

AYNI EKSTREMİTEDE HUMERUS SUPRAKONDİLER VE
CİSİM KIRIĞIYLA BİRLİKTE DİSTAL RADIUS KIRIĞI:
BİR OLGU SUNUMU

IPSILATERAL DISTAL RADIUS FRACTURE WITH SHAFT
AND SUPRACONDYLAR FRACTURE OF THE HUMERUS:
A CASE REPORT

Dr. Murat ZÜMRÜT*
Dr. Mehmet SAĞLAMOĞLU**

* Konya Numune Hastanesi, Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği.
** Adıyaman Park Hospital, Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği.

Yazışma Adresi/Correspondence
Dr. Murat ZÜMRÜT
Kılıçarslan Mah. Nurdağ Sok. Yüksel
Sitesi No:12/38 Selçuklu,Konya
Faks:0 332 263111050, e-posta:mrtzmr@
hotmail.com

* Bu olgu sunumu, 9. Acil Tıp Kongresi'nde
poster sunumu olarak kabul görmüştür.

ÖZET

Üst ekstremitayı ilgilendiren kırıklar çocuklarda çok sık görülmektedir. Ancak aynı ekstremitede hem humerus suprakondiler ve cisim kırığı hem de distal radius kırığının olması oldukça nadirdir. Merdivenden düşme sonucu sol humerus cisim ve Gartland Tip 2 suprakondiler kırıkla beraber sol radius distal kırığı olan 13 yaşında bir çocuk hasta sunulmaktadır. Hastada damar-sinir hasarı yoktu. Humerus cisim kırığı için açık redüksiyon ve plakla tespit yapıldı. Suprakondiler humerus ve distal radius kırıkları için ise kapalı redüksiyon ve çapraz K-telleri ile tespit yapıldı. 3 haftalık uzun kol ateli uygulamasından sonra pasif hareket başlandı. Teller 5 hafta sonunda çıkarıldı. Son takipte iyileşme sorunsuzdu. Humerus kırığı tespit edilen vakalarda, aynı taraf önkol ve el bileği kırık ihtimali açısından mutlaka detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, humerus, kırık, radius

ABSTRACT

Fractures about the upper extremity are more common in children. However, the shaft and supracondylar fracture of humerus with a fracture of the distal radius in the same extremity is extremely rare. We here report the case of a 13-year-old boy admitted after a fall from the stairs. Plain radiographs revealed the shaft and Gartland type 2 supracondylar fracture of left humerus and also distal fracture of the left radius. No evidence of neurovascular deficit was present. Open reduction with plate fixation was applied to the shaft fracture of humerus. Closed reduction with pin fixation was performed to fractures of supracondylar humerus and distal radius. A long-arm splint was applied for 3 weeks, then passive motion was begun. Pins were removed after 5 weeks from surgery. Recovery was uneventful at final follow-up. In the cases diagnosed as humerus fracture, ipsilateral forearm must be carefully evaluated in terms of the possibility of fracture.

Key words: Child, humerus, fracture, radius

GİRİŞ

İzole suprakondiler humerus ve önkol kırıkları çocukluk çağında çok sık karşılaşılan travmalardır. Suprakondiler humerus kırığının aynı taraf önkol kırığıyla beraber görülmesi “yüzen dirsek” olarak bilinir ve bu birliktelik %3-13 oranında görülür¹⁻³. Suprakondiler humerus kırığının aynı taraf humerus proksimal ya da orta cisim kırığıyla beraber görülmesi ise oldukça nadirdir. Bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar literatürde suprakondiler kırık ile beraber aynı taraf proksimal humerus kırığının görüldüğü sadece üç olgu yayınlanmıştır^{2,4,5}. Bizim burada sunduğumuz olgunun diğerlerinden farkı, suprakondiler humerus kırığına proksimal humerus kırığının değil, humerus orta cisim ve radius distal kırığının eşlik etmesidir.

OLGU

13 yaşındaki erkek çocuk merdivenlerden düşme sonrası acil servise başvurdu. Sol kol ve önkol bölgesinde yaygın ağrı şikayeti vardı. Sol el bileğinde hassasiyet, sol dirsekte şişlik ve sol kolda krepitasyon mevcuttu. Damar ve sinir muayeneleri normaldi. Çekilen direkt grafilerde sol humerus orta cisimde deplase kırık, sol suprakondiler Gartland Tip 2 kırık ve sol radius distal kırığı tespit edildi (Resim 1a,b). Sol üst ekstremité uzun kol ateli ile korumaya alındı ve hastaya aynı gün operasyon uygulandı. Genel anestezi altında öncelikle humerus cisim kırığı için açık redüksiyon ve 6 delikli plak ve vida ile tespit yapıldı. Ardından distal radius kırığı için kapalı redüksiyon ve 1 adet K-teli ile perkütan tespit yapıldı. Suprakondiler humerus kırığına ise kapalı redüksiyon ve 2 adet çapraz K-telleri ile perkütan tespit uygulandı. (Resim 2). Hastaya 3 hafta boyunca uzun kol ateli uygulandı ve atel çıkarıldıktan sonra el bileği ve dirsek eklemleri için pasif hareket başlandı. K-telleri 5. hafta sonunda çekildi ve aktif harekete izin verildi. Cerrahiden 4 ay sonraki son takipte, radyolojik olarak yeterli kaynama mevcuttu ve herhangi bir açısız deformite ile karşılaşılmadı (Resim 3). Hastanın el bileği ve dirsek eklem hareket açıklığı sağlam olan tarafına benzerdi.

TARTIŞMA

Çocuklarda suprakondiler kırık, genellikle dirsek hiperekstansiyonda iken açık el üzerine düşmeyle gerçekleşmektedir ve el bileğine yansıyan kuvvet aşırı olduğu zaman da önkol kırıkları ile birlikte görülmek-

tedir. Taylor ve ark.⁶ göre dirsek kısmen fleksiyonda iken açık el üzerine düşmeyle distal humerustaki normal anteverziyon, sıkıştırıcı kuvvetleri makaslama kuvvetlerine çevirerek distal ya da orta önkol kırıklarla birlikte suprakondiler kırığın oluşmasına neden olmaktadır. Bizim olgumuzda humerus orta cisim kırığının, açık el üzerine düşme ile radius distal ve suprakondiler kırıklar oluştuğundan sonra kolun merdiven kenarına çarpmasıyla açığa çıkan ikinci bir kuvvet tarafından oluşturulduğunu düşünmekteyiz.

Aynı ekstremitéde çoklu kemik kırıkları hiç şüphesiz yüksek enerjili bir travma gerektirmektedir. Yüksek enerjili bir travma sadece kemik yapıları etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda içinde damar ve sinir yapılarını da barındıran yumuşak dokular üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilir. Çoklu kırıklarda, izole kırıklara göre damar-sinir yaralanmaları, kompartman sendromu ve açık kırık görülme riski daha yüksektir^{1,7}. Bu yüzden bu tip yaralanmaların ameliyat öncesi ve sonrası çok yakından titiz bir şekilde takip edilmesi gerekmektedir.

Aynı taraf humerus ve önkolu ilgilendiren çoklu kırıklı bir olguda, suprakondiler kırığın kapalı redüksiyonu bazen zor olabilmektedir. Özellikle önkol kemiklerindeki ve humerustaki instabilite ve dirsek bölgesindeki ödem kapalı redüksiyonu güçleştirebilir. Güven ve ark. ipsilateral humerus proksimal ve suprakondiler kırıklı bir olgularında, suprakondiler kırığın kapalı redüksiyonu öncesi humerus cismine redüksiyon sırasında manevra kolu görevi görece geçici bir K-teli geçtiklerini ve bu tel sayesinde tüm düzlemlerde stabilizasyon sağlayarak suprakondiler kırık redüksiyonunun kolaylaştığını belirtmişlerdir². Biz olgumuzda suprakondiler kırığın kapalı redüksiyonunda başarılı olabilmemiz için, öncelikle humerus cisim kırığının tespit edilmesi gerektiğini düşündük. Bu yüzden ilk önce humerus cisim kırığına açık redüksiyon ve plak-vida ile tespit uyguladık. Aşırı şişlik içinde olan bir ekstremitéye müdahale etmek zor olsa da, açık redüksiyon uygulamanın bir faydası geniş miktarda hematomun boşalmasını sağlayarak şişliğin hızlı bir şekilde çözülmesine neden olmasıdır⁷. Humerus cismindeki kırığın tespiti sonrası, hem suprakondiler hem de radius distal kırığının kapalı redüksiyon ve K-telleriyle tespiti daha kolay olmuştur. Ipsilateral tespit gerektiren suprakondiler humerus ve önkol kırıkları olan olgularda

tespit önceliğinin önkol kırıkları olduğuna inanmaktayız. Çünkü tespit edilmemiş önkol kırığı, suprakondiler kırık redüksiyonu sırasında önkol bölgesindeki yumuşak doku yaralanmasına neden olup kompartman sendromu riskini artıracaktır. Aynı zamanda, önkol kırığı öncelikli olarak tespit edilirse, suprakondiler kırık redüksiyonunda gerekli olan önkol supinasyon veya pronasyon manevraları daha güvenli ve daha kolay olacaktır.

Sonuç olarak, aynı ekstremitede eş zamanlı olarak oluşan çoklu kırıklar yüksek enerjili bir travma sonucu geliştiğinden o ekstremitenin nörovasküler komplikasyonlar ve kompartman sendromu açısından çok dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Kırıkların tespit önceliğinde, kapalı redüksiyonlar sırasında yumuşak dokulara verilebilecek zararlar göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dhoju D, Sherestha D, Parajuli N, Dhakal G, Sherestha R. Ipsilateral supracondylar fracture and forearm bone injury in children: a retrospective review of thirty one cases. Kathmandu Univ Med J. 2011;34:11-6.
2. Güven M, Akman B, Kormaz T, Poyanlı O, Altıntaş F. "Floating arm" injury in a child with fractures of the proximal and distal parts of the humerus: a case report. J Med Case Reports 2009;3:9287.
3. Suresh SS. Management of "floating elbow" in children. IJO. 2007;41:386-9.
4. Gül A, Sambandam S. Ipsilateral proximal and flexion supracondylar humerus fracture with an associated olecranon fracture in a 4-year-old child: a case report. Eur J Orthop Surg Traumatol 2006;16:237-9.
5. James P, Heinrich SD. Ipsilateral proximal metaphyseal and flexion supracondylar humerus fractures with an associated olecranon avulsion fracture. Orthopedics 1991;14:713-6.
6. Taylor KA, Junewick JJ. Simultaneous ipsilateral elbow and forearm fractures in children: a retrospective review. Emergency Radiology 2002;9:314-6.
7. Harrington P, Sharif I, Fogarty EE, Dowling FE, Moore DP. Management of the floating elbow injury in children. Arch Orthop Trauma Surg 2000;120:205-8.



Resim 1. (a) humerus cisim ve suprakondiler kırık ön arka grafisi, (b) humerus suprakondiler ve radius distal kırık yan grafisi



Resim 2. Postoperatif 1. güne ait grafi



Resim 3. Postoperatif 4. aya ait grafi