

DOĞUŞTAN HUMERORADİAL SİNOSTOZ

BİR VAK'A TAKDİMİ

O. Şahap ATİK *

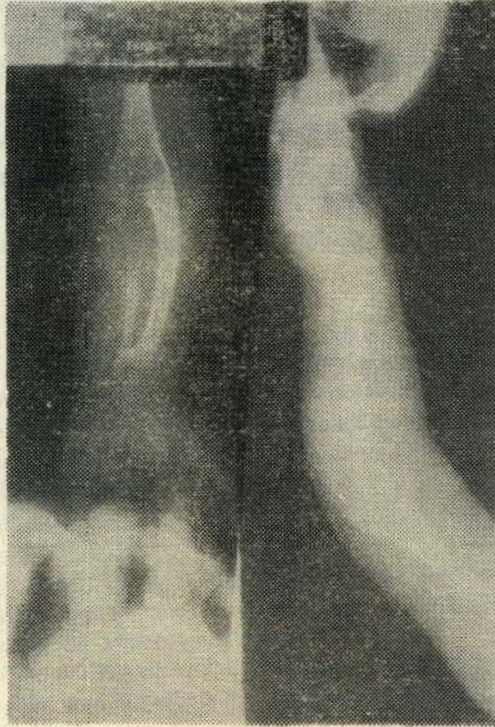
Adil SURAT **

S. Şükrü ARAÇ *

ÖZET

Radyolojik görünümü değerlendirilerek tanı konan vak'a çok ender rastlanması nedeniyle sunuldu.

Embriyonik yaşamda, segmentasyonda bir hata sonucu ve çok nadir olarak görülür (2) Bu deformite tek başına ya da diğer anomaliler ile birlikte olabilir. Örneğin, ulna yokluğu veya metakarpların yokluğu (1,2). Cinsiyet farkı gözetmez.



Humeroradial sinostoz gösteren sağ dirsek röntgenogramı.

* H. Ü. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı, Uzman Doktor

** Aynı Klinikte Öğretim Görevlisi.

VAK'A

On a neye getirildi. Öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayene- de sağ dirsekte fleksiyon-ekstansiyon ve rotasyon hareketleri yoktu. Üst ekstremitelerde uzunluk farkı ve atrofi gözlenmedi. Radyolojik muayenede sağ humeroradial sinostoz bulundu. Sağ dirsekte epifiz yoktu. Erken cerrahi korreksiyon verildi.

TARTIŞMA :

Distal humeral ve proksimal radial epifizlerin yokluğu longitudinal büyümede gerilemeye yol açabilir. Öte yandan ulna normal büyümesine devam edeceğinden ön kolda yay biçiminde bir deformite oluşur (2).

Dirsekte epifiz yokluğunda, adalelerde kullanmama atrofisi oluşmadan erken cerrahi korreksiyon-osteotomi yapılmalıdır (1).

Transfer için yeterli güçte adale yoksa, artroplasti girişimi başarısızlıkla sonuçlanır (2).

SUMMARY

Congenital Humeroradial Synostosis

Being very rare, this case of congenital humeroradial synostosis has been reported.

LİTERATÜR

- 1 — TACHDJIAN, M. O. : Pediatric Orthopedics, pp. 98-102, Saunders, Philadelphia, 1972.
- 2 — TUREK, S. L. : Orthopedics, 3rd Ed., pp: 243-244, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1977.

