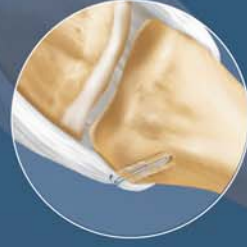




TFCC Repair



SL Repair



UCL Repair

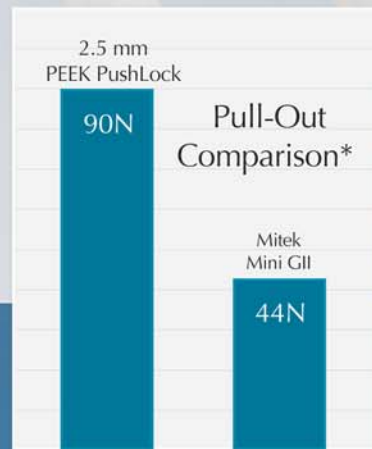
Optimize Tensioning & Fixation without Knot Tying



The 2.5 mm PushLock uses a PEEK eyelet to place the sutures at the bottom of a drill hole, allowing the surgeon to tension precisely and lock the sutures in place by impacting the top portion of the anchor. Both the high strength radiolucent PEEK and the absorbable PLLA 2.5 mm PushLock optimize tissue-tension and fixation without knot tying.



Actual Size



*data on file

2.5 mm PushLock® Tissue Anchor



www.mrmedikal.com
tel: 0212 222 92 41



www.arthrex.com

© Copyright Arthrex Inc., 2010. All rights reserved.

12. Ulusal El ve Üst Ekstremité Cerrahisi Kongresi

12 Ulusal El ve Üst Ekstremité Cerrahisi Kongresi

19-22 Mayıs 2010
Maritim Pine Beach Antalya

1. Ulusal El Rehabilitasyonu Kongresi

Bildiri Özetleri Kitabı

Bildiri Özetleri Kitabı

**12. Ulusal
El ve Üst Ekstremitte
Cerrahisi Kongresi**

Bildiri Özetleri Kitabı

19-22 Mayıs 2010 - ANTALYA

TÜRK EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ DERNEĞİ

ONURSAL BAŞKAN

Dr. Rıdvan EGE

YÖNETİM KURULU BAŞKANI

Dr. Hüseyin BAYRAM

II. BAŞKANLAR

Dr. Ahmet EKİN

Dr. Türker ÖZKAN

GENEL SEKRETER

Dr. Şadan AY

SAYMAN ÜYE

Dr. Gürsel LEBLEBİCİOĞLU

ÜYELER

Dr. Yalçın ADEMOĞLU

Dr. Sinan ADIYAMAN

Dr. Yüksel ÖZKAN

Dr. Levent YALÇIN

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE ONURSAL BAŞKANI

Dr. Abdullah KEÇİK

KONGRE KOORDİNATÖRÜ

Dr. Hüseyin BAYRAM

KONGRE BAŞKANI

Dr. Aydın YÜCETÜRK

KONGRE SEKRETERİ

Dr. Serdar TÜZÜNER

KONGRE BİLİMSEL SEKRETERYASI

Dr. Şadan AY

Dr. Berkan MERSA

Dr. Ufuk NALBANTOĞLU

KONGRE SAYMANI

Dr. Gürsel LEBLEBİCİOĞLU

KONGRE ORGANİZASYON KOMİTESİ

Dr. Ali Emre AKSU

Dr. Sinan BİLGİN

Dr. Kadir ERTEM

Dr. Tufan KALELİ

Dr. Murat KAYALAR

Dr. Tunç Cevat ÖĞÜN

Dr. Taçkın ÖZALP

Dr. Hayati ÖZTÜRK

Dr. Ahmet PİŞKİN

Dr. Yıldırım TÜRK

Dr. Mehmet YILDIZ

KONGRE ONUR KONUKLARI

Dr. Orhan GİRGİN

Dr. Ahmet KARAOĞUZ

KONGRE KONUK KONUŞMACILAR

Dr. Zsolt SZABO (MACARİSTAN)

Dr. Ola COLIN (İSVEÇ)

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Dr. Sait ADA
Dr. Yalçın ADEMOĞLU
Dr. Sinan ADIYAMAN
Dr. Metin AKINCI
Dr. Ali Emre AKSU
Dr. Şadan AY
Dr. Atakan AYDIN
Dr. A. Kadir BACAĞOĞLU
Dr. Ali Erdem BAGATUR
Dr. Hüseyin BAYRAM
Dr. Halil İbrahim BEKLER
Dr. Tahsin BEYZADEOĞLU
Dr. Sinan BİLGİN
Dr. Arslan BORA
Dr. Erhan COŞKUNOL
Dr. İsmail ÇALLI
Dr. Mehmet DEMİRTAŞ
Dr. Hayati DURMAZ
Dr. Ahmet EGE
Dr. Ahmet EKİN
Dr. Ömer ERÇETİN
Dr. Ali Rıza ERÇÖÇEN
Dr. Metin ERER
Dr. Merih EROĞLU
Dr. Kadir ERTEM
Dr. Metin MANOUCHER ESKANDİRİ
Dr. Eftal GÜDEMEZ
Dr. Ayan GÜLGÖNEN
Dr. Hakan GÜNDEŞ
Dr. Mustafa HERDEM
Dr. Tufan KALELİ
Dr. Ümit KANTARCI
Dr. İbrahim KAPLAN
Dr. Mustafa Nazım KARALEZLİ
Dr. Ahmet KARAOĞUZ
Dr. Murat KAYALAR
Dr. Abdullah KEÇİK
Dr. Ahmet KIRAL
Dr. Naci KOSTAKOĞLU
Dr. Mahmut KÖMÜRCÜ

Dr. İlhami KURU
Dr. A. Gürsel LEBLEBİCİOĞLU
Dr. Berkan MERSA
Dr. Ufuk NALBANTOĞLU
Dr. Mustafa Ersin NUZUMLALI
Dr. Tunç Cevat ÖĞÜN
Dr. Remzi Taçkın ÖZALP
Dr. Haluk ÖZCANLI
Dr. Oğuz ÖZDEMİR
Dr. Türker ÖZKAN
Dr. Yüksel ÖZKAN
Dr. Mustafa ÖZKAN
Dr. Kahraman ÖZTÜRK
Dr. Akif Muhtar ÖZTÜRK
Dr. A. Fatih PARMAKSIZOĞLU
Dr. Oğuz POLATKAN
Dr. Selma POLATKAN
Dr. Adnan SEVENCAN
Dr. İlker SEZER
Dr. Vedat ŞAHİN
Dr. İ. Muhittin ŞENER
Dr. Cihangir TETİK
Dr. Murat TOPALAN
Dr. Cemil Yıldırım TÜRK
Dr. Serdar TÜZÜNER
Dr. Akın ÜZÜMCÜGİL
Dr. Levent YALÇIN
Dr. Mehmet YILDIZ
Dr. Aydın YÜCETÜRK
Dr. Atilla ZENCİROĞLU

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

19 MAYIS 2010, ÇARŞAMBA

- 17.00 AÇILIP TÖRENİ
12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi Başkanı
Dr. Aydın YÜCETÜRK
1. Ulusal El Rehabilitasyonu Kongresi Başkanı
Fzt. Gülin ARIKAN
El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Derneği Başkanı
Dr. Hüseyin BAYRAM
- 17.30 KONFERANS
ATATÜRK'ü Anlamak ve Sevmek
Dr. Orhan GİRGIN
- 18.00 KONFERANS
Neden El Cerrahisi Oldum?
Dr. Ahmet KARAOĞUZ
- 18.30 KONFERANS
Avrupa'da El Cerrahisi Eğitimi
Dr. Zsolt SZABO
- 19.00 GÖRSEL SUNUM
Ellerin Dili
Fzt. Salime YILMAZ ALTUNBAY
- 19.10 MÜZİK KONSER
- 19.30 KOKTEYL

20 MAYIS 2010, PERPEMBE

- 08.00-09.00 EĞİTİM KURSU 1
Oturum Başkanları: Dr. Atilla ZENCİROĞLU, Dr. Erhan COŞKUNOL
El ve El Bileğinde Đüpheli Kıryklarda Yleri Tetkik Gerekli mi?
Dr. Ahmet KIRAL, Dr. Erman MELİKYAN
- EĞİTİM KURSU 2
Oturum Başkanları: Dr. Mehmet YILDIZ, Dr. Taçkın ÖZALP
El Bileği ve Dirsek Artroskopisi
Dr. Hayati DURMAZ, Dr. Mustafa ÖZKAN
- 09.00-09.30 KONFERANS
Oturum Başkanı: Dr. Ahmet KARAOĞUZ
Üst Ekstremitte Yanıklarında Rekonstrüksiyon
Dr. Abdullah KEÇİK
- 09.30-10.15 KONFERANS
Başkanlar: Dr. Hüseyin BAYRAM, Dr. Nazım KARALEZLİ
Elde Suture Materyalleri Kullanımı
Dr. Zsolt SZABO
- 10.15-10.30 POSTER VE KAHVE ARASI
- 10.30-12.00 PANEL
Ulnar Taraf El Bileği Ağrıları
Oturum Başkanı: Dr. Fahir DEMİRKAN
Moderatör: Dr. Sinan ADIYAMAN
Genel Yaklaşım (Anatomi, fizik ve radyolojik muayene, sebepler)
Dr. Sinan BİLGİN
DRUE Sorunları
Dr. Yüksel ÖZKAN
TFCC Sorunları
Dr. Sinan ADIYAMAN
- 12.00-13.00 ÖĞLE ARASI
- 13.00-13.45 TARTIĞMALI OTURUM
Distal Radius Kırykları
Oturum Başkanı: Dr. İsmail ÇALLI
Moderatör: Dr. Ahmet EKİN
Volar Plak
Dr. Cihangir TETİK
Dorsal Plak
Dr. Şadan AY
- 13.45-14.15 KONFERANS
Oturum Başkanı: Dr. Mahmut KÖMÜRCÜ
El ve Üst Ekstremitte Kıryklarında AO/OTA Sinyflaması
Dr. Güntekin GÜNER
- 14.15-14.45 KONFERANS
Oturum Başkanı: Fzt. Gülin ARIKAN
Elde Ölçme ve Değerlendirme
Fzt. Çiğdem ÖKSÜZ

12. Ulusal EI ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

- 14.45-15.00 POSTER VE KAHVE ARASI
- 15.00-16.15 PANEL
Paralitik Omuz ve Dirsekte Yaklaşım
Oturum Başkanı: Dr. Metin ERER
Moderatör: Dr. Gürsel LEBLEBİCİOĞLU
Paralitik Omuz
Dr. Ahmet EKİN
Paralitik Dirsek
Dr. Türker ÖZKAN
Paralitik Omuz ve Dirsek Sorunlarında Fizyoterapi Yaklaşımı
Fzt. Tüzün FIRAT
- 16.15-18.00 SERBEST BİLDİRİLER
SALON 1
Oturum Başkanları: Dr. Adnan SEVENCAN, Dr. Ahmet EGE
- S1- **Plak Uygulamasının Mümkün Olmadığı Distal Yerleşimli, Parçalı ve Eklem İçi Humerus Kırıklarının Tedavisi: Parçaya Özel Tespit Yaklaşımı**
Ufuk Nalbantoğlu, Arel Gereli, Kaya Toköz, Metin Türkmen
- S2- **Humerus Cisim Kırıklarının Tedavisinde Uygulanan Cerrahi Tespit Yöntemi ile Oluşan Komplikasyonların İlişkinin İncelenmesi**
Tuğrul Alıcı, Mustafa Şahin, Salih Şentürk, Hakan Gündes
- S3- **Humerus Kapalı Diafiz Kırıklarında İntramedüller Çivilemenin Yeri Nerede? Humerus Diafiz Kırığı Nedeniyle İntramedüller Çivileme Sonrası Oluşan Non-Union Olgusunun Bize Öğrettikleri (Olgu Sunumu)**
Kemal Gökkuş
- S4- **Ön Kol Kırıklarında Stabil, Erken Harekete İzin Veren ve Ameliyat Süresini Kısaltan Yeni Bir İntramedüller Çivi**
Gürsel Saka, Salih Murat Durkaya, Fatih Küçükdurmaz, Coşkun Özer, Fuat Akpınar
- S5- **Erişkin Önkol Kırıklarının Tedavisinde Plak-Vida Ve Yeni Nesil Kilitli İm Çivi Tespit Yöntemlerinin Karşılaştırılması**
Salih Murat Durkaya, Gürsel Saka, Necdet Sağlam, Coşkun Özer, Fuat Akpınar
- S6- **İnstabil Çocuk Önkol Çift Kırıklarında Sınırlı Kesiden Açık Redüksiyon veya Kapalı Redüksiyon ile İntramedüller Çivileme**
Gürsel Saka, Salih Murat Durkaya, İhsan Özdamar, Birkan Kibar, Fuat Akpınar
- S7- **Radius Distal Kırıklarının Bir Yıllık Süreçte Dağılımı ve Sonuçlarımız**
Mehmet Sonar, Taşkın Altay, Hasan Öztürk, Mert Kumbaracı
- S8- **Dorsal Vida Çıkımı: Kilitli Volar Plak Tespitli Radius Alt Uç Kırıklarında Komplikasyon Noktası**
Tahir Sadık Sügün, Nuri Karabay, Yusuf Gürbüz, Kemal Özaksar, Tulgar Toros, Murat Kayalar, Emin Bal, Yalçın Ademoğlu
- S9- **Osteoporotik Distal Radius Kırıklarının Plak ile Osteosentez Uygulamalarının Analizi**
Murat Bulbul, Semih Ayanoğlu, Kahraman Öztürk, Cem Büyükkurt, Hakan Gürbüz
- S10- **Erişkinlerde Eklemi İlgilendiren İnstabil Radius Distal Uç Kırıklarının Cerrahi Tedavi Sonuçları: Volar Kilitsiz ve Kilitli Anatomik Plakla Tespit Yöntemlerinin Karşılaştırılması**
Engin Kesgin, Hüseyin Bayram, Mustafa Herdem, Ö.Sunkar Biçer

12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

- S11- **İnstabil Radius Alt Uç Kırıklarında Volar Kilitli Plak Uygulamasının Klinik Sonuçlarının Değerlendirilmesi**
Kemal Gökkuş
- S12- **Volar Kilitli Plak ile Tedavi Edilen Distal Radyus Kırıklarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Radyolojik Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması**
Mustafa Şahin, Tuğrul Alıcı, Salih Şentürk, Hakan Gündes
- S13- **Erişkinlerde İnstabil Distal Radius Alt Uç Kırıklarının Açık Redüksiyon ve Volar Plak ile Tedavisi**
Yüksel Özkan, Alpaslan Öztürk, Namık Şahin, Mustafa Özkan
- S14- **Falanksın Kompleks İntraartiküler Kırıklarda Suzuki Frame ile Açık Eklem Restorasyonu ve Osteosentezin Karşılaştırılması**
Motasim Bawaneh, Hakan Başar, Barış Çaypınar, Rıza Erbölükbaş, Cihangir Tetik
- S15- **Distal Falanks Dorsal Avulsiyon ve Orta Falanks Volar Kırıklarda Ekstansiyon Blok Tedavisi**
Hakan Başar, Barış Çaypınar, Motasim Bawaneh, Rıza Erbölükbaş, Cihangir Tetik
- S16- **Proksimal Falanks Kırıklarında Açık Redüksiyon Rijid İnternal Fiksasyon Sonrası Erken Rehabilitasyon**
Yaprak Ataker, Sibel Cömert Ece, Önder Çerezci, Nazan Canbulat, Eftal Güdemez
- S17- **Proksimal İnterfalangeal Eklem Yaralanmaları**
Serdar Tunçer, Türker Özkan
- S18- **5. Metakarp Boyun Kırıklı Olguların Öfke Tarzları ve Psikososyal Özellikleri**
Cemal Kural, Leyla Alkaş, Savaş Tüzün, Ercan Çetinus, Akın Ugraş
- SALON 2
Oturma Başkanları: Dr. Halil BEKLER, Dr. Hakan GÜRBÜZ
- S19- **Rat Siyatik Sinirinde Oluşturulan Kompresyon Hasarına Çinko Aspartat'ın Etkisinin Araştırılması**
Ercan Çetinus, Yasin Koyuncu, İbrahim Kaya, Cemal Kural, Murat Uzel, Metin Kılınc, Yalçın Atlı
- S20- **Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Periferik Sinirlerin Gergin Tamirine Etkisi (DeneySEL Çalışma)**
Bengüsu Öroğlu, Tolga Türker, Şamil Aktaş, Vakur Olgaç, Mehmet Alp
- S21- **Cep Telefonları Periferik Sinir İyileşmesine Katkıda Bulunur**
Bora Bostan, Kadir Ertem, Suzan Zorludemir, Mustafa Karakaplan, Mehmet Fethi Ceylan, Mehmet Şükrü Şahin
- S22- **Denervasyon ile Önkoşullandırmanın İskelet Kasında İskemi-Reperfüzyon Hasarına Etkileri**
İsmail Küçükler, Serhan Tuncer, Ayşe Şencan, Filiz Bircan, Eser Çağlar, Çiğdem Elmas, Sühan Ayhan
- S23- **Sıçan Aşil Tendonunda İntralezyonel Organik Silisyum Uygulamasının Tendon İyileşmesine Etkisi**
Arel Gereli, Serap Uslu, Umut Akgün, İsmail Ağır, Filiz Ateş, Müge Çelebi, Ufuk Nalbantoğlu, Metin Türkmen, Gülçin Başdemir, Mustafa Karahan

12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

- S24- **Palmaris Longus Tendon Yokluğu Sıklığı ve Palmaris Longus Tendonunun Elin Çimdikleme Gücüne Etkisinin Araştırılması**
Kadir Ertem, Demet Pepele, Serdar Koluvaçık, Seyfullah Doğan, Metehan Özen, Haldun Topgül
- S25- **İnsan Elinin Karşılaştırılmalı Anatomisi ve Evrim**
Atakan Aydın, Christophe Oberlin
- S26- **Başparmak Karpometakarpal Eklem İnstabilitesinde Voler Ligament Rekonstrüksiyonu**
S. Sinan Bilgin, Mehmet Armangil, Baver Acar
- S27- **Trapeziometakarpal Osteoartritte Ligament Rekonstrüksiyon Ve Tendon İnterpozisyon Artroplastisinin Sonuçları**
Hakan Başar, Motasim Bawaneh, Barış Çaypınar, Rıza Erbölükbaş, Cihangir Tetik
- S28- **Sinpolidaktilide Postoperatif Süreçte Ayrıştırılmış Web Aralığının Korunmasında Farklı Bir Tespit Tekniği**
Mehmet Kırıl, Çağrı Avcı, Hüseyin Demirörs, İlhami Kuru, Yavuz Demir
- S29- **Tip 4 Çift Başparmak Cerrahi Tedavisinin Fonksiyonel ve Estetik Değerlendirmesi**
Murat Kayalar, Yusuf Gürbüz, Emin Bal, İbrahim Kaplan, Yalçın Ademoğlu, Sait Ada
- S30- **Edinsel Radyal Club El: İnternal Osteotomi ve İlizarov Sirküler Eksternal Fikstör ile Uzatma Uzun Dönem Takip Sonuçları**
Hakan Gündeş, Levent Buluç, Mustafa Şahin, Tuğrul Alıcı
- S31- **Kalıtımsal Epidermolizis Büllozada Görülen El Kontraktürleri ve Psödosindaktilinin Düzeltmesinde Kişisel Yaklaşımlar ve Tedavi Algoritması**
Serhan Tuncer, Başar Kaya, Sühan Ayhan, Reha Yavuzer, Osman Latifoğlu
- S32- **Dijital Sinir Kökenli Nöral Fibrolipom: Nadir Bir Olgu ve Kaynakçanın Gözden Geçirilmesi**
Hakan Gündeş, Tuğrul Alıcı, Mustafa Şahin, Ferit Manğal
- S33- **Glomus Tümörünün Tanısında Manyetik Rezonans Görüntülemenin Yeri**
Levent Küçük, Oğuz Özdemir, Erhan Coşkunol, Seyithan Çetinkaya, Burçin Keçeci
- S34- **Yaygın Tendon Ksantomatozis : Bilateral El Tutulumu**
Gazi Huri, Akın Üzümcügil, Gürsel Leblebicioğlu, Mahmut Nedim Doral
- S35- **Elde Nadir Osteoid Osteoma Yerleşimleri**
Akif Muhtar Öztürk, Haluk Yetkin, Mehmet Ali Deveci, Ertuğrul Şener, Barış Özgürol, Bahadır Ocaktan
- 18.00 AYLE MECLİSİ

21 MAYIS 2010, CUMA

- 07.00-08.00 KAHVALTI OTURUMU 1
Periferik Sinir Yaralanmaları
Dr. Aydın YÜCETÜRK, Dr. Şadan AY, Fzt. Filiz CAN
- KAHVALTI OTURUMU 2
Fleksör Tendon Yaralanmaları
Dr. Hüseyin BAYRAM, Dr. Sait ADA, Dr. Firdevs KUL
- 08.00-09.00 EDİTİM KURSU 3
Oturum Başkanları: Dr. Kadir ERTEM, Dr. Ümit KANTARCI
Falanks ve Metakarp Kıvrıkları
Dr. Metin AKINCI, Dr. İlhami KURU
- EDİTİM KURSU 4
Oturum Başkanları: Dr. Metin ESKANDARI, Dr. İlker SEZER
Alt Ekstremitte Tuzak Nöropatileri
Dr. Erdem BAGATUR, Dr. Kahraman ÖZTÜRK
- 09.00-09.30 KONFERANS
Oturum Başkanı: Dr. Akif Muhtar ÖZTÜRK
Üst Ekstremitte PRP ve ESWT Uygulamaları
Dr. Tahsin BEYZADEOĞLU
- 09.30-10.30 SIRA DIŞI KOMPLİKASYONLAR
Oturum Başkanları: Dr. Mehmet DEMİRTAŞ, Dr. Mustafa HERDEM
- 10.30-10.45 POSTER VE KAHVE ARASI
- 10.45-12.00 PANEL
El ve Üst Ekstremitte Flap Uygulamaları
Oturum Başkanı: Dr. Ali Emre AKSU
Moderatör: Dr. Berkan MERSA
Parmak Defektlerinde Flap Seçenekleri
Dr. Alper SARI
Avuç Yüzye ve El Dorsumu Defektlerinde Flap Seçenekleri
Dr. Naci KOSTAKOĞLU
Önkol Defektlerinde Flap Seçenekleri
Dr. Ali Rıza ERÇÖÇEN
Dirsek ve Kol Defektlerinde Flap Seçenekleri
Dr. Atakan AYDIN
- 12.00-13.00 ÖĞLE ARASI
- 13.00-14.15 PANEL
Başparmak Rekonstrüksiyonları
Oturum Başkanı: Dr. Ömer ERÇETİN
Moderatör: Dr. Hüseyin BAYRAM
Doğumsal Başparmak Deformitelerinde Rekonstrüksiyon
Dr. Hüseyin BAYRAM
Başparmak Eksikliklerinin Mikrocerrahi Uygulanarak Rekonstrüksiyonu
Dr. İbrahim KAPLAN
Travmatik Başparmak Eksikliklerinde Mikrocerrahi Dış Rekonstrüksiyon
Dr. Fatih PARMAKSIZOĞLU

12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

- 14.15-15.00 PANEL
Pediatrik Travmatik El
Oturum Başkanı: Fzt. Safiye ÖZKAN
Moderatör: Dr. Ufuk NALBANTOĞLU
Pediatrik Ele Yaklaşım ve Kemik Yaralanmaları
Dr. Ufuk NALBANTOĞLU
Yumuşak Doku Yaralanmaları
Dr. Murat KAYALAR
Travmatik Pediatrik El Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Prensipleri
Fzt. Filiz CAN
- 15.00-15.30 POSTER VE KAHVE ARASI
- 15.30-16.00 KONFERANS
Oturum Başkanı: Dr. Vedat ŞAHİN
Elde Primer Osteoartritler
Dr. Oğuz ÖZDEMİR, Fzt. Yonca KÖKSAL
- 16.00-16.30 KONFERANS
Oturum Başkanı: Dr. Ahmet PIŞKİN
Artelon KMK Spacer: Klinik tecrübe ve 3 yıllık sonuçlar
Dr. Ola COLIN
- 16.30-18.00 SERBEST BİLDİRİLER
SALON 1
Oturum Başkanları: Dr. Fatih PARMAKSIZOĞLU, Dr. Fatih KABAKAŞ
- S36- **Total Distal Radyoulnar Eklem Protezi Uygulanan Hastalarda Fonksiyon ve Kavrama Gücü Değerlendirilmesi**
Luis R. Schecker, Tolga Türker
- S37- **Acutrak II Vidası ile Elde Edilen Dört Köşe Artrodez Sonuçlarımız (Yeni Bir Yaklaşım)**
Tolga Türker, Tuna Özyürekoğlu
- S38- **Ulnar Tarafı El Bilek Ağrısı: Kontrast Madde Uygulanmadan Çekilen Mr İnceleme ve El Bilek Artroskopisi ile Elde Edilen Sonuçların Karşılaştırılması**
Hakan Gündeş, Mustafa Şahin, Tuğrul Alıcı, Ferit Mançal
- S39- **Neonatal Kompartman Sendromu: Vaka Sunumu**
Atakan Aydın, Ahmet Biçer, Karaca Başaran, Barış Keklik, Emre Hocaoğlu, Metin Erer
- S40- **Ön Kol Mengeneye Sıkışması Sonucu Kırık Olmaksızın Oluşan Ön Kol Kompartman Sendromu Fasiotomi ve İnce Alınmış Cilt Grefti ile Tedavisi (Olgu Sunumu)**
Kemal Gökkuş
- S41- **Skafoid Kırıklarının Tedavisinde Acutrak Vida Uygulamaları ve Sonuçlarımız**
Adnan Kara, Arda Çınar, Erden Ertürer, Şenol Akman, İrfan Öztürk
- S42- **Kaynamayan Skafoid Kırıklarında Kas Pediküllü Kemik Flebi İle Tedavi Sonuçlarımız**
Mustafa Kürklü, Hüseyin Özkan, Öner Tatar, Kenan Koca, Mahmut Kömürcü, Mustafa Başbozkurt
- S43- **Komplet Yüzük Amputasyonlarında Yapılan Replantasyonlarda Vasküler Tamir Seçenekleri**
Kemal Özaksar, Tulgar Toros, Tahir Sadık Süğün, Murat Kayalar, Emin Bal, Nuri Karabay, Yalçın Ademoğlu, İbrahim Kaplan

- S44- **Parmak Ucu Rekonstrüksiyonunda Ters Akımlı Homodijital Ada Flebinin Duyu Geri Dönüş Sonuçları: 66 Vakalık Seri Sunumu**
Memet Yazar, Sevgi Kurt Yazar, Karaca Başaran, Erdem Güven, Atakan Aydın, Celal Metin Erer
- S45- **Distal Pulpa Amputasyonlarında Kompozit Greftleme**
Eftal Güdemez, Ayan Gülgönen
- S46- **Metakarpına Replante Edilen Başparmak Distal Falanksının Uzatılması**
Mehmet Bekir Ünal, Eren Cansü, Fatih Parmaksızoğlu
- S47- **El Cerrahisinde Mikrocerrahi İşlemleri Azalıyor Mu?**
Halil İbrahim Bekler
- S48- **Serbest Dorsalis Pedis Compound Flebi ile Kompleks Travmatik El Yaralanmalarının Cerrahi Tedavisi**
Ozan Bitik, Erhan Sönmez, Hakan Uzun, Ali Emre Aksu, Tunç Şafak, Abdullah Keçik
- S49- **Ezici Travma Sonucu Kopan veya Dolaşımı Olmayan Parmaklardaki Onarım Sonuçlarımız**
Ramazan Hakan Özcan, Dilek Bağdatlı, Adem Topkara, Ömer Mutlu, İnci Gökalan Kara, Füsün Şahin, Nuray Akkaya
- S50- **Üst Ekstremitte Doku Defektlerinde Pediküllü Kasık Flebinin Yeri**
Adem Topkara, Ramazan Hakan Özcan, Dilek Bağdatlı, M. Tuğrul Çelebi
- S51- **Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Defektif Ulna Kırığı Tedavisinde Vaskülarize Fibula Flebi Uygulama Sonuçlarımız**
Mustafa Kürklü, Serkan Bilgiç, Bülent Karslıoğlu, Yüksel Yurttaş, Mahmut Kömürcü, Mustafa Başbozkurt
- S52- **İleri Evre Femur Başı Avasküler Nekrozu Tedavisinde Vaskülarize Fibula Grefti Uygulaması**
Zeki Sertöz, Ali Engin Ulusal, Volkan Gökçe, Önder Ceylan, Bilal Gümüş, Arslan Bora
- SALON 2
Oturma Başkanları: Dr. Muhittin ŞENER, Dr. Taşkın ALTAY
- S53- **Karpal Tünel Gevşetmesi Sonrasında Nüks ve Nöropatik Ağrılı Olgularda Median Sınırın Ven ile Sarılması - Fonksiyonel Sonuçlar**
S. Sinan Bilgin
- S54- **70 Yaş Üzeri Aktif El Emekçilerinde Konservatif Karpal Tünel Sendromu Tedavisine Karşı Uzun Dönem Cerrahi Tedavi Sonuçları**
Serhat Gafur Karaca, Muhsin Dursun
- S55- **Aynı Elde Karpal Tünel Operasyonu Birlikte Yapılan Diğer Operasyonların Hasta Memnuniyetine Etkisi**
Atakan Aydın, İbrahim Meyzin, Anvar Ahmedov, Derya Aytop Serin, Ahmet Biçer, Metin Erer, Safiye Özkan, Zeynep Hoşbay
- S56- **Karpal Tünel Sendromunda Deneyimimiz**
Zafer Özsoy, Aydın Gözü, Nilay Yogun, Aykut Özpür
- S57- **Mini-Açık Karpal Tünel Gevşetme Sonuçlarımız**
Mehmet Ali Acar, Tunç Cevat Öğün, Ali Güleç

- S58- **Bifid Median Sinir ve Karpal Tünel Sendromu: Klinik ve Görüntüleme**
Erdem Bagatur
- S59- **Karpal Tünel Sendromunun Mini Kesi ile Tedavi Sonuçları**
Haluk Özcanlı, İsmail Çakıcı, Yetkin Söyüncü, A. Merter Özenci
- S60- **Ulnar Sinirin Kübital Tünelde Dekompresyonu ve Subkütan Anterior Transpozisyonu**
Eftal Güdemez, Yaprak Ataker, Sibel Cömert Ece, Ayan Gülgönen
- S61- **Kübital Tünel Cerrahisi Ne Kadar Masum?**
Ali Karaer, Zeki Sertöz, Melike Bedelkoruyucu, Arslan Bora
- S62- **Pediyatrik Yaş Grubundaki Ön Kol ve El Seviyesindeki Periferik Sınır Kesilerine Yaklaşımımız ve Klinik Deneyimlerimiz**
Okan Morkoç, Elif Eren Aydın, Habib Başkurt, Kayhan Zeytin, Adnan Uzunismail
- S63- **Muskulokütan ve Radial Sinir Felcinde Sinir ve Tendon Transferi**
Mehmet Yıldız, İlker Karahasanoğlu, Celal Baki
- S64- **Obstetrik Paralizde Primer Brakiyal Pleksus Onarımının Palyatif Cerrahi Sonuçlarına Etkisi**
Derya Aytıp, Atakan Aydın, Türker Özkan, Ahmet Biçer, Berkan Mersa, Safiye Özkan, Zeynep Hoşbay-Yıldırım
- S65- **Tetik Parmağın Sebebi Bilekte Olabilir**
Fatih Parmaksızoğlu, Eren Cansü, Mehmet Bekir Ünal
- S66- **Sporcularda Biseps ve Triseps Tendon Yaralanmaları**
Ufuk Nalbantoğlu, I. Uğur Şener, Kaya M. Toköz, Arel Gereli, I. Metin Türkmen
- S67- **Kienböck Hastalığının Tedavisinde Parsiyel Kapitat Kısaltma**
Taçkın Özalp, Serkan Erkan, Hüseyin Yercan, Güvenir Okçu, Gürler Kale
- S68- **Proksimal Sıra Rezeksiyon Artroplastisi (Psra): 36 Hastada Uzun Dönem (Ortalama 60 Ay) Takip Sonuçları**
Hakan Gündeş, Levent Buluç, Bilgehan Tosun, Tuğrul Alıcı, Mustafa Şahin
- S69- **3. Metakarp'dan Alınan Pediküllü Kemik Greftlerinin El Bileği Çevresinde Kullanılmasının Erken Sonuçları**
Akif Muhtar Öztürk, Ahmet Yıldırım, Haluk Yetkin, Orkun Gül, Ertuğrul Şener

