

TOTAL TALUS DİSLOKASYONU

Dr. Abdurrahman KUTLU (1)

Total talus dislokasyonu hemen her zaman ayakta sakatlık bırakan bir yaralanmadır. Çok şükür nadir görülmektedir. Bu yazıda bir total talus dislokasyonu vakası takdim edildi ve konu kısaca gözden geçirildi.

The Total dislocation of talus is a trauma that results always almost disabling. Fortunately it is rare. In this paper a case with total dislocation of talus was presented and the subject was reviewed.

Total talus dislokasyonu (TTD) ayağın sakatlık bırakan en önemli yaralanmasıdır (5). Oldukça nadir görülen bu yaralanmanın sonucunun kötü olması talusun anatomik yapısı ile ilgilidir. Talus alt ekstremitede adale yapışması olmayan bir kemiktir ve 3/5 ü eklem yüzünden ibarettir. Bu özellikler talusun çıkıklarında kolaylaştırıcı rol oynadığı gibi talusun kırık ve çıkıklarında talusun beslenmesini kötü yönde etkilemektedir (1).

TTD da talus başı genellikle ayağın dorso-lateral kesiminde ciltte yırtıklar meydana getirir ve bazen yerinden ayrılarak dışarı fırlayabilir (10). Leitner (7) subtalar dislokasyonun, TTD nun ilk basamağı olduğunu, ileri supinasyon veya inversiyon zorlamasının lateral TTD na yol açtığını; daha az sıklıkla pronasyon veya eversiyon zorlamasının lateral subtalar dislokasyona ve medial total dislokasyona sebep olduğunu ileri sürdü.

TTD nun tedavisi konusunda çeşitli görüşler mevcuttur. Bazı yazarlar TTD da ayakbileği ve ayak fonksiyonlarının ve ekstremiten uzunluğunun korunması için kapalı veya açık redüksiyonu tavsiye etmektedirler (6). Bunun yanında enfeksiyon ve talusun beslenme probleminden dolayı primer artrodezi savunanlar olmuştur (2). Detenbeck ve Kelly (5) TTD' u açık veya kapalı olsun başlangıçta talektomi ve tibio-talar artrodezi tavsiye etmişlerdir.

(1) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

TTD da seçilecek tedavi yolu ne olursa olsun, TTD nun ilk tedavisi aciliyet ister. Çünkü ayak dolaşımı etkilenmekte ve hastanın şiddetli ağrısı mevcuttur. Genel anestezi altında kalkaneustan geçirilecek yeterli kalınlıkta bir kirschner teli yardımı ile etkili traksiyon ve ayağı fleksiyona - adduksiyona zorlayarak talus nazikçe yerine itilmelidir(9). Bunda başarılı olunamazsa açık redüksiyon uygulanmalıdır. Bu işlem anında enfeksiyon tehlikesine karşı son derece dikkatli olunmalı ve talusun yumuşak dokuları fazla diseksi edilmemelidir (9).

Bu yazıda iyi sonuç aldığımız bir TTD ve bimalleolar kırığı olan bir vakayı takdim etmeyi uygun bulduk.

VAKA TAKDİMİ :

