

ÇEŞİTLİ DİZ HİDARTROZLARI

DOÇENT DR. ESAT A. KILIÇHAN

İstanbul Üniversitesi

Çocuk Cerrahisi Ve Ortopedi Kliniği

Mafsal boşluğu içinde sıvı toplanması deyince akla ilk defa diz oynacı gelir. Diz oynacı vücudun en komplike mafsalı olmasına rağmen, yüzeysel bulunduğu içinde toplanan sıvının kolayca teşhisi yapılır.

Dizin fleksiyonunda oynak maksima kapasite durumunu alır. Oynak boşluğu tahminen 100 cc. miktarında mayı alabilir. Bazan bu miktar daha da artabilir. Dizden başka vücuttaki diğer oynaklarda da az miktarda mayı toplanabilir.

Hidartrozlara hidrops artikulorum veya epanşiman artiküler ismi de verilir.

Bazan oynak içinde su ile beraber kanda toplanır; buna da hidro-hemartroz denir. Zamanla hidro-hemartrozlar saf hidartroz şekline dönerler.

Çeşitli sebeplere bağlı olarak sinoviyal zarın tahriş olması sonucu intra-artiküler sarı renkte seröz bir sıvının toplanmasına hidartroz denmektedir.

Hidartrozların teşekkülü sebeplerine göre değişik olup sıvı gayet süratli olarak birkaç saat içerisinde teessüs edebileceği gibi bazan da tedrici ve ilerleyici bir şekilde toplanır.

Belirtiler: Diz hidartrozunda fonksiyonel belirtiler değişik tiptedirler.

Bu sebepten lezyona uğramış uzvun hizasında istirahat halinde bir ağırlık ve bir huzursuzluk ile beraber hafif ağrılar da mevcut olabilir.

Sinoviyal kavitenin gerilmesi hallerinde hareketlerde bir sınırlanma görülebilir. Hidartrozun klinik belirtileri patellanın her iki yanındaki olukların kaybolması ile göze çarpar. Sinoviyal boşluk en geniş durumunu temin etmek gayesiyle hastanın dizi istirahat halinde hafif fleksiyonda durur.

Aynı zamanda diz oynacı komşu adalelerin atrofisinden ötürü şiş bir manzara arzeder. Bu sebeple para-pateller sulkuslar kaybolurlar.

Diz hizasında kuadriseps altı çıkmazı transversal olarak patellanın kaidesine doğru bir yumak şeklinde uzanır.

Oynak boşluğunu geren fazla miktardaki epanşimanlarda bütün bu belirtiler net olarak müspettir.

Palpasyonla sağlam tarafa oranla âfetzede dizde bir ısı farkı tesbit edilir. Oynak içinde yeter miktarda mayı olduğu hallerde sinoviyal zarın çıkmazları hizasında elâstiki bir direnç hissi ile mukabil çıkmazlara parmaklarla bir darbe tatbik edildiğinde diğer parmaklara intikal eden bir Fülüktüasyon hissi alınır.

Diz oynacıdaki fülüktüasyon şok rotüliyen'in en özel fenomenlerini teşkil eder.

Hastalar arka üstü horizontal bir durumda yatarken sol elle uyluk dört başlı adalesinin alt kısmı kavranır ve diğer elin orta parmağı ile patella üze-

rine tazyik etmekle kuadriseps altı çıkmazındaki mayı muhteviyatı aşağıdan yukarıya doğru harekete gelerek şok rotülüiyeni meydana getirir.

Sağ el dizi patella altından tutar, çengel haline gelmiş orta parmak patellayı femoral kondillere doğru tazyik etmekle mevcut sıvıyı harekete getirerek patella şoku olayı olur.

Muayenede oynak içinde sıvı olduğu tesbit edilince, eklem kemik yüzlerinde ve ligamanlar hizasında ağırlı noktalarında araştırılması lâzımdır. Aynı zamanda oynak etrafı adelelerinde mevcut olan atrofinin değerinin de tetkiki icap eder.

Alâkadar bölgelerdeki satellit adenopatilerin mevcudiyetini, eklem hareketlerini ve bu hareketlerin tevlid ettiği ağrıların ehemmiyetini ve yerini ve en nihayet karşı tarafa nazaran mevcut anormal hareketlerin amplitüdünü aramak lâzım gelir.

Bütün bu muayene metodlarını değerlendirmek için hastanın antesedandaki malûmatı da derinleştirmelidir.

Klinik muayeneler diğer bazı bulgularla tamamlanır. Bunun için lezyona uğramış oynanın direkt radyografisi yaptırılır.

Bundan başka oynak içinde hava veya radyo-opak likit maddeler zerki ile grafiler alınmalıdır. Bu şekil vasıtalı oynak grafilerine artrografi denir. Bir de teşhis vasıtası olarak artroskopik metodlar vardır.

Artroskop denilen optik âletler yardımı ile direkt vizyon altında oynak içi görülür ve kontrol edilir.

