

VAKA TAKDİMİ

MEDİAL SUBTALAR ÇIKIK

Dr. M.İ. Safa KAPICIOĞLU*, Dr. Mahmut MUTLU*, Dr. Bahri KASAL*, Dr. Mehmet ARAZİ*

* S.Ü.T.F. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

ÖZET

Subtalar çıkıklar nadir görülen çıkık şekillerindedir. Bu makalede sol ayağında medial subtalar çıkık gelişen 20 yaşında bir hasta sunulmaktadır. Bu klinik durumun etyolojisi ve tedavi yaklaşımları gözden geçirilerek nadir görülen bu yaralanmanın doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi için dikkat çekilmiştir.

Aahter Kelimeler : Medial subtalar çıkık.

SUMMARY

Medial Subtalar Dislocation (A Case Report).

Subtalar dislocations are uncommon injuries. The case report of a 20-years-old male who sustained a medial subtalar dislocation, is presented. In this discussion, the etiology and treatment of medial subtalar dislocation is reviewed to alert the clinicians for prompt evaluation.

Key Words : Medial subtalar dislocation.

GİRİŞ

Subtalar çıkık nadir görülen bir yaralanmadır (2,3). Bu durum bütün Travmatik çıkıkların % 1'i kadardır (10,15). Subtalar çıkık hem talokalkaneal hem de talonavikular eklemi tutar. Medial subtalar çıkık "akkiz düz taban-acquired flat foot" olarak adlandırılır (3). Subtalar çıkık genellikle motorsiklet kazalarında, yüksekte düşmede ve spor müsabakalarında daha çok görülür (2,3,4,5,16). Medial çıkığın görülme ihtimali lateral çıkığa göre daha fazladır (2,4,5,16).

Bu makalede medial subtalar çıkığı olan bir amatör futbol oyuncusu sunularak oluş mekanizması ve tedavisi tartışılmıştır.

VAKA TAKDİMİ

20 yaşında erkek hasta. Futbol oynarken arkadan gelen bir darbe sonucu sol ayakta şiddetli bir burkulmayla birlikte ağrı ve ayakta içe dönme meydana gelmiş. Hasta ayağını oynatamamış ve üzerine basamamış. Acil olarak hastanemize müracaat eden hastanın yapılan muayenesinde sol ayağının ön kısmının, ayak bileğinin medialine doğru döndüğü ve

talus başının dış tarafta barizleşmiş olduğu tesbit edildi (Resim 1). Ayakta herhangi bir dolaşım bozukluğu, duyu kusuru ve açık yara yoktu. Sol ayağın iki yönlü radyografisinde medial subtalar çıkık olduğu görüldü. Grafide ayak bileği ve talusta ilave bir kırık tesbit edilmedi. Ayak bileği eklemi ve kalkaneokuboid eklem sağlamdı (Resim 2). Çıkık genel anestezi altında kapalı olarak yerine kondu ve kısa bacak alçısına alındı (Resim 3). Ertesi gün koltuk değnekleri ile taburcu edilen hastanın alçısı 2 hafta sonra değiştirilerek kısa bacak yürüme alçısı yapıldı. Toplam 6 haftalık alçı tedavisinden sonra alçı çıkarılarak serbest hareket verildi. Hastanın 3 ay sonraki kontrolünde ayakta hafif şişliğin dışında bir şikayeti yoktu (Resim 4).

TARTIŞMA

Nadir görülen bir çıkık şekli olan subtalar çıkığın ilk olarak 1811'de Judey ve Dufarest ile 1815'te Sir Astley Cooper tarafından bildirildiği literatür araştırmasında tesbit edilmiştir (13,14). Broca 1853'te klinik görüntüye göre içe, dışa ve arkaya çıkık olmak üzere üç şekilde sınıflamıştır (1). Daha sonra 1855'te Malgaigne buna öne çıkığı ilave etmiştir (1).

Yakın zamandaki sınıflama sistemi Lancaster ve ark. (8) tarafından çukukla birlikte olan yaralanmaları kapsayacak şekilde yapılmıştır. Buna göre; tip I: Başka yaralanma olmaksızın sadece subtalar kapalı çukuk, tip II: Başka yaralanmalarla (Yumuşak doku yaralanması, eklem içi veya dışı kırık, talus kırığı gibi) birlikte kapalı subtalar çukuk, tip III: Açık çukuk ve talus kırığı olarak tanımlanmıştır.

Medial subtalar çukuk mekanizması ayağın ön bölümünün kuvvetli bir şekilde inversiyona zorlanmasıyla talus boynunun sustentakulum tali üzerinde dönmesi neticesi meydana gelir (1,3,9). Lateral çukuk ise ayağın eversiyona zorlanması sırasında talusun anterolateral köşesinin anterior kalkaneal çukuk üzerinde dönmesiyle meydana gelir (12).

Vakaların büyük çoğunluğu medial çukuk (% 80) şeklindedir. Bunu sırasıyla lateral, posterior ve anterior çukuk izler. Medial çukukların % 55'inde ve lateral çukukların % 72'sinde çukukla birlikte kırık görülmektedir. Açık yaralanmalar da lateral çukuklarda daha fazla görülmektedir. Erkeklerde görülme oranı (% 80) kadınlara göre daha çoktur (16).

Medial subtalar çukukta teşhis ayağın klinik görünüşüne göre rahatlıkla konabilir. Ayağın ön kısmı içe döner. Röntgen bulguları da tipiktir. Ön-arka ve yan radyografilerde talonaviküler eklemdeki bozulma bariz olarak görülebilir (16).

Medial subtalar çukukta tedavi metodu genellikle kapalı redüksiyondur. Plantar fleksiyonda traksiyon yapılırken talokalkaneal eklem ve talus başından bastırılarak talonaviküler eklem yerine konur. Bu işlemin genel anestezi altında yapılması veya en azından hastanın sedatize edilmesi işlemin kolaylığı açısından önemlidir. Redüksiyon sağlandıktan sonra ayak nötral pozisyondayken kısa bacak alçısına alınır (1,8). Alçı içinde tesbit süresi genellikle 3 hafta olarak kabul edilir ve 3 hafta tesbitten sonra yavaş yavaş hareket ve yük verilir (11). Ancak yetersiz

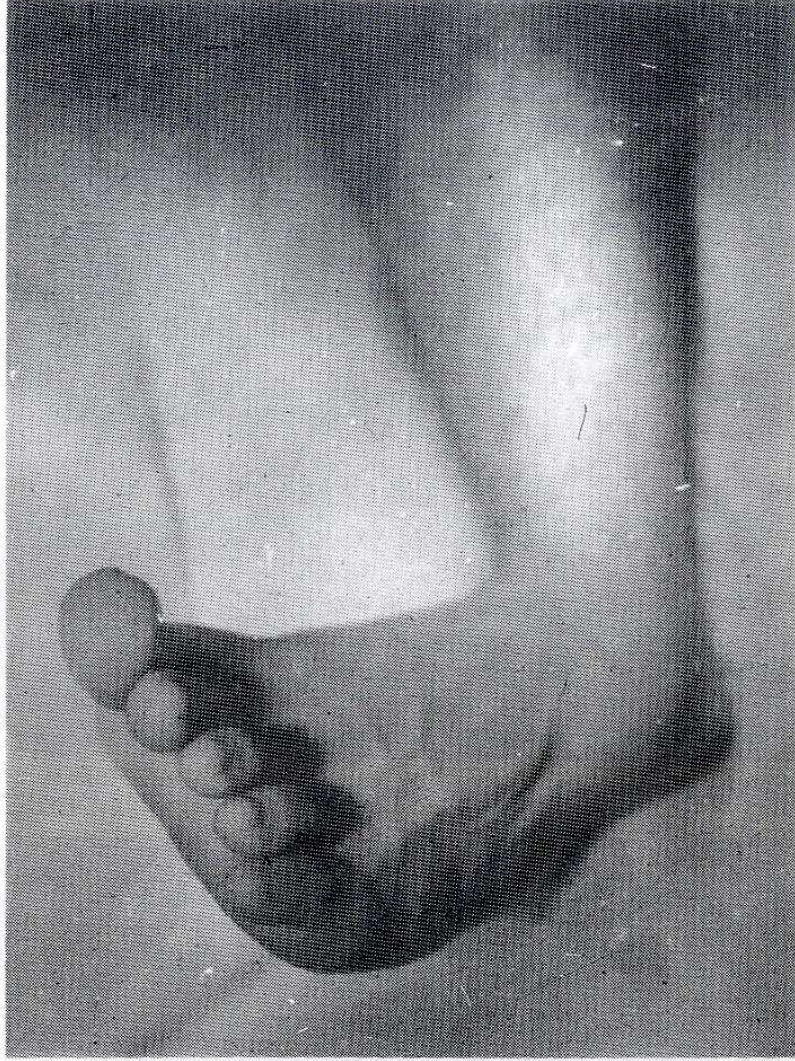
tesbit edilen vakalarda daha sonra kronik instabilite geliştiği bildirilmiştir (16). Biz vakamızda yük vermeden 2 hafta kısa bacak alçısı uyguladıktan sonra, kısa bacak yürüme alçısı yaparak hastanın yürütmesine izin verdik ve toplam 6 hafta sonra alçıyı çıkararak serbest hareketi başlattık ve 3 ay sonraki kontrolde ayakbileğinde herhangi bir instabilitenin bulunmadığını tesbit ettik.

