus durumunda daha da kolaylaştırmaktadır (11). Ön kolun pronasyon pozisyonunda bir longitudinal çekme ortaya çıktığında, kapsül laksitesi ile artmış kubitus valgus, anterolateral bölgede, kapsüle yapışık olan annuler ligamanın radius başı üzerinde gerilmesine yol açarak bir kayma fenomenine neden olmaktadır.

Kaymış olan annuler ligaman redüksiyonla eski anatomik yerine döndüğünde bir «klik» sesi alınmalıdır. Bu klik sesi alındıktan sonra dirsek eklemi maksimal fleksiyona lunmadığı saptanır. Klik sesinin alınmadığı olgularda dirsek fleksiyona g

miştir. Röntgen grafileri çekilirken ön kol süpinasyona getirildiğinde, yarı çıkık radius başı kendiliğinden normal yerine dönebilir. Böyle durumlarda çocuğun dirseğinde belirgin ağrı duyarlılığı kal-

mamış olup, çocuk cisimleri, oyuncaklarını yakalayabilmektedir. Bu olgularda çok iyi bir gözlem yapmalı, spontan redüksiyon olup olmadığı araştırılmalı, klik sesi alacağım diye de uzun boylu çocuğun dirseği yerk yere yapılan redüksiyon manevralarıyla örselenmemelidir.

Radius başı subluksasyonunda, redüksiyondan sonra bir immobilizasyon uygulamasının gerekliliğine inanmaktayız.

Redüksiyonla bir klik sesi alındıktan sonra, çocuk hemen oyununa geri dönerse, eliyle nesnelere yakalayıp kolunun uzun eksenı boyunca güç kullanarak kendine doğru çekebiliyorsa, kolun devinimsiz kalması gerekmemektedir. Tüm bu bulgular bize artık bu bölgede bir ağrı duyarlılığının kalmadığını kanıtlamaktadır. Bir atel ya da bandajla yapılan fiksasyon ya da retansiyonun bir amaca yönelik olması gerekmektedir. Ağrının provoke edilmemesi, ödemin gerilememesi, başın anatomik pozisyonda tutulup yinelenmenin (rekürrensin) olmaması gibi. Biz yinelenmenin bir kaç kez görüldüğü olgularda bile, üst ekstremitenin immobilizasyonu amacıyla, bir bandaj ya da atel uygulamadık. Böylesine ağrısız, devinimleri serbest olan bir eklemdede, çocuğun kolunu immobilize etmek, ne getirecektir? Kuşkusuz dirsek çevresi kasları ile kapsül-ligaman ilişkilerinde olumsuz koşulların gelişmesine, gevşekliklere yol açacaktır (inaktivasyon). Temelde var olan öğeler de kapsül laksitesi ile bir kubitus valgus olduğuna göre, yinelenmeler retansiyon sonrasında sıklaşabilir.

Klinikte bir radius başı subluksasyonuna belirgin yumuşak dokuyu şişliklerinin eşlik ettiği olgularda, redüksiyon sonrası bir immobilizasyon düşünölmelidir, bu yararlı da olacaktır. Ama biz bugüne değin immobilizasyonu gerektiren böyle bir olguya hiç rastlamadık. Böyle bir olguya rastlandığında kol bandaj ya da atelle devinimsiz duruma getirilebilir.

SONUÇ :

1 — 2-5 yaş arasındaki küçük çocuklarda sık olarak ortaya çıkan ağrılı pronasyondaki radius başı subluksasyonu, fizyolojik olarak artmış bir kubitus valgusta yine artmış olan kapsül-ligaman laksitesinin yol açtığı bir fenomendir. Bu olayda kapsülün ağrılı bir interpozisyonu sözkonusu olduğundan ivedilikle, kesin sonuç alınacak biçimde, elimine edilmelidir.

2 — Redüksiyon manevrasından önce tanı kesinlikle konulmalıdır. Bir klavikula kırığı, humerus ya da ön kol kırığı, radius başının tam çıkığı, epifiz separasyonları göz önünde tutulmalıdır.