Kesin bir teşhise varmak amacıyla sinoviyadan ponksiyone edilen sarı renkteki seröz sıvının sito-bakteriyolojik tetkikini yapmak yerinde olur. Bazı hallerde durumun daha iyi açıklanabilmesi için sinoviyal zarın eksploratris bir biyopsisi lüzumlu olabilir.

Bütün bu araştırmalar sonucunda bir teşhis elde edilebilir. Bu suretle pronostik belli olur ve hidartrozlara karşı belirli bir tedavi şekli tatbik edilebilir.

A y ı r ı c ı t e ş h i s :

Saf diz hidartrozları ile mukayese edilebilecek belirtiler değişik anatomik lezyonlar tarafından meydana gelebilir.

Yalancı epanşımın : Fungöz bir sinovit veya sinoviyal bir lipomun hasıl ettiği sinoviya kalınlaşması hidartrozda olduğu gibi bir gerginlik hali meydana getirebilir. Bu karışıklığa mâni olmak için aydınlatıcı bir ponksiyonun yapılması lâzımdır.

Oynak dışı epanşımınlar : Sinoviyal kistler, higromalar ve tendon sinovitlerinin seröz sıvıları daima sınırlı olup yerleri ve şekilleri bakımından da hiçbir vakit oynak içi sinoviyal lezyonlarına uymazlar.

Hidro-artrozik olmayan oynak epanşımınları : Özellikle hemofilide spontan olarak bir hemartrozun meydana çıkması ekseriya teşhisi şüpheli bırakır.

Buna rağmen hemofilik hemartrozun âni yerleşmesi, derin lokalizasyonu

ve aynı zamanda koagülasyon bozuklukları teşhisin konmasına ve tehlikeli olan ponksiyonun yapılmasına mâni olurlar.

E t y o l o j i k t e ş h i s :

Bazı hallerde hidartrozlar az çok yaygın olan bir hastalığın evolüsyonu esnasında da görülmektedir.

Böylece difteri, kızıl, kızamık, çiçek, su çiçeği ve tifo gibi enfeksiyöz hastalıklar ile enfeksiyöz psödo-romatizma veya hakiki oynak romatizması egü veya sübegü seyrederek bir veya birkaç oynakta birden hidartrozik değişiklikleri meydana getirirler.

Deforman (=şekil bozucu) kronik bir romatizmaya tutulmuş bir hasta-da veya yabancı cisimle çevrili sinoviyal bir osteokondromatoz vak'asında hidartrozik bir puse (=oynak krizi) olabilir.

Tümöral, enfeksiyöz veyahut da travmatik lezyonlar oynaklara yakın kemiklerde arızalar yaptığı takdirde diz oynağında reaktif bir hidartroza sebebiyet verirler.

Sporcularda dize gelen travmalardan sonra mafsal içinde sıvı toplanabilir.

Bundan başka travmatik, mikrotravmatik veya mekanik denilen hidartroz vak'aları mevcuttur. Bu gibi hallerde hidartrozlara hemartrozlardan daha az rastlanılmaktadır.

Travmatik hidartrozlar sporcularda hafif antorslardan sonra müşahede edilir. Dizdeki meniskal bir lezyondan sonra umumiyetle iç meniskusun ön boynuzunun yırtıldığı vak'alarda mafsal mesafesinde ağrı ve hareketlerin blokajı mevcut olduğu hallerde hidartroz olabilir. Bu çeşit kazaların bâriz ve yeni olduğu vak'alarda ise başlangıçta bir hidro-hemartroz mevcut olup zamanla bu sıvı saf reaksiyonel hidartroz şekline değişmektedir.

Bazan bariz olmayan ve fakat artiküler lezyonlara sebebiyet veren hidartrozlar olabilmektedir. Bu gibi hâdiselerin genezindeki vazo-motör bozukluklar iyice bilinmektedir. Bunların haricinde hidartrozun başlangıcı az sür'atlidir. Bazan eski travmalara bağlı ve tekrarlayan hidartroz puseleri mevcuttur.

Meniskus yırtılması gibi hâdiselerin sessiz olan klinikleri karşısında durumun aydınlanması için artrografi denilen radyo-opak maddeler vasıtasıyla röntgen filmlerinin alınması zaruridir.

Birtakım lezyonlar mafsallardaki hidartrozun başlangıcı olabilir veya tekrarlayan travmaların hidartrozun meydana çıkmasında rolü büyüktür. Bazı hallerde hidartrozun meydana gelmesinde sinoviyal bir bandın kalınlaşması, villuslu nodüler bir sinovit ile mafsal içi yabancı cisimleri veya kronik deformant artritisi lezyonları rol oynarlar.

Diğer taraftan hidartrozun meydana gelme sebepleri arasında statik bozukluklar da sayılabilir.

Akiz veya konjenital malformasyonlar üzerine yerleşen sekonder fonksiyonel bozukluklar (mafsalların fazla yük altında kalmaları hali), uzvun kısalması, fraktürler sonucu kusurlu duruşlar, genu varum veya valgum, koksa vara ile kalçanın konjenital ve akiz çıkıkları gibi halleri zikredilebilir.

