



İzole karpal skafoid çıkığı

Mesut KILIÇ¹, Fatih KALALI², Mehmet ÜNLÜ², Ömer Selim YILDIRIM²

¹Oltu Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Erzurum;

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

İzole skafoid çıkıkları çok nadir görülür. Tedavi kapalı redüksiyon ve alçılama, kapalı redüksiyon ve perkütan pinleme, açık redüksiyon ve bağ onarımı seçeneklerini içerir. Çalışmamızda bu nadir yaralanma sonrası açık redüksiyon, pinleme ve bağ onarımı ile tedavi edilen bir olgu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Bağ onarımı; çıkık; skafoid.

Diğer karpal kemik kırık veya çıkıklarının eşlik etmediği izole skafoid çıkıklarına nadiren rastlanır ve literatürde bu konu hakkında sadece 32 yayın mevcuttur.^[1-13] Karpal skafoid çıkıkları ele dorsifleksiyon-supinasyon hareketlerinin uyguladığı kuvvetler sonucu oluşur.^[3,9] Manipülasyonla redüksiyon oldukça zordur ve çoğunlukla açık redüksiyon gerektirir.

Çıkıkların çoğu elin ulnar deviasyonda sabit bir objeyi tutarken şiddetli bit şekilde dorsifleksiyona zorlanması sonucu oluşmaktadır. Bu tür bir yaralanmada lunat, triquetrum ve hamatumu destekleyen bağların bütünlüğü korunurken, skafo-radial, skafo-lunat ve skafo-hamatum eklemleri ayrışarak skafoidin anatomik pozisyonundan çıkararak rotasyonuna yol açar. Geleneksel kapalı redüksiyon ve telleme ile skafolunat eklemlenme ve açılma için doğru anatomik pozisyonun sağlanması zor olabilir. Bağ onarımı özellikle uzun dönemde daha iyi sonuçlar verebilir.

Çalışmamızda açık redüksiyon, perkütan pinleme ve bağ onarımı ile tedavi edilen nadir bir izole skafoid çıkık olgusu sunuyoruz.

Olgu sunumu

Araç içi trafik kazası sonucunda, 2008 yılının Mayıs ayında, 25 yaşında erkek hasta sağ el yaralanması ile bize başvurdu. Kazadan birkaç saat sonra acil serviste değerlendirilen hastanın el bileği ağrılı ve hareketleri kısıtlı idi. Radial stiloid çıkıntının distalinde anormal ve hassas kemik çıkıntısı mevcuttu. Bununla birlikte, herhangi bir sinir arazi yoktu ve genel hafif bir şişlik vardı. El bileğinin aktif ve pasif hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. Direkt grafilerde diğer karpal kemiklerin kırığı ya da deplasmanı olmaksızın skafoidin volare doğru kaydığı izlendi (Şekil 1).

Genel anestezi altında traksiyon ulnar deviasyon ve skafoid üzerine direk bası uygulayarak kapalı redüksiyon denendi. Başarılı olamayınca volar insizyon uygulandı. Eksplozasyonda skafolunat bağın rüptüre olduğu görüldü. Skafoid redükte edildi ve 2 adet Kirschner teli ile tespit edildi (Şekil 2 ve 3). Sonrasında bağ lunat kemiğe dikildi. Yara kapatıldıktan sonra skafoid alçısı yapılarak 6 hafta boyunca el bileği immobilize edildi.

Ameliyattan 6 hafta sonra pinler çıkarıldı ve fizyoterapiye başlandı. Cerrahiden 24 ay sonra hasta asempto-

Yazışma adresi: Dr. Mesut Kılıç, Oltu Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Yasin Haşimoğlu Mah. Narman Cad. No: 8, Oltu, Erzurum.

Tel: 0442 - 816 56 93 e-posta: meslic@yahoo.com

Başvuru tarihi: 06.06.2010 **Kabul tarihi:** 13.04.2011

©2012 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi:10.3944/AOTT.2012.2493
Karekod (Quick Response Code):





Şekil 1. (a) Distal karpal arkin normal olduğu, skafoidin tam çıkığını gösteren ilk ön-arka grafi. (b) Skafoidin volare kaydığını gösteren ilk yan grafi.

matikti. Ağrı ya da karpal instabilite yoktu. Standart bit gonyometre kullanılarak eklem hareket açıklıklarına bakıldı. Ameliyatlarda dorsifleksiyon 50° iken diğer el bileğinde 65° olarak ölçüldü (Şekil 4 ve 5). Pronasyon, supinasyon ve palmar fleksiyon her iki tarafta da eşit olarak ölçüldü. Direk grafilerde (Şekil 6) ve ameliyattan 34 ay sonra çekilen MR görüntülemesinde (Şekil 7) avasküler nekroz izlenmedi.

Tartışma

Skafoid çıkıkları nadirdir.^[1,3,4,6-8,10] Bu tür yaralanmalar izole skafoid çıkıkları (Tip 1) ve kapito-hamat eklemin aksenal ayrılmasının eşlik ettiği skafoid çıkıkları (Tip 2) olmak üzere ikiye ayrılırlar.^[11] Skafoid çıkıklarının oluşum mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, dorsifleksiyon, rotasyon kuvvetleri ile beraber

olan veya olmayan ulnar deviasyon neden gösterilmektedir.^[8] Skafoid çıkık, değişik şiddetteki bağ yaralanmalarının olduğu geniş bir spektrum içerir. Anatomik ve biyomekanik olarak skafoidi stabilize eden 3 adet periskafoid bağ mevcuttur: skafolunat bağ, radioskafokapitat bağ ve uzun radiolunat bağ.

Skafoid çıkıklarının tedavisinde kapalı redüksiyon ve açılama, kapalı redüksiyon ve perkütan pinleme olası seçeneklerdir.^[12,13] Kapalı redüksiyon ve pinleme sonrası sekonder çıkıkların olduğu olguların olması, açık redüksiyon ve bağ onarımının yapıldığı primer onarımları savunan yayınlara daha ikna edici kılmaktadırlar.^[5,7,9]

İzole skafoid çıkıklarının nadir olmasına rağmen en son yayınlar ve olgu sunumları açık redüksiyon ve bağ onarımını önermektedirler.^[9,11] Inoue ve Maeda, retrospektif çalışmalarında bağ onarımı ve internal tespitin



Şekil 2. Ameliyat sonrası bağ onarımı ve Kirschner telleri ile tespiti gösteren ön-arka grafi.

Şekil 3. Ameliyat sonrası yan grafi.



Şekil 4. 24. ay kontrolünde çekilen fotoğraf. El bileği dorsifleksiyonunda hafif derecede kısıtlılık mevcut. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]



Şekil 5. El bileği fleksiyonu normal gözüküyor. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]

kapalı redüksiyon ve pinlemeye göre skafolunat eklemin anatomisini daha iyi koruduğunu göstermişlerdir.^[1] Horton ve ark., bildirdikleri olgu sunumunda bağ onarımının izole skafoid çıkıklarında anatomik ve fonksiyonel olarak mükemmel sonuçlar verdiğini savunmakta-

dırlar.^[9] Kötü prognozun en belirgin risk faktörü gecikmiş tanı ve tedavidir.^[12]

Ayrıca bu tür yaralanmaların komplikasyonu olarak herhangi bir vakada avasküler nekroz bildirilmemiştir. Skafoidin kanlanması büyük bir kısmı, dorsalden ge-



Şekil 6. (a-c) 24. ay kontrolünde çekilen X-ray görüntüleri.



Şekil 7. (a-c) Ameliyat sonrası 34. ayda çekilen MR görüntüleri.

lip skafoidin distal kutbuna giren ve kemiğin proksimalini retrograd olarak perfüze eden ve kemiğin %70 ila 80'ini besleyen damarlar ile olmaktadır. İkinci bir damar grubu ise radial arterin palmar ve yüzeysel palmar dallarından oluşur ve skafoidin distal tüberkülünden girerek kemiğin geri kalan %20 ila 30'unu perfüze ederler. Skafoide sağlam intraosöz kanallarının bulunduğu ve bu kanalların çevre yumuşak dokulardan hızlı bir şekilde revaskülarizasyona izin verdiği görüşü mevcuttur. Tüm bağların tamamen ayrılmaları sonucu kanlanmanın tamamının kaybolmasına rağmen avasküler nekrozun olmaması bu görüş ile açıklanabilir.

Çalışmamızda, skafoidi daha iyi görebilmek için volar insizyonu tercih ettik.^[14] Öte yandan, volar yaklaşımda dorsal kanlanma ve radial sinir hasarları oluşmakta ve dorsal yaklaşıma göre kozmetik sonuçlar daha iyi olmaktadır.^[15]

Sonuç olarak, erken tedavi edildiğinde izole skafoid çıkıklarının prognozu oldukça başarılıdır. Biz volar yaklaşımla açık redüksiyon ve bağ onarımını öneriyoruz.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

- Inoue G, Maeda N. Isolated dorsal dislocation of the scaphoid. *J Hand Surg Br* 1990;15:368-9.
- Stambough JL, Mandel RJ, Duda JR. Volar dislocation of the carpal scaphoid. Case report and review of the literature. *Orthopedics* 1986;9:565-70.
- Lee WE. Isolated radial dislocation of carpal scaphoid. *Ann Surg* 1934;100:553-4.
- Fishman MC, Dalinka MK, Osterman L. Case report 309. Diagnosis: complete volar subluxation of the right scaphoid bone and fracture of the right capitate bone. *Skeletal Radiol* 1985;13:245-7.
- Murakami Y. Dislocation of the carpal scaphoid. *Hand* 1977;9:79-81.
- Milankov M, Somer T, Jovanović A, Brankov M. Isolated dislocation of the carpal scaphoid: two case reports. *J Trauma* 1994;36:752-4.
- Maki NJ, Chuinard RG, D'Ambrosia R. Isolated, complete radial dislocation of the scaphoid. A case report and review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 1982;64:615-6.
- Leung YF, Wai YL, Kam WL, Ip PS. Solitary dislocation of the scaphoid. From case report to literature review. *J Hand Surg Br* 1998;23:88-92.
- Horton T, Shin AY, Cooney WP 3rd. Isolated scaphoid dislocation associated with axial carpal dissociation: an unusual injury report. *J Hand Surg Am* 2004;29:1102-8.
- Woodd Walker GB. Dislocation of the carpal scaphoid reduced by open operation. *Br J Surgery* 1943;30:380-1.
- Kennedy JG, O'Connor P, Brunner J, Hodgkins C, Curtin J. Isolated carpal scaphoid dislocation. *Acta Orthop Belg* 2006;72:478-83.
- Amamilo SC, Uppal R, Samuel AW. Isolated dislocation of carpal scaphoid. *J Hand Surg Br* 1985;10:385-8.
- Thomas HO. Isolated dislocation of the carpal scaphoid. *Acta Orthop Scand* 1977;48:369-72.
- Taleisnik J, Kelly PJ. The extraosseous and interosseous blood supply of the scaphoid bone. *J Bone Joint Surg Am* 1966;48:1125-37.
- Russe O. Fracture of the carpal navicular. Diagnosis, non-operative treatment, and operative treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1960;42:759-68.