22 MAYIS 2010, CUMARTESİ

- 08.00-09.00 EDİTİM KURSU 5
Oturum Başkanları: Dr. Serdar TÜZÜNER, Fzt. Tüzün FIRAT
Sinir Yaralanmalarında Hedef Organ Değişiklikleri
Dr. Yalçın ADEMOĞLU, Fzt. Beray KELEŞOĞLU
- EDİTİM KURSU 6
Oturum Başkanları: Dr. Levent YALÇIN, Fzt. Firdevs KUL
Üst Ekstremitte Yıpe Bağılı Gelişen Sorunlar
Dr. Neslihan ÖZKAN, Dr. Burak ŞENER
- 09.00-10.15 YLGİNÇ OLGULAR
Oturum Başkanları: Dr. Sait ADA, Dr. C. Yıldırım TÜRK
- 10.15-10.30 POSTER VE KAHVE ARASI
- 10.30-12.00 PANEL
Proksimal İnterfalangeal Eklem, Travmatik Sorunları ve Rehabilitasyon Prensipleri
Oturum Başkanı: Dr. Haluk ÖZCANLI
Moderatör: Dr. Eftal GÜDEMEZ
Proksimal İnterfalangeal Eklem Anatomisi ve Biyomekaniği
Dr. Akın ÜZÜMCÜGİL
Akut Proksimal İnterfalangeal Eklem Kırıkları ve Çıkyıkları
Dr. Eftal GÜDEMEZ
Akut Proksimal İnterfalangeal Eklem Travması Sonrası Rehabilitasyon Prensipleri
Fzt. Sibel CÖMERT ECE
Yıhmal Edilmiş Proksimal İnterfalangeal Eklem Travmaları
Dr. Ufuk NALBANTOĞLU
Tedavi Edilmemiş Proksimal İnterfalangeal Eklem: Nasıl Rehabilitate Edilecek?
Dr. Yaprak ATAĞER
- 12.00-12.30 KAPANIP VE ÖDÜL TÖRENİ
En İyi Sözel Bildiri 1. lik Ödülü
En İyi Poster Bildiri 1. lik Ödülü



- P1- **Karpal Tunnele Demir Çubuk Girmesi Sonrası Gelişen Akut Karpal Tunnel Sendromu**
C. Yıldırım Türk, İbrahim Kafadar, Mithat Öner, Ahmet Güney
- P2- **El Bileği Ekleminde Dev Sinovial Osteokondromatosis**
C.Yıldırım Türk, Mithat Öner, Ahmet Güney, Mehmet Halıcı
- P3- **Vokal Kord Paralizisi ve 1. Kosta Kırığı ile Birlikte Olan Posterior Sternoklavikular Dislokasyon: Olgu Sunumu**
Mehmet Şükrü Şahin, Tarkan Ergün, Gökhan Çakmak, Mehmet Akyüz
- P4- **Kapalı Önkol Çift Kemik Kırığı Sonrası Ulnar Sinir Hasarı: Olgu Sunumu**
Levent Küçük, Oğuz Özdemir, Vusal Mahmudov, Erhan Coşkunol, Burçin Keçeci
- P5- **Proksimal Humerus Kırığında İnternal Tespit Sonrası Subklavikuler Bölgeye Kirshner Teli Migrasyonu**
Murat Korkmaz, Hayati Öztürk
- P6- **El Bileğinde Ganglion Eksizyonu Sonrası Gelişen İyatrojenik Ağrılı Radyal Sinir Duyu Dalı Nöromasi ve Cerrahi Tedavisi: Olgu Sunumu**
Mehmet Şükrü Şahin, Gökhan Çakmak, Mehmet Akyüz
- P7- **Bilateral Radius Başı ve Radius-Ulna Distal Uç Kırığı**
Cemal Kural, Ercan Çetinus, İbrahim Sungur, Ahmet Ertürk, Nurullah Şener
- P8- **Lunatum Yerleşimli Unikameral Kemik Kisti**
Hakan Gündeş, Mustafa Şahin, Tuğrul Alıcı, Ferit Manğal
- P9- **Pediyatrik İzole Skafoid Proksimal Uç Kırığı Olgu Sunumu**
Necdet Sağlam, Ulaş Öztürk, S. Murat Durkaya, Gürsel Saka, Fuat Akpınar
- P10- **Median Sinirde İnranöral Lipom**
Necdet Sağlam, Fatih Küçükdurmaz, Haldun Turan, Mustafa Tekkeşin, Fuat Akpınar
- P11- **Radius Yerleşimli Osteokondrolipoma**
Hayati Öztürk, Okay Bulut, S. Gündüz Tezeren, Zekeriya Öztemur
- P12- **Glenohumeral Eklem Sinoviyal Kondromatozisi**
Hayati Öztürk, Okay Bulut, S. Gündüz Tezeren, Zekeriya Öztemur
- P13- **Başparmak Proksimal Falanks Ulnar Kaide Kopma Kırıklarının Kemik Çıpası ile Tedavisinin Klinik Sonuçları**
Eftal Güdemez, Yaprak Ataker, Sibel Cömert Ece, Önder Çerezci, Ayan Gülgönen
- P14- **Falanks Defekti ile Başvuran Olgularımızda Uyguladığımız Ada Flebi Seçeneklerimiz**
Mehmet Bozkurt, Samet Vasfi Kuvat, Emin Kapı
- P15- **Hangi Durumdaki Ekstremitte Amputasyonları Replante Edilmeli? Olgu Sunumu**
Mehmet Bozkurt, Aşkın Ender Topal, Emin Kapı, Niyazi Gülsün
- P16- **Pediyatrik Yaşta Kontraktür Nedeniyle Başvuran Olgularda Cerrahi Tedavi Uygulamalarımız**
Mehmet Bozkurt, Samet Vasfi Kuvat, Emin Kapı, Semih Günay, Niyazi Gülsün

- P17- **Hamatumda Osteoid Osteoma: Olgu Sunumu**
Gökhan Çakmak, Mahmut Kömürcü
- P18- **Mallet Kırıklarının Cerrahi Tedavisinde Kirschner Teli ile Ektensiyon Blok Tekniği**
Murat Bulbul, Kahraman Öztürk, Semih Ayanoğlu, Oktay Adanır, Hakan Gürbüz
- P19- **Eksternal Fiksator Distal Radius Kırıklarında Ne Kadar Etkin?**
Murat Bulbul, Semih Ayanoğlu, Cem Esenyel, Alican Barış, Hakan Gürbüz
- P20- **Ön Kol Yerleşimli Dev Epidermal Kist: Olgu Sunumu**
Tuğrul Alıcı, Mustafa Şahin, Ferit Mançal, Hakan Gündes
- P21- **Konservatif Tedaviye Dirençli De Quervain Hastalığında İki veya Daha Fazla Distal Başlı Olan Abd. Pollisis Longus Tendonu ile Birinci Dorsal Kompartmanda Ayrı Bir Septa Varlığı. Opere Edilen Dört Olgunun Fonksiyonel Sonuçlar**
Kemal Gökkuş
- P22- **Aynı Elde Dupuytren Kontraktürü, Tetik Parmak ve Karpal Tünel Sendromu; Olgu Sunumu**
Sinem Çiloğlu, Kayhan Zeytin, Afet Öncel, Mustafa Tercan
- P23- **Çocukluk Çağında Yer Kaplayan Lezyona Bağlı Karpal Tünel Sendromu**
Mustafa Tercan, Güray Yeşiladalı, Alpay Duran, Okan Morkoç, Sinem Çiloğlu
- P24- **Diabetes Mellitus Varlığında Gelişen Yaygın El Enfeksiyonları**
Sinem Çiloğlu, Güray Yeşiladalı, İrem Mert, Mustafa Tercan
- P25- **Merdane Yaralanmalarında Farklı Bir Makine: X Işını Cihazı**
Serdar Tunçer
- P26- **El-Bilekte İlerleyici İdiopatik Osteoartrit: Olgu Sunumu**
Gökhan Çakmak, Tarkan Ergün, Mehmet Şükrü Şahin
- P27- **Atlanmış 15 Aylık Perilunat Çıkıklı Olgunun Açık Redüksiyon ve Skafolunat Eklem Artrodezi ile Tedavisi**
Adnan Kara, Arda Çınar, Erden Ertürer, Mehmet Mesut Sönmez, Şenol Akman
- P28- **Delgeç Makinasıyla İlginç Bir El Yaralanması**
Nilay Yogun, Aydın Gözü, Gönenç Baygöl, Zafer Özsoy
- P29- **Başparmak Karpometakarpal Eklem Dejeneratif Artritinde Suspension Artroplastisi Erken Sonuçları**
Akif Muhtar Öztürk, Ahmet Yıldırım, Fatih Suluova, Haluk Yetkin
- P30- **Medial Malleol Çevresi Cilt Kayıplarında Basit Kullanışlı Bir Flep; Ekstansör Digitorum Brevis Flebi**
Akif Muhtar Öztürk, Ahmet Yıldırım, Haluk Yetkin, Baran Sarıkaya, Alpaslan Şenköylü, Ertuğrul Şener
- P31- **Spondilokarpotarsal Sinostoz Sendromu: Olgu Sunumu**
Kadir Ertem, Serdar Cihaner, Demet Pepele, Ahmet Siğirci
- P32- **Rekürren Leiomyosarkomada Ekstremitte Koruyucu Cerrahi ve İnterstisyel Brakiterapi: Olgu Sunumu**
Hakan Uzun, Erhan Sönmez, Tunç Şafak, Abdullah Keçik
- P33- **Parmak Defektlerinin Lokal Rotasyon Flepleri ile Onarımı**
Dilek Bağdatlı, Ramazan Hakan Özcan, Ömer Mutlu, İnci Gökalan Kara
- P34- **El Bilek Ağrısının Nadir Bir Sebebi: Triquetral İntraosseöz Ganglion**
Serhan Tuncer, M. Hakan Bulam, Betül Ak, Başar Kaya, Sühan Ayhan

12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

- P35- **Serbest Serratus Fasya Flebi ile Parmak Dorsal Yüz Defekti Onarımı**
Serhan Tuncer, Başar Kaya, Hakan Bulam, Sedat Tatar, Osman Latifoğlu
- P36- **Pediküllü Radial Arter Perforatör Flebi ile 1. Web Aralığı Kontraktürü Açılması: Olgu Sunumu**
Hakan Uzun, Serdar Nasir, Tunç Şafak, Abdullah Keçik
- P37- **Olgu Sunumu: Komplike Antekubital Bölge Yaralanmasının Kombine Free Latissimus Dorsi Kas Deri - Serratus Anterior Kas Flebi ile Fonksiyonel Onarımı**
Ramazan Hakan Özcan, Adem Topkara, Dilek Bağdatlı, Ömer Mutlu, Orhan Aydın
- P38- **Orta Falanksta Anevrizmal Kemik Kisti**
Haluk Özcanlı, İsmail Çakıcı, E. İnanç Gürer, A. Turan Aydın
- P39- **El Bileğinde Leiomyoma**
Haluk Özcanlı, A. Bora Yeter, E. İnanç Gürer, Ahmet Turan Aydın

Serbest Bildiri
Özetleri

S1
**PLAK UYGULAMASININ MÜMKÜN OLMADIĞI DİSTAL YERLEŞİMLİ,
PARÇALI VE EKLEM İÇİ HUMERUS KIRIKLARININ TEDAVİSİ:
PARÇAYA ÖZEL TESPİT YAKLAŞIMI**

Ufuk Nalbantoğlu, Arel Gereli, Kaya Toköz, Metin Türkmen
Acıbadem Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Plak uygulamasının mümkün olmadığı distal yerleşimli, parçalı ve eklem içi humerus kırıklarının tedavisinde parçaya özel tespit yaklaşımının sonuçları değerlendirildi.

Metod

Çalışmaya humerus alt uç kırığı nedeniyle ameliyat edilen 34 hastadan plak uygulamasının mümkün olmadığı 7 hasta (3 kadın, 4 erkek; ortalama yaş 42.2; ortalama takip 23,4 ay) alındı. Tüm hastalarda posterior yaklaşım ve olekranon osteotomisi uygulandı. Distal parça plak uygulamasına elvermediğinden her bir kırık parça açık reduksiyon sonrası delikli vidalar, başsız vidalar, K telleri ve serkilaj kullanılarak tespit edildi. Beş hastada allogreft, 1 hastada kemik çimentosu kullanıldı. Radyolojik değerlendirme için PA/lateral radyografiler, fonksiyonel değerlendirme için Mayo Dirsek skoru ve QuickDASH skoru'nun Türkçesi kullanıldı.

Bulgu

Hastaların ortalama dirsek fleksiyonu 118.5 derece (100-130 derece), ortalama ekstensiyon kaybı 19.2 derece (0-30 derece), ortalama supinasyonu 68.5 derece (60-75 derece) ve ortalama pronasyonu 70.7 derece bulundu (60-75 derece). Ortalama Mayo dirsek skoru 81 idi ve 3 hastada mükemmel, 2 hastada iyi, 1 hastada orta ve 1 hastada zayıf sonuç elde edildi. Ortalama QuickDASH puanı 5,18 (0-18,1) bulundu.

Tartışma ve Sonuç

Distal yerleşimli, parçalı ve eklem içi humerus alt uç kırıklarında aşırı parçalanma, ezilme ve distal parçaların küçük olması nedeniyle plak uygulamak bazen mümkün olmayabilir. Alternatifi protez veya artrodez olan bu tip kırıklarda standart bir yaklaşım belirlemek oldukça zordur. Herbir parçaya yönelik açık reduksiyon ve birden çok tespit malzemesinin kombine edilmesi ile eklem yüzü ve dizilimin yeniden yapılandırılması, bu sorunlu kırıklarda başarılı sonuç verebilir.

S2

HUMERUS CİSİM KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE UYGULANAN CERRAHİ TESPİT YÖNTEMİ İLE OLUŞAN KOMPLİKASYONLARIN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tuğrul Alıcı¹, Mustafa Şahin¹, Salih Şentürk², Hakan Gündeş¹

¹ Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

² Osmaniye Devlet Hastanesi

Giriş

Humerus cisim kırıkları tüm kırıkların % 1.2'sini oluştururlar. Tedavide koruyucu veya cerrahi yaklaşım uygulanabilir. Yeterli süre geçmesine rağmen kırık iyileşme bulgularının görülmemesi ve hastanın koruyucu tedavi yöntemlerini kaldıramaması halinde cerrahi tedavi yöntemi uygun seçenektir. Bu koşulda cerrahi tedavi yöntemleri, hastanın normal yaşam sürecine daha kısa sürede ulaşması amacı ile kullanılmaktadır. Bunun dışında kırık parçalar arasında belirgin ayrışma, araya giren yumuşak doku, damar-sinir yaralanması, yüzen dirsek (aynı anda ön kol çift kırığı), kabul edilemez sınırlarda açılanma, açık, parçalı, patolojik ve çoklu kırıklarda cerrahi tedavi yöntemleri tercih edilebilmektedir.

Metod

2004 - Ocak 2009 tarihleri arasında cerrahi yöntemlerle tedavi edilen humerus cisim kırıkları geriye dönük olarak incelendi. Çalışmaya alınan 23 hastanın 11'i erkek ve 12'si kadın idi. Hastaların ortalama yaşı 51.08 ± 22.54 (18 -86) idi. Kırıkların 10 tanesi sağ humerusta, 13 tanesi de sol humerusta idi. 2 hastada Gustillo Anderson tip I açık kırık mevcuttu. Kıdemli yazar tarafından dokuz hastada plak-vida yöntemi ile tespit uygulandı. Diğer iki yazar tarafından 14 hastada kilitli intramedüller çivi kullanılarak tespit uygulandı. Plak-vida uygulanan hastaların hepsinde lateral yaklaşım ile radyal sinir bulunup askıya alınarak korundu. Daha önce başka kliniklerde cerrahi uygulanmış ve kaynaması olmayan üç hastanın ikisinde intramedüller çivi, birinde ise plak-vida ile tespit uygulandı. Kaynaması olmayan hastaların hepsinde ilyak kanattan alınan kemik ile aşılama yapıldı. Hastalar, ortalama 12.00 ± 11.2 ay takip edildiler. Tüm hastalara cerrahi sonrası üç hafta süre ile uzun kol alçı atel uygulandı. Daha sonra omuz ve dirsek eklemi egzersizlerine başlandı.

Bulgu

Hastaların hiç birisinde kaynamama sorunu gözlenmedi. Plak-vida uygulanan iki hastada radyal sinir felci görüldü. Bu hastalardan birinde cerrahi öncesi radyal sinir felci mevcuttu, diğerinde bulgular cerrahi sonrasına aitti. Her iki hastada altı ay takip sonrasında sinir fonksiyonlarında tam olarak geriye dönüş gözlemlendi. Bir hastada 12. ay sonunda kemik enfeksiyonu gözlemlendi. İntramedüller çivi çıkartılarak debridman ve antibiyotik tedavisi ile iyileşme sağlandı. Kullanılan cerrahi yöntem ile komplikasyon (enfeksiyon, radyal sinir felci) görülmesi arasındaki ilişki SPSS 15.0 istatistik programı ile analiz edildi. Anlamlı ilişki tespit edilmedi (Chi-square, $p=0.412$ ($p >0.05$)). Ortalama 12. haftada klinik ve radyolojik olarak kaynama elde edildi.

Tartışma ve Sonuç

İlk olarak 1977 yılında Sarmiento tarafından tanımlanan fonksiyonel breysleme halen en sık kullanılan koruyucu tedavi yöntemidir. Kaynakçada bir çok çalışma, koruyucu yöntemler ile cerrahi yöntemlere göre daha yüksek kaynama oranı elde edildiğini gösterilmiştir. Koruyucu tedavinin önemli handikapları arasında; tedavi süresinin uzun olması, açılanma ve kısıklık oluşumu çekincesi, omuz ve dirsek eklemine işlev kaybı ve sertlik gelişmesi olasılığıdır. Cerrahi tedavi yöntemleri ile hastanın normal yaşam sürecine daha kısa sürede ulaşması amaçlanmaktadır. Buna karşın enfeksiyon ve radyal sinir felci gibi komplikasyonlar gözlenebilmektedir. Cerrahi tedavi yöntemlerinde tespit amacı ile plak-vida, esnek intramedüller çivi, kilitli intramedüller çivi ve eksternal fiksator kullanılabilir. Kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen humerus cisim kırıklarında ise tespit yöntemi olarak plak-vida veya intramedüller çivi kullanılmıştır. Her iki tespit yöntemi ile cerrahi tedaviye uygun kırıklarda kıdemli yazar, radyal sinir felci olasılığını en aza indirme amacı ile (özellikle Holstein-Lewis tipi kırıklarda) plak vida ile tespit yöntemini tercih etmiştir. Bu tip kırıklarda radyal sinir felci riski bulunmakla birlikte, Hartsock'a göre açık yaralanma dışında cerrahi eksplorasyon gerekli değildir. Radyal sinir felci gözlenen hastaların bir tanesinin cerrahi sonrası oluşması bu endişenin plak vida tespiti için yeterli olmadığı

12. Ulusal EI ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

görüşünü kuvvetlendirmektedir. Buna karşın kırık hattının ve hematomunun açılmaması sonucu enfeksiyon riskinin daha düşük olacağı düşünülen intramedüller tespit uygulanan grupta bir hastada cerrahi tedavi gerektiren enfeksiyon gözlenmiştir. Sonuç olarak kliniğimizde humerus kırığı tespit yöntemi seçiminde en önemli kıstasımızın, cerrahın tecrübe açısından kendisini en rahat hissettiği yöntem olduğunu ve her iki tespit yöntemi arasında komplikasyon açısından fark gözlenmediğini saptadık.

S3

HUMERUS KAPALI DİAFİZ KIRIKLARINDA İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEMENİN YERİ NEREDE? HUMERUS DİAFİZ KIRIĞI NEDENİYLE İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEME SONRASI OLUŞAN NON-UNION OLGUSUNUN BİZE ÖĞRETTİKLERİ (OLGU SUNUMU)

Kemal Gökkuş

Özel Bsk Kütahya Anadolu Hastanesi

Giriş

Humerus diafiz kırığı sonucu intramedüller çivileme uygulanmış ve non-union'la sonuçlanmış bir vakanın sunumu içinde humerus kapalı diafiz kırıklarının ve humerus diafiz non-union'larının tedavi seçeneklerini gözden geçirmek.

Metod

55 yaşında erkek hasta ağaçtan düşme sonrası humerus kapalı diafiz kırığı nedeniyle başka bir merkezde şişebilen intramedüller çivi ile tedavi edildikten iki yıl sonra humerus diafiz non-union'la kliniğimize başvurdu. Planlı bir ameliyat ile intramedüller çivi çıkarıldı; humerus diafizine anteolateral yaklaşımla ulaşıldı ve non-union hattı yeniden kanlandırılmaya kadar temizlendi. İliak kanattan alınan süngerimsi kemik grefti de kullanılarak, dinamik kompresyon plağı ve toplam yedi adet vida ile bikortikal sağlam fiksasyon yapıldı. Kırık uçlarının tam teması sağlandı. Anterolateral yaklaşım tercih edildiği için radial sinir ile karşı karşıya kalınmadı. Post op bir ay uzun kol alçısında takip sonrası 1 ay kadar sarmiento ortezi ile dirsek hareketlerine izin verildi.

Bulgu

İntramedüller çivi uygulaması sonrası non-union'la başvuran hastada: kırık hattının ayrışması, intramedüller çivi giriş yerinin uygunsuzluğu, fiksasyonun sağlam olmamasına bağlı oluşan harekete bağlı proksimal humeral korteksin balonlaşığı gözlenmekteydi. Ayrıca şişirilmeye intramedüller kanalı doldurup stabilize sağlanması gereken çivi sönmüştü. Belki bu nedenle redüksiyon bozulmuş gözükmekteydi. Dinamik kompresyon plağı uygulandıktan sonra kırık hattının tam redüksiyonu ve uçların tam teması; kırık hattının üstünde dört, altında üç bikortikal fiksasyon, sekizinci haftada oluşan kaynama dokusu, radyolojik olarak gözlenmekteydi. Hastanın dirsek ve omuz hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Hastada radial sinir arazına rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç

Humerus kapalı diafiz kırıklarında; Sarmiento ve Sir John Charnley'in 1960-1970'lerdeki yayınlarından sonra kabul edildiği gibi konservatif tedavinin başarısı %95-100 'lerdedir. Konservatif tedavide iyi uygulanmış u- ateli, sarmiento ortezi, asıcı kol alçısı, vello bandajı kırığın tipine ve şekline uygun kullanılabilir tedavi seçenekleridir. Obez hastalarda konservatif tedavi şansı düşük olacağı için direk cerrahi düşünülebilir. Humerus kırıklarında cerrahi endikasyon: açık kırık, patolojik kırık, politravmatize hasta, yüzen dirsek, nörovasküler hasar olması, konservatif tedavinin başarısız olduğu durumlardır. Humerus kapalı diafiz kırıklarında konservatif tedavi başarısız ise en önemli seçenek dinamik kompresyon plağı olmalıdır. Cerrahi tedavide intramedüller çivileme; patolojik kırıklarda, yanık ile birlikte olan kırıklarda ve transvers kırıklarda uygundur. İntramedüller çivilemede retrograd giriş tekniği, antegrad giriş tekniğine göre daha üstündür. Antegrad tekniğe rotator manşet hasarına bağlı omuz ağrılarında sık rastlanır. Retrograd tekniğe ise distal humerusun iyatrojenik olarak kırılması riski vardır. Eksternal fiksasyon vasküler hasarı bulunan hastada acil geçici kemik fiksasyonunu sağlamak için ve kırıkla birlikte yara yeri pansumanı gerektirecek açık yumuşak doku hasarlı vakalarda uygundur. Non-union'lar temel olarak ikiye ayrılır, redüksiyon hattının az kanlandığı atrofik non-union ve stabil fiksasyonun sağlanamadığı hipertrofik non-union'lar. Jüpiter atrofik non-union'da medial yaklaşımla, damar pediküllü fibula greftini kullanarak anterior plaklamayı tarif etmiştir. Yeterli fiksasyonun sağlanamadığı Non-union'larda ki olgumuz bu gruba girmektedir; kırık uçlarının yeniden kanlandırılması, dinamik kompresyon plağının kullanılması, en az 6 vida ile bikortikal fiksasyon, süngerimsi kemikle otogreftleme, kırık uçlarının tam temasının sağlanması altın kurallardır.

S4

ÖN KOL KIRIKLARINDA STABİL, ERKEN HAREKETE İZİN VEREN VE AMELİYAT SÜRESİNİ KISALTAN YENİ BİR İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ

Gürsel Saka¹, Salih Murat Durkaya¹, Fatih Küçükdurmaz², Coşkun Özer¹, Fuat Akpınar¹

¹ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji

² Özel Hospital Türk Ortopedi ve Travmatoloji

Giriş

Bu çalışmamızda erişkin önkol kırıklarının cerrahi tedavisinde stabil, erken harekete izin veren ve ameliyat süresini kısaltan yeni ve farklı dizayn intramedüller önkol çivilerinin erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod

Bu çalışmada Mayıs 2008 ile Ekim 2009 tarihleri arasında önkol çift ya da tek kemik kırığı nedeniyle ameliyat edilen ve yeni dizayn İM çivi uygulanan 33 yetişkin hastanın 45 önkol kemiği (10 hasta önkol çift kemik kırığı, 12 hasta izole ulna kırığı, 2 hasta bilateral izole ulna kırığı, 9 hasta izole radius kırığı) geriye dönük olarak değerlendirildi. Bunlardan 8 hasta kadın ve 25 hasta erkek olup; ortalama yaş 37 (18-65) idi. Hastalara radius kırığı için 19 radius İM çivisi, ulna kırığı için 26 ulna İM çivisi uygulanmıştır. Kırıklar AO/OTA sistemine göre sınıflandırıldı. Tüm hastalar son kontrollerinde Grace-Eversmann ölçütlerine göre ve DASH(Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) skoru ile değerlendirildi.

Bulgu

Ortalama ameliyat süresi ulna çivisi için 25 dakika ve radius çivisi için 20 dakika olup; ortalama skopi süresi ise 2.2 dakikadır. Ortalama kırık kaynama süresi ise radius kırığı için 12 hafta, ulna kırığı için 13 hafta olarak bulundu. Hiçbir kırıkta nonunion, derin enfeksiyon ve radio-ulnar sinostoz görülmedi. Grace-Eversmann ölçütlerine göre 28 hastada (%84.8) mükemmel, 4 hastada (% 12.1) iyi ve 1 hastada (% 3.1) kabul edilebilir sonuç alındı.

Tartışma ve Sonuç

Erişkin önkol kırıklarının tedavisinde en sık kullanılan yöntem plak-vida tespitidir. Ancak geniş yumuşak doku hasarına yol açması, plak basısı nedeniyle periosteal kan akımının bozulması ve plağın çıkarılmasını takiben yeniden kırık oluşması gibi riskleri vardır. Literatür incelendiğinde bu kırıklarda İM çivi uygulamalarının son yıllarda plak-vida tespitine önemli alternatif haline geldiği görülmektedir. Çalışmamızda kullanılan; proksimal ve distal kilitleme için klavuz gerektirmeyen, kırık redüksiyonu hariç skopiye ihtiyaç duyulmayan veya kullanım süresini oldukça kısaltan, proksimal ve distal kilitleme ile yeterli stabilite sağlanarak ilave tespit gerektirmeden ameliyat sonrası erken harekete izin veren, yeni ve farklı önkol intramedüller çivilerinin plak-vida osteosentezine iyi bir alternatif olduğu ve klasik intramedüller çivilere tercih sebebi olabileceği düşünülmektedir.

S5

ERİŞKİN ÖNKOL KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE PLAK-VİDA VE YENİ NESİL KİLİTLİ İM ÇİVİ TESPİT YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Salih Murat Durkaya, Gürsel Saka, Necdet Sağlam, Coşkun Özer, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Erişkin önkol çift kırıklarının cerrahi tedavisinde uyguladığımız iki farklı yöntemin sonuçları değerlendirildi.

Metod

Bu çalışmada ön kol kırığı nedeniyle Haziran 2007 ile Ocak 2009 tarihleri arasında açık redüksiyon ve plak – vida tespiti uygulanan 18 yetişkin hasta (10 hasta önkol çift kemik kırığı ve 8 hasta izole Ulna kırığı)(Grup 1) ile Mayıs 2008 ile Ekim 2009 tarihleri arasında açık / kapalı redüksiyon ve yeni nesil kilitli intramedullar (İM) çivi uygulanan 33 yetişkin hasta (45 önkol kemiğinin; 10'u Radius-Ulna kırığı, 12'si izole ulna kırığı, 2'si bilateral izole ulna kırığı, 9'u izole radius kırığı) (Grup 2) geriye dönük olarak değerlendirildi. Grup 1 de 11 hasta erkek, 7 hasta kadın olup; ortalama yaş 32(17-51) idi .Bu gruptaki hastalara 10 kilitli radius plağı, 18 ulna kilitli plağı uygulandı. Grup 2 de ise 8 hasta kadın, 25 hasta erkek olup; ortalama yaş 37 (18-65) idi. Hastalara 19 anatomik kilitli İM radius çivisi, 26 çok fonksiyonlu kilitli İM ulna çivisi uygulandı. Ortalama takip süresi grup 1 de 20 ay (12-34 ay), grup 2 de ise 12 ay (5-22 ay) idi. Kırıklar AO/OTA sistemine göre sınıflandırılarak son kontrollerinde Grace-Eversmann ölçütleri ve DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) skoruna göre değerlendirildi.

Bulgu

Grup1 de ortalama ameliyat süresi; çift kemik kırığı için 70dk (50-97 dk), izole radius kırığı için 35 dk (25-45dk), izole ulna kırığı içinse 35 dk. (30-50 dk) idi. Ortalama kaynama süresi 14 hafta olup; bu gruptaki tüm hastalara 3 hafta süreyle atel tespiti uygulandı. Grace-Eversmann ölçütlerine göre, 13 hastada (% 72,2) mükemmel ve iyi, beş hastada (% 27,8) kabul edilebilir sonuç elde edildi. İmplant yetmezliği gelişen bir hasta yeni nesil kilitli İM çivi ile yeniden opere edildi ve bu şekilde kaynama sağlanabildi. Yüzeysel yumuşak doku enfeksiyonu gelişen bir hastada ise lokal debritleme sonrasında yara iyileşti ve kaynama sağlanabildi. Grup 2 de ulna çivisi için 25 dakika ve radius çivisi için 20 dakika olup; ortalama skopi kullanım süresi ise 2.2 dakikadır. Ortalama kaynama süresi yeni nesil kilitli İM çivilerde daha kısa olup; radius kırığı için 12 hafta, ulna kırığı için 13 hafta olarak bulundu. Bu gruptaki hastalardan galeazzi kırıklı çıkığı olan 2 hasta dışında hastaların hiç birine ameliyat sonrasında ek tespit uygulanmadı ve 1. günden itibaren serbest harekete izin verildi. Bu gruptaki hiçbir hastada rotasyonel kısıtlılık nonunion, derin enfeksiyon ve radio-ulnar sinostoz görülmedi ve Grace-Eversmann ölçütlerine göre 28 hastada (% 84.8) mükemmel , 4 hastada (% 12.1) iyi ve 1 hastada (% 3.1) kabul edilebilir sonuç alındı.

Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde; yetişkin önkol diafiz kırıkları için yeni ve farklı dizayn önkol kilitli İM çivi sistemlerinin birçok farklı özellikleriyle hem klasik intramedüller çivilere hem plak-vida tespitine iyi bir alternatif olabileceği düşünülmektedir. Üstünlüklerinden bazıları; operasyon süresinin kısalığı, çoğunlukla kapalı yöntemle ve minimal invaziv uygulanabilmesi, kilitleme için skopi gerekmemesi, yalnızca redüksiyon için skopi kullanılması, yara skarı ve estetik kusurun minimize olması ve çivilerin özel dizaynından dolayı tüm planlarda yeterli stabilitenin sağlanarak ameliyat sonrası ek tespite ihtiyaç duyulmaksızın hemen erken harekete izin vermesi olarak sayılabilir.

S6
İNSTABİL ÇOCUK ÖNKOL ÇİFT KIRIKLARINDA SINIRLI
KESİDEN AÇIK REDÜKSİYON VEYA KAPALI REDÜKSİYON İLE
İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEME

Gürsel Saka, Salih Murat Durkaya, İhsan Özdamar, Birkan Kibar, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Kapalı redükte edilemeyen ya da farklı nedenlerle redüksiyonu korunamayan instabil çocuk önkol çift kırıklarının cerrahi tedavisinde uyguladığımız iki farklı yöntemin etkinliği ve güvenirliliği geriye dönük olarak değerlendirildi.

Metod

Ocak 2006-Eylül 2008 tarihleri arasında farklı nedenlerle cerrahi tedavi uygulanan 3-14 yaş arası 8'i kız 22'si erkek toplam 30 önkol çift kemik kırıklı hasta çalışma grubumuzu oluşturdu. 19 vaka da kapalı redüksiyon başarısızlığı, 7 vaka da takiplerinde redüksiyon kaybı, 3 vakada refraktür ve 1 vakada da açık kırık mevcuttu. Ortalama yaş 10.3 yıl ve takip süresi ortalama 24 ay (16-48) idi. Bu hastalardan kapalı redüksiyonu takiben İM tespit uygulanan 22 hasta Grup 1 ve sınırlı kesi ile açık redüksiyonu takiben İM tespit uygulanan 8 hasta ise Grup 2 olarak sınıflandırıldı. Genel anestezi altında kırık hatlarına minimal kesiler ile veya kapalı redüksiyonu takiben girilerek radius ve ulna birer adet kirschner teli ile tespit edildi. Ameliyat sonrasında uzun kol atel ortalama üç hafta uygulandı ve Kirschner telleri ise ortalama 40 günde çıkarıldı.