Sebepleri ne olursa olsun, kuadriseps adalesi atrofilerinde hidartrozlara rastlanır.

Diz oynamağının üst çıkmazında kuadriseps kası sinoviyal zarı geren bir adaledir. Bu adalenin yetersizliği diz hareketleri esnasında sinoviyal zarın sıkışmasını kolaylaştırır.

Bütün bu hidartrozlar değişik derecede tekrarlayabilirler ve güçlük arzetsizsin umumiyetle seri bir şekilde rezorbe olurlar.

Hidartrozlar artiritlerin seyri esnasında da görülürler. Enfeksiyöz artiritler arasında oynak epanşimanları tezahür edebilir.

Gonokoksik, streptokoksik, stafilokoksik ve enterojen intanlar ile Brüsselloz, Bouillaud (=hâd mafsalsomatizması) ve kabakulak hastalıkları esnasında da hidartrozlara rastlanmaktadır.

Tüberküloz etyolojili hidartrozlar da vardır. Ponksiyonlardan sonra tekrarlayan kronik hidartroz ve ağrısızlık karakteri, adale atrofisinin derecesi, satellit adenopati, kemiklere ait ağırlı noktalar, sinoviyal zarın hafif kalınlaşması ve oynak sıvısının vasfı tüberküloza bağlı hidartrozlarda teşhis bakımından mühimdir.

Diz oynamağında ponksiyon ile alınan sıvı tüberkülotik karakterde ise ko-hayı tüberküle eder.

Tüberküloz natürlü hidartrozlarda evolüsyon erime ile nihayetlenemediği gibi bazan da tüberküloz tipte osteo-artiritise değişerek daha ileri devrede sifa bulmuş bir enfeksiyonun yeniden uyanması gibi bir hidartroz hali ortaya çıkabilir.

Belsoğukluğu artiritleri de nadir olarak kronik hidartrozlara sebebiyet verirler. Genel olarak lokal hararet ve ağrı yaparak ekseriya sübegü şeklindeki krizlerle tezahür ederler.

Sifilitik hidartrozlar da mevcuttur. Konjenital sifilize travmatik hâdiseler inzıman edince ekseriya iki dizde birden ağrısız hidartrozlar olmaktadır (Buna Clutton hastalığı ismi verilir).

Sifilitik hidartrozlarda oynak içindeki sıvı parlak olup polinükleerlerden zengindir. Clutton dizinde mafsallardan ponksiyon ile iplik manzarasında bir sıvı alınır. Umumiyetle bu sıvıda Bordet-Wassermann reaksiyonu müspettir. Spesifik tedavi burada iyi sonuçlar vermektedir.

Bütün bu çeşit artiritlere bağlı hidartrozlarda evvelâ basit konjestif sinovit fazı mevcuttur. Sonradan oynak içinde seröz eksüda, diyapedez ve deskuamasyon neticesi sinoviyal skleroz olur. Bunun neticesinde sıvının rezorbsiyonu (=emilmesi) güçleşir.

Sebebi bilinmeyen artiritler ekseriya ilerlemeleri esnasında hidartrozla inkişaf ederler. İlerleyici müzmin poli-artiritlerin yüzde yetmişinde hidartroza rastlanır.

Psoriyazis romatizması ile Still hastalığında hidartroz bulunur. Nihayet hidartrozlar sekel olarak da teessüs edebilirler.

Bazan rezidüel denilen ve herhangi bir oynak hastalığından ârıza kalan paki-sinovitler sonucu da hidartrozlar olabilmektedir.

Artrozlar arasında meselâ diz artrozunda artiküler epanşiman mevcut olabilir ve bu hal %20 vak'ada görülebilir.

Vasküler orijinli hidartrozlar şu hastalıklarda bahis konusu olmaktadır:

Kardiyaklarda, filebitiklerde, büyük varislielerde, Bright böbrek hastalıklarında ve akro-siyanotiklerde vazomotör hidartrozlar veya kapiller geçirgenlik bozukluklarına bağlı hidartrozlar görülür.

Barre'a göre, nervöz artropatilerin seyrinde müşahede edilen bütün hidartrozlar hakikatte hemartroz vak'alarıdır.

Gut gibi metabolik bozukluklar, Beri-beri gibi avitaminozlar bazı kere hidartroz faktörü olabilirler. Endokriniyen menşeli hidartrozlar nadir olup polimorf bir manzara arzederler. Bu kabilden hidartrozlar premenstrüyel hiperfolikülinik kadınlarda veya miksödemlilerde görülür. Folikülinin hidratan (= su yapıcı) tesiri malumdur.

Bazı sinoviyal tümörler normal sinoviyal sıvıya benzer bir likit ifraz ettirirler. Bunlar selim tümörlerdir ve az miktarda mafsalsal içinde sıvı toplatırlar.