Subtalar çukuklarda açık redüksiyon nadiren gerekli olmaktadır (6,10). Açık redüksiyon gerektiren durumlar; talus başının ekstensor retinakulum veya ekstensor digitorum brevisin arasına girmesi (6), talus başında kırık olması (10), ve talus başının peroneal veya posterior tibial tendonlar tarafından sıkıştırılmasıdır (10). Bazı instabil durumlarda açık redüksiyona ilave olarak internal tesbitin yapılması da gerekebilmektedir (7). Ancak literatüre göre medial subtalar çukuk vakalarının bazılarında açık redüksiyon yapılmakla birlikte internal fiksasyon ihtiyacı doğmamıştır.

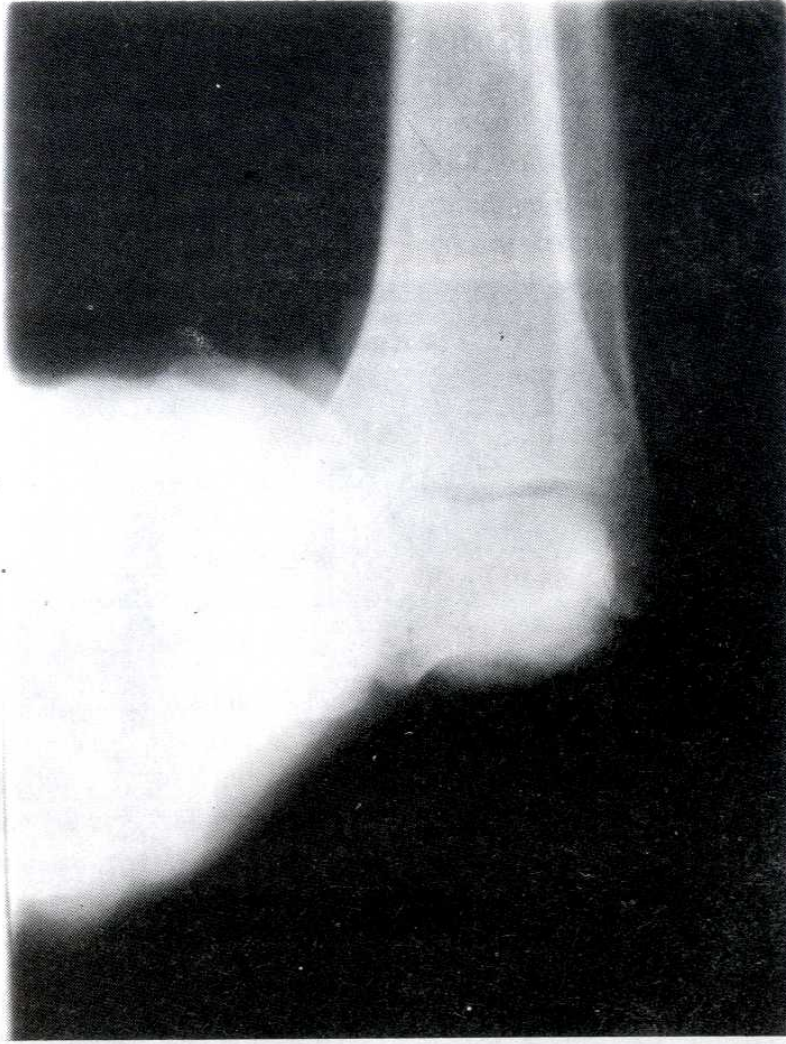
Subtalar çukuklardan sonra en sık rastlanan komplikasyon travma sonrası subtalar artrit ve subtalar hareket kaybıdır. Bağ dokusu yaralanması fazla olsa bile kronik instabilite ihtimali azdır. Avasküler nekroz da nadir bir komplikasyon (% 4-5) olmakla birlikte, oluştuğu takdirde hastayı oldukça fazla rahatsız eder (16). Avasküler nekroz, açık çukuklarda ve talus başı ve boyun kırığı ile birlikte olan kırıklarda daha çok görülmektedir (7,8). Ayrıca tesbit süresi kısa tutulanlarda subtalar instabilite görülme riski fazladır (16).

SONUÇ

Nadir bir vaka olan medial subtalar çukuklu bir hasta sunuldu. Klinik olarak teşhisi kolay olan bu hastalığın etkili tedavisiyle yaralanmaya bağlı gelişebilecek rahatsızlıkların en aza indirilmesi mümkün olmaktadır.



Resim 1. Hastanın sol ayağındaki medial subtalar çıkığın redüksiyondan hemen önceki durumu



Resim 2a. Hastanın redüksiyondan önceki ön-arka grafileri.



Resim 2b. Hastanın redüksiyondan önceki yan grafileri.



Resim 3a. Hastanın sol ayağının redüksiyondan sonra ön-arka grafileri.



Resim 3b. Hastanın sol ayağının redüksiyondan sonra yan grafileri.



Resim 4a. Hastanın redüksiyondan 3 ay sonraki kontrolünde ayaklarının önden klinik görüntüsü. Sol ayak bileğindeki hafif şişlik dışında herhangi bir klinik bulgu yok.



Resim 4b. Hastanın redüksiyondan 3 ay sonraki kontrolünde ayaklarının arkadan klinik görüntüsü. Sol ayak bileğindeki hafif şişlik dışında herhangi bir klinik bulgu yok.

KAYNAKLAR

1. Aulicino P., Hutton P.M., Foster C., DePuy T.E.: Subtalar dislocation of the foot: A literature review and a report of twelve cases. *Orthop Rev.* 1982, 11: 35-42.
2. Bak K. and Koch J.S.S.: Subtalar dislocation in a handball player. *Br J Sp Med.* 1991, 25 (1): 24-25.
3. Buckingham W.W. Jr.: Subtalar dislocation of the foot. *J Trauma.* 1973, 13: 753-765.
4. DeLee J.C. and Curtis R.: Subtalar dislocation of the foot. *J Bone Joint Surg.* 1982, 64-A: 433-437.
5. Grantham S.A.: Medial subtalar dislocation: five cases with a common etiology. *J Trauma.* 1964, 4: 845-849.
6. Haliburton R.A., Barber J.R., Fraser R.L.: Further experience with peritalar dislocation. *Can J Surg.* 1967, 10: 322-324.
7. Kenwright J. and Taylor R.G.: Major injuries of the talus. *J Bone Joint Surg.* 1970, 52-B: 36-48.
8. Lancaster S., Horowitz M., Alonso J.: Subtalar dislocations: A prognosticating classification. *Orthopedics.* 1985, 8 (10): 1234-1240.
9. Larsen H.W.: Subastragalar dislocation (Luxatio pedio subtalo). A follow-up report of eight cases. *Acta Chir Scandinavica.* 1957, 113: 380-392.
10. Leitner B.: Obstacles to reduction in subtalar dislocations. *J Bone Joint Surg.* 1954, 36-A: 299-306.
11. McKeever F.M.: Treatment of complications of fractures and dislocations of the talus. *Clin Orthop.* 1963, 30: 53-63.
12. Monson S. T. and Ryan J.R.: Subtalar dislocation. *J Bone Joint Surg.* 1981, 63-A: 1156-1158.
13. Plewes L. W. and McKelvey K.G.: Subtalar dislocation. *J Bone Joint Surg.* 1944, 26: 585-588.
14. Shands A.R.: The incidence of subastragloid dislocation of the foot with a report of one case of inward type. *J Bone Joint Surg.* 1928, 10: 306-313.
15. Silvani S.H.: Fractures of the talus. In *Foot and Ankle Trauma.* p. 405. edited by B.L. Scurrin. Churchill Livingstone, New York, 1989.
16. Zimmer T.J. and Johnson K.A.: Subtalar dislocation. *Clin Orthop Rel Res.* 1989, 238: 190-194.