S. V. 30 yaşında erkek hasta, 28.5.1983 günü elektrik çarpması ve elektrik direğinden düşmesi sonucu sol ayak bileğindeki şekil bozukluğu ve ağrı sebebi ile acilen hastanemize getirildi. Daha önce müracaat ettiği hastanede kapalı redüksiyon denendiği ve ayağının düzeltilemediği öğrenildi. Klinik olarak, ayak adduksiyonda ve plantar fleksiyonda fiksede durumda idi. Ayakta hafif kızarıklık mevcuttu. Hastanın şiddetli ağrısı mevcuttu. Radyolojik olarak, her iki malleolün kırık olduğu, talusun yer değiştirmiş olduğu tesbit edildi. Şekil: 1, 2. Hasta acilen ameliyathaneye alındı ve genel anestezi uygulandı. Kalkaneustan kirschner teli geçirilerek kapalı redüksiyon denendi fakat başarılı olunamadı. Ekstremiteye turnike uygulanarak anterior girişle açık redüksiyon uygulandı. Talus'un lateral malleolün önünde vertikaloblik durumda ve uzun eksen etrafında dönmüş olduğu tesbit edildi. Yumuşak dokular fazla diseksi edilmeden talus nazikçe redükte edildi. Saha usulüne uygun kapatıldı ve her iki malleol kapalı olarak redükte edilmeye çalışılarak ayağı iyi tesbit eden kısa bacak alçısı uygulandı. Kontrol grafilerinde malleollerin pozisyonu yeterli görüldü. Ameliyat sonrası ayağın dolaşımı ve enfeksiyonu yönünden hasta yakından takip edildi. Dikişler zamanında alınarak alçı kapatıldı ve hasta taburcu edildi. Birbuçuk ay sonra kısa bacak yürüme alçısı şeklinde yeniden alçı tesbiti yapıldı. Bu tesbit birbuçuk ay tutuldu ve alçı tesbitine son verildi. Ayak bileği için eksersizler ve yavaş ağırlık vermesi tavsiye edildi.

Hastanın ameliyattan sekiz ay sonraki kontrolünde rahat yürüdüğü ve herhangi bir ağrı ve hareket kısıtlılığının olmadığı tesbit edildi. Radyolojik olarak tibio - talar eklem mesafesinin iyi olduğu ve talusta herhangi bir dansite farkının olmadığı tesbit edildi. Şekil: 3.

Kemik sintigrafisi tetkikinde de talus da avasküler nekroz bulguları tesbit edilmedi.

TARTIŞMA :

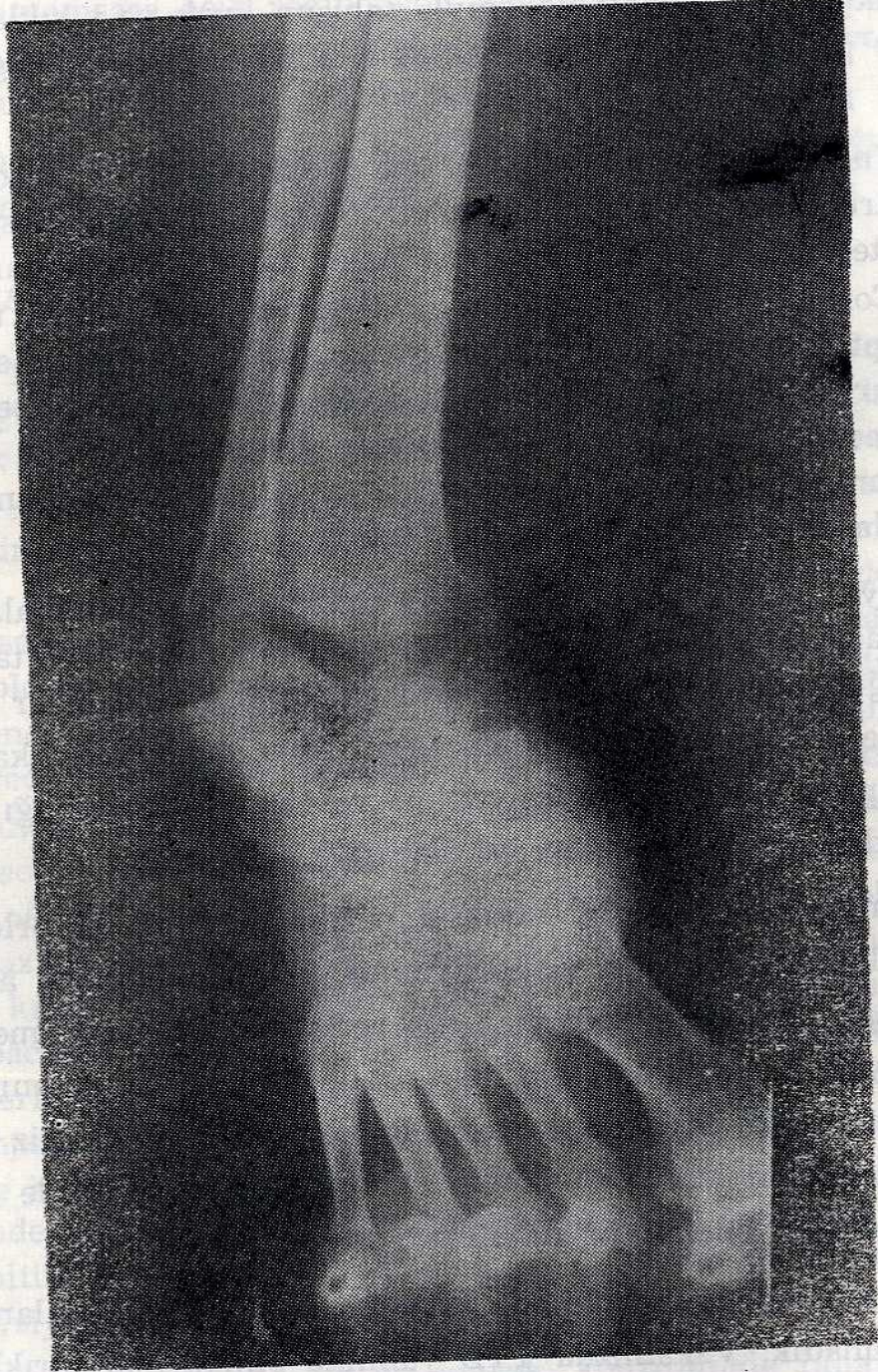
Talus ayağa gelen üç arter aracılığı ile beslenmektedir. Talusu besleyen damarlar kırıkta olmayan yüzlerden girmektedir (9). Talus'a yarıyan herhangi bir adalenin olmaması ve diğer yumuşak dokular yönünden oldukça fakir olması nedeniyle talusun kırık ve çıkıklarında talusta beslenme problemi ortaya çıkmaktadır. TTD da tedavinin güçlüğü buradan ileri gelmektedir.