KONJENİTAL DİZ ÇIKIĞI VE OMBREDANNE-BASERT METODU İLE CERRAHİ TEDAVİ

A. ARITAMUR *
A. N. KARA **
Y. V. SÖZEN ***

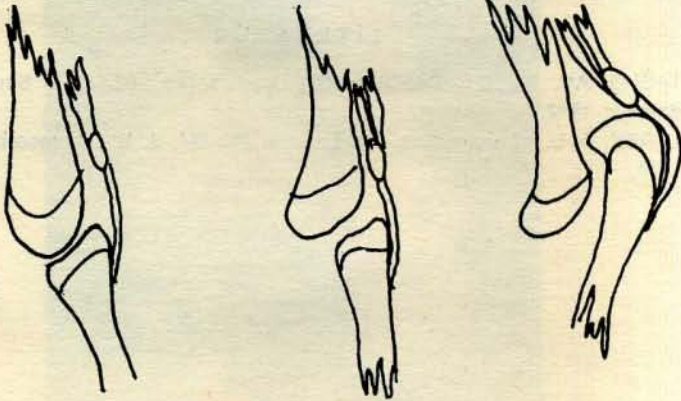
ÖZET

Konjenital diz çıkığı çok nadir görülen bir deformitedir. 1965-1980 yılları arasında kliniğimizde tedavi gören 5 vaka literatür ışığı altında değerlendirilmiştir. Kolay uygulanması bakımından cerrahi tedavide Ombredanne-Basert metodunun diğer metotlara tercih edilebilen bir metod olduğu fikri savunulmuştur.

Yeni doğmuş bir çocukta gözlenen rekurvatum durumu, tibianın femura nazaran kısmen veya tamamen öne doğru çıkmasıyla beraber olan dizin konjenital dislokasyonunu düşündürür. Bazı hallerde luksasyon mevcut değildir, fakat redükte edilemeyen bir rekurvatum hali vardır. Bazen rekurvatum mevcut olmayıp başitçe bir fleksion sınırlılığı mevcuttur. Bütün bu durumlar patolojik bir hadiseyi belirler ve tedavi edilmeleri gerekir.

Malformasyon 3 elemandan teşekkül eder.

1 — Tibia üst ucunun öne doğru bir çıkığı mevcuttur. (Şekil: 1)



Şekil: 1 — Konjenital diz çıkığının görülebilen değişik durumları.

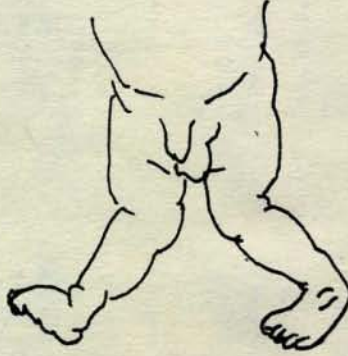
* İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Öğretim Üyesi

** İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Başasistanı.

*** İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Üniv. Doçenti.

ae görüldüğü gibi çıkık, basit bir subluksasyon olabileceği gibi pek az mafsalsathının temas ettiği tam çıkık halinde de görülebilir. Başlangıçta mafsals yüzleri deforme değildir, fakat hasta tedavi görmezse mafsals yüzleri zamanla sekonder deformasyona uğrar.

2 — Quadriseps retraksionu : Adele az veya çok kısalmış durumdadır. Dizde hiperekstansion durumu barizdir. Genu valgum da mevcut olabilir. (Şekil : 2) de bu durum görülmektedir. Fleksion hiç mümkün olmayabilir. Popliteal bölgede femur kondilleri palpe edilir.



Şekil : 2 — Konjenital diz çıkığında aşırı genu valgum ve recurvatum.

3 — Kapsüle, aponevroza ve ligamanlara ait hakiki regional değişiklikler vardır. Bazı vakalarda iliotibial bant çok gergindir, buna bağlı lateral lüksasyon görülebilir. (Şekil : 3). de bunun tipik örneği görülmektedir. Keza rotasyonal subluksasyon mevcut olabilir. Hamstrinkler

görürler. Gastroknemius başları laterale yer değiştirir. Patella hipoplaziktir veya hiç mevcut olmayabilir. Çoğu zaman patella normalden proksimale yerleşmiştir.