Bir de orijinleri belli olmayan hidartroz tipleri vardır. Bir zamanlar bunları esansiyel olarak vasıflandırırlandı. Aynı zamanda bunlara kriptojenetik (= gizli sebebe bağlı) hidartrozlar ismi de verilir. Bunlar bütün hidartrozların yüzde yirmisini geçmezler. Nihayet bunların da meydana gelme sebepleri vardır. Bu durum karşısında vaziyeti aydınlatmak için klinik, radyolojik ve laboratuvar muayeneleri gibi bütün çarelere baş vurmaya lüzum vardır.

Entermittant hidartrozlar:

Hidartrozlar arasında entermittant denilen fâsıllı hidartroz veya aralıklı gelen hidartroz şekli bir veya birkaç oynakta periyodik olarak epanşiman görülmesi halinde meydana çıkar.

Fâsıllı hidartroz nadir rastlanan bir hastalıktır. Bu şekil hidartroz 1845 yılındanberi Perrin tarafından bilinmektedir.

Hastalığa 20 ilâ 40 yaşları arasında rastlanmakla beraber, her yaşta da görülebilir. Hastalık bilhassa kadınlarda pübertenin başlaması ile ve ekseriya gelişme çağında olmaktadır. Bazı vak'alarda hastalığın ailevi ve irsi karakterler taşıdığı tespit edilmiştir.

Belirtiler: Muhtelif etyolojili eksüdatif hidartroz şekilleri arasında ihtimalen allerjik tabiatlı bir şekilde mevcuttur.

Fâsıllı bir şekilde meydana çıkan bu hidartroz ârızası Schlesinger tarafından 1903 yılında tarif edilmiştir. Ve bu hidartroz şekli o zamanlar mafsalların hakiki bir anjiyo-nörotik ödemi gibi telâkki ediliyordu.

Entermittant hidartrozlarda mutad olarak bahis konusu olan mafsalsal ekseri hallerde dizdir.

Genel olarak bir diz lezyona uğramakla beraber, çok kere bazı vak'alarda iki diz oynacağı birden aynı zamanda âfettede olmaktadır.

Umumiyetle bu çeşit hidartroz çok seri yerleşir ve bol miktarda değişiklik gösterir. Hastalarda muayyen bir dereceye varan ağırlardan dolayı mafsalsal zafiyetine sebebiyet verebilir.

Vak'aların ekserisinde ağırlar ve fonksiyon bozuklukları pek hafif olarak seyredirler. Mafsalsal cildinde kızarıklık olmadığı gibi lokal hararet artmasına da pek rastlanmaz.

Oynak hareketlerinin sınırlanması değişik karakterdedir. Epanşmanın vasfı seröz olup bu sıvının içinde bir miktar çeşitli lökosit bulunur. Hidartrozun yerleşmesi esnasında aynı zamanda bir genel reaksiyon bozukluğu da müşahade edilebilir.

Hararetin fâsılalı olarak yükselmesi ile sedimantasyon hızının artması gibi hallerin mevcut olmasına mutad olarak her vak'ada rastlanıyabilir. Bütün bu olayların hiçbir ehemmiyeti yoktur.

Buna karşılık hastalığın özelliklerinden bir tanesi de hidartrozun evolüsyonudur. Diz oynadığındaki sıvı 3 ilâ 5 günlük bir zaman devam ettikten sonra hiçbir iz ve hiçbir fonksiyonel âraz bırakmadan tamamiyle kaybolur. Fakat aynı karakterleri göstererek periyodik olarak bir daha ortaya çıkar.

Bu periyod hastalara göre değişiklik gösterir. Vasati olarak hidartroz puseleri arasındaki müddet on gün olmakla beraber, umumiyetle üç ilâ yirmi gün arasında değişir. Bazı nadir vak'alarda hidartroz menstrüasyon dolayısıyla ritmik bir şekil gösterir.

Mümkün olan residivleri yüzünden hastalıkta şifa bakımından kesin bir şey söylenememektedir. Hastalığın pronostiği selimdir.

Sinovektomiler dahil, bütün tedaviler geçici sonuçlar vermektedirler. Bazan diz oynadığındaki sıvının miktarı artar. Hastalık aralıklarla birçok seneler devam eder. Bu sebepten hidartroz puseleri birdenbire kaybolur ve tekrar gözükür. Zamanla aralık devreleri netliğini kaybeder.

Patolojik anatomi: Aralıklı gelen hidartroz lezyonları hakkında az bir malûmata sahibiz. Buna karşılık konuyu aydınlatma bakımından birçok mafsâl biyopsileri yapılmıştır.

Biyopsi sonucu şunlar meydana çıkarılır :

Fibröz dokunun dejeneresansı ile birlikte sinoviyal zarın ödemi ve yüzeysel tabakanın deskuamasyonu görülür. Oynak içindeki sıvı hücreden zengindir. Bütün bunlar sinoviyaya ait olup ilerleyici kronik poli-artirittekinen benzeyen ve daha az şiddetli olan iltihabi lezyonlardır.

