

Kırıksız Kapalı Ayak Bileği Çıkığı ve Sindesmoz Ayrılması

Closed Ankle Dislocation and Separation of Syndesmosis without Associated Fracture

Polat DURUKAN¹, Murat KOYUNCU¹, Seda ÖZKAN¹, Mithat ÖNER², Ömer SALT¹,
Levent AVŞAROĞULLARI¹

1 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri
2 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

ABSTRACT

Ankle has an important role to carry body weight and its complicated structure plays a significant role to perform this complex action. In this case report we presented a 35 year old male patient admitted to the ED due to fall down on the wet floor and we discussed the association of a closed anterior tibiotalar joint dislocation and separation of syndesmosis.

Keywords: Ankle joint, dislocation

Received :02.11.2010

Accepted: 17.12.2010

ÖZET

Vücut ağırlığının taşınmasında önemli rolü olan ayak bileğinin bu kompleks fonksiyonlarının yerine getirmesinde karmaşık yapısı önemli rol oynar. Bu olgu sunumunda 35 yaşında ıslak zeminde kayma sonucu ayak bileğinde burkulma şikayeti ile acil servise başvuran erkek olguda tespit edilen kapalı tibiotalar eklem anterior dislokasyonu ile birlikte sindesmoz ayrışması birlikteliği tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ayak bileği, dislokasyon

Başvuru Tarihi : 02.11.2010

Kabul Tarihi : 17.12.2010

Yazışma Adresi/Corresponding to:

Polat Durukan

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Acil Servis 38039 Kayseri-Türkiye

Tel: +90 352 2252004

e-mail: polatdurukan@gmail.com

GİRİŞ

Ayak bileği modifiye eğer tipi eklemlerin nadir örneklerinden biridir. Subtalar eklem ile birlikte ayak hareketlerinin yapılmasını sağlayıp aynı zamanda ayak stabilizasyonundan da sorumludur. İlave olarak vücut ağırlığının taşınmasında önemli rolü olan ayak bileğinin bu kompleks fonksiyonlarının yerine getirmesinde karmaşık yapısı önemli rol oynar.¹

Ayak bileğinde medialdeki stabiliteyi iç malleol deltoid ligament sağlarken, lateraldeki stabilite sindesmoz ve dış malleol tarafından sağlanmaktadır² Tibiofibular sindesmoz distal tibia ve fibula arasındaki bütünlüğü (mortis) korur.³

Bu olgu sunumundaki amacımız, kırıksız olarak nadir olarak görülen bu çıkıkları tekrar hatırlatmak, sindesmoz ayrılmasıyla birlikteliğini dile getirmek ve literatürü gözden geçirmektir.

OLGU

Otuz beş yaşında erkek hasta, ıslak zeminde kayma sonucu ayak bileğinde burkulma şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ ayak bileği deforme görünümde, ödem, hassasiyet ve hareket kısıtlılığı mevcut idi (Resim 1). Hastamız da yandaş yaralanma bulgusu yoktu ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Direkt grafide tibiotalar eklem anteriora disloke idi (Resim 2). Hasta Ortopedi ve travmatoloji bölümü ile konsülte edildi. Ayak bileği CT taraması yapıldı ve tibiotalar eklem anterior dislokasyonu ve sindesmoz ayrışması tespit edildi (Resim 3). Hasta Ortopedi servisine alındı. Genel anestezi altında tibiotalar eklem dislokasyonu redükte edildi ve sindesmoz tamiri yapıldı. Takipte komplikasyon olmayan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ayak bileğinde kırık olmaksızın pür dislokasyon görülmesi oldukça nadirdir.¹ Son zamanlarda yapılan yayınlarda kırıksız dislokasyon sayısında artış görülmüştür⁴⁻⁷ Bizim hastamızda da fraktür olmadan dislokasyon görülmüştür.

Ayak bileği dislokasyonu genellikle tibianın posterior kısmı ya da malleol kırığı ile birlikte görülür. Çünkü ayak bileğindeki ligamentlerin yapısı kemik yapıdan daha sağlamdır. Dislokasyon ile beraber kırık olduğu vakalarda genellikle ciltte de yırtılmalar gözlenir. Bunun nedeni malleollerin örten derinin ince yapıda olmasıdır. Ayak bileği dislokasyonlarının en sık görülen şekli talusun posterior dislokasyonudur. İlave olarak medial, anterior, lateral ve superior dislokasyonlar da gözlemlenebilir.^{8,9}

Daha öncesinde ayak bileği fraktürü, peroneal kaslarda güçsüzlük, malleolar hipoplazi, Ehlers-Danlos sendromu ve diğer bağ doku bozuklukları gibi ligament laksitesi gözlenen hastalarda ayak bileği dislokasyonu ihtimali artar. Ayak bileği dislokasyonları sıçrama gibi sportif faaliyetlerden ziyade genelde yüksek güçlü bir travma sonrasında gerçekleşir Bu nedenle klinisyen ilave yaralanma açısından uyanık olmalıdır.⁸ Bizim hastamızın özgeçmişinde önemli bir klinik özellik yoktu.