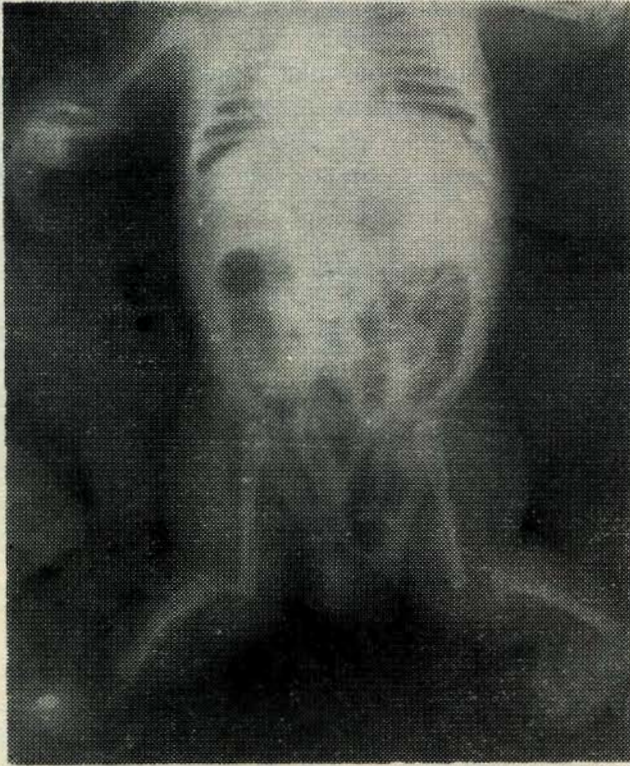
MATERYAL ve METOD :

Kliniğimizde

sadece 5 konjenital diz çıkıklı vakanın görülmesi, yılda yaklaşık 20.000 hastanın muayene edildiği hasta sayısı ile mukayese edildiğinde, bu malformasyonun ne kadar nadir görüldüğünün bir işareti sayılabilir. 5 vakanın ayrıntılı analizi (Tablo : 1) de gösterilmiştir. Vakaların 2 si konservatif metodlarla, üçü de Ombredanne-Basert metodu kullanılarak cerrahi vide kullandığımız yöntem klasiklerde bildirildiği gibidir (2,3,4,5,6). Önce hiperekstansion manevrası ile mafsals yüzleri karşılıklı getiril-

| No. | Adı | Kl. No. | Vaş | Cins | Taraf | Çıkık tipi | Diğer koni. malformasyonlar | Genu- valgum | Ted. öncesi diz hareketi | Tedavi şekli | Ted. sonrası dizde hareket |
|-----|------|---------|-------|------|-------|-----------------------------|--|--------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1 | İ.E. | 19885 | 3 ay | E. | Sağ | Tamlüks | 1 - Tibial aplazi 2 - P.E.V. 3 - Polidaktili | 0-30° | + | Kons. | 0-90° |
| 2 | S.O. | 41427 | 2 yaş | K. | Sol | Subl. | — | + | 0-50° | Kons. | 0-100° |
| 3 | İ.A. | 38773 | 3 yaş | E. | Bil. | Sol subl. Sağ Tamlüks | 1 - Sağ pes adduktus | + | Sol 0-50° Sağ 0 | Sol Kons. Sağ Op. | Sol 0-100° Sağ 0-90° |
| 4 | N.G. | 39370 | 4 yaş | K. | Sağ | Tamlüks | 1 - Tibial torsion | + | 0-10° | Op. | 0-120° |
| 5 | Z.A. | 41774 | 5 ay | E. | Bil. | Bil. Tamlüks | 1 - Bil. P.E.V. 2 - Bil. Radius başı lüks. 3 - Bil. Kasık fitiği 4 - Sağ D.K.C. | + | Sol 0 Sağ 0 | Op. Op. | Sol 0-90° Sağ 0-100° |

TABLO : I



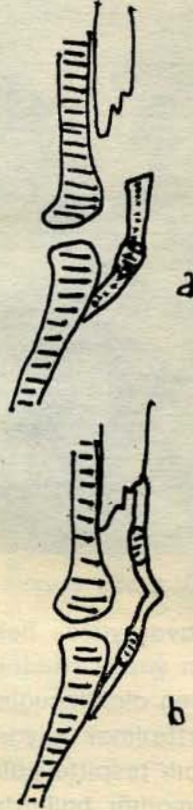
Şekil : 3 — Tablodaki 5 nolu vakanın radyolojik görünümü.