Kronik ilerleyici poli-artiritte müşahade edildiği gibi, bundan fazla olmayarak sinoviya saçaklarında belirli bir proliferasyon görülür. Aynı zamanda bol miktarda tipik lenfositler hücreleri ihtiva eden sinoviya üstü dokuları ile hipertrofiye olmuş saçak enfiltrasyonları tespit edilir. Bütün bu lezyonlar görünüşe göre mikropsuzdurlar.

P a t o j e n i: Aralıklı yerleşen hidartrozun patojenisi henüz karanlıktır. Ender olmakla beraber bazı hallerde jenik orijinli artropatiler gibi ailevi ve irsi karakterler göstermektedir.

Bazı vak'alarda hastalığın husulüne sebep olarak gıda allerjenlerinin rolü gösterilmiş ve hastalara bunlar verilmediği takdirde hidartrozun şifa bulduğu görülmüştür.

Allerjik tabiate ait olan bu tezahüratın dayandığı diğer deliller şunlardır:

Bu hastaların aynı zamanda allerjik hikâyeleri vardır. Bu gibi hastalarda zaman zaman gelen veya müşterek olan astım, saman nezlesi, ürtiker, Quincke ödemi ve migren bulunur.

Berger 1939 yılında allerjen rejimi kaldırarak artiküler lezyon ile vazo-motör ödem, gastro-entestinal ve müşterek vazo-motris tezahüratın ortadan kalktığına şahit olmuştur.

Bundan dolayı Et. May ve J. Robin sempatik yolla olan vazo-motris hidartrozların allerjik orijinli olduğunda ısrar ederler.

Bu hastalığın meydana gelmesinde endokriniyen bozuklukların mes'ul tutulması yersizdir. Hastalık aralıklı gelen hidartroz şeklinde başlar ve sonra da kronik ilerleyici poli-artirite dönebilir.

Yazarlara göre kronik ilerleyici poli-artiritte görülen genel reaksiyonların hiçbiri aralıklı seyreden hidartrozda mevcut değildir. Genel olarak sedimentasyon hızında artma olmayıp her zaman için normaldir. Nihayet anatomik lezyonlardaki tegayyürat esaslı bir sebep olmayıp, bütün kronik iltihabi sinovitlerde görülenin aynıdır.

Hastalığın teşhisi için yapılan radyografik tetkikler bir şey göstermezler.

Hidartroz faktörleri:

Hidartrozlarda iki esasî gurup faktör ayırt edilebilir.

1—Parietal (cidar) faktörler

2—Sıvı faktörü

Parietal faktörler sinoviyal zarın aşırı derecede parçalara ayrılmasına aittir. Bu da membranın permeabilite bozukluğuna bağlıdır. Bu permeabilite (geçirgenlik) faktörü de umumî hidroluk bir bozukluk ile temadi eder.

Bu çeşit hidropslar endokroniyen, metabolik veya ödemlerin seyri esnasında rastlanılan hidartrozlardır. Ekseriya burada lokal bir bozukluk bahis konusudur.

Antors vak'alarında lokal tahrike bağlı sempatik iritasyonla olan bir sendrom sonucu vasküler bozukluklar bahis konusu olmaktadır. Bu sebeplerden ötürü sinirlerden zengin bir ligamanın yırtılması neticesi görülen haller ve yahut da büyük değişiklikler sonucu kapiller-venöz tazyik artmasındaki durumlar trans-sinoviyal süzülmeyi kolaylaştırırlar. Bundan başka ara dokuda bir bozukluk olabilir. Bu sebeple zarın iltihabi lezyonları esas madde ve kolla-jenlerde parçalara ayrılmayı hızlandırırlar.

Membranda ödem, diyapedez ve proliferasyonla beraber sıvının meydana gelişi artar. Membranın aynı iltihabi lezyonları ilerleyici fibrözleşme sonucu sıvının ağırlaşan emilmesini izah eder.

Sinoviyal sıvının osmotik değişiklikleri sıvı faktörünü teşkil eder. Eğer oynak içindeki sıvı fena polimerize edilen hyalüronat'lardan veya yüksek moleküllü gamma-globülin'lerden zengin ise hakiki bir likit artması olur. Ekseriya bu iki faktör birbirine karışır ve her vak'ada hangisinin hidartroza sebep olduğu pek farkedilemez.

Sinoviyal zarın histolojik tetkiki iltihabi belirtilerin bulunup bulunmadığını belirtir.

Mekanik hidartroz vak'alarında gelip geçici basit bir sıvı akımı vardır. Aksine olarak iltihabi hidartroz vak'alarında sinoviyal zar kalınlaşır, damar-

ları artar (pannus olayı) ve hücre enfiltrasyonuna maruz kalır. Lâkin bütün vak'alarda sinoviyal biyopsi her zaman için doğruluğu ispat edemez.

Buna karşılık, ponksiyonla alınan mafsalsal içi sıvısı en iyi kontrol vasıtasıdır. Sistematik olarak müracaat edilen bu muayene basit olup aynı zamanda kesin sonuçlar da verir.

Ponksiyon sıvısının fizik görünümü homojendir. Opal sarıdan portakal rengine kadar değişen bir durum arzeder. Bazı kere bu sıvı ince tanecikler şeklindedir. Ekseriya viskozitesi normalden aşağıdır.

Optimum pH=7,4 dür. Bilhassa monositoid hücrelerin bulunduğu mekanik hidartrozlarda sitolojik etüd az değişiklik gösterir.

Buna karşılık iltihabi hidartrozlarda hücreler çok artar. Bir milimetre küpte beş bin'i aşar. Ve bu hücreler nötrofil polinükleerlerdir. Şimik olarak glikoz azdır. Klortürlerden ve bilhassa proteinden çok zengindir. Bunlar iltihabi hidartrozlarda binde kırkı geçerler.

Mekanik hidartrozlarda ise binde beşin altındadırlar. Albümin-Globulin oranı normalin altındadır (2).

Hidartrozlarda başlangıçta fazla albumin olup, gamma-globulin ise seromda azdır. Sonraları albumin eşit miktarda bulunur ve gamma-globulinler artar.

Bourel tavşan dizlerine fizyolojik serom perfüzyonları yapmış ve bunun da hyaluronidaz ile rezorbsiyonunun arttığını tespit etmiştir. Bu emilme P-vitamini enjeksiyonları ile azalmıştır.

Heparin şırıngaları ile rezorbsiyonda bir değişiklik görülmemiştir. İnsanlarda P-vitamini sinoviyalin permeabilitesini azalttığı gibi hyaluronidaz'ın oynak içine nüfuz etmesini de yavaşlatır.

Bu fikirler sinoviyalin bir seröz olmadığını göstermiştir. İltihabi olmayan hidartrozlar (travmatik ve dejeneratif) membranın ve kapillerlerin geçirgenlik değişikliklerine bağlı transüda'lardır. Bu çeşit hidartrozlar çabuk rezorbe olurlar.

İltihabi hidartrozlar eksüda'ya benzerler. Bu sıvı koyudur, pıhtılaşır ve hücreden zengindir. Hücreler beş bin'in üstündedir. Bu sıvıda protein de fazladır (binde kırktan ziyade). Buna karşılık glikoz az miktardadır. Asetik asit müsınleri çöktürür (R i v a l t a deneyi).

Vasküler konjestiyon, sıvının osmotik basıncı, membranın sklerozu ve lenfatiklerin tıkanması iltihabi hidartrozlarda görülen olaylardandır. Bütün bu şartlar oynak içindeki sıvının meydana gelmesini kolaylaştırırlar veya rezorbsiyonunu ortadan kaldırırlar.

Hidartrozların sonuçlarından da birkaç kelime ile bahsetmek icap eder. Kapsülo-ligamanter gevşeklik mafsalsal gerilmesi ile artar; bu da zamanla nüksleri kolaylaştırır. Tendonların çekilerek gerilmeleri osteofitlerin meydana çıkış faktörlerini teşkil eder.

Toplanan sıvıdan dolayı mafsalsal vasatı normalden fazlaca aside döner ve

bunun neticesi mafsal kırıkdağı için çok fena besleyici bir ortam meydana çıkmış olur. Bu durum lezyonların fazlalığı ile izah edilir.

Hidartrozların tedavisi:

Hidartrozların tedavisi şekillerine göre muhtelifdir. Yani tedavi sebebe göre tanzim edilir.

Mekanik bir hidartroz mevcudiyetinde iritasyona sebebiyet veren hâdise cerrahi yolla veya lokal novokain enfiltrasyonları ile ortadan kaldırılmaya çalışılır. Müdahaleden sonra diz oynasını az veya çok süren bir hareketsizliğe sevk etmek lâzımdır. Bu sebeple hastalar yatak istirahatına alınır. Bu gaye ile diz atele konur veya uzun bir müddet alçılı bir bandaja terkedilir.

Vazo-dilatasyona karşı anti-histaminik ilaçlar ile veya diz üzerine buz kesesi konarak savaşılr. P-vitamini enjeksiyonları ile permeabilite azaltılır. Entra-artiküler enjeksiyonlara gelince, bunlar alkalenlerden olmalıdırlar. Bu suretle fibrin çökmelerine karşı iyi tesir ederler.

Biz klinikte saf travmatik hidartrozlarda hyalüronidaz kullanıyoruz. Eğer aynı zamanda oynak içinde bir ârıza varsa ligamanların tamiri, leze bir meniskusun veya yabancı bir cismin kaldırılması, ekstremitede kusurlu bir duruş veya bir malformasyonun tamiri hallerinde cerrahi müdahalelere başvurulur.

Travmaya uğrayan dizde sadece sıvı toplanması varsa, bunun tedavisi konservatif yollarla temin edilir. Diz hafif fleksiyonda atelde istirahate alınır. 48 saat sonra asepsi ve antisepsiye çok dikkat ederek bir ampul hyalüronidaz ve 50 mgr.lık (2 cc.) hidrokortizon asetat şırınga edilir.

Hyaluronidase'ın, Spreading-factor hassasına istinaden dizdeki sıvı hemencek rezorbe olmaktadır. Bu sıvı emildikten sonra dizin banyo içinde hareket tedavisine başlanır. Bu şekildeki bir tedavi sayesinde çok çabuk olarak diz oynası normal hareketlerini kazanır.