Bulgu

Cerrahi tedavi uygulanan tüm hastalarda kaynama sağlandı. Klinik ve radyolojik izlemde, hiçbir vakada uzunluk farkı, kaynamama ve enfeksiyon saptanmadı. 3 olguda 15 derece supinasyon kısıtlılığı görüldü. 1 vakada volar yönde radial açılanma saptandı. Price'in değerlendirme kriterlerine göre, 28 vakada mükemmel ve 2 vakada iyi sonuç elde edildi.

Tartışma ve Sonuç

Kapalı redüksiyon ve alçılama çocuk önkol kemik kırıklarında ilk tercih edilen tedavi olmasına karşın; kapalı redüksiyonun başarılı olmadığı veya takiplerinde redüksiyon kaybı olan olgularda, vasküler yaralanma olan olgularda, çoklu yaralanmalarda ve açık kırıklar gibi 4-15 yaş arası sorunlu çocuk önkol kırıklarında, sınırlı kesi ile açık redüksiyonu veya kapalı redüksiyonu takiben kirschner telleri ile intramedüller çivileme yöntemi; teknik olarak basit, sonuçları iyi ve güvenilir bir tedavi şeklidir. Kapalı redüksiyon ile tedavinin ideal yöntem olmasına karşın, farklı nedenlerle cerrahi olarak İM K-teli uyguladığımız olgularımızda elde ettiğimiz literatüre uygun kaynama süreleri, mini insizyon ile biyolojik prensiplere sadık kalınarak yapılan ve periosta olabildiğince az zarar verilen uygulamanın, kapalı yöntemle uygulanan cerrahi girişime göre klinik sonuçları fazlaca etkilemediği düşüncesindeyiz.

S7

RADIUS DİSTAL KIRIKLARININ BİR YILLIK SÜREÇTE DAĞILIMI VE SONUÇLARIMIZ

Mehmet Sonar¹, Taşkın Altay², Hasan Öztürk³, Mert Kumbaracı³

¹ T.C. S.B. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² T.C. S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³ T.C. S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Radius distal uç kırıkları uygun şekilde tedavi edilmediğinde yüksek oranda işgücü kaybına yol açmaktadır. Bu nedenle kabul edilebilir redüksiyonun sağlanması, devam ettirilebilmesi ve iyi fonksiyonel sonuçlar için son yıllarda cerrahi tedavi önem kazanmıştır. Çalışmamızda sık rastlanan ve tedavisinin tartışmalı olduğu kırıkların yoğun çalışan bir klinikteki kontrollü takiplerini ve sonuçlarını bildirerek, bu tip kırıkların standardize edilmesine ışık tutmayı amaçladık.

Metod

T.C.S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma hastanesi 1.Ortopedi ve travmatoloji kliniği acil polikliniğine Aralık 2006-Ocak 2008 tarihleri arasında başvuran, ‘radius distal uç kırığı’ tanısı alan, konservatif veya cerrahi tedavi uygulanan ve takibi yapılabilen 75 hastanın 75 el bileği retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 48 (17-84), bunların 32’si kadın (%43), 43’ü erkek (%57) idi. Ortalama takip süreleri 9 ay (2-14 ay) idi. Etiyolojide basit düşme (52 hasta,%70) ve yüksekte düşme (18 hasta,%24) ön planda idi.

Bulgu

Hastalarımızın 54’üne konservatif, 21’ine cerrahi tedavi uygulandı. Konservatif tedavi olarak kapalı redüksiyon+uzun kol alçı, cerrahi tedavi olarak da 10 hastaya kapalı redüksiyon+telleme, 11 hastaya açık redüksiyon+plakla tespit uygulandı. Tüm kırıklar Frykman ve Fernandez sınıflamasına göre sınıflandırıldı. Her iki sınıflandırmada tip 1 kırıklarda konservatif tedavi tercihi istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tartışma ve Sonuç

Hastalarımız klinik olarak Sarmiento tarafından modifiye edilmiş Gartland-Werley klinik skorlama sistemi ile radyolojik olarak Steward radyolojik skorlama sistemi ile değerlendirildi. Tüm hastalarda klinik olarak %92, radyolojik olarak %91 mükemmel ve iyi sonuç alındı. Konservatif ve cerrahi hasta grupları arasında anatomik ve fonksiyonel bakımdan istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Aynı şekilde açık redüksiyon ve kapalı redüksiyon şeklinde cerrahi olarak tedavi edilen gruplar arasındaki fark anlamsızdı. Anatomik ve fonksiyonel sonuçlar arasında uyum olduğu gösterildi. Çalışmamız sonucunda; eklem dışı ayrılmamış kırıklarda kapalı redüksiyon ve alçılama, eklem içi ve ayrılmış kırıklarda kapalı redüksiyon ve telleme veya açık redüksiyon, greftleme ve plakla tespit ana tedavi seçeneğidir. Plak vida tespiti ile kapalı redüksiyon ve telleme ile tespit arasında anlamlı fark olmaması bu konu ile ilgili daha çok sayıda hastayı içeren çalışmaların yapılmasının tedavi seçeneklerinin netleşmesi konusunda yardımcı olacağını göstermektedir.

S8

DORSAL VİDA ÇIKIMI: KİLİTLİ VOLAR PLAK TESPİTLİ RADIUS ALT UÇ KIRIKLARINDA KOMPLİKASYON NOKTASI

Tahir Sadık Sügün, Nuri Karabay, Yusuf Gürbüz, Kemal Özaksar, Tulgar Toros, Murat Kayalar,
Emin Bal, Yalçın Ademoğlu
El Mikrocerrahi Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi

Giriş

Kilitli volar plak ile tespit uygulanan radius alt uç kırıklı hastalarda dorsal vida çıkımına bağlı sorunların değerlendirilmesi.

Metod

Radius alt uç kırığı nedeniyle volar kilitli plak uygulanan 46 hasta (20 erkek, 26 kadın, ortalama yaş 50.8; dağılım 24-87) ortalama 18.4 ay takip süresi (6-43 ay) sonunda, hareket genişlikleri, kavrama güçleri, DASH, MAYO el bileği skoru ile klinik olarak; radyal kısılma, radyal eğim ve volar eğim için radyografik olarak; dorsal yüz vida çıkım ve oluşturduğu sorunlar yönünden ultrasonografik olarak değerlendirildi. AO sınıflamasına göre 7 hastada A tipi, 3 hastada B tipi ve 36 hastada C tipi kırık vardı. Ortalama 3.4 gün (0-24 gün) içinde hastalar, skopi ve x ray kontrolünde, 6 hastaya kemik greftlemesi uygulanarak ameliyat edildi. Elde edilen değerler istatistiksel olarak %95 güven aralığında yorumlandı.

Bulgu

Kırıkların tümü kaynadı. Sağlam tarafla yapılan kontrollerde hareket genişlikleri pronasyon dışında istatistiksel olarak anlamlı farklıydı. Kavrama gücü farkları anlamlıyken, çimdik güçleri arasında fark yoktu. DASH anket ortalaması 15.8 (0-72), MAYO el bileği skoru ile sadece 1 hastada kötü sonuç alındı. Fonksiyon kısıtlılığı en fazla dorsal vida çıkımına bağlı başparmak uzun ekstansör tendonunda rüptür ve tenosinovite bağlı implant çıkartılması gereken hastalara aitti. Radyografik olarak radyal uzunluk 2 hastada korunmamıştı. Radyal eğimler arasında anlamlı fark yokken volar eğimlerin sağlam tarafa göre anlamlı olarak azaldığı görüldü. Volar distal radius kenarı ile plak arasındaki mesafe ortalama olarak 3.2 mm (0-6mm) ölçüldü. Bu mesafenin fleksör tenosinovit üzerine anlamlı etkisi saptanmadı. Volar tenosinovit klinik ve radyolojik olarak 2 hastada başparmak uzun fleksör tendonunda saptandı. Volar yüz için bir hastada kırık ve tespit sonrası 5. ayda karpal tünel sendromu tanısıyla gevşetme uygulandı. Plak distaline uygulanan toplam 230 kilitli vidanın USG ile değerlendirilmesinde 59 tanesinin dorsalden 0,5 mm ve üzerinde çıkım yaptığı görüldü. Vida çıkım miktarları ekstansör kanallara göre gruplandırıldı ve değerlendirildi. 1.kanalda 1 vida, 2.kanalda 22 vida, 3.kanalda 15 vida ve 4. kanalda 21 vida çıkımı saptandı. 3. kanalda 1.5 mm ve üzeri çıkımların istatistiksel olarak komplikasyon oranları anlamlıydı. 4 hasta başparmak uzun ekstansör tenosinoviti, 1 hasta kısmi yırtığı ve 1 hastada tendon rüptürü tanısı aldı. 4.kanalda 1.5 mm ve üzeri çıkımların tenosinovite yol açma oranları anlamlıydı. 4 hastada parmak ekstansör tenosinoviti saptandı. 2. kanalda vida çıkımları ve tenosinovit arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Sonuç olarak 46 hastanın 13 (%28) sinde dorsal vida çıkımına bağlı komplikasyon görüldü.

Tartışma ve Sonuç

Kilitli volar plak uygulamaları dengesiz radius alt uç kırıklarının tedavisinde son yıllarda oldukça etkili olarak kullanılmaktadır. Buna paralel olarak literatürde çeşitli klinik ve deneysel çalışmalarda dorsal vida çıkımlarına bağlı sorunlar yayımlanmaktadır. Distal radiusun kompleks anatomik yapısı ve dorsal korteks geometrisi standart görüntüleme yöntemleriyle uygun boyda vida uygulamasını güçleştirmektedir. Komplikasyonlardan korunmak amaçlı ölçülen vida boyundan daha kısa uygulamalar dorsal eklem içi parçalarda redüksiyon tespit yetersizliğine yol açtığı için önerilmemektedir. Özellikle 3. kanal, vida çıkımlarına bağlı sorunların gelişmesinde önemlidir. Ultrason, dinamik ve non invaziv bir görüntüleme yöntemi olmasıyla hastaların ameliyat sonrası takiplerinde direkt grafiler kadar değerli olup, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde ucuz ve etkili bir yöntemdir. Gereğinde implant çıkartılması sorun oluşmasının engellenmesi amaçlı hastalara önerilmelidir.

S9

OSTEOPOROTİK DİSTAL RADIÜS KIRIKLARININ PLAK İLE OSTEOSENTEZ UYGULAMALARININ ANALİZİ

Murat Bulbul, Semih Ayanoğlu, Kahraman Öztürk, Cem Büyükkurt, Hakan Gürbüz
Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Distal radius kırıkları; ortopedi acil polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Osteoporozlu bayanlarda en sık görülen kırık çeşidi radius distal uç kırığıdır. Radius distal uç kırıklarının plak ile osteosentezlerinin radyolojik sonuçlarını ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla bu çalışmayı planladık.

Metod

Çalışmamıza voler kilitli plak ile osteosentez yaptığımız otuz yedi bayan hastayı dâhil ettik. Grup1 menopoz olan 20 hastadan, grup 2 menopoz olmayan 17 hastadan oluşuyordu. Grup1 yaş ortalaması 56,5 (45-65), grup 2 yaş ortalaması 37,11 (27-51) olarak bulundu. Hastaların ortalama takip süreleri 17,3 (12-52) ay olarak saptandı. Her iki grubun radyolojik değerlendirmesini Gartland Werley sınıflamasının Sarmiento modifikasyonunu kullanarak değerlendirdik. Günlük yaşam değerlendirmelerini DASH ve Mayo el bilek skorlama sistemleri ile değerlendirdik.

Bulgu

Gartland Werley sınıflamasının Sarmiento modifikasyonuna göre değerlendirme sonucu grup 1'de 19 hastada iyi-çok iyi sonuç, bir hastada kötü sonuç elde edildi. Grup 2'de 15 hastada iyi-çok iyi sonuç iki hastada orta-kötü sonuç elde edildi. İstatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı. DASH skorları ortalaması grup1'de 32,58±11,85 (13,7-48,1), grup2'de 10,365±18,77 (0,8-75) olarak saptandı. Mayo el bilek skorlama sistemine göre ortama skor grup1'de 62,25± 8,8 (40-80), grup2'de 84,41±15,5 (40-95) olarak tespit edildi. Mann Whitney U testi ile, bu iki skorlama sistemini istatistiksel olarak değerlendirmemiz sonucunda grup1 ve grup 2 arasındaki farkın her iki skorlama sisteminde de (p=0,000) aşırı anlamlı olduğunu tespit ettik.

Tartışma ve Sonuç

Distal radius eklem içi kırıkları olan osteoporozlu olgularda cerrahi uygulama çok iyi olsa bile günlük yaşam aktiviteleri önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu yüzden bu kırıkların osteoporozlu insanlarda oluşmasını önlemenin daha önemli olduğunu düşünüyoruz. Osteoporozlu distal radius kırığı gelişen olgularda da daha az morbid olan tedavi yöntemlerinin seçilmesini öneriyoruz.

S10

ERİŞKİNLERDE EKLEMİ İLGİLENDİREN İNSTABİL RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI: VOLAR KİLİTSİZ VE KİLİTLİ ANATOMİK PLAKLA TESPİT YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Engin Kesgin, Hüseyin Bayram, Mustafa Herdem, Ö. Sunkar Biçer
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Eklemi ilgilendiren instabil radius distal uç kırıklarının cerrahi tedavisinde volar girişimle uyguladığımız kilitsiz ve kilitli anatomik plakla tespit yöntemlerinin sonuçlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirildi.

Metod

Çalışmamızda, AO sınıflandırmasına göre C grubunda yer alan radius distal uç kırığı nedeniyle açık redüksiyon ve iki değişik volar plak tespitiyle tedavi edilen erişkin 35 distal radius kırıklı hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 27'si (% 77) erkek, 8'i (% 23) kadın olup yaş ortalaması 40,4 (18-71) idi. Hepsi Tip C olan kırıkların alt grupları 16 (% 46)'sı C1, 9 (% 26)'u C2, 10 (% 28)'u C3 şeklindeydi. Ortalama takip süresi 20 ay (6-50 ay) idi. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanıldı. Grup 1'deki 13 hastaya volar kilitsiz plak, Grup 2'deki 22 hastaya volar anatomik kilitli plak uygulandı. Gruplar arasında yaş, cins ve kırık tipi yönünden istatistik olarak anlamlı fark yoktu. Grupların son kontrollerindeki klinik bulguları Gardland ve Werley klinik değerlendirme sistemine göre, radyolojik bulguları Knirk ve Jupiter'in artritlik skorlama sistemi ile Stewart ve ark.'nın radyolojik değerlendirme sistemine göre yapıldı.

Bulgu

Grup 1'de dış tespit süresi 6 hafta, Grup 2'de 2 hafta idi. Hastaların son kontrollerindeki önkol rotasyon ve el bilek ortalama hareketleri; Grup 1'de fleksiyon 75,3°, ekstansiyon 74,6°, supinasyon 73°, pronasyon 76°; Grup 2'de fleksiyon 70,2°, ekstansiyon 63°, supinasyon 65°, pronasyon 65° olarak bulundu. Kavrama gücü yüzdesi Grup 1'de %81,7 iken Grup 2'de % 78,1 idi. Gartland ve Werley klinik değerlendirme kriterlerine göre Grup 1'de % 86 mükemmel-iyi, % 14 orta sonuç; Grup 2'de % 77 mükemmel-iyi, % 23 orta sonuç alındı. Her iki grup için eklem hareket açıları kavrama güçleri ve klinik değerlendirme sonuçları arasında istatistik olarak fark yoktu. Hastalarımızın radyolojik değerlendirmesinde; Grup 1'de radial yükseklik 10,2 mm, radial inklinasyon 18,2°, volar eğim 4,4°; Grup 2'de radial yükseklik 11 mm, radial inklinasyon 20,8°, volar eğim 9,4° idi. Stewart radyolojik değerlendirmesine göre mükemmel-iyi sonuç Grup 1'de % 100, Grup 2'de % 91 olarak bulundu. Gruplar arasında istatistik olarak fark yoktu, ancak kilitli anatomik plak yapılan grupta radyolojik düzelme daha iyiydi.

Tartışma ve Sonuç

Radius distal uç kırıklarının eklemi ilgilendiren kompleks kırıklarının kilitsiz veya kilitli anatomik volar plaklarla tedavisinden iyi fonksiyonel sonuçlar alınmaktadır. Geç dönemde iki yöntem arasında fonksiyonel ve radyolojik sonuçlar yönünden istatistik olarak fark bulunmamaktadır. Ancak, kilitli anatomik plaklar daha iyi radyolojik düzelme sağlamakta ve sıklıkları nedeniyle erken harekete izin vermektedir.

S11

İNSTABİL RADIUS ALT UÇ KIRIKLARINDA VOLAR KİLİTLİ PLAK UYGULAMASININ KLİNİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Kemal Gökkuş

Özel Bsk Kütahya Anadolu Hastanesi

Giriş

Radius alt uç kırıkları üst ekstremitenin en sık görülen kırıklarıdır. İyi tedavi edilmediği takdirde önemli iş gücü kaybına yol açar. Kırığın tipi , dengeli olup olmadığı cerrahi tedavi seçeneğini belirler. Bu çalışmanın amacı instabil radius kırıklarında volar kilitli plak uygulamalarının klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

Metod

Toplam altı hasta , instabil radius alt uç kırığı nedeniyle volar kilitli plak ile tedavi edildi. Post operatif dönemde atelde takip edildi. Dört haftanın sonunda pasif hareketler başlandı. sekizinci haftada aktif hareketlere izin verildi. Kırıklar AO/ASIF sınıflandırmasına göre sınıflandırıldılar. Fonksiyonel sonuçlar Gartland ve Werley skalasına göre değerlendirildi.

Bulgu

Gartland ve Werley skalasına göre dört hastada mükemmel (%66,6), iki hastada iyi (%33,3) sonuç alındı . Hastalar en az iki ay ile en çok oniki ay arasında takip edildiler (ortalama 6,6 ay). AO/ASIF sınıflandırmasına göre iki adet kırık A3 , iki adet kırık C1, iki adet kırık C3 grubundaydı. Hastaların erken post op ve takip radyografilerinde redüksiyon tamdı. Radial uzunluk ve radial eğim sağlanmıştı. Eklem içini penetre eden vida saptanmadı. Distal radio-ulnar eklem tüm hastalarda pre-op ve post-op değerlendirildi. Hiçbir hastada distal radio-ulnar eklem sorununa rastlanmadı. Redüksiyon kaybına hiçbir hastada rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç

Kırık tedavisinde erken hareket, sağlam fiksasyonu gerektirir. Volar yaklaşım her ne kadar radial arter ve median sinir ameliyat sahasında risk altında olsa bile radiusun anatomik özelliğinden dolayı plak için çok uygun bir yüzeye ulaşma şansı tanır. Kilitli anatomik plaklarda vida başının plağa kilitlenmesi ek bir stabilite yaratmaktadır. Kapalı redüksiyon ve perkütan telleme ile eksternal fiksatör seçeneklerinde erken harekete başlamak mümkün değildir. Bu nedenle fonksiyonel sonuçlar daha kötü olmaktadır. Radius'un dorsal yüzü plak uygulaması için çok elverişli değildir ve genellikle ekstensor tendonlarda sürtünmeye yol açar. Bu nedenle Volar plak uygulamasına göre daha dezavantajlıdır. İnstabil radius alt uç kırıklarında volar kilitli plak uygulaması şu an için en iyi seçenektir.

S12

VOLAR KİLİTLİ PLAK İLE TEDAVİ EDİLEN DİSTAL RADYUS KIRIKLARINDA AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Mustafa Şahin¹, Tuğrul Alıcı¹, Salih Şentürk², Hakan Gündeş¹

¹ Maltepe Ün. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji A.D. ,

² Osmaniye Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Bu çalışmada volar kilitli plak ile tedavi edilen distal radyus kırıklarında ameliyat öncesi ve sonrası radyolojik değerlendirme sonuçlarının geriye dönük olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Metod

Temmuz 2007 - Aralık 2009 tarihleri arasında cerrahi yöntemlerle tedavi edilen radyus distal uç kırıkları geriye dönük olarak incelendi. Volar kilitli plak uygulanan hastalar çalışma grubuna alındı, diğer cerrahi yöntemler ile (dorsal plak, tel, eksternal fiksator) tedavi edilen hastalar çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası çekilen el bileği ön-arka ve yan grafilerinde radyal yükseklik (RY), radyal eğim (RE), volar açılanma (VA) değerleri ölçüldü. Tüm hastalar elektif şartlarda aynı tip volar kilitli plak-vida kullanılarak ameliyat edildi. Üç hastada (%15) radyusta uzunluğu sağlamak ve metafizer alandaki kemik stokunu desteklemek amacı ile ilyak kanattan alınan kemik yama uygulandı. Tüm hastalarda ameliyat sonrası kısa kol alçı atel uygulandı. Erken dönemde parmak egzersizlerine ve ikinci haftanın sonunda el bileği egzersizlerine başlandı. Ortalama üç hafta sonra atel sonlandırıldı.

Bulgu

İncelemeye alınan 18 hastanın 20 el bileği eklemine ameliyat öncesi ve sonrası radyolojik değerler ölçüldü. Elde edilen ölçüm verileri SPSS 15.0 istatistik programında analiz edildi. Hastaların 4'ü erkek ve 14'ü kadın idi. Hastaların ortalama yaşı 53.05 ±14.71 (26 -83) idi. Kırıkların 11 (%55) tanesi de sol el bileğinde, 9 (%45) tanesi sağ el bileğinde idi. 14 el bileğinde ulna stiloid kırığı mevcuttu. Takip süresi ortalama 12.95±6.04 (4-27) aydı. Tüm kırıklar AO'ya göre sınıflandırıldı; altı el bileği A2 (%30), bir el bileği A3 (%5), dört el bileği C1 (%20) yedi el bileği C2 (%35) ve iki el bileği C3 (%10) olarak belirlendi. Ameliyat öncesi ve sonrası ön-arka ve yan grafilerde ölçülen radyal yükseklik (RY), radyal eğim (RE) ve volar açılanma (VA) Wilcoxon non parametrik test ile karşılaştırıldı. Volar kilitli plak uygulaması sonrası yapılan radyolojik değerlendirmede her üç ölçütte (RY, RE, VA) anlamlı bir düzelme olduğu tespit edildi (p<0.05). Hastaların hiç birisinde kaynamama sorunu görülmedi. Takip süresi kısa olduğu için klinik değerlendirme sonuçları çalışmaya eklenmedi. Bu süre içinde bir hastada DRUE uyumsuzluğu ve ağrı nedeni ile Darrah artroplastisi, bir hastada çökme ve yanlış kaynama nedeni ile üç korteksli yama ile yenilenme cerrahisi uygulandığı saptandı. Bir hastada ise refleks sempatik distrofi gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç

Radyus distal uç kırıklarının tedavisi halen tartışmalı bir konudur. Tedavide amaç kırık parçalar arasında normal anatomik dizilimi ve eklem yüzeyini sağlamak, elde edilen bu dizilimi tedavi süresince koruyup yeterli kaynamayı elde etmektir. Bu amaçla ciltten çivileme, açık redüksiyon ve iç tespit, dış tespit (eksternal fiksasyon) ve kırığın artroskopik redüksiyonu sonrası ciltten çivileme teknikleri uygulanmaktadır. Dorsal yaklaşım ile plak uygulanması tekniğinde % 20-25 oranında ekstansör tendona ait sorunlar (tendinit ve tendon kopması) ortaya çıkmaktadır. Lister çıkıntısı dorsal plak uygulamalarında sorun oluşturmaktadır. İç tespit gereçlerinin ise bir süre sonra çıkarılması gerekmektedir. Yeni tip volar kilitli plakların kullanılmasıyla fizyolojik yükler altında daha sağlam tespitler yapılabildiği gözlenmiştir. Volar yüz iç bükey olup düzdür ve plak uygulaması için daha uygundur. Pronator kuadratus kası plağın üzerine örtülerek tendon sorunlarına neden olmaz. Uyguladığımız volar yaklaşımlı kilitli plak tespitinde radyolojik olarak anlamlı ve kaynakça ile uyumlu düzelme elde edilmiştir.

S13

ERİŞKİNLERDE İNSTABİL DİSTAL RADIUS ALT UÇ KIRIKLARININ AÇIK REDÜKSİYON VE VOLAR PLAK İLE TEDAVİSİ

Yüksel Özkan¹, Alpaslan Öztürk¹, Namık Şahin¹, Mustafa Özkan²

¹ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı El ve Üst Ekstremitte Bilim Dalı

Giriş

Distal radius kırıklarının tedavisinde amaç el bileğinde ağrısız, yeterli hareket açıklığının sağlanması ve ileride ortaya çıkabilecek dejeneratif değişiklikler ile işlev kaybı riskinin en aza indirilmesidir. Bu çalışmada açık redüksiyon sonrası anatomik volar plak uygulanarak tespit edilen instabil radius alt uç kırıklı hastaların radyolojik ve fonksiyonel sonuçları değerlendirildi.

Metod

İnstabil radius alt uç kırığı olup 2007-2009 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen ve açık redüksiyon sonrası anatomik volar plak ile internal tespit uygulanan 47 hasta (28 erkek (%59.5), 19 kadın (%40.5); ortalama yaş 51 yıl; dağılım: 19-78 yaş) geriye dönük olarak incelendi. AO sınıflamasına göre değerlendirilen kırıkların sekizi (%17) A3, 20'si (%42.5) C1, 15'i (%32) C2, dördü (%8.5) C3 tipi kırık idi. Tüm kırıklar için önce acil servis şartlarında kapalı redüksiyon yapılarak sirküler alçı uygulandı. Redüksiyon sonrası ya da kontrollerde yapılan radyografik değerlendirmede instabilite varlığında (volar açılanmada herhangi bir yöndeki 10 derecelik bir değişim, 5 mm. üzeri radial kısalma, 15°'den az radial eğim açısı, eklemde 2 mm.'den fazla basamaklanma) cerrahi tedaviye karar verildi. Cerrahi tedavide tüm hastalara volar yaklaşımla açık redüksiyon yapılarak radius distal volar kilitli plak ile internal tespit uygulandı. Ameliyat sonrası erken dönemde hareket açıklığı egzersizlerine başlandı. Hastalar fonksiyon, radyografik bulgular ve komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Klinik değerlendirmede Gartland Werley skorlaması ve Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) ölçeği kullanıldı. Radyografik değerlendirme Stewart Radyolojik skorlaması ile yapıldı.

Bulgu

Hastaların ortalama takip süresi 19 (12-27 ay) idi. Kırık oluşundan cerrahi tedaviye kadar geçen süre, kırık sonrası hastaneye geç başvuran hastalar dahil ortalama 10.8 gün (dağılım 3-30 gün) idi. Tüm kırıkların redüksiyonu ameliyat sırasında yeterli oranda yapıldı ve 6-10 hafta arasında bir sürede kaynadı. Gartland Werley skorlamasına göre %35 hastada mükemmel, %45 hastada iyi ve %20 hastada yetersiz sonuç elde edildi. DASH skoru son takiplerde 5.5 idi. Stewart Radyolojik skorlama %45 mükemmel, %45 iyi ve %10 orta olarak değerlendirildi. Redüksiyon kaybı, malunion, implant yetmezliği, enfeksiyon ve kompresyon nöropatisi görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Son 10 yıldır radius alt uç kırıklarının cerrahi tedavisinde, özellikle volar kilitli plakların uygulamaya girmesiyle açık redüksiyon ve internal tespit lehine bir eğilim oluşmuştur. Radius alt uç kırıkları cerrahi tedavisinde volar kilitli plak uygulamasının kırığın stabilizasyonu, aynı zamanda hastanın erken rehabilitasyonu ve işlevleri erken kazanması açısından güvenilir bir tespit yöntemi olduğu görülmektedir. Yapılan ameliyatlara bağlı ortaya çıkan erken bir komplikasyon tespit edilmezken, erken rehabilitasyon yapılabilmesi işlevsel sonuçlar üzerine olumlu katkı sağlamıştır. Tamamı instabil olan kırıklarda uygulanan volar anatomik plak yeterli stabilite sağlamış ve takipler sonunda redüksiyon kaybı gözlenmemiştir. Çalışma sonucunda radius alt uç instabil kırıklarda uygulanan volar anatomik plağın güvenli, uygulaması kolay ve yeterli stabilite sağlayan bir uygulama olduğu kanısına varılmıştır.

S14
FALANKSIN KOMPLEKS İNTRAARTİKÜLER KIRIKLARDA SUZUKİ
FRAME İLE AÇIK EKLEM RESTORASYONU VE OSTESENTEZİN
KARŞILAŞTIRILMASI

Motasim Bawaneh, Hakan Başar, Barış Çaypınar, Rıza Erbölükbaş, Cihangir Tetik
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş

Kompleks intraartiküler falanks kırıklarında 1994 yılında Suzuki tarafından tanımlanan pinleme ve lastikle traksiyon sistemi ile eklem açık olarak restorasyonu ve K teli,vida ile osteosentez tedavilerinin sonuçları karşılaştırıldı.

Metod

Prospektif olarak Ekim 2008 ile Aralık 2009 yılları arasında eklem açık olarak restore edilip K teli, vida ile tespit edilen ortalama 8,5 ay takip edilen 4 kompleks intraartiküler kırık ile retrospektif olarak Aralık 2006 ile Aralık 2009 yılları arasında Suzuki frame ile tedavi edilen 15,83 ay takip edilen 6 kompleks intraartiküler kırıklı hasta çalışmada eşleştirildi. Suzuki frame ile tedavi edilen hastalarda operasyon sonrası düzenli fizyoterapi başlandı ve traksiyon sistemi çıkarıldıktan sonra 3 – 6 hafta fizyoterapiye devam edildi.Eklemin açık olarak restore edilip K teli,vida ile tespit ettiğimiz hastalarda fizyoterapiye operasyondan 3 hafta sonra başlandı ve K telleri çekildikten sonra 3 – 6 hafta fizyoterapiye devam edildi. Hastalar operasyon sonrası ilk 6 hafta haftalık takibinde de 3, 6. aylar ve yıllık kontrollerle takib edildiler.Kontrollerde hastaların opere edilen parmaklarında PİP eklem hareket açıklığına bakıldı.

Bulgu

Hastaların en son kontrollerindeki PİP eklem hareket açıklıklarına bakıldığında Suzuki frame yapılan gruptaki hastalarda ortalama 42,5° (15° – 60°) fleksiyon kısıtlılığı, 25° (0° - 45°) ekstansiyon kısıtlılığı, eklem açık olarak restore edilip K teli,vida ile tespit edildiği gruptaki hastalarda ise 8,75° (0° – 15°), fleksiyon kısıtlılığı, 10° (0° - 20°) ekstansiyon kısıtlılığı olduğu saptandı.Heriki gruptaki hastalarda pin tarct ve yara yeri enfeksiyonu, kaynamama gibi komplikasyonlar görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Kompleks intraartiküler falanks kırıklarının tedavisinde eklem açık olarak restore edilip K teli,vida ile tespit edilmesi ile klasik Suzuki frame ile tedavi yöntemine göre klinik ve radyolojik olarak daha iyi sonuçlar alınmaktadır.Bu tedavi ile hem falanks eklem yüzeyinin restorasyonu daha iyi bir şekilde yapılmakta hemde PİP eklem fonksiyonunda klinik olarak daha iyi sonuçlara ulaşılmaktadır.

S15

DİSTAL FALANKS DORSAL AVULSİYON VE ORTA FALANKS VOLAR KIRIKLARDA EKSTANSİYON BLOK TEDAVİSİ

Hakan Başar, Barış Çaypınar, Motasim Bawaneh, Rıza Erbölükbaş, Cihangir Tetik
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş

Distal falanks dorsal avulsiyon ve orta falanks volar kırıklarda ekstansiyon blok tedavisinin sonuçlarının araştırılması.

Metod

Retrospektif olarak Ocak 2007 ile Ocak 2010 yılları arasında ekstansiyon blok tedavisi uygulanan distal falanks dorsal avulsiyon kırığı olan 14 hasta (12 erkek,2 kadın), orta falanks proksimalinde volar plate kırığı olan 5 hasta (4 erkek,1 kadın) çalışmaya alındı.Hastaların ortalama yaşı distal falanksta dorsal avulsiyon kırığı olan hastalarda 27,07 (14 – 47),orta falanks proksimal volar plate kırığı olan hastalarda 29,2 (17 – 48) dir.Hastaların K telleri operasyondan 4 – 6 hafta sonra çekildi ve rehabilitasyon programına alındılar.Hastaların 3,6 ay ve yıllık kontrollerinde eklem hareket açıklıkları,eklemde ağrı olup olmaması ve radyolojik değerlendirilmesi yapıldı.