Travma genelde ayak plantar fleksiyonda iken, ayak bileğine güç uygulanması sonucu gelişir. Bunun sonucu tüm kapsüller ligamentlerde gerilme ve yapısal bozukluk oluşur. Ayak bileğinde tam olmayan inversiyona yol açan travmalar anterior tibiofibular ve kalkenofibular ligamentlerin posteriora doğru yer değiştirmesine neden olur. Eversiyon yaralanmaları da lateral



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

dislokasyon olduğu gibi talotibial ligament ve medial bileşke kapsülünde rüptür ile sonuçlanır. İnversiyon yaralanmaları genelde ayağa aksiyel yönde güç uygulanması sonucu gelişir. Ayak bileğinin dislokasyonunun erken tanı ve tedavisi morbiditenin önlenmesinde oldukça önemlidir.^{8,9}

Sindesmoz yaralanması oluşum mekanizmasında hiperdorsifleksiyonun da olduğu belirtilmişse de, büyük bölümünde ayak bileğinin şiddetli eksternal rotasyon travması bulunmaktadır.^{10,11} Radyografik incelemede, plafondun 1 cm yukarısından ölçülen fibulanın medial kenarıyla tibia posterioru arasındaki uzaklığın hem ön-arka hem de mortis grafide 6 mm'den fazla olduğu durumlarda sindesmoz yaralanması düşünülmelidir.¹² Grafide distal tibiofibular eklem aralığının açılmadığı ve avulsiyon kırığının olmadığı durumlarda tedavide 2-6 haftalık kısa bacak yürüme alçısı yeterlidir. Ayak bileğinde ciddi derecede diastaz olduğunda ise cerrahi tedavi gerekir.¹³

Ayak bileği dislokasyonlarının çoğunda kapalı redüksiyon yeterli olurken, literatürde %2-38 arasında açık redüksiyon gerektiği belirtilmektedir. Yumuşak doku hasarı ile birlikte redislokasyon riski bulunan hastalarda cerrahi ve sonrasında 6-8 haftalık immobilizasyon önerilmektedir.¹⁴ Bizim hastamızda da dislokasyon ile birlikte sindesmoz ayrışması olduğu için cerrahi gerekmiştir. Sonuç olarak ayak bileği dislokasyonları yüksek enerjili travma açısından klinisyene uyarıcı olmalıdır. Literatür bilgilerinin aksine fraktür olmadan dislokasyon görülebilmektedir. Ayak bileği dislokasyonunun erken tanı ve tedavisi morbiditenin önlenmesinde oldukça önemlidir. Eğer yandaş yaralanma yoksa kapalı redüksiyon uygulanmalıdır. Ancak yandaş yaralanmalar mevcut ise cerrahi gerekebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Rivera F, Bertone C, De Martino M, Pietrobono D, Ghisellini F. Pure dislocation of the ankle: three case reports and literature review. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;179-184.
2. Pankovich AM. Trauma to ankle. *Disorders of the foot&ankle, Johss MN, Vol. III, 23612441, W.B. Saunders Company.* 1992.
3. Geisser W.B. , Tsao A.K. , Hughes J.L. : Fractures and injuries of the ankle, *Fractures in Adults Rockwood and Green's 4th ed. Vol.2, 2201-2242, Lippincott-Raven* 1996.
4. Demiralp B, Komurcu M, Ozturan K, Tastan E, Erler K. Acute traumatic open posterolateral dislocation of the ankle without tearing of the tibiofibular ligaments: a case report. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2008;96:469-472.
5. Gogi N, Khan SA, Anwar R. Anterior dislocation of the tibio-talar joint without diastasis or fracture—a case report. *Foot Ankle Surg.* 2008;14:47-94.
6. Lertwanich P, Santanapipatkul P, Harnroonroj T. Closed posteromedial dislocation of the ankle without fracture: a case report. *J Med Assoc Thai.* 2008;91:1137-1140.
7. Thangarajah T, Giotakis N, Matovu E. Bilateral ankle fracture without dislocation. *J Foot Ankle Surg.* 2008;47:1137-1140.
8. Moira Davenport, MD. Joint Reduction, Ankle Dislocation. *eMedicine Clinical Procedures.* URL: <http://emedicine.medscape.com/article/109244-print> Erişim Tarihi: 29 Ekim 2010.
9. Kevin J. Knoop, Lawrence B. Stack, Alan B. Storow, R. Jason Thuman. *The Atlas of Emergency Medicine, (Third Edition) USA 2010, pp. 651-657.*
10. Hopkinson WJ, St Pierre P, Ryan JB, Wheeler JH. Syndesmosis sprains of the ankle. *Foot Ankle* 1990;10:325-30.
11. Boytim MJ, Fischer DA, Neumann L. Syndesmotoc ankle sprains. *Am J Sports Med* 1991;19:294-8.
12. Harper MC, Keller TS. A radiographic evaluation of the tibiofibular syndesmosis. *Foot Ankle* 1989;10:156-60.
13. Wuest TK. Injuries to the distal lower extremity syndesmosis. *J Am Acad Orthop Surg* 1997;5:172-81.
14. Harris J, Huffman L, Suk M. Lateral Peritalar Dislocation: A Case Report. *The Journal of Foot & Ankle Surgery* 2008;47:56-59.