İltihabi hidartroz vak'alarında istirahat şarttır. Bunun yanında enfeksiyonla alâkalı tedaviye girişilir. Spesifik tedavi olarak antibiyotikler kullanılır. Aynı zamanda radyoterapi ve kortizonda fayda sağlar. Modifikatör ilaçların şırıngaları sinoviyal zarın sklerozuna mâni olur.

Aralıklı gelen hidartrozun tedavisi çok aldatıcıdır. Birçok tedavi şekillerine teşebbüs edilmiş, fakat ekserisi tesirsiz kalmıştır.

Gıdaı allerjenlerin hastalığı meydana getirmesindeki rolü üzerine bu çeşit allerjenler hastalardan kesilmiştir. Bazı vak'alarda östrojen hormon tedavisi denenmiştir.

Revülsiyon tedavisi lokal deveranı ve sinoviyal zarın geçirgenliğini artırır. Tuzsuz rejim ilâve bir tedavidir.

Çeşitli vak'alarda başarı gösteren tedavi şekilleri şunlardır: Şok ile pirtoterapi, radyoterapi, ergotamin tartarat ve altın tuzları, kısa süreli kortizon kürleri ve bilhassa oynak içine hidrokortizon asetat zerkleri ve fenilbütazon hidartroz puselerinde başarı ile kullanılabilir. Bunlardan başka bütün kronik hidartrozlarda krenoterapi (=kaphca tedavisi) ve kuadriseps masajları faydalıdır. Bu çeşit kuadriseps adalesi masajları bandajdan daha tesirli olup, aynı zamanda sinoviyal zarı geren adalenin atrofisine de mâni olurlar.

Alt ekstremitenin tedbirli yapılan hareket tedavisi de aynı rolü oynar.

Diz oynağı hidartrozlarında erken ve enerjik bir şekilde yapılan sistematik bir tedavi sonucu oynanın sonradan fonksiyonlarına engel olacak bir sertlik veya bir gevşekliğe karşı konulur. Aynı zamanda hastalar can sıkıcı hidartroz üstelemelerinden de kurtarılmış olurlar...

Ö Z E T

Diz oynağına sıvı toplanmasına oldukça sık rastlanır.

Hidartroz veyahut da hidrops artikulumum da denilen artıklar epanşmanın çeşitli sebepleri vardır. Başlıca sebepler arasında travmatik ve iltihabi orijinli olan hidartrozlar yer alır.

Sporcularda saf travmatik hidartrozlara rastlanır.

Bazan mafsallara yakın ârizalar da dizde su toplanmasına sebep olurlar.

Bunlardan başka muhtelif hastalıkların seyri esnasında da dizde epanşmana rastlamak imkânı vardır.

Zaman zaman gelen ve entermitant hidartroz ismi verilen diz hidropslarının tabiatı umumiyetle allerjik olarak kabul edilir.

Hidartrozlarda diz oynağı şişer ve şekli değişir. Muayenede şok rotüllüyen tespit edilir. Diz hareketlerinde sınırlanma ve ağrılar olur. Hidartrozun natürünü anlamak için endirekt radyografi yani artrografi ve ponksiyon sıvısının sito-bakteriyolojik tetkiki ile sinoviyal biyopsi yapmak icap eder.

Tedavi sebebe göre tanzim edilir. Hasta yatak istirahatine alınır. Diz oynağı atel ile tespit edilir. Mafsal üzerine buz kesesi konur. Oynak içine yapılan hyalüronidaz, hidrokortizon veya diğer modifikatör ilaç şiringaları sıvının rezorbsiyonunu arttırırlar. Hidartroz geçtikten sonra diz üzerine fizik tedavi vasıtaları tatbik edilir.

Kuadriseps adalesi masajları ile dizin sıcak banyolar içindeki aktif hareket egzersizleri diz oynağında sonradan meydana gelebilecek sertlik veya gevşekliklere mâni olurlar...

R E S U M E

L'hydarthrose de l'articulation du genou est un cas assez fréquemment observé. L'hydarthrose, en d'autres termes, l'hydrops articulaire est dû à des causes diverses.

Parmi les causes les plus notoires, il y a lieu de noter les hydarthroses traumatiques et d'origine infectieuse. Chez les sportifs, on rencontre des hydarthroses purement traumatiques. Parfois, les lésions paraarticulaires sont à l'origine des épanchements articulaires au genou. Hormis tout cela, il est possible de constater des épanchements articulaires au genou, au cours des affections différentes.

En général, la nature de l'hydrops du genou, appelé également hydarthrose intermittante, est considérée comme allergique.

En cas d'hydarthrose, l'articulation du genou se tuméfie et change de forme. L'examen révèle un choc rotulien. Il y a limitation des mouvements du genou accompagnée de douleurs.