Bulgu

Distal falanks dorsal avulsiyon kırığı olan hastaların 2 tanesinde 1. parmak,1 tanesinde 2. parmak, 1 tanesinde 3. parmak, 6 tanesinde 4. parmak ve 4 tanesinde de 5. parmak etkilenmişti.Pre op hastaların radyolojik değerlendirilmesinde ortalama % 39,71 (%20 - %60) oranında eklem yüzeyini içermekte idi,2 hastada subluksasyon mevcuttu. Ortalama 16,78 (4 – 31) ay takip edilen hastaların post operatif son kontrollerinde 2 hastada eklem hareketleri sırasında minimal ağrı tespit edildi. Eklem hareket açıklıklarına bakıldığında ortalama 3,92 ° ekstansiyon kısıtlılığı, 75,71° fleksiyon hareket açıklılığı ve 71,78 ° eklem hareket açıklılığı bulundu.Orta falanks proksimal volar plate kırığı olan hastaların 1 tanesinde 3. parmak, 4 tanesinde 4. parmak etkilenmişti.Pre op hastaların radyolojik değerlendirilmesinde ortalama % 40 (%30 - %60) oranında eklem yüzeyini içermekte idi,4 hastada subluksasyon 1 hastada da dislokasyon mevcuttu.Ortalama 18,80 (17 – 21) ay takip edilen hastaların post operatif son kontrollerinde 1 hastada eklem hareketleri sırasında minimal ağrı tespit edildi. Eklem hareket açıklıklarına bakıldığında ortalama 2 ° ekstansiyon kısıtlılığı, 68 ° fleksiyon hareket açıklılığı ve 66 ° eklem hareket açıklılığı bulundu.Her iki gruptaki hastaların hiçbirinde psödoartroz saptanmadı,pin dibi enfeksiyonu ve migrasyonu görülmedi,radyografik değerlendirilmelerinde anatomik redüksiyonun olduğu ve eklem yüzeyinin düzgün olduğu saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızla daha önce literatürde ekstansiyon blok tedavisinin distal falanks dorsal avulsiyon kırıklarının tedavisinde başarılı olduğunu ortaya koyan yayınlarla benzer sonuçlara ulaşılmıştır,buna ek olarak bu çalışma ile ekstansiyon blok tekniğinin orta falanks proksimal volar plate kırıklarında da distal falanks dorsal avulsiyon kırıklarında olduğu kadar başarılı olduğu ortaya koyulmuştur.

S16

PROKSİMAL FALANKS KIRIKLARINDA AÇIK REDÜKSİYON RİJİD İNTERNAL FİKSASYON SONRASI ERKEN REHABİLİTASYON

Yaprak Ataker¹, Sibel Cömert Ece¹, Önder Çerezci¹, Nazan Canbulat¹, Eftal Güdemez²

¹ Amerikan Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

² Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü El ve Mikrocerrahi Ünitesi

Giriş

Proksimal falanks kırıkları elin iş ve güç kaybına neden olan en sık nedenlerinden biridir. Klinik olarak rotasyonel deformiteye neden olan spiral ve/veya oblik tarzdaki kırıklarda stabilizasyon sıklıkla vida ve/veya plaklar ile sağlanır. Bu çalışmada mini vida ve/veya plaklar ile açık redüksiyon rijid internal fiksasyon yapılan proksimal falanks kırıkları sonrası uygulanan erken rehabilitasyon sonuçları değerlendirilmektedir.

Metod

Proksimal falanks kırığı nedeniyle açık redüksiyon rijid internal fiksasyon yapılan ve erken rehabilitasyon programına alınan 14 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 8'i erkek, 6'sı kadındı ve ortalama yaşları 30 (13-58 yaş)'du. Kırıkların 8'i küçük parmağı, 3'ü yüzük parmağı, 1'i orta parmağı, 2'i ise işaret parmağını ilgilendiriyordu. Yaralanmaların 9'u dominant eli etkilemişti. Rehabilitasyon programı dikişler alındıktan sonra ortalama 16,1.(7-20gün) günde başladı. Erken fazda (ilk 3-4 hafta) metakarpofalangeal ekleme (MP), proksimal interfalangeal ekleme (PIP), distal interfalangeal ekleme (DIP) aktif asistif eklem hareket açıklığı egzersizleri, ekstansör tendon ve fleksör tendon kaydırma egzersizleri başladı. Ödem için soğuk uygulama yapıldı. Egzersiz dışı dönemde elastik bandaj (Coban ®) kullanımı önerildi. Üçüncü hafta sonunda hastaların hafif günlük yaşam aktivitelerinde ellerini kullanmaları desteklendi. Aktif dirençli eklem hareket açıklığı egzersizlerine ve germe egzersizlerine orta fazda (4-6 hafta) başladı. Altıncı haftadan sonra (İleri faz) kuvvetlendirme programı ile hastalar takip edildi. Takip değerlendirmelerinde subjektif değerlendirme kriterlerinden ağrıyı değerlendirmek için vizüel analog skala (VAS), yetersizlik durumunu ölçmek için kol, omuz el sorunları anketi (Disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire, DASH) kullanıldı. PIP, DIP, MP eklemin manuel gonyometre ile yapılan eklem hareket açıklığı, distal avuç içi cilt çizgisi mesafesi ölçümleri değerlendirmede kullanılan objektif parametrelerdi.

Bulgu

Ortalama takip süresi 14,2 aydır (6-36 ay). Hastalar ortalama 12,85 seans (5-25 seans) el rehabilitasyonu görmüşlerdir. VAS skoru 11 hastada 0 olup, 3 hastanın skoru 1 düzeyindedir. Ortalama DASH skoru 9,39 (2.5- 15) olarak bulunmuştur. PIP eklemin ortalama hareket açıklığı 80° (50° - 110°) ve ortalama distal avuç içi cilt mesafesi 1.3 cm (0.5- 3 cm) olarak değerlendirilmiştir. MP eklemin ortalama hareket açıklığı 103.57° (90° - 120°), DIP eklemin ortalama hareket açıklığı 57.85° (40° - 75°) idi.

Tartışma ve Sonuç

Stabil olmayan kırıklarda amaç anatomik redüksiyon ve en kısa zamanda tam fonksiyonel iyileşmenin sağlanmasıdır. Bu çalışmanın subjektif ve objektif sonuçları, açık redüksiyon rijit fiksasyon yöntemi ile tedavi edilen instabil proksimal falanks kırıklarının erken rehabilitasyon protokolü sonrası tatmin edici neticeler vermiştir.

S17

PROKSİMAL İNTERFALANGEAL EKLEM YARALANMALARARI

Serdar Tunçer¹, Türker Özkan²

¹ İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

² İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Proksimal interfalangeal eklem yaralanmaları elin sık görülen yaralanmalarındandır. Uygun tedavi edilmedikleri takdirde kronik ağrı, sertlik, deformite ve geç dönemde artrite neden olabilirler. Bu nedenle, proksimal interfalangeal eklem anatomisi ve biyomekaniği, yaralanma mekanizmaları, cerrahi ve konservatif tedavi yöntemlerinin seçimi ve rehabilitasyon iyi bilinmelidir. Bu sunumda, proksimal interfalangeal eklem yaralanması ile başvuran ve konservatif olarak tedavi edilen hastalardaki deneyimlerimiz özetlenmiştir.

Metod

2008-2010 yılları arasında, 42 hasta acil servise proksimal interfalangeal eklemde künt travma ile başvurdu. Ortalama yaş 20.3 'tü (dağılım 8-40). Olguların 4'ü eklemde dorsal, 1'i dorsal ve lateral dislokasyon ile başvurdu, bu olgular kapalı olarak redükte edildi. Redüksiyon sonrası çekilen grafilerde, dorsal dislokasyon ile başvuran olgulardan 3'ünde orta falanks tabanında avulsiyon kırığı olduğu görüldü. Dislokasyon olmayan olgulardan ondördünde lateral grafilerde orta falanks tabanında avulsiyon kırığı olduğu görüldü. Kırık fragmanlarının eklem yüzeylerinin %20'sini aşmaması ve dorsal instabilite olmaması nedeniyle bu olgular konservatif tedavi edildi. Üç olguda eklem yüzeyinin %20'sinden daha fazlasını içine alan ve dorsal instabiliteye neden olan ligaman avulsiyon kırığı mevcuttu, bu olgulara mitek sütür ankor ile onarım yapıldı. Eklem içi nonstabil kırığı olan olgulara klasik osteosentez yöntemleri ile onarım yapıldı. Tüm olgularda en fazla bir haftalık immobilizasyon uygulanarak, bunun hemen sonrasında erken hareket başlandı. Dislokasyon ve fraktür olan olgularda 1 hafta yandaş bir parmak ile birlikte dorsalden dirsek altı atel ile tam immobilizasyon uygulandı, bu sürenin sonunda atelin volar yüzü transvers palmar çizgiye kadar açık bırakılarak dorsal bloklü atel haline dönüştürüldü. 3-6 haftalar arasında komşu parmağa bantlama (buddy-taping) ya da eklem hiperekstansiyonunu engelleyen alüminyum atel uygulandı. Fraktür olmayan olgularda, birinci hafta sonrası atel çıkarılarak, ağrı ve ödem durumuna göre 1 ya da 2 hafta süre ile komşu parmağa bantlama uygulandı.

Bulgu

Hastalar eklem instabilitesi ve eklem hareket aralığı açısından değerlendirildi. Ortalama takip süresi 2 aydı. Olguların hiçbirinde eklem instabilitesi ya da kronik ağrı görülmedi. Eklem hareket aralıkları yaralanmanın olmadığı elde aynı parmak ile kıyaslandı. Fraktür olmayan olgularda eklem hareket aralığı kontralateral taraf ile eşit bulundu. Dislokasyon ile gelen olgulardan 2'sinde diğer tarafa göre 10 derecelik bir ekstansiyon kısıtlılığı olduğu görüldü, bu olguların ikisi de volar plaka avulsiyonu olan kırıklardı. Dislokasyonla gelen diğer 3 olguda ve orta falanks kaidesinde avulsiyon kırığı olan diğer 14 olguda ise eklem hareket aralığı tam olarak bulundu. Sütür ankor ile onarılan olgularda 10-20 derece arasında kısıtlılık bulunurken, osteosentez yapılan kırıklı olgularda 10-30 derece arasında kısıtlılık görüldü.

Tartışma ve Sonuç

Proksimal interfalangeal eklem yaralanmalarının en önemli yönlerinden biri, ilk anda basit yaralanmalar olarak görülmesine rağmen, önemli ve geri dönüşümsüz sekeller bırakabilme olasılıklarıdır. Tüm proksimal interfalangeal eklem yaralanmalarında ana prensip stabilizasyon sağlanır sağlanmaz mümkün olan en kısa sürede harekete başlanmasıdır. Açık cerrahi ile tedavi edilen olgularda eklem hareket kısıtlılığı daha fazla olmakla birlikte, bu durum daha çok ameliyat edilen olguların daha ağır yaralanmalar olmalarına bağlıdır. Proksimal interfalangeal eklem yaralanmalarının masum görünüşlerine rağmen tedavilerinin uzun süreli ve zor olduğu, erken ya da geç dönemde cerrahi tedavi de dahil olmak üzere ek tedaviler gerekebileceği, en iyi tedaviye rağmen eklem problemlerinin olabileceği hastalara baştan anlatılmalıdır.

S18

5. METAKARP BOYUN KIRIKLI OLGULARIN ÖFKE TARZLARI VE PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ

Cemal Kural¹, Leyla Alkaş², Savaş Tüzün¹, Ercan Çetinus¹, Akın Uğraş¹

¹ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

² Çocuk ve Erişkin Psikiyatrisi

Giriş

Acil servislere el travması ile gelen olguların %20'sini metakarp boyun kırıkları oluşturur. Metakarp kırıklarına eşlik eden patlayıcı saldırgan ve öfkeli davranışların incelendiği çalışmamızda hastaların öfke özellikleri ve psikiyatrik desteğe nasıl baktıkları incelendi.

Metod

Bu çalışmamızın materyalini acil servisimize başvuran 5. metakarp boyun kırığı tanılı 30 erkek olgu, ile 30 erkek kontrol grubu oluşturmaktadır. Her iki gruba da Spielberger Sürekli Öfke- Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) 'nde yer alan sorular sorularak sorgulandı. Ayrıca 5. metakarp boyun kırıklı olgulara, fiziksel yaralanma öncesi öfkelenmesine sebep olan durumla ve psikiyatrik destek almasıyla ilgili yarı yapılandırılmış sorgu formu dolduruldu. 34 maddeden oluşan SÖÖTÖ'nin ilk 10 maddesi sürekli öfke düzeyini ölçerken, diğer 24 madde ise bireylerin öfke tarzlarını (öfke-içte, öfke-dışa ve öfke-kontrol alt boyutları) belirlemektedir. Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; öfke-içte ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin bastırılmış olduğunu; öfke-dışa ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve öfke-kontrol ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir.

Bulgu

Acil servise başvurup 5. metakarp boyun kırığı tanısı konulan 30 olgunun yaş ortalaması 24,8 (en küçük 14 yaş, en büyük 64 yaş), kontrol grubunun ise yaş ortalaması 28,7 (18 yaş-54 yaş) idi. 4 metakarp kırığı baskın olmayan ekstremitte idi. 14 olgu öğrenci (lise-üniversite), diğerleri değişik meslek grubundan oluşmaktaydı. Olguların ve kontrol grubunun SÖÖTÖ değerleri parametrik ve non-parametrik analiz metodlarına göre değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Metakarp kırıklı olguların fiziksel yaralanma öncesine ait değerlendirilmesinde ise, öfke denetimiyle ilgili ne kadar sıkıntıları olsa da bunu kabul edip ilgili yardım istemek yerine öfke ve benzeri duygularını daha çok bastırmayı, inkar etmeyi ve yok saymaya çalışmakta oldukları belirlendi.

Tartışma ve Sonuç

SÖÖTÖ'ne göre kırıklı olgular ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmasa da, kırıklı olguların travma öncesi durumları ayrıntılı olarak incelendiğinde öfkenin sağlıklı olarak yaşanması ve yönetilmesi için; bunun kişi tarafından kabul edilmesi, nedenlerinin ve biçiminin anlaşılması ve kesinlikle saldırgan biçimlerde ifadesinin kontrol edilmesi gerekir. El cerrahinin, hastanın psiko-sosyal ihtiyaçlarına duyarlı olması, toplum sağlığı açısından da, sonraki psikopatolojilerin engellenmesinde de önemli olduğu düşüncesindeyiz.

S19

RAT SİYATİK SİNİRİNDE OLUŞTURULAN KOMPRESYON HASARINA ÇİNKO ASPARTAT'IN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Ercan Çetinus¹, Yasin Koyuncu¹, İbrahim Kaya¹, Cemal Kural¹, Murat Uzel², Metin Kılınç³, Yalçın Atlı³

¹ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

³ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş

Çalışmamızda rat siyatik sinirinde oluşturulan kompresyon iskemisi ve reperfüzyon sonucu oluşan sinir hasarına çinko aspartat'ın etkisinin değerlendirilmesi.

Metod

Çalışma ağırlıkları 195-250 gram arasında değişen 24 adet Wistar Albino tipi dişi sıçan kullanılarak gerçekleştirildi. Tüm gruplarda sağ arka ekstremitedeki siyatik sinir çalışma için kullanıldı. Cerrahi işlemler 24 adet sıçanda 3 ayrı grup oluşturularak gerçekleştirildi. Grup 1: Sham kontrol (n=8). Sadece cerrahi uygulanan grup. Grup 2: Kontrol grubu (n=8): Siyatik sinire 5 dakika kompresyon ve 5 dakika reperfüzyon yapılan ve işlemden önce intraperitoneal 50 mg/kg serum fizyolojik verilen grup. Grup 3: Deney grubu (n=8): Siyatik sinire 5 dakika kompresyon ve 5 dakika reperfüzyon yapılan ve işlemden önce intraperitoneal 50 mg/kg Çinko Aspartat verilen grup. Çalışma sonunda siyatik sinirler eksize edilerek sinir dokusunun, biyokimyasal olarak incelenmesinde Malondialdehit (MDA) ve protein düzeyleri ile Süperoksit Dismutaz (SOD), Katalaz (CAT), Glutasyon Peroksidaz (GPx) enzim aktivite düzeyleri ölçüldü.

Bulgu

Çalışmamızda endojen antioksidanlar olan CAT, SOD, GPX değerleri çinko aspartat uygulanan gruplarda arttı, MDA düzeyleri ise azaldı. MDA düzeyleri kompresyon iskemisi yapılan ve intraperitoneal serum fizyolojik verilen daha yüksek iken, intraperitoneal çinko aspartat verilen grupta daha düşüktü ve aralarındaki fark istatistiki olarak anlamlı idi.

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmanın siyatik sinirde klip kompresyon hasarılama yöntemi ile çinkonun iyileştirici etkisinin biyokimyasal düzeyde gösterildiği ilk örnek çalışma olup, çalışmamızın benzer çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

S20

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİNİN PERİFERİK SİNİRLERİN GERGİN TAMİRİNE ETKİSİ (DENEYSEL ÇALIŞMA)

Bengüsu Öroğlu¹, Tolga Türker², Şamil Aktaş¹, Vakur Olgac³, Mehmet Alp²

¹ İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı

² Manus El Grubu

³ İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Giriş

Periferik sinir yaralanmaları sonrası uygulanan gergin sinir tamiri yaralanma sahasında dolaşımın bozulmasına yol açarak ortamın hipoksik olmasına neden olmaktadır. Hiperbarik oksijen (HBO) tedavisi doku oksijenlenmesini arttırabilir ve kesi nedeniyle oluşan hasar azaltılabilir. Bu çalışma ile hiperbarik oksijen tedavisinin gergin sinir tamirine olan etkisi araştırılmıştır.

Metod

Çalışmada 16 adet dişi albino Wistar sıçan kullanılmıştır. Hayvanların siyatik sinirleri kesilerek 3 mm sinir dokusu çıkartılmıştır. Hayvanlar rastgele olarak 2 gruba ayrılarak bir gruba (n:8) HBO tedavisi verilmiş, diğer grup (n:8) ise kontrol grubu olarak kullanılmıştır. Siyatik sinir iyileşmesi histopatolojik, elektrofizyolojik ve yürüme analizi yapılarak değerlendirilmiştir. İstatistikler Pillai's Trace testi ve Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Bulgu

Yürüme analizi: siyatik fonksiyon indeksi (SFI) sonuçları HBO grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede iyi bulunmuştur (p: 0.026). Elektrofizyolojik çalışma: iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Histopatolojik çalışma: HBO grubunda akson sayısı kontrol grubuna göre anlamlı derecede iyi bulunmuştur (p: 0.008).

Tartışma ve Sonuç

Klinik pratikte periferik sinir kesisi sonrası kesi yerinde defekt olmasa bile yapılan tamirde gerginlik sıkça görülmektedir. Özellikle sinir kesisi defektif bir kesi ise bu kesinin tamirine yönelik sinir greftlemesi veya sinir tüpü kullanılmasına başvurulmaktadır. Mümkün olduğunca end-to-end tamir yapılması halen tercih edilen yöntem olduğundan tamiri yapılmış sinirlerde gerginlik olduğunun düşünüldüğü durumlarda HBO tedavisinin sinirlerin iyileşmesinde katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

S21 CEP TELEFONLARI PERİFERİK SİNİR İYİLEŞMESİNE KATKIDA BULUNUR

Bora Bostan¹, Kadir Ertem², Suzan Zorludemir³, Mustafa Karakaplan², Mehmet Fethi Ceylan⁴,
Mehmet Şükrü Şahin⁵

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Tokat

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Malatya

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Adana

⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Van

⁵Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Elektromanyetik dalgaların periferik sinir rejenerasyonu üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir. Ancak cep telefonu kaynaklı elektromanyetik dalgaların periferik sinir rejenerasyonuna etkileri bu güne kadar çalışılmamıştır.

Metod

Çalışmamızda ortalama yaşı üç ay olan 23 adet Sprague-Dawley cinsi sıçan kullanılmıştır. Üç sıçan ameliyat sonrası öldüğü için çalışmadan çıkarılmıştır. Sıçanlar dört gruba ayrılmıştır. Tamir ve kontrol (TK) (n=6), Tamir ve cep telefonu (TC) (n=5), Ameliyatsız ve Cep telefonu (AC) (n=5), Sham opera ve Cep telefonu (SOC) (n=4). Ameliyat öncesi elektromiyografi (EMG) ile bütün sıçanların distal latans ve spontan aktiviteleri değerlendirildi. TK ve TC gruplarındaki sıçanların sol tibialis posterior sinirleri bifurkasyon hemen distalinden kesildi ve 10-0 naylon ile epinöral dikiş tekniği ile onarıldı. Ameliyat sonrası birinci gün TK grubu hariç diğer bütün sıçanlar SAR değeri 0.99w/kg olan telefonlarla günde bir saat süreyle kafeslerinin içinde elektromanyetik dalgalara maruz bırakıldılar. Bu işleme altı hafta süreyle devam edildi. Altıncı haftanın sonunda sıçanlar öldürülmeden önce EMG leri tekrar yapıldı. Daha sonra sıçanlar öldürüldü ve tibialis posterior sinirleri ve gastroknemius kasları çıkarıldı.

Bulgu

Ameliyat öncesi bütün gruplardaki sıçanların distal latans, spontan aktivitelerinde anlamlı fark tespit edilmedi (p>0.05). Ameliyat sonrası TK ve TC grupları arasında distal latans yönünden fark tespit edilmedi. Ancak TK ve TC gruplarının distal latanslarının SOC ve AC grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı şekilde uzamış olduğu tespit edildi (p<0.05). Kas patolojisi (Spontan aktivite) TC grubunda bir sıçanda (%20) görülürken, TK grubunda dört sıçanda tespit edildi. SOC ve AC gruplarında spontan aktivite tespit edilmedi (%66). Histopatolojik olarak TC grubunda rejenere olan aksonlar TK grubuna göre daha belirgin idi. Cep telefonu uygulaması sonrası SOC ve AC gruplarında histopatolojik değişiklik tespit edilmedi.

Tartışma ve Sonuç

Her ne kadar cep telefonu kaynaklı elektromanyetik dalgalar periferik sinir rejenerasyonuna EMG de distal latansa yansiyacak kadar katkı sağlamasada, sinirin ve kasların histopatolojik bulguları ve spontan aktivitedeki farklılıklar cep telefonlarının periferik sinir rejenerasyonuna minimal olumlu etkileri olduğunu düşündürmektedir.

S22

DENERVASYON İLE ÖNKOŞULLANDIRMANIN İSKELET KASINDA İSKEMİ-REPERFÜZYON HASARINA ETKİLERİ

İsmail Küçükler¹, Serhan Tuncer¹, Ayşe Şencan¹, Filiz Bircan², Eser Çağlar³, Çiğdem Elmas³, Sühan Ayhan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Biyokimya Bölümü

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı

Giriş

İskemi-Reperfüzyon (İR) hasarının önlenmesi amacıyla birçok ajan deneysel çalışmalarda başarılı sonuçlar olsa da bunların pek azı klinik olarak kullanılmaktadır. Denervasyonun iskelet kasının enerji ihtiyacını azalttığı bilinmektedir. Bu çalışmada cerrahi denervasyon (CD) veya Botulinum Toksin Tip A (BTx-A) ile kimyasal denervasyonla gerçekleştirilen önkoşullandırmanın iskelet kasında İR hasarına etkileri incelenmiştir.

Metod

Çalışma 42 adet Wistar Albino Sıçanın sağ biceps femoris adalesinde gerçekleştirildi. Kontrol grubunda sadece İR hasarı gerçekleştirilirken, 2-4. gruplarda 30 gün (n=6), 7 gün (n=6) ve bir gün önce (n=6) cerrahi denervasyon, 5-7. gruplarda ise 30 gün (n=6), 7 gün (n=6) ve bir gün önce (n=6) BTx-A ile kimyasal denervasyon gerçekleştirildi. Dört saat iskemiyi takiben 4 saat reperfüzyona izin verildi. Reperfüzyonun sonunda hayvanlar kurban edilerek biceps femoris kasları eksize edilerek dokuda histolojik inceleme, apopitoz yoğunluğu, malondialdehit (MDA) ve reaktif azot ürünleri (NOx) çalışıldı.

Bulgu

Otuz gün önce cerrahi veya BTx-A ile denervasyon yapılan gruplarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında histoloji ve apopitoz skorlarındaki düşüş anlamlı değilken, doku MDA ve NOx düzeylerindeki düşüş anlamlıydı. Yedi gün önce cerrahi veya BTx-A ile kimyasal denervasyon yapılan gruplarda ise kontrol grubuyla karşılaştırıldığında tüm parametrelerde İR hasarının etkilerinin azaldığı görüldü. Bir gün önce cerrahi veya BTx-A ile kimyasal denervasyon yapılan gruplarda kontrol grubuyla kıyaslandığında dejeneratif histoloji ve doku NOx miktarlarında anlamlı azalma saptanırken, bir gün önce cerrahi denervasyon yapılan grupta doku MDA, bir gün önce BTx-A ile kimyasal denervasyon yapılan grupta ise apopitoz skorlarındaki düşüş anlamlı bulunmadı.

Tartışma ve Sonuç

Sonuç olarak kas naklinden en az bir gün önce yapmak koşuluyla denervasyon iskelet kasında iskemi direncini artırır ve reperfüzyon hasarını azaltır. BTx-A ile kimyasal denervasyon, ek bir cerrahi girişim gerektirmemesi ve cerrahi denervasyon ile benzer etkiler oluşturması sebebiyle cerrahi denervasyona tercih edilebilecek bir yöntemdir.

S23

SIÇAN AŞIL TENDONUNDA İNTRALEZYONEL ORGANİK SİLİSYUM UYGULAMASININ TENDON İYİLEŞMESİNE ETKİSİ

Arel Gereli¹, Serap Uslu², Umut Akgün¹, İsmail Ağır⁵, Filiz Ateş⁴, Müge Çelebi⁶, Ufuk Nalbantoğlu¹,
Metin Türkmen¹, Gülçin Başdemir³, Mustafa Karahan⁵

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Şmyo

³Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁴Boğaziçi Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

⁶Göztepe Şafak Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Giriş

Organik silikon bileşikler yumuşak doku şekillendirmede, dolgu enjeksiyonlarında, retinal ayrışma, hipertrofik skar ve keloid tedavisinde halen kullanılmaktadır. Bu bileşiklerin besinlerle alınmasının ise kemik gelişiminde kollajen sentezi üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Ancak tendon iyileşmesi üzerine yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı eriyebilen bir organik silikon bileşiği olan monometiltrisilanol ortohidroksibenzoat (Conjonctyl®) solüsyonunun tendon iyileşmesi üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Metod

Etik kurulu onayı alındıktan sonra ortalama ağırlıkları 350-400 gram olan 18 adet Wilstar cinsi siçan ile çalışmaya başlandı. Siçanlar eşit olarak histoloji (9) ve biyomekanik (9) gruplarına ayrıldı. Daha sonra siçanların her iki aşıl tendonları transvers olarak kesildi ve modifiye Kessler dikiş yöntemi ile tamir uygulandı. Her bir siçan için sol tendonlar ilaç grubu, sağ tendonlar kontrol grubu olarak hazırlandı. Tüm sol tendonların tamir bölgesine dikiş hattı palpe edilerek intralezyonel ve perilezyonel olarak ameliyat sonrası 7. günde, 10. günde, 13. günde, 16. günde ve 19. günde 0.01 ml steril monometiltrisilanol ortohidroksibenzoat (Conjonctyl®) enjeksiyonu yapıldı. Tüm sağ tendonlara ise aynı şekilde, günlerde ve dozda steril salin solüsyonu enjekte edildi. Çalışma sırasında her iki gruptan ikişer siçan öldü. Kalan 14 siçan 20. günde sakrifiye edildi ve 7 siçan (14 tendon) patolojik inceleme, 7 siçan (14 tendon) biyomekanik inceleme için hazırlandı. Patolojik inceleme için tendonlar %10'luk nötral-tamponlu formalin ile fikse edildikten sonra parafine gömüldü ve dokulardan 4 µm kalınlığında seri kesitler alındı. Kesitler, hücresel yapıların incelenmesi ve morfolojik analizlerin yapılabilmesi için hematoksilin-eosin (HE) ile, kollajen liflerin düzenlenmesi ve yapılanmasının incelenmesi için de Mason Trichrom boyası ile boyandı. Dokularda damarlanmanın izlenebilmesi ve fibroblast aktivitesinin karşılaştırılabilmesi için de "Smooth muscle actin AB-1, Novocastra, 1:100" immunohistokimyasal boyaması (tam otomatik Ventana Benchmark XT) yapıldı. Morfolojik analizler, HE boyalı kesitlerden çekilen görüntüler üzerinde yapıldı. Hücre sayısı, hücre çapı, damar sayısı ölçümü için yarı otomatik image analiz programı (ITT, UTAH) kullanıldı. Biyomekanik inceleme için Universal Testing Machine® ile çekme testi uygulandı. Her tendon için yetmezliğe neden olan maksimum yüklenme ölçüldü. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgu

Makroskopik incelemelerde ortalama tendon kalınlığı organik silikon grubunda 5,6±0,7 mm, kontrol grubunda 4,4±0,8 mm ölçüldü. Birim alana düşen immatür ve matür fibroblast sayısı organik silikon grubunda 76,75±25,4, kontrol grubunda ise 45,57±16,1 bulundu. Hücre çapları organik silikon uygulanan grupta ortalama 25,33±1,6 A0, kontrol grubunda ise 17,49±1,8 A0 olarak ölçüldü. Organik silikon uygulaması yapılan grupta (39±8,7) kontrol grubuna (27,28±4,9) oranla daha fazla sayıda kollajen liflere paralel ve küçük damarlar tespit edildi. Parametreler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05 ve 0,01). Organik silikon grubunda çekme testi ile tendonda yetmezliğe neden olan ortalama maksimum yük 41,88 Newton (Standart sapma = 23.53, standart hata = 8.89), kontrol grubunda ise 33,95 Newton (Standart sapma = 14.72, standart hata = 5.56) bulundu. Her iki grup arasındaki fark anlamlı değildi (p:0,47).

Tartışma ve Sonuç

Dışarıdan uygulanan organik silikon, sıçan aşıl tendonunda damarlanma, fibroblast göçü ve proliferasyonunu artırarak iyileşme dokusu üzerine olumlu etki etmektedir. Çekme deneyinde organik silikon uygulanan tendonlar daha dirençli bulunmuştur. Plastik cerrahi ve dermatoloji alanlarında halen kullanılmakta olan organik silikon bileşiklerinden, tendon tamiri sonrası iyileşmeyi hızlandıran ve erken harekete izin veren bir ajan olarak faydalanılabilir.

S24

PALMARİS LONGUS TENDON YOKLUĞU SIKLIĞI VE PALMARİS LONGUS TENDONUNUN ELİN ÇİMDİKLEME GÜCÜNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Kadir Ertem, Demet Pepele, Serdar Koluvaçık, Seyfullah Doğan, Metehan Özen, Haldun Topgül
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, T. Özal Tıp Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Malatya

Giriş

Bu çalışmada, 200 olguda Palmaris longus tendon(PLT) yokluğu sıklığı ve PLT yokluğunun el çimdikleme gücüne etkisi araştırılmıştır.

Metod

Çalışmaya gönüllük esasına göre ortalama yaşları 25.94(18-41) olan İnönü Üniversitesi, T. Özal Tıp Merkezinde çalışan elemanlar ve Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerden 200 sağlıklı erkek-kadın alındı. Tüm olgular Jamar pinçmetre aleti ile 1 parmak ile 2-3-4-5 parmak arası çimdikleme güçleri ölçüldü ve PLT yokluğu kaydedildi. İstatistiksel çalışmada, Windows' a uygun SPSS 16.0 versiyonu kullanılarak gruplara unpaired t testi uygulandı. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgu

PLT yokluk oranı sağ elde %27, solda %24.5, bilateral yokluk %21.6 ve toplamda %34.5 bulundu. Sağ üst ekstremitte değerlendirildiğinde, istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte başparmak ile 2-5 parmakların çimdikleme güçleri bakımından PLT' u mevcut olmayanların gücü mevcut olanlardan %1.1-6.8 kadar daha güçlü bulundu. Sol üst ekstremitte değerlendirildiğinde, istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte başparmak ile 2-3 parmakların çimdikleme güçleri bakımından PLT' u mevcut olanların gücü mevcut olmayanlardan %1.5-2.0 kadar; yine istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte başparmak ile 4-5 parmakların çimdikleme güçleri bakımından PLT' u mevcut olmayanların gücü mevcut olanlardan %0.2-3.4 kadar daha güçlü bulundu daha güçlü olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç

Rekonstrüktif cerrahide tendon grefti olarak sıkça kullanılan Palmaris Longus Tendonunun kullanılmasının, eldeki çimdikleme gücünü anlamlı derecede etkilemediğini göstermiş bulunuyoruz.

S25

İNSAN ELİNİN KARŞILAŞTIRILMALI ANATOMİSİ VE EVRİM

Atakan Aydın¹, Christophe Oberlin²

¹*Istanbul Tıp Fakültesi El Cerrahisi Bilim Dalı,*

²*Praticien Hospitalier*

Elin evrimi insan evrimi için çok önemlidir. Adaptasyon için olsun fonksiyonellik için olsun beşparmaklılık ontogenez sırasında gözlenmektedir ve pentadaktilik dizilim neredeyse tüm dört ayaklılarda bulunur. İnsanda santral kemiklerin yokoluşunu hesaba katmazsak karpal kemiklerin iki sıralı dizilişine de diğer canlılarda sıklıkla rastlanır. Sadece insana atfedilen başparmağın trapeziometakarpal ekleminin sellar yapısı, gerçekte karpometakarpal eklemlerin genel şeklidir ve en eski primat fosillerinde de bulunmaktadır. İnsanda devam etmeyen ya da yok olmuş olan bazı karakteristik anatomik özellikler (epikondiler tünel), etiyiyici türlerinde bulunmakta, bu karakteristik yapı nadiren de olsa eğer insanda ortaya çıkarsa gerçek bir patolojiye sebep olmaktadır. Bu tebliğde insanda elin evrimi ve anatomisinin diğer türlerle olan benzerlikleri ve farklılıkları sunulacaktır.