3 — Radius başı subluksasyonunda röntgen grafileri tanı açısından olumlu kriterleri getirmemektedir. Radyolüsen bir defekt interpozisyon alanında, eklem aralığında, kendini gösterebilir.

4 — Redüksiyon, ön kolun süpinasyonu süpinasyona getirilirken çocuğun dirseği semifleksiyonda tutulur, redüksiyonu yapan, öteki elinin başparmağı ile, radius başı üzerine bastırır.

5 — Redüksiyonun kesin başarıya ulaştığını bize yansıtan bir « spontan redüksiyonun önceden olup olmadığı (Röntgen çekilirken) araştırılmalıdır.

6 — Redüksiyonun kesin başarıya ulaştığını bize yansıtan bir başka olgu, çocuğun hemen ağrısız bir duruma gelmiş olmasıdır. Çocuk artık, önceden ağrılı olarak pronasyonda tuttuğu, kolu ile elini kullanmağa başlamıştır; nesnelere yakalayıp, kaldırıp, kendine çekebilmektedir.

7 — Objektif bir iyileşme tablosu içine giren, tümünden ağrısız bir duruma gelen çocuğun eli ile kolunu immobilize etmek, kanımızca, gerekmeyen bir uygulama olmaktadır. Burada kuşulanacak olan bu immobilizasyonun retansiyon döneminde, belki yinelenmeleri kolaylaştıracak olan kas atrofileri ile ligaman gevşeklilikleri ortaya çıkacaktır (inaktivasyon).

8 — Dirsek bölgesinde şişlik (ödem) olan olgularda, kol atel ya da bandajla, 48-72 saat kadar dinlendirilip devinimsiz tutulabilir.

S U M M A R Y

IS RETENTION REQUIRED AFTER THE REDUCTION?

Attempts have been made to present information on the mechanism of subluxation of radius head diagnosis, treatment and experiences.

The misdiagnoses on the subluxation put the child's parents into an unpleasant state of panic.

The reduction of the subluxation of the radius head is easy. There is no need for a bandage or a retention with splint following the reduction.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird über Entstehungsmechanismus, Diagnose, Therapie und Erfahrungen von Subluxatio radii perianulare berichtet.

Fehldiagnosen der Radiusköpfchensubluxation führen die Eltern des Kindes meistens zu einer unangenehmen Paniksituation.

Die Reduktion der Speichenköpfchensubluxation ist einfach. Eine Retention durch Schiene oder Bandage erübrigt sich.

KAYNAKLAR

- 1 — Apley, A.G.: System of Orthopaedics and Fractures, 383, Butterworths, London, 1978.
- 2 — Armbruster, D. Brüser, P.: Die sogenannte schmerzhafte Armlähmung bei Kleinkindern. Pathogenese, Diagnose und Therapie der Chassaignac-Lähmung, Deutsches Aertzblatt (1978), Heft, 1, 13, 1978.
- 3 — Baumgartl F., Kremer, K., Schreiber, H. W.: Spezielle Chirurgie für die Praxis, Band II, Teil 1, S.: 299, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1976.
- 4 — Berneck, R., Dahmen, G.: Kinderorthopaedie, S.: 480, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1976.
- 5 — Rang M.: Children's Fractures, S.: 121, J.B. Lippincott, Company, 1974.
- 6 — Rocwood, Ch. A.: Fractures in Children, 556-563, J.B. Lippincott Company 1984
- 7 — Ryan, I.R.: The Relationship of radial head the radial neck diameters in fetuses and adults with reference to radial head subluxation in children, J. Bone and Joint Surgery, 5-A, 781, 1969.
- 8 — Schlosser, V., Kuner, E.: Traumatologie, S.: 209, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1980
- 9 — Tachdjian, O.M.: Pediatric Orthopaedics, Volum 2, S.: 1699, W.B. Saunders, 1972.
- 10 — Wachsmuth, W., von Lanz, T.: Praktische Anatomie I. Band, III. Teil, S.: 160, Springer Verlag, Berlin, 1959.
- 11 — Walcher, K., Keyl, W., Bace, H.: Beobachtungen zur Actilogie der Pronatio dolorosa, Arch. Orthop. Unfall-Chirurgie, 1972.