Afin de préciser la nature de l'hydarthrose, il faut recourir à la graphie indirecte, c'est-à-dire à l'arthrographie et à examen cyto-bactériologique du

liquide de ponction ainsi qu'à la biopsie synoviale. Le traitement est orienté selon l'étiologie. Le patient est mis au repos absolu au lit. L'articulation du genou est fixée à l'attelle. On applique la vessie à glace sur l'articulation.

Les injections intraarticulaires d'hyaluronidase, d'hydrocortisone au d'autres modificateurs augmentent la résorption du liquide. En cas de regression de l'hydarthrose, la physiothérapie est de mise.

Les massages du quadriceps, de même que les exercices de mouvements actifs sont des mesures préventives quant à l'éventualité future d'une laxité ou raideur articulaires.

S U M M A R Y

Hydrarthrosis of the Knee-Joint articulation is an affection frequently observed. Hydrarthrosis, in other words, articular dropsy is due to different causes. Traumatic hydrarthrosis and hydrarthrosis of infectious origin are among the most important ones. Purely traumatic hydrarthrosis is often observed among sportsmen. At times, paraarticular lesions are to be noted at the origin of articular effusions of the Knee. Furthermore, in the course of different affections, effusions into the knee are probably to be found.

In general the nature of the knee dropsy, named otherwise intermittent hydrarthrosis, is considered as allergic.

In case of hydrarthrosis, the knee joint is tumefied and its form changed. Examination reveals a patellar shock. Limitation of knee motion is accompanied by pain.

In order to determine the nature of the hydrarthrosis, arthrosis, arthrography and cyto-bacteriologic examination of the puncture of the fluid as well as synovial biopsy are to be mentioned.

Therapy depends on the etiology. The patient is kept in bed, at rest the knee joint articulation is fixed in a splint, an ice-bag is laid on the articulation. Intra-articular injections of hyaluronidase and hydrocortisone or other modifiers increase the resorption of the fluid. As hydrarthrosis regresses, physical therapy is prescribed.

Massages bearing upon the quadriceps, active motion exercises are preventive measures in the respect of a future eventuality of joint relaxation or stiffness.

Z U S A M M E N F A S S U N G

Die Kniegelenkwassersucht deren Ätiologie ist mannigfältig ist oft beobachtet. Hauptsächlich infektiöse und traumatische Hydarthrosen sind zu erwähnen. Bei Sportliebhabern gibt es auch den reinlichen traumatischen Hydarthros.

Eine paraartikuläre Lesion ist manchmal die Ursache der Kniegelenkwassersucht. Ausserdem, in Laufe verschiedenen Affektionen, ist es möglich Gelenkerguss zu bemerken.

Im allgemeinen, der Kniehydrops ist meistens von allergischen Natur. Im fall eines Hydarthroses, ist das Kniegelenk geschwollen und die Form

geändert. Patellar Schock ist bei Untersuchung bemerkbar. Knie Bewegung ist begrenzt und Schmerzhaft.

Um die Natur des Hydarthroses bestimmt anzugeben, man wendet sich die Arthrographie, die Cytobakteriologische Prüfung, die Punktion flüssigkeit und die Synovialmembran Biopsie an. Die Behandlung ist in Beziehung auf der Ätiologie. Besonders unbedingt Bett Ruhe zu verschreiben ist, Das Knie Gelenk ist in der Schiene fixiert.

Ein Eisbeutel ist auf dem Gelenk gelegt. Intra-artikuläre Hyaluronidase, Hydrocortison Injektionen spielen eine gewisse Rolle oder durch anderes umstimmendes Mittel vermehrt die Resorption der Flüssigkeit.

Im fall einer Regression, Physiotherapie zu empfehlen ist.

Quadrizeps Massagen so wie Aktiv Bewegung sind prophylaktische Mittel was für eine eventuelle Gelenk-erschaffung oder Ankylose betrifft.

L I T E R A T Ü R

- 1— I. S. SMILLIE : Injuries of the knee joint, 1951.
- 2— G. KAHLMETER : - J. FORESTIER : Manuel pratique de rhumatologie, 1951.
- 3— R. CHEVILLOTE : Hydarthrose - Pratique médico-chirurgicale, Tome: V - 1953.
- 4— A. De PALMA : Diseases of the knee, 1954.
- 5— S. DE SEZE - A. RYCKEWAERT : Maladies des os et des articulations, 1954.
- 6— F. D'ALLAINES : Pathologie chirurgicale, Tome: I - 1956.
- 7— F. COSTE : Le rhumatisme, 1957.
- 8— J. L. HOLLANDER : Arthritis and allied conditions, 1960.
- 9— E. KILIÇHAN : Conservative treatment of traumatic knee-joint hydarthrosis observed in athletes. The journal of spor medicine and physical fitness, No. I - 1961.
- 10— R. WATSON - JONES : Fractures and joints injuries, 1962.
- 11— D. H. O'DONOGHUE : Treatment of injuries to athletes, 1962.
- 12— E. KILIÇHAN : Ekstremitelerde kırık dışı spor ârizaları, XIII üncü Türk cerrahi kongresi raporu, 1962.