TTD'ü ile ilgili yayınlar gözden geçirildiği zaman sonuçların pek yüzgüldürücü olmadığı görülmektedir. TTD daki komplikasyonların çokluğu ve tedavinin güçlüğü ilk defa Asley Cooper tarafından bildirilmiştir (3). Cortart'ın (4) dokuz vakalık serisinde yedi vaka talektomi, iki vaka aseptik nekrozla; Pennal'in üç vakasından ikisi aynı seansta talektomi ve artrodez, biri amputasyonla neticelenmiştir. Detenbeck ve Kelly'nin (5) yedisi açık, ikisi kapalı TTD olan dokuz vakasından sekizinde enfeksiyon meydana gelmiş; yedi vakada talektomi, birinde amputasyon ve bir vakada da tibio - talar artrodez uygulanmıştır.

Bazı yazarlar TTD da başlangıçta talektomi ve tibio - talar artrodezin uygun olacağını tavsiye ederken (5), Watson Jones (10) talusun mümkün olduğu kadar muhafaza edilmesi gerektiğini, avasküler nekroz meydana gelse dahi revasküle olabileceğini, tibio - talar, talo - kalkaneal füzyonlar yapılsa bile ayak fonksiyonları ve ekstremitte kısalığı bakımından talektomiden her zaman daha iyi olacağını belirtmiştir.

Vakamızda sonucun iyi olmasını etkileyen bazı faktörleri söyleyememiz mümkündür. Bunları redüksiyonun erken yapılması, açık redüksiyon anında yumuşak dokuların fazla zedelenmemesi ve ameliyat sonrası enfeksiyonun olmaması şeklinde sıralayabiliriz. Çıkık anında talusun dolaşımının ne derecede etkilenmiş olabileceğini söyleyememiz güçtür. Ancak sağlam kalan vasküler yapının korunmasının tedavide dikkat edilmesi gereken en önemli unsur olduğu muhakkaktır.