S26

BAŞPARMAK KARPOMETAKARPAL EKLEM İNSTABİLİTESİNDE VOLER LİGAMENT REKONTRÜKSİYONU

S. Sinan Bilgin, Mehmet Armangil, Baver Acar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş

Başparmak karpometakarpal eklem çıkığı nadir görülen bir klinik durumdur. Tedavi eksiklikleri veya tanı koyamama gibi sebeplerle eklemde gelişen travma sonrası instabilite başparmak fonksiyonlarını fazlasıyla bozmaktadır. Voler ligament rekonstrüksiyonu bu tip olgularda fonksiyonel başparmak kazanımı için sonucu tahmin edilebilir başarılı bir rekonstrüksiyondur. Çok yaygın uygulama şansı olmayan bu tekniğin fonksiyonel sonuçları bu çalışmanın konusudur.

Metod

Kliniğimizde başparmak karpometakarpal eklem, travma sonrası instabilite tanılarını ile beş olguya voler ligament rekonstrüksiyonu uygulandı. Olguların biri erkek, diğer dördü bayandı, yaş ortalaması 32(18-44) yılı, takip ortalaması 11(6-20) ay olarak tespit edildi. Ameliyat yapılan üç el dominant taraftı. İki olguda başparmak metakarpofalangial eklem ekstansiyonunda da güçsüzlük ve eksiklik tespit edildi. Tüm olgulara, Eaton tarafından tariflenen fleksör karpi radialis tendonunun bir kısmı kullanılarak voler ligament rekonstrüksiyonu uygulandı. Olgular instabilite, ağrı ve fonksiyonellik açısından değerlendirildi.

Bulgu

Cerrahi uygulanan tüm olgularda karpometakarpal eklem instabilitesi klinik olarak aşıkardı, tanı koyma problemi yaşanmadı. Metakarpofalangial eklem ekstansiyonunda güçsüzlük ve eksiklik olan iki olgunun birinde karpometakarpal eklem ağrısı varken, diğerinde bu eklemde instabilite olmasına rağmen buradan hiçbir şikayeti yoktu. Bu bir olgu haricinde tüm olgularda karpometakarpal eklemde ağrı, oppozisyon zorluğu ve kavramada güç verememe şikayetleri mevcuttu. Rekonstrüksiyon sonrasında takiplerde bu şikayetlerin tamamen geçtiği, ameliyat sonrası 6. aydan sonra normal günlük hayata tüm olguların geri dönebildiği tespit edildi. Metakarpofalangial eklem hareket problemi olan iki olgunun rekonstrüksiyondan sonra bu eklemle ilgili kayıpları tam olarak düzeldi.

Tartışma ve Sonuç

Başparmak karpometakarpal eklem travma sonrası instabilite sık görülen bir problem değildir. Cerrahi olarak tedavilerini yaptığımız olgu grubunun tümünde travma öyküsü mevcut ve instabilite klinik olarak aşıkardı. Voler ligament rekonstrüksiyonu tüm olgularda başarılı klinik sonuçları ile çok iyi fonksiyonel sonuç elde edilmesini sağlamıştır. Bu arada literatürde bahsedilmeyen bir sonucun varlığının vurgulanması da önemlidir; başparmak karpometakarpal eklem instabilitesi, metakarpofalangial eklem hareketlerinde kısıtlılık yaratabilir ve bu durumun giderilmesi metakarpofalangial eklemde tamamen düzelmesini, en azında bizim iki olguluk tecrübemizde sağlamaktadır.

S27

TRAPEZİOMETAKARPAL OSTEOARTRİTTE LİGAMENT REKONSTRÜKSİYON VE TENDON İNTERPOZİSYON ARTROPLASTİSİNİN SONUÇLARI

Hakan Başar, Motasim Bawaneh, Barış Çaypınar, Rıza Erbölükbaş, Cihangir Tetik
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

1.parmak karpometakarpal eklem osteoartritinde tam kat fleksör karpi radialis tendonu kullanılarak yapılan ligament rekonstrüksiyonu tendon interpozisyon artroplastisinin sonuçlarının incelenmesi.

Metod

Retrospektif olarak 2002-2008 yılları arasında tedavi edilen ortalama 45,25 ay takip edilen 19 hastanın (18 kadın,1 erkek) 24 baş parmağı (14 sağ,10 sol ,Eaton klasifikasyonuna göre evre 2: 11, evre3: 12 eklem) çalışmaya alındı. Kontrollerde VAS skoruna, Buck-Gramcko skoruna, grip ve pinch kuvvetlerine, 1.parmak ucuyla 5. parmakta ulaşılan bölgeye bakıldı.

Bulgu

Hastaların kontrollerinde ortalama VAS skoru 0,9,Buck-Gramcko skoru 12 hastada çok iyi,6 hastada iyi, 1 hastada da yetersiz olarak bulundu.1. parmak hareketlerine bakıldığında 19 parmakta 5. parmağın bazisine ulaşılrken, 5 parmakta PİP ekleme ulaşılma belirlendi. Tek el 1. parmağı opere edilen 14 hastanın opere edilen elin grip ve pinch kuvvetleri karşı elle karşılaştırıldığında; Grip %82, Pinch %74. Radyolojik olarak tüm baş parmaklar stabil olarak görüldü, metakarp bazisinde subluksasyon görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Trapeziometokarpal osteoartrit tedavisinde tam kat fleksör karpi radialis tendonu ile yapılan ligament rekonstrüksiyonu ve tendon interpozisyon artroplastisi tedavisi ile hastanın ağrısı giderilmiş ve başparmağın fonksiyonu sağlanmış ve radyolojik olarak stabil bir eklem elde edilmiş olundu.

S28

SİNPOLİDAKTİLİDE POSTOPERATİF SÜREÇTE AYRIŞTIRILMIŞ WEB ARALIĞININ KORUNMASINDA FARKLI BİR TESPİT TEKNİĞİ

Mehmet Kırıl¹, Çağrı Avcı¹, Hüseyin Demirörs¹, İlhami Kuru¹, Yavuz Demir²

¹Başkent Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Komplike sinpolidaktilin postoperatif sürecinde sinpolidaktilin tekrarlaması, web aralığının distale migrasyonu ve yeniden kapanması % 7.5-60 oranında görülen komplikasyonlardır. Erken rekürensste verimsiz greft kaygısı ve parmak aralığında ayrışmama gibi multifaktöriyel sorunlar görülmektedir. Bu çalışmanın amacı komplike sinpolidaktilin cerrahi aşamasında cildi maksimum faydalı kullanabilmek cilt greft ihtiyacını minimize etmek ve takiplerde rekürens önlemektir.

Metod

Bu çalışmada ortalama 7 yaşında 27 hasta, 54 el ve 104 web aralığı ameliyat edildi. Teknik olarak zig-zag insizyon sonrası oluşturulan web aralığının korunması için parmaklara longitudinal K-telleri yerleştirildi ve K-tellerinin distal uçları transvers K-telleri ile fiske edildi. Üçüncü haftada transvers K-telleri, altıncı haftada longitudinal K-telleri çıkartıldı.

Bulgu

Çalışma sonucunda bu teknik uygulanan hastaların tamamında web aralığının açık kaldığı gözlemlendi.Rekürens görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Bu teknik postoperatif yeterli immobilizasyon, yara takip kolaylığı ve optimal iyileşme sağlarken ayrışmayı korudu ve insizyon yerlerinin yapışmasını engelledi. Kullanılan tekniğin web aralığının kapanmasını önlemekte başarılı, kolay uygulanabilir ve ucuz olduğu görüldü.

S29

TIP 4 ÇİFT BAŞPARMAK CERRAHİ TEDAVİSİNİN FONKSİYONEL VE ESTETİK DEĞERLENDİRMESİ

Murat Kayalar, Yusuf Gürbüz, Emin Bal, İbrahim Kaplan, Yalçın Ademoğlu, Sait Ada
Emot(El Mikrocerrahi Ortopedi ve Travmatoloji) Hastanesi

Giriş

Çift başparmak, sindaktiliden sonra en fazla görülen doğuştan el anomalisi olup çift distal falanks ile serbest metakarpal başparmak arasında birçok çeşitliliğe sahiptir.Sınıflandırma sistemleri çok çeşitli olmasına rağmen en sık Wassel sınıflaması kullanılmaktadır.Çift başparmak anomalileri içinde Wassel sınıflandırmasına göre en sık dördüncü tipiyle karşılaşılmaktadır.Yapılan ameliyatın amacı,erişkin yaşa geldiğinde normal parmak uzunluğuna yakın, büyümesinin etkilenmediği, stabil ve tama yakın hareket genişliğine sahip interfalengeal(IP) ve metakarpofalengeal(MP) eklemlerle başparmak yaratmaktır. Bu çalışmada çift başparmak tanısıyla başvuran ve Wassel sınıflandırmasına göre Tip 4 olan hastalarda cerrahi tedavi sonrasında fonksiyonel ve estetik sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod

1997-2009 yılları arasında Wassel Tip 4 çift başparmaklı 21 hastadan kontrol randevusuna gelen 13 hasta ALURRA sistemine göre değerlendirilmiştir. Hastaların son kontrollerine geldiklerinde yaş ortalamaları 6,2 yaş(15 ay-16 yaş) olarak hesaplandı.Tüm hastaların radial tarafları eksize edildi ve radial kollateral ligamant rekonstruksiyonu uygulandı.Ayrıca 4 hastaya tenar kas reinsersiyonu,2 hastaya da metakarp boyun osteotomisi eklendi. Sekiz hastanın sağ eli,5 hastanın sol eli,8 hasta erkek 5 hasta bayan,ameliyat olduklarında ortalama yaş 18(1-54) ay olarak saptandı. ALURRA sisteminde; IP ve MP eklemlerin yönelimleri, her iki eklem radial ve ulnar stabilite, hareket genişlikleri, tırnak genişliği ve şekil bozukluğu, parmağın çevresel genişliği ve uzunluğu yer almaktadır.21 puan ve üzeri hastalar iyi, 20 puan ile 13 puan arasındaki hastalar yeterli,13 puan altında kötü sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Bulgu

Takip süresi, ortalama 56,7 ay (8-156 ay)dır.ALURRA sistemine göre 8 hastada iyi, 5 hastada yeterli klinik sonuç elde edildi.Ortalama değerlendirme puanı 20 olarak saptandı. Karşı taraf başparmakla kıyaslandığından,ameliyat olan taraf parmak uzunluğu ortalama %5 ,parmak çevresi %11, tırnak genişliği %20 azalmıştı,herhangi bir tırnak şekil bozukluğu saptanmadı.1 hastanın ailesi dışında tüm aileler estetik sonuçtan memnundular. Ortalama IP eklem hareket genişliği 69,6 derece, MP eklem hareketi 61,9 derece,3 hastada IP ekleminde 15 dereceden fazla radial instabilite saptandı.Hiçbir hastada MP ekleminde normal eliyle karşılaştırıldığında instabilite gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

ALURRA sınıflaması objektif başparmak değerlendirmesinde kullanılabilir Tada sınıflamasına göre ayrıntılı bir sınıflamadır. Eklem bölgesini ilgilendiren çift başparmak hastalarında en sık düzeltme sebebi kosmetik nedenlerdir. Özellikle MP eklem bölgesini ilgilendiren çatalaşmalarda komplikasyon riski yüksek olup en sık aksial deviasyon problemiyle karşılaşılmaktadır. Bu bölge çatalaşmalarında fonksiyonel açıdan tekrar ameliyat edilmesinin en önemli sebebini kollateral ligaman rekonstruksiyonundaki yetersizlik olduğunu bildirilmektedir. Oluşturulan yeni bağın yetersiz görülmesi abduktor pollicis brevis rekonstruksiyonu veya çıkarılan parmaktan alınan tendon ve bağlarla güçlendirilmesi gereklidir.Aynı zamanda MP eklem redüksiyonunun metakarpal klinodaktili nedeniyle yöneliminin bozuk olduğu durumlarda düzeltici osteotomi uygulanması stabil parmak sağlanmasını kolaylaştırır.

S30

EDİNSEL RADYAL CLUB EL: İNTERNAL OSTEOTOMİ VE İLİZAROV SİRKÜLER EKSTERNAL FİKSATÖR İLE UZATMA UZUN DÖNEM TAKİP SONUÇLARI

Hakan Gündeş¹, Levent Buluç², Mustafa Şahin¹, Tuğrul Alıcı¹

¹Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Tip 5 Salter -Harris kırığı fiziste ezilme ve hasarı tanımlar. Uzunlamasına gelişmenin etkilenme oranı; kırığın olduğu yaşa, kemiğe, uygulanan enerji miktarına ve fizisin büyümeye olası katkısına göre değişir. Distal radyus fizisinde oluşan tip V kırık sonrası ulna uzamaya devam eder. Bu durum görünüm olarak doğumsal 'radyal club hand' şekil bozukluğuna benzetilmiş ve Ring ve Jupiter tarafından edinsel 'radyal club hand' olarak adlandırılmıştır.

Metod

Çalışmada geriye dönük olarak dört hasta incelendi. Hastaların tümünde distal radyusta eski Salter- Harris tip 5 fizis kırığı mevcuttu. Radyusun uzunlamasına büyümesinin durması nedeni ile el bileği eklemine ulna ve radyus arasında belirgin uzunluk farkı mevcuttu. Bu durum hastaların tamamında belirgin şekil bozukluğuna yol açmıştı. Şekil bozukluğu 'radyal club hand' görüntüsü ile benzeşmekteydi. Hepsi erkek dört hastanın ortalama yaşı 16 (14 - 19) idi. Hastaların hikayesi incelendiğinde ortak nokta açık kol üzerine düşme sonrası tanı ve tedavi görmemiş olmaları idi. İndeks travma ile cerrahi tedavi arasındaki süre ortalama 7 (2-12) yıl idi. Aynı ekstremitede ek patoloji saptanmadı. Tüm hastalar kıdemli yazar tarafından ameliyat edildi. Genel anestezi altında, dorsal kesi ile distal radyusun metafiz bölgesinde internal kortikotomi yapıldı. Daha sonra İlizarov eksternal fiksator ile tespit sağlandı. Tüm hastalarda iki halka ve her halkada iki adet gerdirme teli kullanıldı. Teller bazı giriş veya çıkış noktalarında mini kesi yapılarak diseksiyon ile geçirildi. Kemik gelişimini tamamlamış bir hastada (SÖ) proksimal ve distal parçalara birer adet dikey şanz vidası konularak rotasyon kontrolü ve tespit sağlandı. Hastalar uzatma ve çivi dibi bakım eğitimi verilerek taburcu edildiler. Ortalama fiksator kullanım süresi beş ay idi. Tüm hastalarda kallus oluşumu sağlandıktan sonra fiksator çıkarıldı. Çıkarım sonrası üç hafta süre ile alçı-atel tespiti uygulandı. Rehabilitasyon uygulanmadı, hastalar gerekli egzersizleri öğretildikten sonra normal yaşamlarına dönmek konusunda teşvik edildiler.

Bulgu

Hiç bir hastada komplikasyon gözlenmedi. Erken veya geç dönemde damar-sinir hasarı bulgusu gözlenmedi. Derin veya yüzeysel çivi dibi enfeksiyonu saptanmadı. Uzatma sırasında tüm hastalar özellikle ilk üç hafta içinde gerginlik hissinden dolayı rahatsızlıklarını ifade ettiler. Bu durumda uzatmaya bir ila üç gün süre ile ara verildi. Hastaların son kontrolleri, girişimden minimum 45 ay (30- 60) sonra yapıldı. Radyolojik ölçümlerde ortalama kısalık oranı % 14.6 (% 9.3-% 18.7 arası), ortalama uzatma oranı %15.9 (% 13.2-18.3 arası) olarak ölçüldü. Hastaların üçünde radyus ve ulnanın normal eklem seviyesi oranı sağlandı. Bir hastada erken kaynama nedeni ile 4mm ulna pozitif varyant elde edilebildi. Tüm hastalarda distal radyo-ulnar eklem restorasyonu sağlansa da radyolojik olarak radyus ve ulna arasında anlamlı eklem bütünlüğü gözlenmedi. Bu durum, kırık ile cerrahi girişim arasındaki sürenin uzunluğu nedeni ile distal radyusta bulunan ulnar çentiğin gelişmemiş olmasına bağlandı. Öznel sorgulamada hastaların tümünün normal yaşamına döndüğü, görünüm ve işleve özgü yakınmalarının ortadan kalktığı saptandı. Fizik muayenede karşı taraf ile kavrama ve çimdik kuvveti ölçümlerinde anlamlı fark gözlenmedi. Tüm hastalarda supinasyon sırasında ulnar taraflı rahatsızlık hissi şikayeti gözlemlendi. Hastalar bu şikayet nedeni ile tanısız veya tedavi edici girişim olasılıklarını istemediler.

Tartışma ve Sonuç

Distal radyus fizisinde oluşan tip V kırık sonrası ulna uzamaya devam eder. Bu durum görünüm olarak doğumsal 'radyal club hand' şekil bozukluğuna benzetilmiş ve Ring ve Jupiter tarafından edinsel 'radyal club hand' olarak adlandırılmıştır. Kaynakçada sınırlı sayıda yayın mevcuttur. En geniş seri dört vakaya aittir. Bunun dışında etiyolojik olarak karma olmakla beraber (tümör, doğmalık patolojiler, travma sonrası boşluk vb) sonuçta radyusun kısa kalması ile seyreden seriler de mevcuttur. Bu yayınların bazılarında tek aşamada uzatma tanımlanırken genel uygulama kallusun gerdirilmesi ile uzunluk

12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

sağlanmasına yöneliktir. Hasta sayımız kesin bir kanıya varmak için yeterli olmamakla beraber, kaynakçadaki en geniş seri ile aynı sayıda hastaya sahiptir. Radyusun kısalığı ile seyreden geç tedavi edilmiş tip V distal radyus kısalıklarında kortikotomi ve İlizarov eksternal tespit ile kallusun gerdirilmesi yönteminin tercih edilmesi gereken tedavi şekli olduğuna inanmaktayız. Bu yöntem sonrası en önemli sorunun, distal radyo ulnar eklemin seviye eşitlenmesine karşın eklem uyumunun sağlanamaması olduğu saptanmıştır. Bu durum, kırık ile cerrahi girişim arasındaki sürenin uzunluğu nedeni ile distal radyusta bulunan ulnar çentiğin gelişmemiş olmasına bağlanmıştır.

S31

KALITIMSAL EPİDERMOLİZİS BÜLLOZADA GÖRÜLEN EL KONTRAKTÜRLERİ VE PSÖDOSİNDAKTİLİNİN DÜZELTİLMESİNDE KİŞİSEL YAKLAŞIMLAR VE TEDAVİ ALGORİTMASI

Serhan Tuncer, Başar Kaya, Sühan Ayhan, Reha Yavuzer, Osman Latifoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş

Distrofik epidermolizis büllözada (EB) değişik derecelerde psödosindaktili ve interfalangeal kontraktürler görülmektedir. Postoperatif pansuman, bakım ve engellenemez rekürrens hastalığın tedavisinde zorlayıcı problemlerdir. Bu çalışmada deformite sınıflaması ve dermal otogreft tekniğini içeren tedavi algoritmasının sunulması amaçlanmıştır.

Metod

2002 – 2009 yılları arasında EB tanısı olan 13 hasta el deformiteleri nedeniyle opere edildi. Minimal psödosindaktili ile birlikte interfalangeal kontraktürün 15° den az olan olgular hafif derece olarak sınıflandırıldı ve tedavide cerrahi serbestleştirmeyi takiben Tegapore® ile pansumanla sekonder iyileşme sağlandı (n:3). Tam psödosindaktili ile birlikte interfalangeal kontraktürün 15-60° arasında olduğu olgular orta derece olarak sınıflandırıldı ve tedavide cerrahi serbestleştirmeyi takiben, proksimal interafalangeal eklem volar yüzde ortaya çıkan defekt otolog dermal greft ile rekonstrükte edildi. Dermal greft sıklıkla etkilenmeyen bacak ön yüzünden, kısmi kat deri grefti kaldırıldıktan sonra dermatom ile dermal greft alındı ve deri grefti yerine iade edildi. Diğer alanlarda pansumanla sekonder iyileşme sağlandı. Tam psödosindaktili ile birlikte interfalangeal kontraktürün 60°den fazla veya koza el deformitesi olan olgular ağır derece olarak sınıflandırıldı ve tedavide orta derece tedavisine ek olarak K-teli ile 2 hafta fiksasyon sağlandı.

Bulgu

13 hastada toplam 19 operasyon gerçekleştirildi. Sekonder epitelizasyon ortalama 12. günde tam olarak sağlandı. 4 hastada tekrarlayan deformiteler sebebi ile birden fazla operasyon gerçekleştirildi. Kontraktürün eşlik etmediği psödosindaktilinin rekürrens süresi ortalama 18 ay olarak tespit edildi. Fonksiyonel iyileşmede başarılı sonuçlar elde edildi ancak sonuçların belirleyicisi primer deformitenin şiddeti ile ilişkili olduğu tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç

Cerrahi tedavi planının sınıflamaya göre sistematik şekilde yapılması EB el deformitelerinde başarılı sonuçlar alınmasını sağlayacağı gibi rekürrens oranlarını azaltacaktır. Tanımlanan dermal otogreft tekniği ile minimal donör saha morbiditesi yaratarak iyileşme süresi kısaltılır ve interfalangeal kontraktür gelişimi önenebilir. Rekürrent psödosindaktilinin önlenmesi cerrah teknikten daha çok postoperatif bakım, hasta ve hasta yakınlarının eğitime bağlıdır.

S32

DİJİTAL SİNİR KÖKENLİ NÖRAL FİBROLİPOM: NADİR BİR OLGU VE KAYNAKÇANIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Hakan Gündeş, Tuğrul Alıcı, Mustafa Şahin, Ferit Manğal
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ad.

Giriş

El ve el bileğinde gözlenen yumuşak doku kitlelerinin büyük çoğunluğu selim karakterdedir. En sık gözlenen üç oluşum; ganglion kisti, tendon kılıfının dev hücreli tümörü ve hemanjiomlardır. El bölgesinde gözlene kitlelerinin yaklaşık %5'i ise çevre sinir kökenlidir. En sık gözlenen çevre sinir kökenli tümörler şivannom (nörolemmoma) ve nörofibromdur. Nöral fibrolipom veya diğer bilinen adı ile sinirin lipofibromstöz hamartomu oldukça nadir gözlenen ve genellikle medyan sinirden köken alan selim bir oluşumdur. Medyan sinir tutulumu ile birlikte, vakaların üçte birinde makrodaktili gözlenir. Histolojik olarak sinir çevresinde fibröz-yağ dokusu proliferasyonu, epinöryum ve perinöryum infiltrasyonu gözlenir.

Metod

32 yaşında bayan hasta; baskın el orta parmak proksimali ulnar tarafta, bir yılı aşkın süredir büyüyen kitle ve elektriklenme hissi şikayeti ile görüldü. Fizik muayene ile parmak aralığına (web) komşu ve bitişik duran fusiform, palpasyon ile elektriklenme hissi oluşturan, hareketli, yaklaşık 20x10 mm boyutlarında kitle gözlemlendi. MR inceleme ile lipom ön tanısı konan hastada elektriklenme hissinin kitle basısına bağlı olduğu düşünülerek eksizyonel biyopsi planlandı. Kliniğimizde el cerrahisi pratiğinde lokal anestezi uygulanmadığı için hasta koltuk altı (aksiller) anestezi için hazırlanarak cerrahi tedavisi planlandı.

Bulgu

Koltuk altı anestezi ile, 5x gözlük büyümesi altında, Brunner kesisiyle cilt ve cilt altı geçildi. Kitlenin proksimal ve distalinde dijital sinir tanındı. Bunun üzerine sahaya mikroskop alınarak cerrahiye devam edildi. Kitlenin 20 mm'lik uzunluk boyunca dijital sinire ve artere infiltrasyonu gözlemlendi. Öncelikle dijital arter diseksiyonu yapıldı. Daha sonra dijital sinir lifleri hat boyunca kitleden diseke edilerek korundu. Turnike açıldıktan sonra sızdırma gözlene iki bölgede iki adet 11/0 dikiş tamir uygulandı. Cilt dikişi sonrası kompresyon bandajı uygulandı. Üç hafta sonra rehabilitasyon programı başlatıldı. Hastanın son kontrolünde iki nokta ayırımının 8 mm olduğu gözlemlendi. Elektriklenme hissi cerrahiden altı ay sonra kayboldu. Kitlede tekrarlama gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

Nöral fibrolipom veya diğer bilinen adı ile sinirin lipofibromstöz hamartomu nadir gözlenen ve genellikle medyan sinirden köken alan selim bir oluşumdur. Histolojik olarak sinir çevresinde fibröz-yağ dokusu proliferasyonu, epinöryum ve perinöryum infiltrasyonu gözlenir. Cerrahi tedavide amaç mikrocerrahi yöntemle eksizyon uygulayarak sekel oluşumunu en aza indirmektir. Kaynakçada dijital sinir tutulumlu nöral fibrolipom daha önce bir kez bildirilmiştir (1996). Bu tip mikrocerrahi diseksiyon gerektiren oluşumlar daha nadir gözlenmekle beraber, cerrahi tedavide amaç eksizyon sonrası tekrarlama ve sekel oluşumunu en aza indirmektir. Bu nedenle MR inceleme sonucu konan ön tanıdan bağımsız olarak lokal anestezi ile eksizyonel cerrahiden kaçınılması, oluşumun tekrarlama ve sekel oluşumu gibi komplikasyonlardan korunmamızı sağlayacaktır.

S33

**GLOMUS TÜMÖRÜNÜN TANISINDA MANYETİK REZONANS
GÖRÜNTÜLEMENİN YERİ**

Levent Küçük, Oğuz Özdemir, Erhan Coşkunol, Seyithan Çetinkaya, Burçin Keçeci
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Glomus tümörü vücutta en sık el parmaklarının uçlarında görülen, glomus cisimciklerinden köken alan bir lezyondur. Nadir görülen bir el tümörüdür. Hastaların başlıca şikayetleri ağrı, lokal hassasiyet ve soğuk intoleransdır. Tanısı anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleriyle konur.

Bulgu

Bu çalışmanın amacı glomus tümörlerinin tanısal algoritmasında MR görüntüleme yönteminin yerini araştırmaktır. Çalışmamızda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD El ve Üst Ekstremitte Bilim Dalında 1978-2009 yılları arasında Glomus tümörü ön tanısıyla ameliyat edilen 80 hasta içerisinde ameliyat öncesi MR tetkiki yapılan 22 hasta geriye dönük olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Klinik ön tanıyı doğrulamak için MRG yöntemine başvuru ve glomus tümörü ön tanısıyla opere edilmiş olan olguların histopatolojik bulguları MRG bulgularıyla karşılaştırılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Ameliyat öncesi MRG bulguları ile ameliyat ve sonrası patolojik sonuçlar karşılaştırıldığında, glomus tümörünün tanısında kullanılan MRG yönteminin yanlış negatif sonuç verebileceği akılda tutularak mutlak cerrahi endikasyon kriteri olarak kullanılmaması sonucuna ulaşıldı. Anamnez ve fizik muayene temel alınarak cerrahi endikasyon kararı alınmalıdır. Bununla birlikte MRG tanıyı destekleyebilecek ve tedavi planlamasında yol gösterebilecek değerli bir yardımcı tanı aracı olarak kullanılabilir.

S34

YAYGIN TENDON KSANTOMATOZİS : BİLATERAL EL TUTULUMU

Gazi Huri¹, Akın Üzümcügil², Gürsel Leblebicioğlu², Mahmut Nedim Doral²

¹ Niğde Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Tendon ksantomları kolesterol esterleri içeren kollajen ve köpük hücrelerinin tendon üzerinde birikmesi ile karakterize ve genellikle hiperlipideminin de eşlik ettiği bir hastalıktır. Tendinöz ksantomlar, en sık aşil tendonunda yerleşmekte olup, patellar tendon, triseps tendonu ve çok daha nadir olarak da parmaklarda görülebilmektedir. Bu çalışmamızda klinikte ender görülen yaygın tendon ksantomatozis olgusunun bilateral el ekstensör tendon tutulumu olan bir vaka taktimi yapılacaktır.

Metod

42 yaşında erkek hasta, her iki el dorsalinde yaygın, ağrısız şişlikler sonucu ortaya çıkan şekil bozukluğu ve kozmetik sorunlar nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hikâyesinden, mevcut başka sistemik bir hastalığının olmadığı, düzenli kullandığı bir ilacın olmadığı, şişliklerinin 15 yıldır olduğu ve daha önce bu şikâyeti nedeni ile herhangi bir kliniğe başvurmadığı ancak son zamanlarda ciddi kozmetik sorunlar yaşadığı anlaşıldı. Aile öyküsünde herhangi dikkat çekici bir özellik olmadığı tespit edildi.

Bulgu

Fizik muayene bulguları olarak; her iki el 2.3.4.5. metakarpofalangeal (MKF) eklem ekstensör yüzde, özellikle fleksiyonda belirginleşen, en geniş 10 X 5 mm olan multiple, kısmen mobil, ağrısız cilt altı kitleler tespit edildi. Ayrıca, göz çevresi ksantomların ve her iki gözde arcus cornea'sının olması dikkat çekici idi. Hastaya bu bulgular ışığında kan biyokimyası ve her iki eline yönelik MRG incelemesi yapıldı. Hastanın biyokimyasal tetkiklerinde düşük dansiteli lipoprotein (LDL) değeri normalin 3 katı kadar yüksek olduğu saptandı. MRG incelemesinde her iki el MKF eklem seviyesinde ekstensör tendonlarda minimal simetrik füziform kalınlaşma izlendi. Konvansiyonel T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hipointens normal tendon fasikülleri içerisinde, T2A kesitlerde daha belirgin olmak üzere, bilateral fokal, milimetrik, globüler sinyal artışları tespit edildi. Takibinde hastanın sağ el 5. parmak MKF eklem seviyesinde ekstensör bölgedeki kitlesinden eksizyonel biyopsi yapıldı ve histolojik incelemesinde dermis lokalizasyonlu yuvarlak, ortokromatik nükleuslu, geniş şeffaf sitoplazmalı histiyositlerden oluşan nodüler infiltratif gelişim gösteren neoplastik yapılar görüldü ve ksantom olarak rapor edildi. Kesin tanının ardından hasta kardiyoloji kliniği ile konsülte edilip antihiperlipidemik tedavi başlandı.

Tartışma ve Sonuç

Hastalarda genç yaşta ateroskleroz ve hiperlipidemiye bağlı, mortalite oranı çok yüksek olan koroner arter hastalıkları için risk grubuna giren multiple ksantomatozisli hastalar sadece kozmetik şikâyetleri nedeni ile ilk defa hastaneye başvursalar da, ortopedi disiplini içerisinde ayrıntılı değerlendirilmeli ve hayat kurtarıcı tedavisi bir an önce başlanmalıdır.

S35

ELDE NADİR OSTEOİD OSTEOMA YERLEŞİMLERİ

Akif Muhtar Öztürk, Haluk Yetkin, Mehmet Ali Deveci, Ertuğrul Şener, Barış Özgürol, Bahadır Ocaktan
T.C Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Osteoid osteoma iskelet sistemini sık görülen benign tümörlerindedir ve genellikle yaşamın ikinci ve üçüncü dekadında karşımıza çıkar. Osteoid osteoma; iyi huylu, soliter, ağrılı kemik lezyonlarındandır. Lezyonların yarısından fazlası alt ekstremitenin uzun kemiklerinde yerleşir ve tibia ile femur hastaların %50'sinde etkilenmiştir. Üst ekstremitte tutulumu hastaların %13- 31'inde karşımıza çıkar. Literatürde elde saptanan (distal karpal kemiklerin distalinde) osteoid osteoma insidansı % 5-8 arasındadır. Elde en sık saptanan lokalizasyon proksimal falanktır. Metakarpallerde ve distal falankslarda nadiren bildirilmiştir ve işaret parmağı en sık etkilenen parmak iken başparmak en nadir osteoid osteoma saptanan parmağdır. El kemiklerinde nadir yerleşir ve insidansı yaklaşık %8'dir. Metakarpaller elde osteoid osteomanın en nadir görüldüğü yerdir. Bu olgu serisinde başparmak metakarp, başparmak proksimal falanks, dördüncü parmak proksimal falanks, ve ayak metatarsal yerleşimli osteoid osteoma olguları sunulacaktır.

S36

TOTAL DİSTAL RADYOULNAR EKLEM PROTEZİ UYGULANAN HASTALARDA FONKSİYON VE KAVRAMA GÜCÜ DEĞERLENDİRİLMESİ

Luis R. Scheker¹, Tolga Türker²

¹ Louisville Üniversitesi El Cerrahisi Bölümü, Kleinert Kutz El Cerrahi Merkezi, Christine M. Kleinert El ve Mikrocerrahi Enstitüsü

² Christine M. Kleinert El ve Mikrocerrahi Enstitüsü

Giriş

Distal radyoulnar ekleme (DRUE), romatoid artrit, konjenital anomaliler, osteoartrit, posttravmatik artrit, tümör ve hatta iyatrojenik gibi nedenlerle artroza oluşmakta, bunun sonucunda da eklem hareketi sınırlandırılarak işlevsiz hale gelmektedir. Ciddi DRUE artrozunda çeşitli kurtarma ameliyatları tanımlansa da bu girişimler hastaların ağırlık kaldırmalarına yardımcı olmamakta, ağrılarını ise genellikle istirahat sırasında yatıştırılmaktadır. Bu çalışma ile DRUE sorunu olan hastalar için yeni geliştirilen total DRUE protezi sonuçlarını sunmaktayız.

Metod

Romatoid artrit, konjenital anomaliler, osteoartrit, posttravmatik artrit, tümör ve diğer DRUE ameliyatı yapılan ve ağrı sorunu devam edip DRUE eklem kullanamayan hastalara Scheker total DRUE protezi ameliyatı yapılmıştır. Toplam 24 aydan fazla takip sonucu olan 47 hastanın dosyaları ve kendileri değerlendirilerek hasta temelli el bileği değerlendirme (PRWE) testi, DASH, visual-analog skorları, hastaların kavrama güçleri ve ağırlık kaldırmaları tespit edilmiştir.

Bulgu

Toplam hasta sayısı 47 (29 erkek, 18 kadın) idi. Hastaların ortalama yaşları 45 (17 – 75) yaş olarak tespit edildi. Ortalama takip süresi 33.6 (27-39) ay idi. Bu hastalardan 33 hasta en az iki ameliyat geçirmişti. Bir hastaya 14 kez ameliyat yapılmıştı. Hastaların visual analog ağrı skorları preop ortalama 7.6 iken postop 2.6 idi. Hastaların DASH skorları preop 52.9 iken postop 32.7 olarak saptandı. PRWE preop 67.9 iken postop 32.7 idi. Ortalama kavrama gücü preop 38.3 lbsden postop 44.5 lbsye ilerlerken, Preop ağırlık kaldırma 2.9 lbs den postop 11.6 lbs (% 400 iyileşme) ye ulaştığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Bu protez DRUE problem olan hastalarda yerçekimine karşı ağırlık kaldırmalarına ve hastaların ağrılarının geçmesine yardımcı olmaktadır. Protez DRUE sorunu olan hastaların günlük hayata ve işlerine dönmelerine önemli derecede katkıda bulunduğundan bu tip problemi olan hastaların tedavisinde iyi bir alternatif olduğunu düşünmekteyiz.

S37

ACUTRAK II VİDASI İLE ELDE EDİLEN DÖRT KÖŞE ARTRODEZ SONUÇLARIMIZ (YENİ BİR YAKLAŞIM)

Tolga Türker¹, Tuna Özyürekoğlu²

¹ *Christine M. Kleinert El ve Mikrocerrahi Enstitüsü*

² *Louisville Üniversitesi El Cerrahisi Bölümü, Kleinert Kutz El Cerrahi Merkezi, Christine M. Kleinert El ve Mikrocerrahi Enstitüsü*

Giriş

Dört köşe artrodezi, skafolunat ilerlemiş çökme (SLAC) ve skafoid nonunion ilerlemiş çökmesi (SNAC) sonucu oluşan el bileği artrozlarında önemli bir kurtarma ameliyatı olarak öne çıkmaktadır. Şimdiye kadar çeşitli ameliyat teknikleri tanımlanan bu girişim, uygulaması kolay, rijit tespiti imkân veren ve radyolunat eklemi koruyan bir yöntemle daha uygun bir şekilde yapılabilir ve daha yüksek kaynama ve daha az komplikasyon oranlarına ulaşılabilir. Bu çalışma ile Acutrak II vidası kullanılarak yapılan yeni bir dört köşe artrodez ameliyat tekniği ve sonuçları sunulmaktadır.

Metod

Çalışmaya onsekiz erkek ve beş kadın olmak üzere toplam 23 hasta alınmıştır. Hastaların ortalama yaşları 51.13 ± 14.21 yıl idi. Cerrahi endikasyonlar; SLAC el bileği (13 hasta), SNAC el bileği (9 hasta), ve Preiser hastalığı (1 hasta) olarak alındı. Tüm hastalara kıdemli yazar tarafından 2005 yılından beridir Acutrak II vidası kullanılarak uygulanan yeni bir dört köşe artrodez ameliyatı yapıldı. Sonrasında bu hastaların dosyaları incelenerek ve kendileriyle görüşülerek el bileği hareketleri, visual ağrı skorları, DASH skorları, Mayo skorları elde edildi. Radyolojik olarak ise kapitatum ile lunatum arası açı ölçümleri yapıldı.

Bulgu

Toplam 22 hastada tam bir kaynama tespit edildi ve kaynama oranı %95.24 olarak saptandı. 1 hastada kaynamama tespit edildi. Kapitatum ile Lunatum arası açı ortalama $4.53^\circ \pm 3.73^\circ$ olarak saptandı. Hastaların ortalama el bileği fleksiyonları $35.56^\circ \pm 9.70^\circ$ ($15^\circ - 55^\circ$), ve ekstansiyonları $38.04^\circ \pm 11.35^\circ$ ($15^\circ - 67^\circ$) derece idi. Ortalama eklem aktif total hareket açıklığı $70.95^\circ \pm 17.05^\circ$ ($35^\circ - 100^\circ$) olarak bulundu. Ortalama visual analog ağrı skoru 0.71 (0-10 arasında), DASH skoru ortalama 11,65 (0-49.2 arasında) ve mayo skoru ortalama 77.50 ± 6.68 . olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Sonuç olarak, bu yeni ameliyat yaklaşımı ile çok daha yüksek kaynama oranlarına ulaşılabilir. Teknik, ameliyat sırasında floroskopi ve teknik alet gerektirmesi bakımından dezavantajlı olsa da, öğrendikten sonra uygulaması kolay, lunatumun proksimal eklem yüzüne zarar vermeyen ve triquetrum ile hamatum arasında da basit ve rijit tespit sağlayan bir yöntemdir. Bu yeni yaklaşımın daha iyi cerrahi sonuçlara neden olacağını ve dört köşe artrodezine olan güveni daha da arttıracığını düşünmekteyiz.

S38

ULNAR TARAFLI EL BİLEK AĞRISI: KONTRAST MADDE UYGULANMADAN ÇEKİLEN MR İNCELEME VE EL BİLEK ARTROSKOPİSİ İLE ELDE EDİLEN SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Hakan Gündeş, Mustafa Şahin, Tuğrul Alıcı, Ferit Mağal
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Radyal taraflı el bilek ağrısı tanı ve tedavisinde standart uygulamalar oluşmuş ise de, ulnar taraflı el bilek ağrısının tanı ve tedavisinde yöntemlerin uygunluğu ve sırası halen soru işareti oluşturabilmektedir.

Metod

Ulnar taraflı el bilek ağrısı tanısı ile tedavi edilen hastalar çalışmaya alındı. Eklem dışı patolojilere sahip ve bu nedenle konservatif olarak tedavi edilen hastalar çalışmanın kapsamı dışında bırakıldı. Eklem içi nedenler ile ulnar taraflı el bilek ağrısı şikayeti olan ve el bilek eklemi artroskopisi uygulanan sekiz hasta geriye dönük olarak çalışmaya alındı. Hastaların ikisi bayan, altısı erkek idi. Hastaların yaş aralığı 22 ile 50 arasında değişmekte idi. Beş hastada izole ulnar taraflı el bilek ağrısı mevcuttu. 3 hastada ek olarak dorso-radyal el bileği ağrısı mevcuttu. Bu hastalardan ikisine 3 yıl önce skafoïd kırığı nedeni ile açık redüksiyon ve internal tespit uygulanmıştı. Bir diğer hastada fizik muayene ve MR inceleme ile skafo-lunat aralık patolojisi ön tanısı almıştı. MR incelemeler sistemik veya eklem içi kontrast madde kullanılmadan çekildi. Tüm hastalarda genel anestezi ile, 5 kg ağırlık uygulanarak eklem açılımı sağlandı. 3-4 portalden yaklaşık 5 cc SF ile eklem şişirildi. Tüm hastalarda 3-4, 4-5 ve 6R portalleri kullanıldı. 6U, MCR ve MCU portalleri bazı hastalarda kullanıldı. Hiç bir hastada volar portal açılmadı. Tüm hastalarda radyo-karpal ve ulno-karpal eklem artroskopisi uygulandı. Mid-karpal artroskopi gereklilik gösteren hastalarda uygulandı. Cerrahi sonrası üç gün süre ile kompresyon bandajı uygulandı. TFCC dikişi ile tamir uygulanan hasta ile RASL girişimi uygulanan hastada dört hafta süre ile immobilizasyon ve sonrasında rehabilitasyon uygulandı. Diğer altı hasta 10 gün sonra normal yaşamlarına dönmek konusunda teşvik edildiler.

Bulgu

Hiç bir hastada komplikasyon gözlenmedi. Hastaların son kontrolleri, girişimden minimum dört ay sonra (4- 12 ay) yapıldı. Sübjektif sorgulamada hastaların tümünün normal iş yaşamına döndüğü, ulnar taraflı el bilek ağrısı şikayetinin ortadan kalktığı gözlemlendi. Fizik muayene ile karşı taraf ile eklem hareket açıklıkları, kavrama ve çimdik kuvveti ölçümlerinde anlamlı fark gözlenmedi. Kontrast madde kullanılmadan yapılan MR inceleme sonuçlarına göre, artroskopik ulnar taraflı eklem içi patoloji saptanan altı hastanın dördünde patoloji saptanmadı (yalancı negatif sonuç % 65). Artroskopi ile patoloji saptanmayan iki hastada MR inceleme ile patoloji saptanmadı (yalancı pozitif sonuç % 0). Genel toplamda artroskopik tanı ile MR inceleme sonucu elde edilen tanı arasındaki uyum % 50 olarak tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç

Amerikan Radyologlar Birliği (ACR) 2003 yılında el bileği ağrısında radyolojik yaklaşım kılavuzu (guideline) yayınlamıştır. Radyolojik incelemeler tanısal etkinliklerine göre 1 ila -9 arasında derecelendirilmişlerdir (9 en iyi derece). Buna göre ulnar taraflı el bilek ağrısı olan hastalarda artrografi, MR artrografi, rutin MR inceleme ve kontrast madde ile yapılan MR inceleme 9 ile derecelendirilmiştir. Bu kılavuzdaki mantık sırasına göre rutin MR inceleme ile patoloji saptanamaz ise MR artrografi veya kontrast madde ile yapılan MR inceleme istemine geçilmektedir. Hasta sayımız kesin bir kanıya varmak için yeterli olmamakla beraber, ulnar taraf patolojisi olduğu artroskopi ile saptanmış hastalardan % 65'inde MR inceleme sonucunun yalancı negatif olarak saptanması ve genel tanısal uyumun % 50 olarak tespit edilmesi düşündürücüdür. Kaynakçada belirtildiği gibi ulnar taraflı eklem içi kaynaklı el bilek ağrısında, sistemik veya eklem içine kontrast madde verilmeyecekse, yapılacak rutin MR incelemenin zaman ve para kaybına neden olacağını, daha da önemlisi tedavi sürecini yanlış yönlendirebileceğini düşünmekteyiz.

S39

NEONATAL KOMPARTMAN SENDROMU: VAKA SUNUMU

Atakan Aydın, Ahmet Biçer, Karaca Başaran, Barış Keklik, Emre Hocaoğlu, Metin Erer
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Kompartman sendromu, ilk kez Richard von Volkmann tarafından sınırı belirlenmiş anatomik bir boşlukta artmış basınç nedeniyle iskemi ve nekrozla gelişmesi şeklinde tanımlanmıştır.(1). Genellikle yetişkinlerde kırık, yanık, ezik yaralanmaları ve dış basılar gibi etiyolojilere sekonder olsada konjenital formunda tanımlanmıştır.(2,6). Yenidoğan formu başka tanımlamalarla sık karışa bildiği için önemlidir ve kesin tanı koymak zordur. Üstelik tedavinin aciliyeti, özellikle fasiyotomi açısından konuyu daha önemli kılmaktadır.(3). Bu olguda, tanı ve tedavisi yapılmış yenidoğanda önkol kompartman sendromunu sunmak istiyoruz.

Metod

Yenidoğan ünitesinden yapılan acil çağrıda, 2900 g 10 saatlik bir yenidoğan sağ önkolunda beklenmedik şişlik ve yama tarzı nekrozlar için konsültasyon istendi. Alınan öyküde metabolik veya dolaşım problemi mevcut değildi. Doğum ve perinatal dönem sorunsuz du. Etkilenen ekstremiteye herhangi bir enjeksiyon hikayesi yoktu.

Bulgu

Yapılan fizik muayenede, sağ önkol ve el ödemli, kırmızı ve tüm ekstremitte hareketsizdi. Önkol dorsalinde 1/3 proksimal kısımda nekrotik deri lezyonları görülüyordu. Rdaial nabız alınmıyordu. Pediatrik ve cerrahi değerlendirmeyle birlikte dermatoloji konsültasyonu istendi. Viral ve bakteriyel kültürler negatifti. İntrkompartmantal basınç Whitesides cihazı ile 36 mm Hg olarak ölçüldü. Neonatal kompartman sendromu tanısı altta yatan bir nedene bağlanmaksızın yapıldı. İlk etapta erken debridmanla nekrotik deri lezyonları fasyaya kadar eksize edildi ve fasiyotomi uygulandı. Kaslar, sinirler ve diğer vital yapılar canlıydı ve sağlam bırakıldı. Daha sonra granule açık yaralara deri gerftlemesi yapıldı. Hastanın takipleri sırasında birinci motor nöron hasarı gözleendiğinden, kontraktür ve spastik postürü önlemek için fizyoterapi ve atelleme yapıldı. Hastanın 8 aylıkken yapılan son muayenesinde hafif mental retardasyon ve spastik postür gözleendi. Minimal kontraktür ve hipertrofik skar gözleendi.

Tartışma ve Sonuç

Neonatal kompartman sendromu sıklıkla üst ekstremitede gözlenen doku nekrozu , bül ve ödem şeklinde ortaya çıkar.(4) Lezyonlar histolojik olarak nadiren incelenmiştir ve koagülatif ve ciltaltı yağ nekrozu olarak gözlenir. Alttaki nedenden bağımsız olarak, elevasyon, immobilizasyon, cerrahi debridman ve fasiyotomi erişkinler için tedavi seçenekleridir. Literatür bu sendromun neonatal formu için doğru tanımlama ve rasyonel bir yaklaşım açısından yetersiz kalmaktadır. Etiyolojik açıdan, Cham et al neonatal kompartman sendromunun altta yatan nedenlerini: oligohidroamnios, ikizlerden birinin ölümü, gestasyonel diabet, çok fazla maternal kilo alımı, prematurite vs. olarak rapor etmiştir. Neden olarak etkilenen ekstremitedeki elin uygunsuz yerleşimi gösterilmiştir. Fakat, tüm bu faktörler kanıtlanamamıştır.(2). Ayrıca, ayırıcı tanıda kutis aplasia, konstriktif bant sendromu, neonatal gangren, ciltaltı yağ nekrozu, nekrotizan fasit, konjenital varisella ve epidermolizis bülloza düşünülmelidir. (2,7,8) Erken teşhis ve müdahale gerekliliğine rağmen, tedavi seçeneği cerrahi veya medikal olarak değişebilir. Bu nedenle, plastik cerrah, yenidoğancı ve dermatologlardan oluşan bir ekibin detaylı çalışmasıyla kesin teşhisin konulması zorunludur. Gecikmiş müdahale ve uygun olmayan tedavi seçenekleri yıkıcı sekellere neden olabilir: Volkmann-Lesser iskemik kontraktüründe görülen eklem kalıcı kontraktürleri, doku kaybı, iskelet değişiklikleri, kas fibrozu ve sinir disfonksiyonu gibi. Bu durumlarda tedavi daha kompleks bir hal alır ve tendon ve fonksiyonel kas transferleri, artrotomiler, artrodezler, tenodezler, düzeltici osteotomiler ve hatta amputasyonlar(5). Bu nedenle, durumun erken teşhisi ve hastanın yeterli yenidoğan bakımı ve el cerrahisi departmanı olan bir merkeze transportu en iyi sonucu elde etmek için gereklidir.

S40
ÖN KOL MENGENEYE SIKIŞMASI SONUCU KIRIK OLMASIZIN
OLUŞAN ÖN KOL KOMPARTMAN SENDROMU
FASİATOMİ VE İNCE ALINMIŞ CİLT GREFTİ İLE TEDAVİSİ
(OLGU SUNUMU)

Kemal Gökkuş
Özel Bsk Kütahya Anadolu Hastanesi

Giriş

Üst ekstremitte kompartman sendromu suprakondiler humerus kırığı ve ön kol kırıklarının en önemli komplikasyonudur. Ancak ön kolda kırık olmaksızın da görülebilir. Kompartman sendromu, ezilme ve sıkışma tipi yaralanmalarda şiddetli ağrı varsa mutlaka akla gelmelidir.

Metod

Sanayideki işyerinde mengeneyle ön kolunu sıkıştıran 28 yaşında erkek hasta başka bir merkezde yapılan uzun kol alçıdan 2 saat sonra acil servise ağrı ve parmaklarda morarma ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde parmaklarda siyanoz ve şiddetli ağrı vardı. Direk grafilerinde kırık yoktu. Uzun kol alçısı hemen çıkarıldı. Radial nabız ve parmakların dolaşımı dakikalar içinde geldi. Ağrı azaldı, hasta ağrı takibi ve kompartman sendromu şüphesi ile yatırıldı. Takipte ağrının devam etmesi, parmakların pasif dorsifleksiyonuyla ağrının artması nedeniyle hasta ameliyata alındı. Ön kol volar fasiatomi dirsekte bicepsin yapışma yerinden başlayıp el bilekte karpal tunel dekompresyonu ile birlikte devam eden klasik volar fasiatomi insizyonu ile yapıldı. Yüzeysel volar, derin volar ve pronator quadratus kompartmanları gevşetildi. Dorsal fasiatomiye gerek duyulmadı. Ertesi gün kompartman sendromu bulguları tamamen iyileşti. Üç gün sonra uyluk ön yüzden alınan ince cilt grefti ile yara kapatıldı.

Bulgu

Hastada mengenenin sıkıştırmasına bağlı ön kol da dairesel boğum oluşturacak derecede ezilme mevcuttu. Hastada şiddetli ağrının devam etmesi, parmakların pasif dorsifleksiyonunda ağrının artması en önemli tanısal bulgulardı. İntrakompartmantal basınç ölçümü yapılmadı. Radyolojik değerlendirmede ön kol da kırık saptanmadı. Hastanın takibinde fonksiyonel hiç bir sekel kalmadı ve hasta işine döndü.

Tartışma ve Sonuç

Ön kol sıkışma yaralanmalarında şiddetli ağrı da kırık olmasa bile ilk akla gelmesi gereken tanı kompartman sendromudur. Olgumuzda ilk başvurduğu hastanede uygulanan sirküler alçı zaten artmış olan iç basıncı dışardan bası yaparak daha da artırmış ve kan dolaşımını durdurmuştur. Bu tip yaralanmalarda alçıdan kaçınılmalıdır. Atel daha uygun bir seçenektir. Hastanın evinde değil hastanede elevasyonda dolaşım takibi çok önemlidir. Tanı için dikkatli bir fizik muayene ve şüphe yeterlidir. İntra kompartmantal basınç ölçümü somut ve objektif bir bulgu olmakla birlikte tanıya gitmek için şart değildir.

S41 SKAFOİD KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE ACUTRAK VİDA UYGULAMALARI VE SONUÇLARIMIZ

Adnan Kara, Arda Çınar, Erden Ertürer, Şenol Akman, İrfan Öztürk
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Çalışmamızda skafoid kırıklı olgularımıza uyguladığımız acutrak vida ile tespit sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod

Skafoid kırığı nedeniyle 2001 ile 2009 yılları arasında ameliyat edilen tamamı erkek, 17 hastanın 18 el bileği (ortalama yaş: 29,35; dağılım: 13-49) çalışmaya alındı. Kırıkların Herbert sınıflamasına göre; biri distal (Tip B1) kırık, ikisi korpus (Tip B2) kırığı, sekizi transskafoid kırıklı çıkık (Tip B4), ikisi kaynama gecikmesi (Tip C), beşi kaynamama (ikisi Tip D1, üçü Tip D2) olarak değerlendirildi. Kırık oluş nedeni, el bileği hiperfleksiyonda avuç içine düşme (12 hastada basit düşme, 5 hastada yüksekte düşme) şeklinde idi. Sekiz hastada skafoid kırığına perilunat çıkık eşlik etmekteydi. Olguların 12'sine açık redüksiyon+acutrak vida, altısına kapalı redüksiyon+ acutrak vida ile tespit uygulandı. Açık redüksiyon yapılan beş vakaya radius distalinden alınan otogreft tatbik edildi. Ameliyat sonrası el bileğine 3-6 hafta süre ile kısa kol sirküler alçı uygulandı. Fonksiyonel ve klinik sonuçlar Cooney klinik skorlama sistemi ve Quick DASH-T (Quick- Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand- Türkçe) skoru ile, radyolojik değerlendirme ise skafoid yükseklik, skafolunat açısı, kaynama ve midkarpal artroza bakılarak yapıldı. Ortalama izlem süresi 30,7 ay (dağılım 6-108 ay) idi.

Bulgu

Hastaların son kontrollerinde yapılan muayene ve çekilen grafileri sonucu bir olgu haricinde kaynamanın tam olduğu görüldü. Cooney klinik skoru ortalama 73,8 (dağılım: 35-100), QDASH-T skoru ortalama 12,46 (dağılım:0-52,3) idi. İki olgumuzda (% 11.1) midkarpal artroz saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Skafoid kırıkları elin sık görülen kırıklarındandır. Konservatif tedavi nondeplase (Herbert Tip A1) ve kısmi deplase (Herbert Tip A2) kırıklar için öncelikli tedavi seçeneğidir. Kırık hattında oluşan 1mm üzerindeki basamaklaşma, proksimal kutup kırığı, skafolunat açısının 60 derecenin üzerinde olması ve kırıklı çıkıklar instabil skafoid kırığı olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde instabil skafoid kırıklarında, skafoidin kaynama gecikmesi ve kaynamama durumunda cerrahi tedavi önerilmektedir. Çalışmamızda saptanan klinik ve fonksiyonel sonuçlar, kırık kaynama oranları ve kısa tespit süresi; acutrak vida ile tespit uygulamasının etkin ve güvenli bir tedavi yöntemi olduğunu göstermiştir.

S42

KAYNAMAYAN SKAFOİD KIRIKLARININDA KAS PEDİKÜLLÜ KEMİK FLEBİ İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Mustafa Kürklü¹, Hüseyin Özkan¹, Öner Tatar¹, Kenan Koca¹, Mahmut Kömürçü², Mustafa Başbozkurt¹

¹ Gata Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

² Fatih Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Tramatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Skafoid kırıkları nispeten sık karşılaşılan, tüm kırıkların yaklaşık %2'sini, el kırıklarının %11'ini ve karpal kırıkların %60'ını temsil etmektedir. Skafoidin kaynamama problemi el cerrahlarının karşılaştıkları en sık ve tedavisi zor problemlerden biridir. Kaynamayan skafoid kırıkları el bileğinde artroza neden olarak ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olabilmektedir. Kaynamayı sağlayıp artroz gelişimini en aza indirmek için tedavide hedef, skafoid anatomisinin korunarak, eğer bozulmuş ise anatomiyi tekrar şekillendirerek tesbitin yapılmasıdır. Bu çalışmada quadratus kas pediküllü kemik flebi ile tedavi edilen skafoid kaynamama olgularında tedavi sonuçlarımızı literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Metod

Eylül 2004 - Ocak 2009 yılları arasında GATA Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde, skafoid kaynamama nedeniyle 16 hasta Kawai ve Yamamoto yöntemi ile tedavi edildi. Greftleme sonrası tesbit iki adet 1 mm'lik K teli ile yapıldı. Hastaların tamamı erkek olup ortalama yaşı 23.5 (20-31) idi. Ortalama takip süresi 11,5(11.5-24) ay idi. Etkilenen el bileği 12 hastada sağ 4 hastada sol taraf idi. Kırık oluş nedeni; 1 hasta trafik kazası, 15 hasta el üzerine düşme idi. Kırık zamanı ile ameliyat arasında geçen süre ortalama 9.6(8-22) ay idi. Skafoid kaynamama tiplendirmesi Herbert sınıflandırmasına göre yapıldı. Hastalarımızın 10'unda Tip D2 skafoid orta 1/3 kaynamama, 4 ünde Tip D2 skafoid proksimal 1/3 kaynamama ve 2 sinde Tip D1 skafoid distal 1/3 fibröz kaynama vardı. Hastaların ameliyat öncesi el bileği fleksiyonu ortalama 48.5° (40-65), ekstansiyonu 52° (45-70) radial deviasyonu ortalama 7° (9-16) ve ulnar deviasyonu ortalama 10.5° (5-20) olarak bulundu. Hastalar ameliyat öncesi, Modifiye Mayo elbileği kriterlerine göre değerlendirildi ve ortalama Mayo skoru 36.4 (30-60) olarak tesbit edildi. Hastalara ameliyat sonrası dönemde 2 ay uzun 1 ay kısa kol alçı tesbiti yapıldı ve alçı çıkarılması sonrası radyolojik görünüm dikkate alınmaksızın hemen aktif el bileği egzersizlerine başlandı.

Bulgu

On iki hastada radyolojik kaynama elde edildi. Ortalama radyolojik kaynama süresi 4.2 ay (3.8-6.5) idi. Dört hastada kaynama sağlanamadı. 4 olgunun radyolojik kaynamama bölgesi, 2 olguda proksimal 1/3, 1 olguda orta 1/3 ve 1 olguda ise distal 1/3 idi. Hiçbir olguda enfeksiyon gözlenmedi. 4 hastada sudeck atrofi gelişti ve fizik tedavi ile tedavi edildiler. Ameliyat sonrasında kaynama elde edilen tüm hastalarda ağrının tamamen geçtiği görüldü. Ameliyat sonrası 20. ayda kaynama elde edilemeyen 4 hastadan ikisinin grafilerinde hafif-orta düzeyde radyoskafoid fossada artritik değişiklikler, fizik muayenesinde artan elbileği hareket kısıtlılığı ve ağrı saptandı. Hastaların ameliyat sonrası el bileği fleksiyonu ortalama 50° (34-74), ekstansiyonu 63° (40-81) radial deviasyonu ortalama 12° (5-20) ve ulnar deviasyonu ortalama 12 derece (4-20) olarak bulundu. Hastalarımızı Mayo Klinik Modifiye Elbileği Değerlendirme Kriterleri'ne göre ameliyat sonrası 12. ayda değerlendirdik. 12. aydaki ortalama Mayo skoru 70,4 idi (65-90). Mayo Klinik Modifiye Elbileği Değerlendirme Kriterleri'ne göre postoperatif olarak 6 hasta mükemmel, 6 hasta iyi, 2 hasta orta, 2 hasta kötü olarak değerlendirildi. Kötü olarak değerlendirilen hastalarda orta derecede radyoskafoid artroz mevcut idi.

Tartışma ve Sonuç

Literatürde, skafoid kaynama yokluğunun tedavisinde vaskülerize olmayan ve vaskülerize greftler ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Ancak skafoid kaynama yokluğunun tedavisinde pediküllü kemik flep uygulamasının konvansiyonel greftleme metotlarından daha üstün olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda, kaynama sağlanan hastalarda, ağrısız ve artmış el bilek hareket aralığı elde derken, kaynama olmayan hastalarda ameliyat öncesine göre daha ağırlı ve el bilek hareketlerinin daha kısıtlı olduğunu belirledi.

S43

KOMPLET YÜZÜK AMPUTASYONLARINDA YAPILAN REPLANTASYONLARDA VASKÜLER TAMİR SEÇENEKLERİ

Kemal Özaksar, Tulgar Toros, Tahir Sadık Süğün, Murat Kayalar, Emin Bal, Nuri Karabay,
Yalçın Ademoğlu, İbrahim Kaplan
El Mikrocerrahi Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi

Giriş

Komplet sıyrıлма tarzındaki yüzük yaralanmalarında yapılan replantasyonlar fonksiyonel ve estetik açıdan iyi sonuçlar verebilmektedir. Bu tip amputasyonların teknik zorlukları ve başarısızlıkları damarların ve sinirlerin uzun segment boyunca yaralanmalarından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızın amacı yüzük ile olmuş total sıyrıлма amputasyonlarındaki vasküler tamir seçeneklerini ve klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

Metod

1993 ve 2008 yılları arasında toplam 37 hastaya yüzük ile olan sıyrıлма tarzı komplet amputasyon tanısı ile replantasyon uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 29,7 olup 12 ile 51 arasında değişmekte idi. Hastaların 31'si erkek 6'sı kadındı. Ortalama takip süresi 72 ay olup hastalara son kontrollerinde duyu ve motor değerlendirmeleri yapılarak soğuk intoleransı sorgulandı. Kontrole gelen hastalara arteriel doppler usg ve x-ray ile radyolojik değerlendirme yapıldı. 37 hastanın replantasyon girişimi sonrasında elde edilen sonuçlar ki-kare ve t-testi ile değerlendirildi.

Bulgu

37 hastanın 31'inde replantasyon başarıya ulaşmış, 6 hastada ise başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Digital arter tamirleri için 21 hastada yandaş parmaktan arter transferi, 10 hastada uç uca arter tamiri, 6 hastada ven grefti ile arter tamiri uygulandı. Bir hastada erken dönem arteriel yetmezlik sonrasında uç uca anastomozdan arter transferine geçildi. Arter transferi yapılan 22 hastanın 17 sinde başarılı sonuç alınırken 3 hastada arteriel vazospazma bağlı, 2 hastada ise venöz yetmezliğe bağlı başarısız sonuç alınmıştır. Ven grefti ile arter tamiri uygulanan 6 hastanın 6 sinde ise replantasyon başarılı idi. Son takipte bir hastada parmak atrofi saptanmış, yapılan Doppler ultrasonunda ven greftinin tıkanmış olduğu gözlenmiştir. Uç uca arter anastomozu yapılan 10 hastanın 8'sinde başarı sağlanmış, 1 hastada arteriel yetmezlik nedeni ile arter transferi uygulanmış, 1 hastada ise başarısız replantasyon sonrasında güdük kapatılmıştır. Arteriel tamir grupları arasında parmak yaşama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Son değerlendirmesi yapılan 16 hastadan, Doppler usg de ven grefti yapılan 1 hasta haricindeki tüm parmakların arterlerinin açık olduğu saptandı. Hiçbir hastada kaynama ile ilgili sorun görülmedi. Ortalama pinch gücü yaralanmış elde 7,2 kg. sağlam elde 7,4 kg. kavrama gücü yaralanmış elde 34,5 kg. sağlam elde 39,3 kg. olarak saptandı. Hastaların birisi hariç hepsinde en az koruyucu olacak şekilde duyu gelişimi mevcuttu. Soğuk intoleransı 3 hastada rahatsız edici, 3 hastada ılımlı düzeyde saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Arter transferinin tek anastomozla yapılması, bükülme olasılığının az olması ve yaralanmamış bir arterden dolaşımın sağlanması gibi avantajları bulunmasına rağmen, vazospazm oranının yüksek olması, sağlıklı parmağın ana arterlerinden birinin feda edilmesi dezavantajlarıdır. Ven grefti de komplet yüzük amputasyonlarında arteriel rekonstrüksiyon için iyi bir alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır. İntiması uzun segment yaralanmamış hastalarda ise sağlıklı arter bölgesinden yapılacak uç uca anastomozların da başarılı sonuç verebileceği akılda tutulmalıdır.

S44
PARMAK UCU REKONSTRÜKSİYONUNDA TERS AKIMLI
HOMODİJİTAL ADA FLEBİNİN DUYU GERİ DÖNÜŞ SONUÇLARI:
66 VAKALIK SERİ SUNUMU

Memet Yazar, Sevgi Kurt Yazar, Karaca Başaran, Erdem Güven, Atakan Aydın, Celal Metin Erer
İstanbul Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilimdalı

Giriş

Parmak ucu konumu nedeniyle fonksiyonel ve estetik öneme sahip olduğu gibi elin travmalara en duyarlı bölgesidir. Rekonstrüksiyon aşamasında parmak uzunluğu ve fonksiyonunun korunması, eklem sertliği ve nöroma oluşumunun engellenmesi ve kozmetik olarak kabul edilebilir bir görünümün elde edilmesi gerekir. Özellikle kemik, tendon veya eklemde açıkta olduğu vakalarda parmak ucu restorasyonu için değişik flep seçenekleri tanımlanmıştır. Bu seçeneklerden biri de ters akımlı homodijital ada flebidir. Acil el cerrahisi kliniğimize parmak ucu yaralanmasıyla başvuran 66 hastadaki ters akımlı homodijital ada flebinin takip dönemindeki duyu geri dönüş sonuçlarını sunmaktayız.

Metod

Bu çalışmada kemik, tendon veya eklemde açıkta olduğu parmak ucu yaralanmasıyla gelen 66 hastaya (70 parmak) ters akımlı homodijital ada flebi uygulandı. Hastaların takip süresinde 6, 12 ve 18. aylarda Semmes-Weinstein monofilaman testi ve iki-nokta ayırım testi ile duyu geri dönüşleri değerlendirildi ve beraberinde karşılaştığımız komplikasyonlar ortaya kondu.

Bulgu

Monofilaman testi sonuçlarına göre 64 parmakta normal duyu (%91.4), altı parmakta ise azalmış hafif dokunma saptandı. İki-nokta ayırım testi sonuçları ise 40 parmakta normal (<6) , 30 parmakta ise orta (6-10) olarak ölçüldü (4-9 ortalama 5.7). Bir hastada kısmi flep nekrozu gelişirken, üç hastada insizyon hattında kontraktür ve iki hastada ise nöroma gelişti.

Tartışma ve Sonuç

Elde ettiğimiz veriler sonucunda duyunun önemli olduğu parmaklarda özellikle işaret parmağındaki yaralanmalarda homodijital ada flebinin kullanılması faydalı olacaktır.

S45

DİSTAL PULPA AMPUTASYONLARINDA KOMPOZİT GREFTLEME

Eftal GÜDEMEZ¹, Ayan GÜLGÖNEN²

¹ Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü El ve Mikrocerrahi Ünitesi

² El Cerrahisi Merkezi, Nişantaşı, İstanbul

Giriş

Parmak ucu amputasyonlarında parmağın boyunun ve fonksiyonunun tekrar sağlanması çok önemlidir. Distal palmar arkusun distalinde olan amputasyonlarda replantasyon zor olduğu için, kopan parça durumu uygunsa kompozit greft olarak kullanılabilir. Bu retrospektif değerlendirmede kompozit greftlemenin uygulanabilirliği tartışılacaktır.

Metod

Ağustos 2004 ve Ağustos 2008 tarihleri arasında, parmak ucu travmatik amputasyonu olup kompozit greftleme ameliyatı yapılan 14 hasta incelendi. Hastaların ortalama yaşı 11.29'du (1 – 53 yaş). Üç hasta 9 yaşın üzerinde iken diğer hastaların hepsi 1 – 8 yaş arasında idi. Dört hastada işaret, 6 hastada orta, 1 hastada yüzük ve 3 hastada küçük parmak ucu amputasyonu vardı. Bayan ve erkek hasta sayıları eşitti. Dokuz hastada sağ, 5 hastada sol taraf etkilenmişti. Dokuz hastada amputasyon seviyesi lanulanın distalinde steril matriks seviyesinde (Bölge I), 5 hastada lanula ve germinal matriks seviyesinde (Bölge II) idi. Germinal matriks proksimalinde (Bölge III) hiçbir hastaya kompozit greftleme yapılmadı. Kapı arasına sıkışarak kopma 9 hasta ile en sık görülen yaralanma mekanizması idi. Amputat ve güdük kenarları minimal debride edildikten sonra greft 6/0 prolene ile tek dikişler ile tutturuldu. İlk iki hafta günlük %50 hidrojen peroksitli solüsyon ile pansuman banyosu yapıldı. Klinik muayene ve fotoğraflar ile sonuçlar değerlendirildi. Greftin tamamının yaşaması ve ek bir müdahaleye gerek göstermemesi başarılı sonuç, parsiyel veya total nekroz olması da başarısız sonuç olarak kaydedildi.

Bulgu

Hastaların ortalama takip süresi 36.85 aydı (20 – 65 ay). On hastada sonuç başarılı olarak görülürken başarısız olan 4 hastanın 3'ü de 9 yaşın üzerindeki hastalardı. Başarısız olan genç hastanın amputasyon seviyesi Bölge II idi.

Tartışma ve Sonuç

Replantasyonun mümkün olamadığı durumlarda kompozit greftleme seçilebilecek yöntemlerden biridir. Sonucu etkileyen belirli parametreler vardır. Hastanın yaşının küçük olması ve distale yakın amputasyonlar (Bölge I) başarı şansını arttırmaktadır. Dezavantajı uzun sürmesidir. Greftin nekroz olmaması, revaskülarizasyonu ile mümkündür. Pansumanların sık ve ıslak yapılmasının revaskülarizasyona yaptığı olumlu katkı, literatür bilgisini desteklemektedir.

S46

METAKARPİNA REPLANTE EDİLEN BAŞPARMAK DİSTAL FALANKSİNİN UZATILMASI

Mehmet Bekir Ünal¹, Eren Cansü², Fatih Parmaksızoğlu²

¹ Tuzla Piyade Okulu, Tuzla, İstanbul

² Medical Park Göztepe Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Başparmak amputasyonunun rekonstrüksiyonu için ayaktan serbest parmak nakli, osteoplastik rekonstrüksiyonlar, metakarp veya falanks uzatılması gibi çeşitli tedavi alternatifleri olsa da replantasyon her zaman için ilk seçenektir. Ezilme yaralanması sonucu proksimal falanks seviyesinden bir başparmak amputasyonunda proksimal falanks kalıntılarının çıkarılıp distal falanksın 1. metakarpa replantasyonunu takiben distraksiyon osteogenezi ve web derinleştirme ile uzatma sağladığımız ekstrem bir başparmak replantasyonu vakası sunuyoruz.

Metod

29 yaşında erkek hasta, sol el başparmağının total amputasyonu nedeni ile ocak 2007'de hastanemize başvurdu. Ezilme şeklindeki yaralanma proksimal falanks seviyesinde geniş yumuşak doku ve kemik defektine neden olmuştu. Hasta replantasyon denenmesi amacıyla ameliyata alındı. Her ne kadar debridman ve kısaltma sonrası çok kısa bir amputat kalmış olsa da, replantasyon işlemine devam edilmesine karar verildi. 2 adet dorsal ven anastomozu uc uca tamamlanırken, arteryel bağlantı amputatın ulnar taraf digital arteri ile radial arterin dorsal dalı arasına konulan ven grefti ile sağlandı. Her iki digital sinire uç uca nörorafi uygulandı. Hasta 7. gün taburcu edildi. 6 aylık takibinde replante başparmağın metakarpı ile tamamen kaynadığı tespit edildikten sonra başparmak ve elin fonksiyonlarını arttırmak amacıyla uzatılmasına karar verildi. Aksiller blok anestezi ile ve pnömatik turnike hemostazında periost zedelenmeden osteotomi uygulandı. 10 gün sonra 0.5mmx2/gün hızında başlatılan uzatma 30mm. lik mesafe elde edilene kadar sürdürüldü. Kemik grefti kullanılmasına gerek olmadan boşluğun 4 ay içinde tamamen kemikleşmesi sonucunda distraksiyon cihazı çıkarıldı. Aynı seansta Z-plasti ile web derinleştirme uygulandı. Böylece daha geniş bir web alanı sağlanarak başparmağın yaklaşık 5mm. lik göreceli uzaması elde edildi.

Bulgu

3 senelik kontrolünde hasta elini major semptomları olmadan kullanabilmektedir. Karpometakarpal eklem zarar görmediğinden dolayı fleksiyon ve ekstansiyon haricindeki diğer hareketler korunmuştur. Tedavi sonunda boyu ve görünümü kabul edilebilir seviyede olup, tırnağı olan fonksiyonel (opozisyonel) bir orijinal başparmak kazanılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

El fonksiyonlarının yaklaşık yarısı başparmağa bağlıdır. Oppozisyon başparmağın ayırıcı hareketidir. Bunun için başparmağın stabil, kuvvetli ve mobil olması gerekmektedir de ana komponenti uzunluktur. Başparmak rekonstrüksiyonu için metakarp uzatma, osteoplastik rekonstrüksiyonlar, ayaktan serbest parmak nakli ve hatta prostetik uygulamalar gibi seçenekler olsa da, en iyi fonksiyonel ve kozmetik sonucu sağlayan replantasyon her zaman ilk seçenektir. Kemik kısaltma travmatize ve beslenmesi olmayan dokuları uzaklaştırmak, nörovasküler greft kullanmaktan kaçınmak ve daha uygun bir yumuşak doku örtümü sağlamak için replantasyon cerrahisinde rutin olarak uygulanmaktadır. Bildirdiğimiz vakada ampute başparmak primer travmadan dolayı aşırı kısalmış olup cerrahi olarak ta debride edilmesi sonucunda proksimal falanks kalmadığından ötürü ampute başparmak distal falanksı 1. metakarpa tespit edildi. Her ne kadar 2 cm. den fazla kısalığın replantasyon ile çeliştiği bildirilmişse de, tüm proksimal falanks ve komşu 2 eklem olmadığı bu vakadaki ekstrem kısalık yaklaşık 4 cm idi. Metakarp veya falanksların travmatik veya konjenital kısalıklarının tedavisinde distraksiyon yöntemiyle uzatma tatmin edici sonuçları olan iyi bilinen ve uygulanan bir yöntemdir. Ancak replante edilmiş parmakların uzatılmasına ait bildiriler sınırlı olup, bunlarda da başarılı sonuçlar verilmiştir. Vakamız göstermiştir ki, tedavi seçeneklerimiz içinde oldukça etkili ve güvenli bir uzatma yöntemi olduğundan, aşırı kısalmış veya defektli amputatlar bile replante edilmeye çalışılmalıdır veya diğer bir deyişle; kötü yaralanmış bir amputatın replantasyon denenmesi için gerekiyorsa ileri düzeyde kısaltma uygulanabilir. Ampute bir başparmağın kurtarılması için her yol denenmelidir. Gündük ve amputat arasında masif gap olsa bile, replante parmağın uzunluk, fonksiyon ve görünümü distraksiyon yöntemi ile güvenli bir şekilde artırılabilir.

S47

EL CERRAHİSİNDE MİKROCERRAHİ İŞLEMLERİ AZALIYOR MU?

Halil İbrahim Bekler

Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

El Cerrahisinde Mikrocerrahi İşlemleri azalıyor mu? Mikrocerrahi el cerrahisinin ayrılmaz bir parçası olarak görülse son yıllarda tecrübeli el cerrahlarının daha elektif hasta ve hastalıklarla uğraşması acil vakaların daha tecrübesiz meslektaşlar tarafından karşılanması sonucunu doğurmaktadır. ASSH (American Society Surgery for the Hand) tarafından yapılan bir anket mikrocerrahların % 75'inin mikrocerrahi işlemlerinin son on yılda azaldığını söylediğini bildirmektedir.

Metod

Bu iddianın gerçekliğini değerlendirmek amacıyla 1970 -2009 yılları arasında 5 önemli el cerrahisi dergisinin (The Hand, Annales de Chirurgie de la Main, Hand Clinics, Scandinavian Journal of Plastic Reconstructive and Hand Surgery, The Journal of Hand Surgery) yayınlarını mikrocerrahi ile ilgili olup olmamaları açısından taradık.

Bulgu

1970 den başlayarak toplam yayın sayısına oranla mikrocerrahi yayını oranının sürekli olarak düştüğünü gözledik. 1970 de 47 olan el cerrahi dergilerinde yayınlanmış yazı sayısı 2006 da beş yüzün üstüne çıkarken mikrocerrahi ile ilgili olan yayınların oranı % 21.27 den yüzde beşlere düşmüştür.

Tartışma ve Sonuç

1968 de ilk başarılı başparmak replantasyonundan itibaren parmak replantasyonları hep zirve ameliyatlar olarak görülmüşlerdir. Bu mucizevi ameliyatlar ve bunlara bağlı yayınlar birçoğumuzun El Cerrahi olma kararını vermesinde önemli bir paya sahiptir. Yayınların azalmasındaki etken, yeni tekniklerin El Cerrahisine girmesi ve bunların editörlerin-yazarların daha fazla ilgisini çekmesi olabileceği gibi zor bir yöntemin uygulanmasından kaçınma da olabilir kanısındayız.

S48

SERBEST DORSALİS PEDİS KOMPOUND FLEBİ İLE KOMPLEKS TRAVMATİK EL YARALANMALARININ CERRAHİ TEDAVİSİ

Ozan Bitik, Erhan Sönmez, Hakan Uzun, Ali Emre Aksu, Tunç Şafak, Abdullah Keçik
Hacettepe Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

El dorsumunu etkileyen yüksek enerjili travmalar sıklıkla cilt, tendon ve metakarpal kemiklerde doku eksikliği ile karakterize kompleks yaralanmalar ile sonuçlanmaktadır. Rekonstrüktif hedeflerin çeşitliliği ile orantılı olarak artan cerrahi girişim sayıları, immobilizasyon süresi ve geciken rehabilitasyon fonksiyonel kazanımı sınırlandırmaktadır. Yazarlar bu bildiride yüksek enerjili travmaya ikincil kompleks travmatik dorsal el yaralanmaları ile akut, subakut ve kronik dönemde kliniğe başvuran üç hastada serbest dorsalis pedis kompond flebi ile rekonstrüksiyon deneyimlerini paylaşmayı amaçlamaktadır.

Metod

2009 Yılı içerisinde ameliyat edilen 3 hastada el dorsumundaki cilt,tendon ve kemik kayıplarının dorsalis pedis kompond flebi ile tek seansta tedavisi sunularak konuyla ilgili güncel literatür gözden geçirilmektedir. Hastalar ameliyat sayıları,hastanede yatış süresi, yara iyileşmesi, ağrı, aktif-pasif eklem hareketliliği, temel el becerileri ve donör saha morbiditesi yönünden değerlendirilmektedir.

Bulgu

Hasta örneklerinde benzer özellikteki vaskülerize doku ile tek seanslı rekonstrüksiyonun fonksiyonel başarısı, tedavi süreci ve komplikasyonlar sunulmaktadır.

Tartışma ve Sonuç

Dorsalis pedis kompond flebi kompleks el dorsumu yaralanmalarında cilt, tendon ve kemik doku ihtiyaçlarını vaskülerize doku ile tek seansta karşılayarak iyileşmeyi hızlandıran, erken rehabilitasyona izin veren, fonksiyonel ve etkin bir rekonstrüksiyon seçeneğidir.

S49

EZİCİ TRAVMA SONUCU KOPAN VEYA DOLAŞIMI OLMAYAN PARMAKLARDAKİ ONARIM SONUÇLARIMIZ

Ramazan Hakan Özcan, Dilek Bağdatlı, Adem Topkara, Ömer Mutlu, İnci Gökalan Kara,
Fusun Şahin, Nuray Akkaya

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş

Travma sonucu kopan organın vücut ile devamlılığının yeniden sağlanması, rekonstrüktif mikrocerrahinin en zorlu uğraşlarından biridir. Eğer kopan bu organ bir parmak ise içerdiği yapılardan dolayı onarım daha komplike hale gelmektedir. Bir de travmanın ezici bir yaralanma olması, replantasyona hiç kalkışmadan parmağın feda edilmesi kararını aldırabilmektedir.

Metod

2007-2010 yılları arasında parmak kopması veya kan dolaşımının olmaması şikayetiyle onarım uyguladığımız 37 olgunun 39 parmağı çalışmaya dahil edildi. 24 parmağa replantasyon, 15 parmağa revaskülarizasyon uygulandı. Replantasyon uygulanan parmaklardan 12'si, revaskülarizasyon uygulanan parmaklardan 3'ü ezici yaralanmaya maruz kalmıştı.

Bulgu

Ezici yaralanmaya maruz, replante edilen 12 parmağın 6'sı ve revaskülarize edilen 3 parmağın 2'sinin onarımları başarı ile sonuçlandı.

Tartışma ve Sonuç

Ezici travma sonucu kopan veya kan dolaşımı olmayan parmakların, genel durumu uygun, genç hastalarda replantasyon için endikasyon sınırlarının genişletilmesi gerekliliği kanaatindeyiz.

S50
ÜST EXTREMİTE DOKU DEFEKTLERİNDE
PEDİKÜLLÜ KASIK FLEBİNİN YERİ

Adem Topkara, Ramazan Hakan Özcan, Dilek Bağdatlı, M. Tuğrul Çelebi
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş

Önkol ve el bölgesindeki doku defektlerinin rekonstrüksiyonu önemli bir problemdir. Son yıllardaki yayınlarda, yumuşak doku onarımında serbest fleplerin sıkça kullanıldığı gözlenmektedir. El ve distal önkol defektlerinde güncel onarım tekniklerinin yanında pediküllü kasık flebinde iyi bir seçenek olduğu daima akılda bulundurulmalıdır.

Metod

Kliniğimize, 2007 – 2010 yılları arasında üst ekstremitte yumuşak doku defekti ile başvuran 12 hastaya pediküllü kasık flebi operasyonu yapıldı. Hastaların tamamı erkek, ortalama yaş ise 24.5 (12 – 48) idi. İlk operasyondan ortalama 20 gün sonra ikinci seans flep ayrılması yapıldı. Sadece bir hastada flep pedikülünün ayrılmasından sonra distal uçta parsiyel nekroz izlendi. Total flep kaybı olmadı. Flep donör alanları bütün hastalarda primer kapatıldı ve donör alan problemi yaşanmadı.

Bulgu

Sonuçlar, hastalar açısından kabul edilebilir düzeyde idi.

Tartışma ve Sonuç

Pediküllü kasık flebi, mikrocerrahi gerektirmeyen, donör alanın kolayca gizlenebileceği ve donör alanın genelde primer kapatılabilmesiyle morbiditesi az olan, kılsız deri örtüsü sağlayan ve özellikle zayıf hastalarda ince deri örtüsü ile iyi bir tedavi seçeneğidir. İki aşamalı olması, hastanın üst ekstremitésinin yaklaşık 3 hafta immobilize edilmesi ve obez hastalarda cilt altı yağ dokusunun kalın olması dezavantajdır. Bu dezavantajlarından dolayı çocuk ve yaşlı hastalarda uygulanması zordur. Kalınlık nedeniyle kötü kozmetik görüntü ve fonksiyonel sonuçlara neden olan flepler, ilerleyen dönemlerde ilceltilerek daha iyi sonuçlar alınabilmektedir. Kasık flebi aynı zamanda free flep olarak kullanılabilir. Ancak kısa pedikül uzunluğu, damar grefti gerekebilmesi, değişken arteriyel anatomi ve arter çapının küçük olması free flebin dezavantajlarıdır. Pediküllü kasık flebinde ise bu sorunlar olmamakla birlikte, flep aksiyal veya random paternli olarak kaldırılabilir. Sonuç olarak, pediküllü kasık flebi, önkol ve el defektlerinin onarımında diğer seçeneklerle birlikte her zaman akılda tutulması gereken, emniyetli ve kolay uygulanabilir bir tedavi seçeneğidir.

S51

ATEŞLİ SİLÂH YARALANMASINA BAĞLI DEFEKTİF ULNA KIRIĞI TEDAVİSİNDE VASKÜLARİZE FİBULA FLEBİ UYGULAMA SONUÇLARIMIZ

Mustafa Kürklü¹, Serkan Bilgiç¹, Bülent Karslıoğlu¹, Yüksel Yurttaş¹, Mahmut Kömürcü²,
Mustafa Başbozkurt¹

¹ GATA Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

² Fatih Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Radius ve/veya ulnadaki geniş kemik defektlerinin tedavisinde farklı cerrahi alternatifler vardır. Kabul edilebilir fonksiyonel sonuç ve ağrısız bir ekstremitte elde etmek için ön kol kemiklerinde uzunluğun ve kaynamanın sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla defektif kırık veya psödoartrozların tedavisinde konvansiyonel tedavilerin yanı sıra, 1970 yıllardan bu yana vaskülarize fibula flebi de bir tedavi alternatifi olarak kullanılmaktadır. Biz bu çalışmamızda ön kol ulna defekti olan 11 hastaya yaptığımız vaskülarize fibula flebi sonuçlarını literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Metod

GATA Ortopedi Kliniğinde 2004 Ağustos-2009 Ocak yılları arasında ateşli silah yaralanması sonucu ulnar kemik defekti olan 11 erkek hastaya vaskülarize fibula flebi ameliyatı yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 36(28-48) idi. Çalışmaya dahil edilen 7 hastada yaralı ekstremitte dominant idi. 3 vakada tedavi edilmiş radius kırığıyla beraber ulna defekti ve 8 hastada izole ulna defekti mevcut idi. Ulnar kemik defekti ortalama 7(6.5-11) cm idi. Travma ve rekonstruktif cerrahi arasında geçen zaman ortalama 13.5 (7-19) ay idi. Beş hastada ulnar arter ve vene uç yan, 6 hastada ise uç uca anastomoz yapıldı. Tüm hastalarda fiksasyon plak ile yapıldı.

Bulgu

On bir hastanın dokuzunda iki hedef noktada da kaynama elde edildi. Ortalama takip süresi 34 ay (24- 48), ortalama radyografik kaynama süresi 4.5 ay (3-6) idi. Bir hastada kaynama gecikmesi nedeniyle greftleme, bir hastada plak kırılması nedeniyle kaynama yokluğu ve bir hastada ise kompartman sonucu ulnar ve median sinir lezyonu gelişti. Tüm hastalarda 3 ve 6. ayda Tc 99m sintigrafisi ile greft canlılığı kontrol edildi. 11 hastada sonuçların değerlendirilmesi Tang ve Vas skorlamaları ile yapıldı. Klinik ve radyolojik bulguların değerlendirildiği Tang sistemine göre 9 hastada mükemmel 1 hastada zayıf ve 1 hastada da kötü sonuç elde edildi. 9 hastada ortalama VAS skoru 1.5 iken geri kalan 2 hastada 8 ve 9 idi. Fonksiyonel olarak el bileği ve dirsek hareketleri tam açık, pronasyon 56° ve supinasyon 68° kısıtlı idi.

Tartışma ve Sonuç

Ön kol kemik defektlerinin tedavisinde allogreft veya vaskülarize olmayan otogreft ile defekt kapatılması, ilizarov ile biyolojik segmental kemik transportu yapılması gibi değişik cerrahi teknikler kullanılabilir. Bu tedavilerin yanı sıra fibula çapı ve şeklinin ön kol kemiklerine uygunluğu, verici sahada morbiditesinin az olması ve vaskülarize kemik flepleri ile kemik kaynamasının daha kısa sürede elde edilmesi nedeniyle, 6 cm den büyük defektlerde vaskülarize fibula flebi ile ulna defektlerinin tedavisinde kabul edilebilir sonuçlar elde edilebilir.

S52
İLERİ EVRE FEMUR BAŞI AVASKÜLER NEKROZU TEDAVİSİNDE
VASKÜLARİZE FİBULA GREFTİ UYGULAMASI

Zeki Sertöz¹, Ali Engin Ulusal², Volkan Gökçe¹, Önder Ceylan¹, Bilal Gümüş¹, Arslan Bora¹

¹ İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Balıkesir Üniversitesi

Giriş

Femur başı avasküler nekrozu genç erişkin dönemde kanlanmanın bozulması neticesi kemik içi basıncın artması kemikte nekroz ve bunlara bağlı ağrı bulgusu ile karşımıza çıkar. Hastalığın seyri kalça ekleminde artrozla sonuçlanabilir; morbiditesi yüksektir. Hastalığın erken dönemlerindeki tedavi seçenekleri yüz güldürücü iken ileri dönem avasküler nekrozda osteoartrit gelişmiş ise eklem replasmanı gerekli olabilir.

Metod

Biz osteoarit gelişmemiş ileri evre avasküler nekrozlu hastalarımıza vaskülarize fibula ile tedavi seçeneğini uyguladık. İleri evre avasküler nekrozlu 'subkondral çökmesi olan' altı hastamızın yedi kalçasına vaskülarize fibula grefti uyguladık. Olgularımızı ameliyat öncesi Steinberg evreleme sistemi ile sınıfladık ve Harris'in kalça değerlendirme formu ile puanladık.

Bulgu

Olgularımızın ortalama yaşı 32, tümü üçüncü ve dördüncü evre ve ortalama Harris puanı 54 idi. Olgularımızı ortalama 35 ay (25 - 48 ay) takip ettik. Olgularımızı son kontrollerinde yeniden Harris'in kalça değerlendirme formu ile puanladık. Bir kalça orta, iki kalça iyi diğer dört kalça çok iyi sonuca karşılık gelen puan aldılar.

Tartışma ve Sonuç

Bizler kalça avasküler nekrozu tanımlı hastalarımıza radyolojik evreleme ile ileri evre dahi olsalar osteoartrit gelişmemişse vaskülarize fibula ile tedavi seçeneğini sunuyoruz.

S53

KARPAL TÜNEL GEVŞETMESİ SONRASINDA NÜKS VE NÖROPATİK AĞRILI OLGULARDA MEDİAN SINIRIN VEN İLE SARILMASI - FONKSİYONEL SONUÇLAR

S. Sinan Bilgin

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş

Karpal tünel sendromunda cerrahi gevşetme sonuçları iyi ve hasta memnuniyeti tatmin edicidir. Ancak gevşetme yetersiz veya kullanılan cerrahi teknik nedeniyle abartılı skar oluşumu olursa sonuçlar arzu edilmeyecek derecede kötü olmaktadır. Nüks ve nöropatik ağrılı ikincil karpal tünel sendromunda cerrahi tedavi zordur ve tam bir fikir birliği de mevcut değildir. Bu tip olgularda cerrahi gevşetme, sinirin içerden gevşetilmesi ve bacadan alınan safen ven ile sinirin sarılması girişimi uygulanan bir cerrahidir. Bu çalışma bahsedilen bu tekniğin fonksiyonel kazanımlarını ortaya koyabilmek için yapılmıştır.

Metod

2003-2009 yılları arasında 9 olguya karpal tünel gevşetmesi sonrasında nüks ve nöropatik ağrı tanıları ile cerrahi gevşetme, sinirin mikrocerrahi ile içerden gevşetilmesi ve bacadan alınan safen ven ile sarılması işlemi uygulanmıştır. Olguların tümü bayandır ve yaş ortalaması 54 (38-69) olarak tespit edilmiştir. Olguların bahsedilen nihai cerrahi girişimden önce geçirdikleri cerrahi sayısı ortalama 2.1, takip süresi ortalaması 16 (10-64) aydır. Olguların değerlendirmesi ağrı, uyuşukluk, nöropatik ağrı tedavi ihtiyacı, el fonksiyonlarının artışı ve son cerrahiden memnuniyetleri açısından yapılmıştır.

Bulgu

Tüm olgularda ağrı belirgin derecede azalmıştır; cerrahi öncesi ortalama 7.3 (6-9) iken cerrahi sonrası 6. ayda ortalama 2.5 (1-5) olarak tespit edilmiştir. Uyuşukluk şikayeti bir olguda gece uyku düzeni bozukluğuna yol açacak derecede devam etmekle beraber, tüm olgularda günlük hayatı etkilemeyecek düzeye inmişti. Sadece bir olguda ameliyat öncesi almakta olduğu nöropatik ağrı tedavisinin devamı söz konusu oldu. Olguların son cerrahiden sonra tümünde elin fonksiyonel hayata katılımı iyi-yeterli olarak değerlendirildi. Olguların tümü geçirdikleri cerrahiden memnuniyetlerini, ankette net olarak belirttiler. Komplikasyon olarak bir olguda, ven alınan bacadan yüzeysel enfeksiyon ve geçici hiperestezi tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç

Karpal tünel gevşetilmesi sonrasında erken dönem başarısızlık, tedavisi gerçekten zor ve sekel bırakıcı bir komplikasyondur. Hastalarda cerrahi olarak karar vermek ve zamanlama çok önemlidir. Gündelik hayatı kötüleştiren bu durumda erken cerrahiden önce uygun rehabilitasyon ve ağrı tedavisi öncelikli olmalıdır. Bu tip tedaviyle tatmin edici sonuç alınamayan olgularda cerrahi gevşetme, sinirin internal mikrocerrahi ile gevşetilmesi ve bacadan alınan ven ile median sinirin sarılması hastalarda kabul edilebilecek sonuçları olan bir tedavi yöntemidir. Ancak unutulmaması gereken bu ellerin her şeye rağmen sekel el olarak kalması durumudur ve bu durumda yapılan ilk cerrahi girişimin önemi cerrahların her zaman akıllarında tutmaları gereken bir noktadır.

S54
70 YAŞ ÜZERİ AKTİF EL EMEKÇİLERİNDE KONSERVATİF
KARPAL TÜNEL SENDROMU TEDAVİSİNE KARŞI UZUN DÖNEM
CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Serhat Gafur Karaca¹, Muhsin Dursun²

¹ Adıyaman 82.Yıl Devlet Hastanesi

² Sinop Boyabat Devlet Hastanesi

Giriş

Karpal tünel sendromu toplumumuzda çok sık rastlanmaktadır ve aynı zamanda yaş artışı ile görülme sıklığıda artmaktadır. İleri yaş ile beraber medyan sinir iletiminin yavaşladığı gerçeğini unutmamak gerekir. İleri yaşta karpal tünel sendromu atipik prezentasyonlar gösterebilir. Her ne kadar karpal tünel gevşetme ameliyatı sonrası memnuniyet oranı yüksek olarak bildirilsede ileri yaşta karpal tünel cerrahisinin uzun dönem sonuçları hakkında kısıtlı bilgi vardır.

Metod

Polikliniğimize başvuran 70 yaş üzerinde, aktif olarak el emeği ile tarım işçiliği yapan ve elektrofizyolojik ve klinik olarak karpal tünel sendromu oluğu kanıtlanmış 36 hasta randomize ve prospektif olarak çalışmamıza katılmıştır. Hastaların değerlendirmesinde on dokuz skalalı boston karpal tünel skorlaması kullanılmıştır.

Bulgu

Çalışmaya katılan 36 hastanın yaş ortalaması 74 (aralık 71-76) olarak saptanmıştır ve katılımcıların yüzde altmışsekizi bayandır. Katılımcılardan 17 kişi cerrahi tedaviyi tercih ederken diğerleri ise konservatif tedavi uygulanmasını talep etmiştir. 3. yılın sonunda cerrahi tedavi sonrası memnuniyet %82 gibi yüksek bir oran gösterirken konservatif tedavi sonrası memnuniyet % 47'de kalmıştır. Katılımcıların ortalama takip süresi 3.7 aydır.

Tartışma ve Sonuç

Biz çalışmamızda karpal tünel sendromu olan ileri yaşta bir grupta uzun süreli klinik takip gerçekleştirdik. Çalışmamızda cerrahi tedavinin konservatif tedaviye üstün olduğunu istatistiksel olarak ortaya koyduk. İleri yaşta sinir rejenerasyon kondisyonun çok düşük olduğunun bilinmesine rağmen sonuçlarının yüz güldürücü olması bizde bu yaş grubunun genç yaş grubu hastalar ile benzer endikasyonlara dayanılarak opere edileceği kanaatını oluşturmuştur.

S55

AYNI ELDE KARPAL TÜNEL OPERASYONU BİRLİKTE YAPILAN DİĞER OPERASYONLARIN HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

Atakan Aydın, İbrahim Meyzin, Anvar Ahmedov, Derya Aytop Serin, Ahmer Biçer, Metin Erer,
Safiye Özkan, Zeynep Hoşbay

İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Karpal Tünel sendromu ensık görülen sinir kompresyon nöropatisidir. Hastaların demografik özellikleri nedeniyle, aynı hasta popülasyonunda tetik parmak, karpometakarpal eklem osteoartriti, tümöral lezyonlar, kübital tünel gibi diğer patolojilere de sıklıkla rastlanmaktadır. Bu durumda aynı seansta karpal tünel operasyonunu ve diğer operasyonu yapmak bir takım riskler içerse de (Refleks Sempatik Distrofi) bazen tek oturumda birçok işlemi bereber yapmayı cerrah da, hasta da tercih edebilmektedir. Bu çalışmada sadece karpal tünel cerrahisi yapılmış olan hastaların memnuniyeti ile karpal tünel serbestleştirilmesi ile birlikte başka patolojilere de müdahale edilmiş hastaların memnuniyetini DASH skorlaması ile karşılaştırdık. Karpal Tünel cerrahisi ile birlikte aynı insizyondan yapılan tenosinoviyektomi operasyonu bu çalışmaya dahil edilmemiştir.

Metod

Yaşları 47-72 arasında değişen (ort 58) 22 olguda açık yöntemle karpal tünel cerrahisine ilaveten 11 olguda tetik parmak, 2 olguda karpometakarpal artrit, 1 olguda dupuytren kontraktürü, 1 olguda pronator sendrom, 2 olguda kübital tünel sendromu, 2 olguda ganglia ve retineküler kist, 2 olguda tendon tümörü, 1 olguda posterior interosseöz sendrom operasyonları yapılmıştır. Ortalama takip süresi 14 aydır (6-28 ay). Yaşları 42-87 arasında değişen (ort 55) 21 hastanın 26 elinde açık yöntemle karpal tünel cerrahisi yapılmıştır. Ortalama takip süresi 17 aydır (10-44 ay).