meye çalışılır, sonra diz yavaş yavaş fleksiona getirilir ve redüksion sağlanır, bunu takiben alçı yapılır. Redüksion manevraları bir kırığa veya epifiz kaymasına sebep olabileceğinden dikkatli olmalıdır. Dizin fleksionu tedrici olarak arttırılmak kaydıyla alçı 2 veya 3 defa değiştirilir. 8 hafta kadar alçılı tespitte kalır. El manipulasyonu ile redüksiona muvaffak olunamadığı hallerde bir ossöz traksion tatbik edilerek tedrici gevşetme ile redüksion sağlanabilir. Keza redüksiondan sonra alçı uygulanır. Konservatif tedavi ettiğimiz 2 vakada el manipulasyonu ile redüksion sağlanmış ve tedrici olarak diz fleksionu arttırılarak 8 haftalık alçı uygulanmıştır. Tedavi öncesi 30 ile 50 dereceye kadar fleksiona gelebilen çıkık dizlerde tedaviden sonra 100 dereceye kadar fleksion temin edilebilmiştir. Bu vakalarda tedavi sonucu iyi olarak değerlendirilmiştir.

Diğer 3 vakamızda ise konservatif yöntemlerle bir sonuç alınmayacağı anlaşılınca, Ombredanne-Basert metodu ile cerrahi yöntem uygulanmıştır.

TEKNİK :

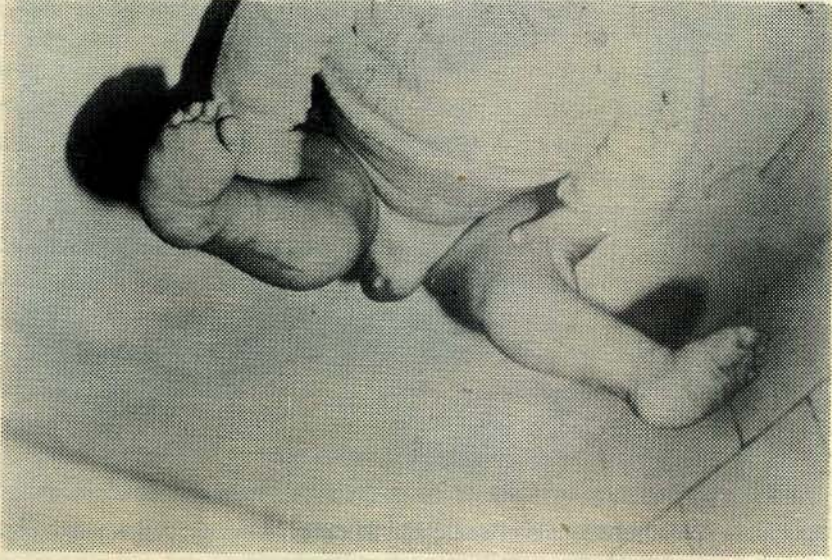
Dizin ön yüzünde takriben 15 cm lik longitudinal bir şak yapılır. Quadriseps, patella ve ligamentum patella bulunur, bu arada diğer adele ve bağlardaki malformasyonlar incelenir. Quadriseps tendonu enine kesilir. Kapsül de açılarak dizde redüksiyon sağlanır. Dize 80 derece kadar fleksiyon verilir, gerekirse redüksiyon bir Kirschner teli ile tesbit edilir, daha sonra patellar tendon ve patella (Şekil : 4) de



Şekil : 4 — Ombredanne - Basert metodu.

a - Quadriceps tendonunun kesilmesi. b - Distal parçanın ikiye bölünüp quadriceps kasına dikilmesi.