Diğer serilerde TTD yanında görülen başka yaralanmalarda ilgili yayına rastlamadık. Vakamızda TTD yanında bimalleoler kırıklarının olması ayak bileğinin geleceği yönünden şansız bir durum olmuştur. Ne var ki malleoler açık redüksiyona gerek kalmadan kapalı olarak tedavi edilebilmiş ve risk bir ölçüde azaltılmış oldu. Sonuçta hem talus hem malleoller yönünden beklediğimizden çok daha iyi bir şekilde iyileşmeler oldu ve ayakbileğine eski fonksiyonları kazandırıldı.



Şekil : 1
Ayak bileğinin Ön - Arka grafisi

KAYNAKLAR :

- 1 - Bennin, J. G.: Dislocations and fracture-dislocation of the Talus. *Brith. J. Surg.*, 26: 88 - 100, 1949.
- 2 - Collins
- 3 - Coope
- 4 - Corlto
- 5 - Detent
- 6 - Fahey
- 7 - Leinen
- 8 - Penna
- 9 - Rocku
- 10 - Walsc



Şekil : 2
Ayak bileğinin yan grafisi



Şekil : 3
Ayak bileğinin yan grafisi (Tedaviden 8 ay Sonra)

KAYNAKLAR :

- 1 - Bonnin, J. G.: Dislocations and fracture - dislocation of the Talus. *Brith. J. Surg.*, 28 : 88 - 100, 1940.
- 2 - Collins, M. C. and Collins J. L.: Complete external dislocation of the Astragalus Bone. *California and western Med.* 51 : 39, 1939.
- 3 - Cooper, A. P.: *Treatise on dislocations and Fractures of the Joints.* Boston, Lilly, Wait, Carter and Hendee, 1832. Kaynak No. 5 de zikredilmiştir.
- 4 - Corltart, W. D.: Aviator's Astragalus. *J. Bone and Joint Surg.*, 34 - B: 545 - 566, 1952.
- 5 - Detenbeck, L. C., Kelly, P. J.: Total dislocation of the Talus. *J. Bone and Joint Surg.*, 51 - A : 283 - 288, 1969.
- 6 - Fahey, J. J., and Murph, J. L.: Dislocations and Fractures of the Talus. *Surg. Clin. North America*, 45 : 79 - 102, 1965.
- 7 - Leitner, B.: The mechanism of the total talus dislocation of the Talus. *J. Bone and Joint Surg.*, 37 - A : 89 - 95, 1955.
- 8 - Pennal, G. F.: Fracture of the talus. *Clinic. Orthop.*, 30 : 53 - 63, 1963.
- 9 - Rockwood, C. A., Green, D. P.: *Fractures*, J. B. Lippincott Comp. 1975, pp. 1459 - 1462.
- 10 - Watson, J.: Kırıklar ve mafsal yaralanmaları. *Çev. Güngör S. Çakır-gil.* Cilt - 1, 1968, Sayfa: 484 - 486.

VAKA: 25 yaşında erkek bir hasta, heri derecede nefes darlığı, çarpıntı, öksürük, karnada günlük şayetleri ile bilinmeyen yaralıdır. Hastanın şikâyetleri her zaman beri devam etmekte ve 10 kg. zayıfladığını söylemektedir.

Laboratuvar tetkiklerinde, lökosit: 5700, eritrosit: 3.840.000, sedimentasyon 25 mm/saat. Thorax ve batından alınan sıvıların sıvı analizlerinde protein %53 mg/litre, kolesterol %38 mg/litre, trigliseridler 360 mg/litre, lipidler 794 mg/litre, glikoz 130 mg/100 ml idi. Alınan sıvıda, Tric-

- (1) S.Ü.T.F. Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- (2) S.Ü.T.F. Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
- (3) E.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
- (4) S.Ü.T.F. Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- (5) S.Ü.T.F. Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi