

AYNI TARAFLI FEMUR VE TİBİA KIRIKLARI VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Dr. Abdurrahman KUTLU, Dr. Mahmut MUTLU, Dr. Recep MEMİK,
Dr. Orhan BÜYÜKBEBECİ
S.Ü.T.F. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

1983 ve 1990 yılları arasında, yedi yıllık sürede, aynı taraf femur ve tibia kırığı olan 15 hasta Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine müracaat etti. Hastaların kayıtlarından, yaralanmanın sebebi, beraberindeki diğer yaralanmalar, tedavinin çeşiti ve komplikasyonlar gözden geçirildi. Yaşları 13 ile 56 yaş (ortalama 31 yaş) arasında değişen hastaların hepsin de de oluş nedeni trafik kazasıydı. Onbeş hastadan 13'ünün düzenli takipleri yapıldı. Ve en az 4 ay, en çok 72 ay (ortalama 31,5 ay) takip edildiler.

Anahtar Kelimeler: Femur, Tibia, Kırıklar.

SUMMARY

The Management of Ipsilateral Femur and Tibia Fractures

During the seven-year period from 1983 to 1990, 15 patients with ipsilateral fractures of the femur and tibia were referred to Selçuk University, Faculty of Medicine, Research and Training Hospital. The etiology of injury, associated injuries, type of treatment, and encountered complications were reviewed from the patient's records. The patients ages were 13 years old to 56 years old (averaging 31 years old). All injuries were related to car accidents. Thirteen of 15 patients continued followup program regularly from 4 months, averaging 31 1/2 months.

Key Words: Femur, Tibia, Fractures.

GİRİŞ

Aynı taraflı femur ve tibia kırıkları her zaman bir arada bulunmayan yüksek enerjili oluşan kırıklardır (1,2). Bilindiği üzere femur ve tibia kırıkları oluş şekilleri, tedavi prensipleri ve ortaya çıkardığı komplikasyonlar bakımından özellik gösterirler. Tedaviler çeşitli metodlarla olmakla beraber femur kırıklarında genellikle cerrahi metodlar tercih edilirken (1), tibia kırıklarında lokalizasyon ve kırığın şekline göre değişen konservatif tedavi şekilleri ağırlığı oluşturmaktadır (2).

Femur ve tibia kırıklarının aynı ektremitede bulunması durumunda izole kırıklardan biraz farklı hareket etmek gerekli olabilmektedir. Herşeyden önce bu şekildeki kırıklar ciddi ve şiddetli yaralanma sonucu oluşmaktadır. Kırıkların açık ve komplike olabilmesi yanında, genellikle ilave kırıklar ile birlikte kafa, göğüs, batin travmaları bulunabilmekte ve hipovolemik şok, yağı embolisi, adult respiratuvar distres sendromu, akut böbrek yetmezliği gibi ciddi sistemik problemleri beraberinde getirebilmektedir (1,3,4,5). Hasta hayatını tehdit eden bu problemlerin esas kırık tedavisine geçilmeden önce giderilmesi gerekmektedir. Femur ve tibia kırıklarının tedavisi her zaman prensipleri içerisinde tedavi edilememektedir. Bu sebeple tedavinin seçimi hastanın genel durumuna, lokal yumuşak

dokunun durumuna, eldeki imkan ve implantların durumuna göre değişmektedir (1,3).

Burada, kliniğimize müracaat eden ve tedavileri yapılan aynı taraflı femur ve tibia kırıkları olan hastaların özellikleri ve uygulanan tedavi yaklaşımları sunuldu.

MATERYAL VE METOD

Mart 1983 ve Ağustos 1990 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde aynı taraflı femur ve tibia kırığı olan 15 hasta teşhis edilmiş ve bunların 13'ü değerlendirmeye alınmıştır. 15 hastadan 1'i mahkum koğuşun olmadığından yatırılmamış, 1 hasta da kendi isteğiyle haliyle taburcu edilmiştir. En küçüğü 13, en büyüğü 56, ortalama 31 yaşında olan hastalarımızın 14'ü erkekdi, 1'i kadındı.

Bizim aynı taraflı tibia ve femur kırıklarında tedavi yaklaşımımız; hastanın önce genel durumunu düzeltici tedaviye yönelinip, açık kırık varsa uygun yara bakımı yapılıp, antibiyotik başlanması, kırıklara traksiyon ve tesbit uygulanması şeklindedir. Bilahere önemli bir engel yoksa önce femur kırıklarına internal tesbit aracı kullanılarak cerrahi işlem gerçekleştirilmiştir. Femur kırığının bulunması sebebi ile konservatif metodlarla hakim olunamayan tibia kırıklarına ikinci bir seansta cerrahi işlem uygulanmış ve bunlar plakla tesbit edilmişlerdir. Açık kırık sınıflaması Gustilo ve Anderson klasifikasyonuna göre yapılmış (6) ve açık kırık mevcut olan hastalarda enfeksiyon tehlikesi geçtikten sonra en erken iki veya üç hafta sonra açık redüksiyon uygulanmıştır. Tibiaya Ender intramedullar çivi uygulaması ise femura cerrahi müdahale sırasında aynı seansta yapılmıştır.