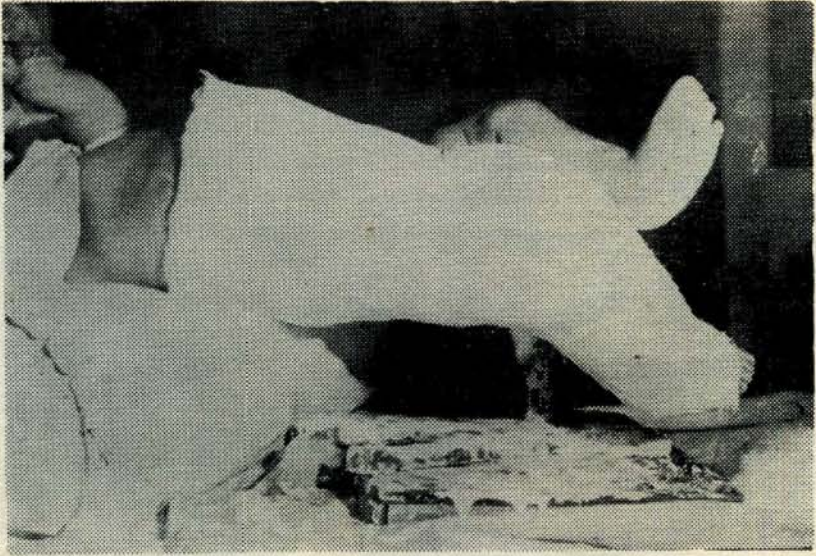
görüldüğü gibi ortadan ikiye ayrılır. Uzatılan bu elemanlar yukarıda quadriseps adelesine dikilir. Pelvipodal alçı yapılır. Kirschner teli konmuşsa 3 haftas onra dıktan sonra egzersizlere başlanır. 3 olgumuzda bu metod kullanılarak iyi sonuç alınmıştır. Tabloda çıkığı ile birlikte diğer malformasyonların da bulunması nedeniyle tedavisi uzun sürmüş ve belirli bir sıra takip etmiştir. (Şekil : 5) te



Şekil : 5 — 5 nolu vakanın dizlerine müdahale edilmeden önceki durumu.

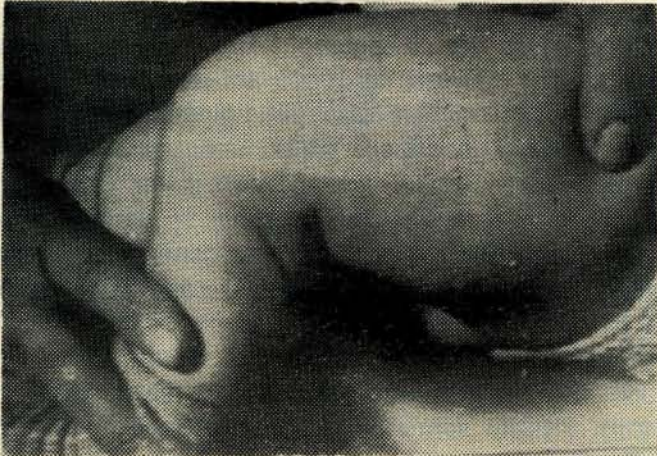
dizlerdeki çıkık hali, genu rekurvatum ve genu valgum görülmektedir. (Şekil : 3), bu vakanın radyografisidir. Hastanın ilk muayenesinde dizlerinde

duğu görülmüş, bu nedenle her iki deformitenin de cerrahi olarak düzeltilmesine karar verilmiştir. Önce ayak deformiteleri düzeltilmiştir. Bundan sonra her iki inguinal herni için Hernorrhaphie ameliyatı yapılmıştır. Diz çıkıkları için önce sol dize müdahale edilmiştir. Yukarıda tarif edilen teknikle dize girildiğinde, tensor fascia lata'nın aşırı gergin olduğu, quadriseps tendonunun tam laterale deplase olduğu saptanmıştır. Kapsül kesilip mafsal içi elemanlar kontrol edildiğinde, ön çapraz bağın aşırı incelmış ve uzamış olduğu, keza bu değişime dizardaki fleksörlerinin ve gastroknemiusun başlarının da adapte olduğu görülmüştür. Çıkığın redüksiyonu sağlandıktan sonra 80 derece fleksiyonda Kirschner teli ile tespit edilmiş ve ligamentum patella uzatılarak quadriseps tendonuna dikilmiştir. Ameliyattan sonra pelvipedal alçı yapılmıştır (Resim : 6). 3 hafta sonra Kirschner teli çıkarılmış, 6 hafta sonra da alçı alınmıştır. Egzersizlere başlandığında sol dizde 0-90 derece arası hareket açıklığının olduğu ve genu valgum halinin ortadan kalktığı görülmüştür (Resim : 7). Sağ dize müdahale edildiğinde hemen hemen aynı bulgularla karşılaşmıştır. Alçı yapılırken sağ kalça çıkığının da redüksiyonu yapılmış ve Lorenz I pozisyonunda alçıya alınmıştır. 8 hafta alçıda bekledik-



Şekil : 6 — Ameliyattan hemen sonra diz 80 derecede yapılan peivipodal alçı.

ten sonra alçı çıkarılıp sağ kalça Lorenz II pozisyonunda atele konmuş ve diz egzersizlerine başlanmıştır. Tedavinin bitiminde her iki dizde hareketler 0-100 derece arasında olup ayak deformiteleri için tS Germain ateli kullanılmaktadır. Her iki dirsekte mevcut olan konjenital radius başı çıkığının tedavisi ileri yaşlara bırakılmıştır.



Şekil : 7 — Alçı çıkarıldıktan sonra dizin fleksion derecesi.

TARTIŞMA :

Konjenital diz çıkığı genellikle doğumda farkedilir ve teşhis konur. Karşılabileceği bazı durumlar mevcut olduğundan ayırıcı teşhiste dikkatli olmalıdır.

Birçok sebebe bağılı olarak meydana gelen genu rekurvatum ile ayırđedilmelidir. Genu rekurvatumu meydana getiren sebepler arasında ligamentöz laksite, quadriseps adalesinin kontraktürü, adale inbalansı veya zayıflığı, epifiz travması, yapısal gelişmenin bir sonucu olarak asimetrik büyümeye bağılı distal femur kondillerinin veya proksimal tibia epifizinin deformitesi ile

Dizin konjenital subluksasyonu, artrogripozis multipleks konjenita ve kondrodistrofilerde olduğu gibi adale sisteminin diffüz hastalıkları süresince meydana gelebilir. Bu durumda diz malformasyonu ile birlikte olan diğer belirtiler radyografik olarak incelenir. Radyolojik tetkik ile displazi ve luksasyonun derecesi tayin edilir. Epifizlerin radyogramda görölmediği durumlarda, tibia ve femur akslarının aynı istikamette olmayışları luksasyon durumunu belirlemede yardımcı olur.

Teşhiste artrografinin yeri tartışmalıdır. LAURENCE, suprapatellar bir poş'un olup olmadığını tayin etmek için artrografiye tavsiye eder (4). Suprapatellarda bir kriter sayılmaktadır, yokluğu ise fibröz bir bant mevcudiyetine delalet eder ve cerrahi olarak açılması gerekir. Biz vakalarımızda artrografiye artrografinin zor bir metod olduğunu ve tedavinin tayininde önemli derecede yardımcı olmadığını iddia

Tedavinin mümkün olduğu kadar erken başlaması hususunda fikir birliği vardır (1,2,3,4,5,6,7). 2, 3 ve 4 nolu vakalarda tedaviye başlama yaşlarının büyük oluşunun nedeni, hastaların kliniğimize geç müracaat etmeleridir. 1 ve 2 nolu vakaların tedavisi konservatif yöntemle yapılmıştır. 8 haftalık alçılı tedavinin sonunda, dizin 90 derece fleksiyonda kalmasını sağlayan bivalv atellerin 6 ile 8 hafta kadar kullanılmasının faydalı olduğu ve diz ekstansiyona getirildiğinde lateral instabilitenin devam ettiği müşahade edilirse sürenin uzatılabileceği bildirilmektedir (6,7).

Konjenital diz çıkığında redüksiyona konservatif usullerle muvafak olunamayan hallerde tavsiye edilen iskelet traksionunu, hastanın bakım ve takibinin çok zor olacağı gerekçesiyle hiç başvurmadık ve doğrudan cerrahi tedaviye yöneldik.

göre açılması gerektiği üzerinde durulmaktadır (6). NIEBAUER ve KING bildirdikleri teknikte dize anteromedial şakla girilmekte, önce mafsalsal çevresindeki oluşumların malformasyonları incelenmektedir. Quadriseps, ligamentum patella altında ve yanındaki dokular serbestleştirilirken vastus medialis adalesinin liflerinin korunması öne-

riilmektedir (5). Quadriseps adalesi Ombredanne-Basert metodundan farklı olarak Z veya ters V şeklinde uzatılmaktadır. İliotibial bant, lateral intermüsküler septum kontrakte ise gevşetilmekte ve bundan sonra diz fleksiona getirilmektedir. Kapsül kesilerek çapraz bağlar gözden geçirilmekte ve şayet mevcut değilseleler mafsal stabilitesinin sağlanması için rekonstrüksiyonu tavsiye edilmektedir (4,6). Ön çapraz bağın uzaması halinde ise gerginliği sağlamak için yapışma yerinden tibianın distaline transferi tavsiye edilmektedir (6). KATZ ve arkadaşları, mafsal stabilitesini temin etmek için patellar tendonun medial bölümünü ve retinakulumu kullanmayı teklif etmişlerdir (3). Biz 3 ve 4 nolu vakalarda çapraz bağların rekonstrüksiyonunu gerektirecek patoloji saptayamadık. 5 nolu vakada ise her iki dizde de ön çapraz bağ uzamış ve incelmış bulundu, fakat gerginliği sağlayıcı bir müdahale yapılmadı.

Oldukça basit sayılabilecek Ombredanne-Basert metod uile vakalarımızda sonuçlar gayet yüz güldürücü olmuştur. Vakaların özelliğine göre kullanılacak yöntemin değişebileceğini kabul etmekle beraber, kolay uygulanabilmesi bakımından konjenital diz çıkıklı vakalardaki cerrahi girişimlerde Ombredanne-Basert metodunu tavsiye etmekteyiz.

SUMMARY

Congenital dislocation of the knee joint and it's treatment by Ombredanne-Basert's Method

Congenital dislocation of the knee is a very rarely encountered deformity, 5 cases treated in our clinic between 1965-1980 have been evaluated under the light of literature. It has been concluded that Ombredanne-basert method in surgical treatment is preferable to the other procedures due to the fact that it is applicable.

LİTERATÜR

- 1 — CURTIS, B. H., and FISHER, R. L. : Congenital hyperextension with anterior subluxation of the knee. J. Bone Joint Surg., 51-A:255, 1969.
- 2 — FEVRE, M. : Chirurgie infantile et orthopédie. Editions medicale flammariou. Paris.
- 3 — KATZ, M. P., GROGONO, B. J. S., and SOPER, K. C. : The etiology and treatment of congenital dislocation of the knee. J. Bone Joint Surg., 49B:112-120, 1967.
- 4 — LAURENCE, M. : Genu recurvatum congenitum. J. Bone Joint Surg., 49B:121-134, 1967.
- 5 — NIEBAUER, J. J., and KING, O. E. : Congenital dislocation of the knee. J. Bone Joint Surg., 47-A:207, 1960.
- 6 — TACHDJIAN, M. D. : Pediatric Orthopedics. Vol. I, W. B. Saunders Company. Philadelphia-London-Toronto, 200-206, 1972.
- 7 — TUREK, S. L. : 296, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara 1980.