SONUÇLAR

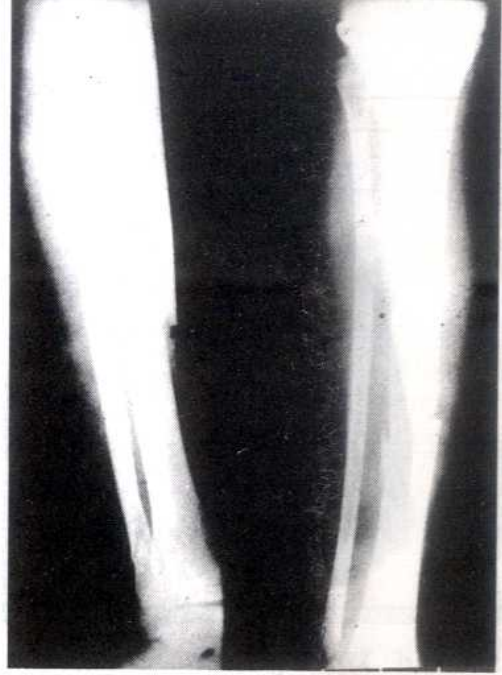
Kliniğimizde tedavileri yapılan hastaların yaş, cins, taraf, kırık şekli, takip süreleri Tablo: I'de, kırık lokalizasyonu Tablo: II'de, ilave kırık ve yaralanma Tablo: III'de gösterilmiştir.

TABLO-I: Hastaların yaş, cins ve uygulanan tedavi şekillerine göre dağılımı.

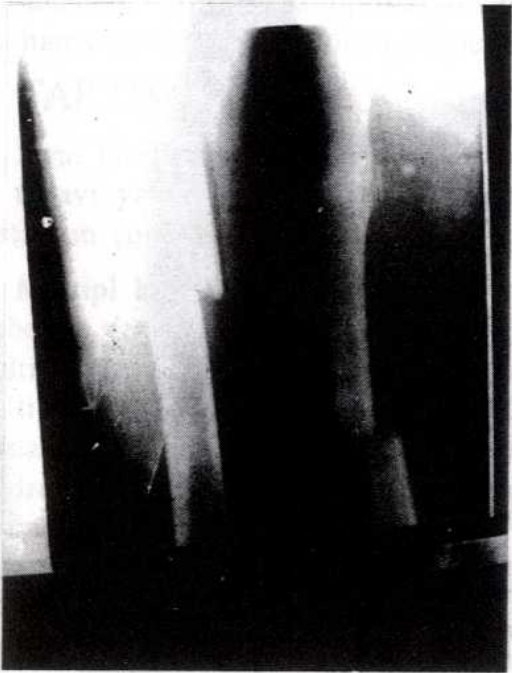
Vaka	YAŞ	CİNS	KIRIK ŞEKLİ		TARAF	TEDAVİ ŞEKLİ		TAKİP SÜRESİ
			FEMUR	TİBİA		FEMUR	TİBİA	
1	14	E	Kapalı	Tip-II Açık	Sol	Küntcher Çivisi	Ender Çivisi	21 Ay
2	19	E	Tip-II Açık	Tip-I Açık	Sol	Küntcher Çivisi	Plak	33 Ay
3	28	E	Kapalı	Tip-I Açık	Sağ	Küntcher Çivisi	Plak	25 Ay
4	13	E	Kapalı	Tip-II Açık	Sol	Plak	Plak	25 Ay
5	17	E	Kapalı	Kapalı	Sağ	Küntcher Çivisi	Konservatif	16 Ay
6	37	E	Kapalı	Kapalı	Sağ	Plak	Plak	72 Ay
7	29	E	Kapalı	Kapalı	Sol	Plak	Konservatif	27 Ay
8	48	E	Kapalı	Kapalı	Sağ	Küntcher Çivisi	Konservatif	62 Ay
9	39	E	Kapalı	Kapalı	Sağ	Küntcher Çivisi	Plak	60 Ay
10	33	E	Kapalı	Kapalı	Sol	Plak	Konservatif	34 Ay
11	19	E	Kapalı	Kapalı	Sağ	Plak	Plak	26 Ay
12	56	E	Kapalı	Tip-I Açık	Sol	Küntcher Çivisi	Ender Çivisi	5 Ay
13	30	K	Tip-III Açık	Tip-II Açık	Sol	Konservatif	Ender Çivisi	4 Ay



Şekil 1: a-14 yaşında erkek hasta.
Tedavi öncesi sol tibia.



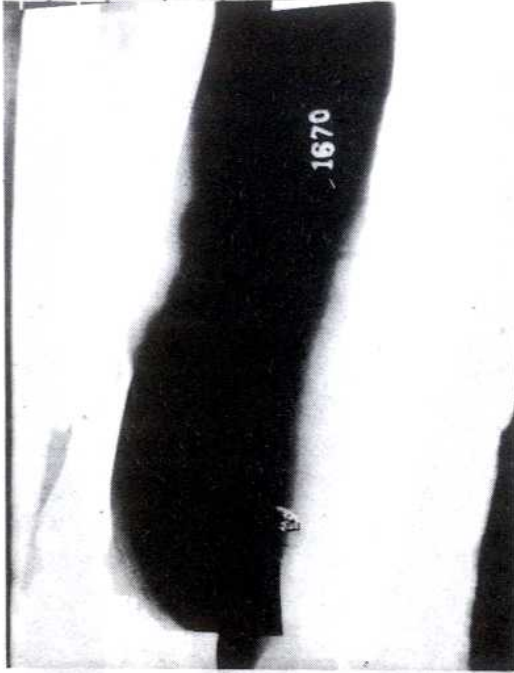
Şekil 1: b-14 yaşında erkek hasta.
Tedavi sonrası sol tibia.



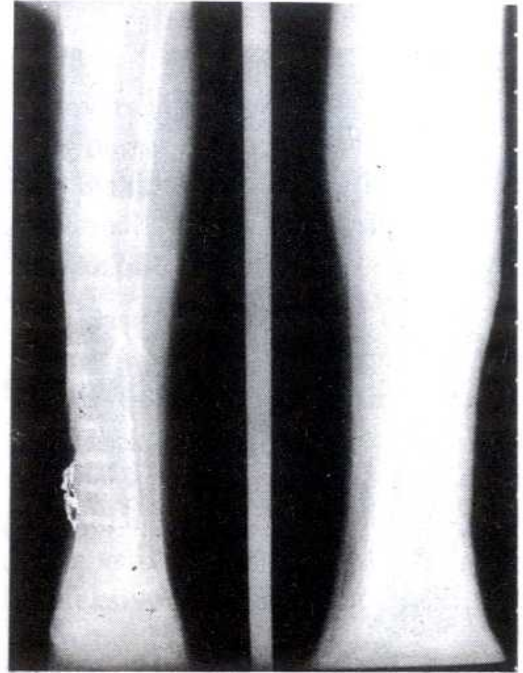
Şekil 1: c-14 yaşında erkek hasta.
Tedavi öncesi sol femur.



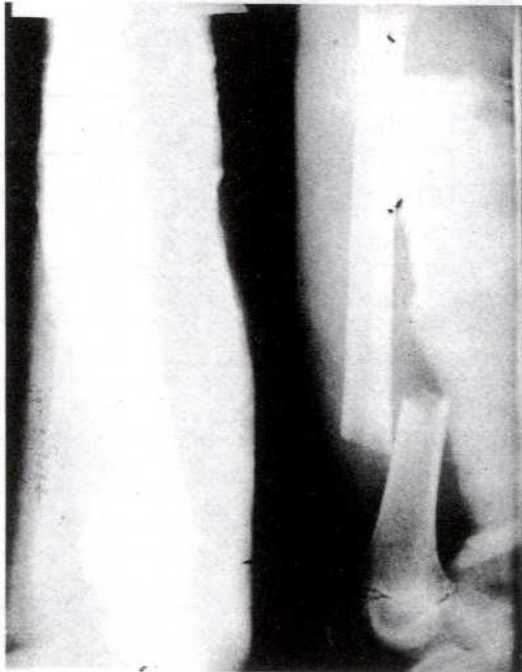
Şekil 1: d-14 yaşında erkek hasta.
Tedavi sonrası sol femur



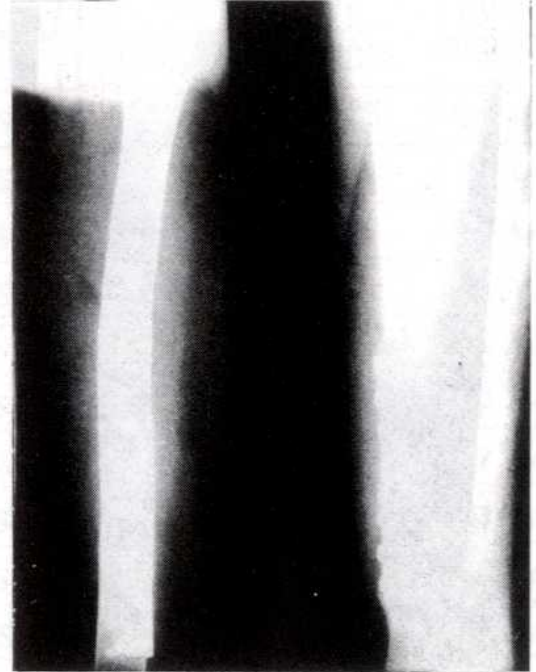
Şekil 2: a-13 yaşında erkek hasta.
Tedavi öncesi sol tibia.



Şekil 2: b-13 yaşında erkek hasta.
Tedavi sonrası sol tibia.



Şekil 2: c-13 yaşında erkek hasta.
Tedavi öncesi sol femur.



Şekil 2: d-13 yaşında erkek hasta.
Tedavi sonrası sol femur.

TABLO-II: Kırık lokalizasyonu.

	1/3 Orta	1/3 Alt	1/3 Üst
Femur	10	1	1
Tibia	9	3	3

TABLO-III: İlave kırık ve yaralanma.

- Kafa travması.....	4
- Nazal Kemik kırığı ve maksillo fasial yaralanma.....	2
- Klavikula kırığı.....	1
- Humerus ve dirsek kırığı.....	1
- Multipl kot kırığı.....	1
- Radius ulna kırığı.....	1
- Aynı taraf femur boyun kırığı.....	1
- Karşı taraf inter kondiler femur kırığı.....	1
- Medial malleol kırığı.....	1

Açık kırığı mevcut olan 6 hastanın 3'ünde yüzeysel enfeksiyon, 1 hastada derin enfeksiyon tesbit edilmiştir. Hespide uygun debridman, irrigasyon ve antibiyotiklerle tedavi edilmiştir. Erken devrede, 4 hastada hipovolemik şok, 2 hastada akut kompartman sendromu, 1 hastada post travmatik akut böbrek yetmezliği tesbit edilmiş ve bir problem çıkmadan tedavileri yapılmıştır.

Hastalar en az 4 ay, en fazla 72 ay (ortalama 31.5 ay) takip edilmişlerdir. Takip sonrasında, üç hastada görülen hafif komplikasyonlar dışında ciddi bir probleme rastlanmamıştır. Bu komplikasyonlar; bir hastanın tibiasında 13'lik varus, iki hastanın diz hareketlerinde fleksiyonda 90'de kısıtlılık olarak görülmüştür.

TARTIŞMA

Aynı taraflı ve tibia kırıkları çok sık görülmez, fakat birlikte görülen komplikasyonları ve tedavi yaklaşımları yönünden diğer kırıklara göre özellik gösterirler (1). Bu nedenle hastaların çok iyi değerlendirilmesi gerekir (5).

Multipl kırıklarda komplikasyonlar tek kırıklara oranla daha fazla görülmektedir. Yağ embolisi ve adult respiretuvar distres sendromuna özellikle uzun kemikleri içine alan multipl kırıklarda daha çok rastlanmaktadır (1,3,4). Son zamanlarda birçok çalışmada, multipl travmalı hastalarda uzun kemik kırıklarının cerrahi yolla tesbit edilmesinin risk ve faydaları bildirilmiştir. Travma sonrası görülen yağ embolisi, adult respiretuvar distres sendromu gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlarda, cerrahi tesbitten sonra kayda değer azalma olduğu ileri sürülmüştür (1).

Bizim uygulamalarımız sonunda tedavi öncesi ortaya çıkmış komplikasyonlar sonucu hiç hasta kaybedilmemiş ve tedavi sonrası da üç hastada görülen hafif komplikasyonlar dışında ciddi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. MC Andrew MP, Pontarelli W. The long-term Follow-up of Ipsilateral tibial and femoral diaphyseal fractures. Clin Orthop 1988; 232: 190-196.
2. Sarmiento A, Gersten LM, Sobol PA, Shankwiler Ja, Vangsness CT. Tibial shaft fractures treated with functional braces. J Bone Joint Surg 1989; 71B: 602-609.
3. Keller CS. The pirinciples of the treatment of tibial shaft fractures. Orthopedics. 1983; 6: 993-1004.
4. Grana AW, Gruel J, Wedro B, Hollingsworth S. Complications of ipsilateral femur and tibia fractures. Ortopedics 1984; 7: 825-828.
5. Biçimoğlu A, Tabak Y, Güntepe Y. Ipsilateral multiple alt ekstremite kırıkları. XI. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. Ankara: Emel Matbaacılık sanayii, 1990: 503-505.
6. Velazco By A, Whitesides TE, Fleming LL. Open fractures of the tibia treated with the Lottas Nail. J Bone Joint Surg 1983; 65A: 879-884.