Bulgu

Hastalara mümkün olduğunda yüzyüze , yoksa telefonla günlük el aktiviteleri skorlama testi (DASH) uygulanarak memnuniyet dereceleri değerlendirilmiştir. Sadece karpal tünel cerrahisi yapılan olgularda ortalama DASH skoru 81.9 dan 29.8'e gerilemiş ve ameliyat öncesi ve sonrası hastaların ellerini kullanma ve memnuniyet derecesi istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur. (ANOVA F=60.2 ; p<0.01). Karpal tünel ve diğer cerrahi işlemlerin yapıldığı olgularda ortalama DASH skoru 81.9 dan 34.2'e gerilemiş ve ameliyat öncesi ve sonrası hastaların ellerini kullanma ve memnuniyet derecesi istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur. (ANOVA F=44.6 ; p<0.01). Sadece karpal tünel cerrahisi ve kombine cerrahi yapılan olguların ameliyat öncesi ve sonrası DASH skorları karşılaştırılmasında fark istatistiksel olarak anlamsızdır (ANOVA sırasıyla F=0.022 p=0.883; F=0.471 p=0.496). Her iki gruptaki olgularımızın hiçbirinde refleks sempatik distrofi ile karşılaşılmamış, 4 olgumuza aşırı hassasiyet nedeni ile desentizasyon tedavisi uygulanmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Elde ettiğimiz bulgular aynı seansta karpal tünel serbestleştirilmesi ile birlikte diğer operasyonların da, hastanın el fonksiyonlarını bozmadan ve memnuniyetini olumsuz yönde etkilemeden, yapılabileceğini göstermiştir.

S56

KARPAL TÜNEL SENROMUNDA DENEYİMİMİZ

Zafer Özsoy, Aydın Gözü, Nilay Yogun, Aykut Özpur
Vakıf Gureba Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Giriş

Karpal tünel sendromu üst ekstremitenin en sık rastlanan sıkışma nöropatisidir.

Metod

Kliniğimizde son beş yıl içinde opere edilen 165 olguda (2004-2009) edinilen deneyim aktarıldı.

Bulgu

Olguların 148 (% 89)'i kadındı. Yakınmalar 89 olguda sağ elde, 63 olguda sol elde,13 olguda ise her iki eldeydi.80 (%48,4) olguda mesleki yatkınlık,33(%6,6)'ünde eşlik eden sistemik hastalıklar söz konusuydu. Klinik bulgular tümünde mevcuttu ve tanı EMG ile kesinleştirildi. Tüm olgularda turnike altında açık teknik ile serbestleme yapılarak median sinirin motor dalı bulundu ; % 22 olguda ek olarak internal nöroliz, % 8olguda ise tenosinoviektomi uygulandı.10 günlük atel uygulamasını takiben, fizyoterapist eşliğinde aktif hareket başlandı. Tedavi etkinliği Boston skalası uygulanarak değerlendirildi. %6 olguda eşlik eden anatomik anomali mevcuttu.%2olguda minör yara iyileşme sorunları görüldü. Yakınmalar %82 olguda tümüyle,% 16 olguda kısmen ortadan kalkarken, % 2 olguda devam etti.

Tartışma ve Sonuç

Karpal tünel sendromunda cerrahi tedavi el cerrahlarınca yapılmalıdır. Açık cerrahi yaklaşımın, endoskopik ya da kısıtlı cerrahi yaklaşımlara olan üstünlüğü anlaşılmıştır. Yanıtsız ya da yineleyen olgularda birincil hastalığın durumu gözden geçirilmeli ve diğer tedavi seçenekleri düşünölmelidir.

S57

MİNİ-AÇIK KARPAL TÜNEL GEVŞETME SONUÇLARIMIZ

Mehmet Ali Acar¹, Tunç Cevat Ögün², Ali Güleç²

¹ Konya Beyhekim Devlet Hastanesi

² Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Giriş

Karpal tünel sendromu (KTS) elde ağrı, nörolojik bulgular ve fonksiyonel kısıtlılığın önemli bir nedeni olup en sık rastlanılan tuzak nöropatisidir. Cerrahi genellikle konservatif yöntemlerle yanıt alınamayan olgularda tercih edilir. Bu çalışmada KTS nedeniyle mini-açık gevşetme yapılan hastaların sonuçları değerlendirildi.

Metod

İleriye dönük gerçekleştirilen bu çalışmada Ocak 2006 – Ocak 2009 tarihleri idiyopatik KTS olan 126 hasta(175 el; 10 erkek, 116 kadın; ortalama yaş 53.4; dağılımı 31-77) mini-açık kesi ile karpal tünel gevşetmesi uygulandı. Cerrahi tedavi önerme kriterleri günlük yaşam aktivitesini engelleyecek ve gece uyandıracak şiddette bulgular olması, fizik muayene(phalen, tinel, karpal kompresyon testi) ve elektromiyografi (EMG) sonucunun KTS'nu desteklemesiydi. Cerrahi öncesi tüm hastalara iki yönlü el bilek grafileri çekildi. EMG ile sinir basısı bulguları doğrulandı. Kronik hastalık, travma ve hamilelik hikayesi olan hastalar çalışmaya alınmadı. Klinik değerlendirme hastanın subjektif şikayetleri, Vizüel analog skala(VAS), fizik muayene ve post op 1. yıldaki EMG deki değişikliklerle yapıldı. Bütün hastalara aynı cerrah tarafından lokal anestezi ve turnike altında üçüncü veb uzun eksen ile Kaplan çizgisinin birleştiği nokta merkez olacak biçimde proksimale doğru, tenar çizginin 2mm ulnarında yaklaşık 2-2.5cm uzunluğunda palmar çizgiyi geçmeyecek şekilde insizyon yapıldı ve transvers karpal ligaman gevşetildi. Ameliyat sonrası 1 hafta kısa kol atele alındı, 1. hafta 1,3,6,12,24. aylarda kontrollere çağrıldı ve kayıtları tutuldu.

Bulgu

Hastalar ortalama 24 ay(18-36) takip edildi. İntraop ve postoperatif dönemde cerrahi teknikten doğan herhangi bir problemle karşılaşılmadı. Ameliyat öncesi hastaların hikayelerinde gece ağrısı % 97.6, parestezi %88.8, beceriksizlik %96.8 oranında vardı. fizik muayenede çalışmaya alınan ellerde phalen %82.1, tinel %28.9, karpal kompresyontesti % 79.3 oranında pozitif bulundu. Ameliyat öncesi VAS skorları 6.7 iken postop 3. ay da 2.2 ye, 12. ayda 1.6 ya, 24 ayda 1.3 e geriledi. Hastaların preop ve postop 1. yıl EMG degerleri karşılaştırıldığında şiddetli KTS %88.5 tan %30.2 geriledi. Hastalar sorgulandıklarında sadece 6 hasta sonuçtan memnun kalmadığını belirtti. 4 olguda pilar ağrısı, 2 olguda da refleks sempatik distrofi ve skar ağrısından şikayeti vardı. 2 yıllık kontroller sonrası hastalar %95 oranında ameliyattan fayda gördüler.

Tartışma ve Sonuç

En sık görülen tuzak nöropatisi olan KTS' nun tedavisi genellikle cerrahidir. Cerrahi girişimde amaç karpal tünelin ve transvers karpal ligamanın tam olarak eksplore edilmesi ve tüm kanalın dekompanze edilmesidir. KTS tedavisinde farklı cerrahi teknikler tanımlanmıştır. Günümüzde sık kullanılan standart açık cerrahi ve endoskopik cerrahidir. Yaygın kullanılan bu tekniklerin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Endoskopik aletlerin gelişmesiyle KTS tedavisinde kullanımı yaygınlaşmaya başlayan bu yöntemde erken dönemde ağrının az olması, geç dönemde nedbe dokusunun az olması, tenar bölge ağrısının olmaması, el bilek gücünü daha hızlı kazanma ve erken işe dönü gibi avantajları olmasına karşın; fleksör retinakulumun tam gevşetilmemesi sonucu median ve ulnar sinirlerde kısmi ve tam kesiler, damar ve fleksör tendon yaralanmaları, yetersiz gevşetme, uzun öğrenme eğrisi ve yüksek maliyet gibi dezavantajları vardır. Standart açık cerrahide ise yapılan geniş insizyonlar sonucunda fleksör tendonlarda gerginlik, ağırlı nedbe dokusu oluşumu ve enfeksiyon gibi komplikasyonları vardır. Sonuç olarak kısa öğrenme eğrisi ve kolayca uygulanabilmesi, düşük postoperatif komplikasyon oranı ve ekonomik girişim olması nedeniyle mini açık karpal tünel gevşetmesi gayet cazip bir seçenektir.

S58
BİFİD MEDİAN SİNİR VE KARPAL TÜNEL SENDROMU:
KLİNİK VE GÖRÜNTÜLEME

Erdem Bagatur

Medical Park Bahçelievler Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Karpal tünel sendromu bazı olgularda median sinirin anatomik varyasyonları ile ilişkili olabilir. Çoğunlukla median sinir tek bir ana dal olarak transvers karpal ligamentin hemen altındadır ve distalde tüneli geçer geçmez tenar kasları innerve eden rekürren motor dalını verir ve bundan sonra da dijital dallara ayrılır. Dört grup anatomik varyasyonu tanımlanmış olan median sinirin üçüncü grup varyasyonu sinirin karpal tünele girmeden önce ya da girdikten sonra ama tüneli terk etmeden önce iki dala ayrılarak bifid (çift) olmasıdır. Bazen bifid median sinire persistan median arter de eşlik eder.

Metod

Bu çalışmada karpal tünel sendromu tanısıyla tedavi edilen üç hastanın dört üst ekstremitesinde saptanan bifid median sinir sunuldu. İki hastanın üç ekstremitesindeki yakınmaların öyküsünün atipik olması nedeniyle ameliyat öncesinde manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları yapıldı ve hepsinde bifid median sinir varlığı saptandı.

Bulgu

Açık karpal tünel gevşetmesi ile hastaların yakınmaları geçti. İki hastanın üç üst ekstremitesinde ameliyat öncesi dönemde manyetik rezonans görüntüleme ile saptanmış olan bifid median sinirin görüntüsü cerrahi girişim sırasında yapılan gözlemler ile uyumluydu. Bir hastada bifid median sinir varlığı ameliyatta fark edildi. Ekstremitelerin ikisinde bifid median sinire persistan median arter de eşlik etmekteydi.

Tartışma ve Sonuç

Karpal tünel sendromunun tedavisi temel olarak transvers karpal ligamentin gevşetilmesi ile karpal tünelin dekompresyonudur. Median sinir varyasyonları ameliyat öncesinde bilinmiyorsa standart cerrahi işlemler sırasında, sinir hasarı oluşabilir. Manyetik rezonans görüntüleme ile sinir varyasyonlarını göstermek olasıdır. Karpal tünel sendromunun idiyopatik olmadığından kuşkuyla hastalarda median sinir varyasyonları dikkate alınmalıdır.

S59

KARPAL TÜNEL SENDROMUNUN MİNİ KESİ İLE TEDAVİ SONUÇLARI

Haluk Özcanlı, İsmail Çakıcı, Yetkin Söyüncü, A. Merter Özenci
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi – Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Karpal Tünel Sendromu en sık gözlenen tuzaklanma nöropatisidir. Cerrahi tedavide en sık gözlenen komplikasyon median sinirin palmar kutanöz dalının yaralanmasıdır. Komplikasyonların azaltılması ve uzun dönem takiplerinde hasta memnuniyetinin artması için çok çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Bu çalışmadaki amacımız karpal tünel cerrahisinde mini kesi ile yapılan tedavi sonuçlarımızı sunmaktır.

Metod

Kasım 2006-Mart 2009 tarihleri arasında ameliyat edilen 102 olgunun 124 el bileği mini kesi yöntemi ile ameliyat edildi. 12 ay ve üzerinde takip edilmiş olan ve son kontrollerine gelen 83 hastanın 100 el bileği çalışmaya dahil edildi. Tüm olgularda mid-palmar bölgeden transvers karpal ligamentin altından yaklaşık 1.5- 2 cm 'lik mini kesi ile cerrahi işlem gerçekleştirildi. Ameliyat öncesi tüm hastalar Fizik muayene, EMG, Boston skalası ve kavrama kuvvetleri ile değerlendirildi. Ameliyat sonrası hastalar pillar ağrısı, kesi bölgesi sorunları ve komplikasyonlar kaydedildi. En son görüşmede tüm hastalar aynı kriterlerle değerlendirildi.

Bulgu

Hastaların ortalama takip süreleri 27 ay (12-52). Kavrama gücü ve ameliyat öncesi değerlerle karşılaştırıldığında 90 (%90) elde daha iyiydi, 10 hastada (%10) kavrama gücü daha düşüktü buların 8'inde (%8) elde eşlik eden trigger thumb mevcuttu. 80 hastanın 98 elinde hasta memnuniyeti tamdı. 2 hastanın 2 elinde orta derecede memnun, 1 hasta memnun değildi. Boston skalası ile yapılan değerlendirmede tüm hastalarda ameliyat öncesi değerlerde iyileşme izlendi. 3 hastanın 3 (%3) elinde pillar ağrısı mevcuttu, ancak günlük aktiviteleri etkilemiyordu.

Tartışma ve Sonuç

Standart uygulanan kesilerde subkutan sinir yapıları rutin olarak kesilmektedir. Bunun önlenmesi için sinir koruyucu teknikler tanımlanmıştır, tüm bu farklı tekniklere rağmen kesi yeri sorunlarına bağlı komplikasyonlar hala ön plandadır. Kesi bölgesi hassasiyeti en sık gözlenen komplikasyondur ve literatürde %19-61 oranında bildirilmiştir. Değerlendirdiğimiz hasta grubunda literatürle karşılaştırıldığında kesi bölgesi hassasiyeti ve eşlik eden diğer komplikasyon oranları düşük olarak izlenmiştir. Mini kesi yöntemi ile uyguladığımız açık karpal tünel cerrahisi ucuz ve etkin bir yöntemdir.

S60

ULNAR SINIRIN KÜBİTAL TÜNELDE DEKOMPRESYONU VE SUBKÜTAN ANTERİOR TRANSPOZİSYONU

Eftal Güdemez¹, Yaprak Ataker², Sibel Cömert Ece², Ayan Gülgönen³

¹ Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü El ve Mikrocerrahi Ünitesi

² Amerikan Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

³ El ve Mikrocerrahi Merkezi Nişantaşı İstanbul

Giriş

Bu retrospektif değerlendirmenin amacı, ileri evre kübital tünel sendromu olan hastaların hepsine aynı standartlarda yapılan ulnar sinir dekompresyonu ve subkütan anterior transpozisyonunun subjektif ve objektif sonuçlarını sunmaktır.

Metod

Ocak 2005 ve Temmuz 2009 tarihleri arasında ameliyat öncesi ve sonrası düzenli kaydı olup takipleri yapılabilen 17 kübital tünel sendromu tanısı alan hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Ortalama yaşı 44.0 (15 – 68 yaş) olan hastaların 10'u kadın, 7'si erkekti. Tanı öykü ve fizik muayene bulgularına göre konuldu (medial epikondil üzerinde ağrı, pozitif Tinel işareti, ulnar sinir dermatomunda his kaybı, ulnar sinirin innerve ettiği intrinsik kaslarda güç kaybı, pozitif dirsek fleksiyon testi). Tüm tanılar elektrofizyolojik olarak teyid edildi. Hastaların 12'sinde McGowan evrelemesine göre evre II, 5'inde evre III kübital tünel sendromu vardı. Daha önce aynı sinire dekompresyon yapılan, beraberinde karpal tünel sendromu veya servikal radikülopatisi olan hastalar değerlendirmeye alınmadı. Ameliyattan önce şikayetlerinin devam etme süresi ortalama 9.94 aydı (2 – 24 ay). Oniki hastada spesifik bir etiyolojik faktör tespit edilemedi ve idiopatik olarak değerlendirildi. Üç hasta posttravmatik dirsek deformitesine bağlı, 1 hastada ankilozan spondilit, 1 hastada da dirsek osteoartritine bağlı gelişmiş kübital tünel sendromu vardı. Ameliyat öncesi subjektif olarak tüm hastalarda uyuşukluk varken ortalama DASH-T skoru 29.93 (8.3 – 45.8) olarak kaydedildi. Objektif olarak ortalama iki nokta ayırım testinde 7.18 mm (4 – 9 mm), Semmes Weinstein monofilaman testinde 3 hastada mavi (azalmış hafif dokunma duyusu: 3,22 – 3,61), 8 hastada mor (azalmış koruyucu duyu: 3,84 – 4,31), 6 hastada da kırmızı (koruyucu duyu kaybı: 4,56 – 6,65) tespit edildi. Üç yan tutuş dinamometre ölçümleri ortalama 3.84 kg'dı (2 – 6.5 kg). Tüm hastalarda standart olarak kübital tünel açıldı, sinir dekompresyon edildi ve subkütan anterior transpozisyonu yapıldı. Ameliyat sonrası dirsek yumuşak sargı ile sarıldı, alçı yapılmadı. Hastalara ameliyat sonrası ilk 2 hafta süresince el bileği, parmak omuz eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizleri ev programı olarak verildi. Dikişler alındıktan sonra, ameliyat sonrası 2. haftada aktif rehabilitasyon programına başlandı. Bu dönemde dirsek ve el eklemlerine EHA egzersizleri, sinirde hipersensitiviteyi arttırmayacak şekilde ulnar sinir kaydırma egzersizleri, ihtiyacı olan hastalara desensitizasyon programı, minimal direnç ile kuvvetlendirme egzersizleri başlandı. Kuvvetlendirme egzersizlerinin direnci hastaların toleransına göre tedrici olarak artırıldı.

Bulgu

Ortalama takip süresi 15.64 aydır (8 – 40 ay). İki hasta hariç tüm hastaların uyuşukluğu geçti. Ortalama DASH skoru 10.54 (4.1 – 25.83) olarak tespit edildi. Objektif sonuçlarda ortalama iki nokta ayırım testi 4.5 mm (3 – 6 mm) olarak bulunurken, Semmes Weinstein monofilaman testinde 11 hastada mavi (azalmış hafif dokunma duyusu: 3,22 – 3,61), 6 hastada yeşil (normal: 1,65 – 2,83) tespit edildi. Üç yan tutuş dinamometre ölçümleri ortalama 5.38 kg'ye (3.1 – 7.5 kg) iyileşti (p<0.05) Son kontrol evrelendirilmesinde 2 hastada McGowan evre II tespit edilirken, 6 hastada evre I, 9 hastada ise evre 0 ile tam normal durum kaydedildi. Sadece 1 hastanın evresi değişmedi.

Tartışma ve Sonuç

Sinirde gerilme, uzama ve subluksasyonun önlenmesi için anterior transpozisyon yapılır. Bir çok anterior transpozisyon yöntemi tarif edilmiştir. Bizim tercihimiz subkütan transpozisyon olmuştur ve bu retrospektif değerlendirme, yöntemin sonuçlarını vermektedir. Subjektif ve objektif parametrelerin sonuçları tatmin edici olmuştur. Sonuçları etkileyen bir çok faktör üzerinde tartışma yapılabilir ama immobilizasyon yapılmadan erken dönem sinir mobilizasyon egzersizlerinin olumlu etkileri olduğuna inanıyoruz.

S61 KÜBİTAL TÜNEL CERRAHİSİ NE KADAR MASUM?

Ali Karaer¹, Zeki Sertöz¹, Melike Bedelkoruyucu², Arslan Bora¹

¹*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Ortopedi Kliniği*

²*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği*

Giriş

Kübital tünel sendromu Ulnar sinirin dirsek eklemi seviyesinde basıya uğraması sonucu oluşan bulgu ve belirtiler toplamına verilen isimdir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. İskemi, Mekanik kompresyon- direk kompresyon, Mekanik kompresyon-tekrarlayan dirsek fleksiyonu (azalan hacim: %55, artan basınç), Ulnar sinir subluksasyonu. Oluş mekanizmaları olarak değerlendirilebilir. Üst extremitede en sık gözlenen ikinci tuzak nöropati unlar sinir sıkışmasıdır. Tanı klinik bulgular ile konur. Akut ve subakut nöropatilerde konservatif tedavi uygulanır. İstirahat ile şikâyetleri geçmeyenlere splint tedavisi uygulanır. Cerrahi tedavi kronik nöropati (hipotenar bölge kas atrofisi vb) durumunda gereklidir.

Metod

Biz klinik olarak şikâyeti olan ve EMG lerinde unlar sinirin iletim hızının 50 m/sn altında olan hastalara unlar sinirin dekompresyonu ve anteriora transpozisyonu tedavi seçeneğini uyguladık. Hastalarımızı ameliyat sonrası dirsek çevresi duyu muayenesi, EMG, ulnar sinirin dopler ve yumuşak doku USG si ile değerlendirip, Fonksiyonel Dönüş Akahori Kriterleri ve Modifiye Bishop Skorlama Sistemi ile fonksiyonel olarak puanladık

Bulgu

2006 – 2009 yılları arasında çekilen EMG lerinde unlar sinirinin dirsek seviyesinde iletim hızı 50m/sn altında olan 10 adet kübital tünel nöropatili hasta değerlendirildi. Bu hastaların 7'si erkek, 3'ü kadındı. Kadınların yaş ortalaması (en az 25 – 47 en çok) 35,5 ti. Erkeklerin yaş ortalaması (en az 23 – 60 en çok) 41,4 tü. Hastalara unlar sinirin anterior subkutan transferi yapıldı. Hastaların son kontrollerinde tekrar EMG çekildi, dopler ve yumuşak doku USG ile unlar sinir trasesi boyunca değerlendirildi. Dirsekte insizyon çevresindeki duyu kaybının olduğu alanlar değerlendirildi. Bütün hastalarımızda çok iyi fonksiyonel sonuçlar elde edildi. İnsizyon çevresinde lateral ve medialde ortalama 4 cmlik alanda duyu defisiti tespit edildi. Tüm olgularda ulnar sinirin anteriora transfer edildiğinde beraberinde eşlik eden arterin hasarlanmış olduğu bulundu. Ulnar sinirin medial epikondil anteriorunda kalan liflerinde bozulma olup fasiküler yapının korunduğu bulundu.

Tartışma ve Sonuç

Bizler Kübital Tünel Sendromlu hastalarda uygulanan unlar sinirin anterior transpozisyonunda fonksiyonel sonuçların çok iyi olmasına rağmen beraberinde getirdiği yan etkilerinde göz ardı edilmemesi gerektiğini sunuyoruz.

S62
PEDİYATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ ÖN KOL VE EL SEVİYESİNDEKİ
PERİFERİK SINIR KESİLERİNE YAKLAŞIMIMIZ VE
KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Okan Morkoç, Elif Eren Aydın, Habib Başkurt, Kayhan Zeytin, Adnan Uzunismai
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Arştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Pediyatrik yaş gurubundaki hastalar her ne kadar ebeveynlerinin gözetimi altında olsalar da özellikle çok hareketli olmaları ve denge sisteminin tam gelişmemiş olması nedeniyle sık olarak travmaya maruz kalmaktadırlar. Bu yaş grubunda el ve üst ektremite en sık travmaya maruz kalan bölgelerden biridir. El, el bileği ve önkol yaralanmalarına kaçınılmaz olarak sinir yaralanmaları da eşlik edebilmektedir. Pediyatrik yaş grubunda el yaralanmalarında ilk değerlendirmeden tedavi sonrası rehabilitasyon sürecine kadar her dönemde erişkinlere oranla daha fazla sorunlarla karşılaşmaktadır. Uygun cerrahi yaklaşımlar ile yapılan pediyatrik vakaların erişkin gruba göre daha yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilmektedir. Ocak 2005-Nisan 2009 tarihleri arasında kliniğimizde değerlendirilen ve tedavi edilen pediyatrik üst ektremite sinir kesileri sunulmuş literatür gözden geçirilmiştir.

Metod

Ocak 2005 –Nisan 2009 tarihleri arasında kliniğimize ön kol ve el seviyesinde sinir kesisi nedeniyle opere edilen ve sinir kesisi şüphesiyle eksplere edilen pediyatrik yaş grubundaki hastalar değerlendirildi. Acil polikliniğimize başvuran hastaların detaylı fizik muayeneleri kooperasyon kurulabilindiği ölçüde yapıldı. Fizik muayene ve basit eksplorasyonla tendon ya da sinir kesisi saptanan hastalara lokal anesteziyle cilt kapama yapılarak, atel uygulandı. 1 ila 3 gün içerisinde elektif şartlarda genel anestezi altında opere edildi. Eşlik eden arter kesisi olan hastalar acil operasyona alındı. Fizik muayenesi kuşkulu olan hastalar ise yine cilt kapama ve atel uygulanarak takibe alındı. Poliklinik takibinde sinir kesisi tespit edilen olgulara da 7 gün içerisinde eksplorasyon yapıldı. Sinir onarım tekniği olarak epinöral onarım kullanıldı.

Bulgu

Kliniğimizde değerlendirilen 35 hastadan 0-1yaş arası hasta sayısı 5, 1-5 yaş arası hasta sayısı 12, 5-13 yaş arası hasta sayısı 18 idi. İzole periferik sinir yaralanması sadece dijital sinir kesilerinde gözlemlendi. Ön kol seviyesindeki kesilerde eşlik eden tendon ve ya damar yaralanması da mevcuttu. Yaralanma şeklinin büyük çoğunlukla cam bardak ya da bıçak gibi kesici objelerin üzerine düşmesi şeklinde olduğu görüldü. Postoperatif poliklinik takiplerinde koopere olan hastalarda kesi seviyesine bağlı olarak el hareketlerinin durumu, Tinnel Bulgusunun distale kayması, iki nokta duyarlılığı; koopere olamayan hastalarda ise sıcak soğuk hassasiyeti, ağırlı uyarana yanıt, terleme fonksiyonu gibi fizik muayene bulguları baz alındı. Klinik olarak iyileşme göstermeyen koopere hastalara EMG uygulandı. Koopere hastalardaki gerek fizik muayene bulguları, gerek EMG bulguları iyileşmeyle uyumlu bulundu. Koopere olmayan ve postop 2. ayında hala ağırlı uyarana yanıt alınamayan 1 median sinir kesisi ve 1 dijital sinir kesisi yeniden eksplere edildi. Nöroma tespit edilen olgularda nöroma eksizyonu yapılarak yeniden primer epinöral nörorafi uygulandı.

Tartışma ve Sonuç

Çocuklarda, hasta uyumsuzluğu nedeni ile fizik muayenede objektif bulgu almak zordur. Kombine üst ekstremitte yaralanmalarında prognozu etkileyen en önemli yapı sinir kesisinin varlığı ve seviyesidir bu nedenle sinir onarımları en fazla özen gösterilmesi gereken prosedürlerdir. Burada önemli olan bir diğer noktanın şüpheli fizik muayene bulgularının olduğu durumlarda yaklaşımımız olduğunu düşünüyoruz. Şüpheli olgularda aceleci davranılarak yapılan eksplorasyonun hastaya getireceği anestezi komplikasyonları, ek adhezyonlar ve skarlar göz önünde bulundurulduğunda kısa süreli takiplerle muayeneleri tekrarlayıp şüpheli bulguların devam etmesi durumunda eksplorasyon yapılması daha akılcı gözükmektedir. Pediyatrik vakalarda aile onayının zorunluluğu, tedavi ve sonrası dönemde ailenin işbirliği çok önemlidir. Sinir onarımlarının mümkün olan en kısa sürede yapılması gerektiği göz önünde bulundurularak, poliklinik takibine alınan hastanın ailesine detaylı bilgi verilmelidir.

S63

MUSKULOKÜTAN VE RADIAL SİNİR FELCİNDE SİNİR VE TENDON TRANSFERİ

Mehmet Yıldız, İlker Karahasanoğlu, Celal Baki

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı, Trabzon

Giriş

Ateşli silahla yaralanmış iki hastadaki muskulokütan ve radial sinir felçlerinin, sinir transferi ve tendon transferiyle tedavileri yapıldı.

Metod

20 yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması sonucu sol aksiller bölgeden yaralanmıştı. Acil olarak safen greftle aksiler arter ve ven tamiri yapılan median sinirinde çapının %10 u kadar defekt, radial sinirinde geniş defektif lezyon ile biceps bölgesinde de parçalı yaralanma mevcuttu. Zeminin uygun olmamasından dolayı sinirler için acil müdahale düşünülmeydi. Takiplerde başlangıçta baş ve işaret parmakta fleksiyonda yetersizlik ve hipoestezi varken 6 ayda bunlar düzeldi. 7. ayda radial felç için FCU tendon transferi yapıldı (FCU-EDC, PL-EPL, PT-ECRB). Bundan 1,5 ay sonra ise dirsek fleksiyonunun geri dönmemesi üzerine sinir transferi planlandı. Median sinirin anterolateralinden alınan üç motor fasikül, muskulokütan sinirin biceps motor dalına üç adet 10-0 naylon dikişle sütüre edildi. Brakialis bölgesi travmatize olduğu için bunun motor dalı bulunamadı. 27 yaşında erkek hasta 5 ay önce ateşli silah yaralanması sonucu sol kolundan yaralanmış, başka bir merkezde kırık için konulan çivi bir ay sonra çıkarılmış. Muayene ve tetkiklerinde sol humerus proksimalinde kaynamama ile radial ve muskulokütan sinir felci bulundu. Travmadan 5,5 ay sonra hasta ameliyata alındı. Humerus proksimal kırığı için açık redüksiyon, plakla tespit ve allogreft uygulandı. Radial felç için FCR transferi yapıldı (FCR-EDC, PL-EPL, PT-ECRB). Aynı seansta dirsek fleksiyonu için sinir transferi de uygulandı. Ulnar sinir anteromedialinden üç motor dal muskulokütan sinirin biceps motor dalına, median sinirin anterolateralinden üç motor dal ise brakialis motor sinirine 10-0 naylon dikişle sütüre edildi.

Bulgu

İlk hastada sinir transferinden 2 ay sonra aktif dirsek fleksiyonu başladı. Parmak ve el bilek ekstansiyonları yeterli idi. 20. aydaki son kontrolünde bicepsin (4) kuvvetinde olduğu, parmak ve bilek ekstansiyonunun tam olduğu görüldü. Aktif ön kol supinasyonu nötrale kadar mevcuttu. İkinci hastada 6. ayda aktif dirsek fleksiyonu başladı. Humerus tamamen kaynamıştı. Parmak ve el bilek ekstansiyonları yeterli idi. 10. aydaki son kontrolünde bicepsin (4) kuvvetinde olduğu, el bilek ekstansiyonunun nötrale kadar geldiği ve henüz aktif pronasyonun başlamadığı görüldü.

Tartışma ve Sonuç

Muskulokütan ve radial sinir lezyonlu iki hastada, birinde aynı diğerinde ayrı seanslarda sinir ve tendon transferleri yapıldı. Dirsek fleksiyonu ile parmak ve el bilek ekstansiyonları tatminkar olarak geri kazanıldı. Hastanın durumu uygun olduğunda bu iki ameliyatın aynı seansta yapılmasının, iyileşme süresini kısaltacağı için tercih edilmesinin uygun olacağı kanaatine varıldı.

S64

OBSTETRİK PARALİZİDE PRİMER BRAKİYAL PLEKSUS ONARIMININ PALYATİF CERRAHİ SONUÇLARINA ETKİSİ

Derya Aytıp¹, Atakan Aydın¹, Türker Özkan¹, Ahmet Biçer¹, Berkan Mersa², Safiye Özkan¹,
Zeynep Hoşbay-Yıldırım¹

¹ İstanbul Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı

² İstel El Cerrahisi, Mikrocerrahi ve Rehabilitasyon Grubu, Gaziosmanpaşa Hastanesi, El Cerrahisi Bölümü

Giriş

Obstetrik brakial pleksus paralizisinin cerrahi tedavisi kabaca iki gruba ayrılabilir; pleksus veya etkilenen sinire yönelik erken cerrahi girişimler ve artık deformitelerin tedavi edildiği geç veya palyatif cerrahi girişimler. Tendon transferleri, palyatif cerrahi girişimler arasında önemli bir yer tutar. Kimi zaman cerrahi ekibin transfer için önceden denerve olmuş, daha sonar reinerve olmuş bir kası motor olarak kullanmaları gerekebilir. Bu çalışmada, obstetrik paralizili nedeniyle oluşan rezidüel omuz problemleri için tendon transferi yapılmış olgularda geçirilmiş primer cerrahi öyküsünün cerrahi başarıya etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.

Metod

Bu çalışma, kliniğimizde 2002 ve 2009 yılları arasında obstetrik paralizi ile ilişkili omuz abduksiyon ve eksternal rotasyon kısıtlılığı nedeniyle modifiye Hoffer latissimus dorsi/teres major transferi ile tedavi edilen 91 olgunun retrospektif analiziyle gerçekleştirilmiştir. Hastalar, yenidoğan döneminde primer brakial pleksus cerrahisi geçirip geçirmediği ve tutulumun total veya üst trunkus olması kriterlerine göre gruplara ayrılmış, preoperatif ve postoperatif omuz abduksiyon ve eksternal rotasyon aktif eklem hareket açıklıkları açısından gruplar arası karşılaştırmaları yapılmıştır.

Bulgu

Erken cerrahi geçirmiş olguların arasındaki karşılaştırmada (Grup 1 ve 2), yalnızca postoperatif eksternal rotasyon aktif eklem açıklıkları arasında istatiki olarak anlamlı bir fark bulundu (total grup -1- için 25 derece, üst trunkus grubu -2- için 75 derece). Erken cerrahi geçirmemiş olguların kendi içindeki karşılaştırmada (grup 3 ve 4) preoperatif ve postoperatif değerler arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Total paralizili olgular içerisinde erken sinir cerrahisi geçiren ve geçirmeyen olguların karşılaştırılmasında (grup 1 ve 3), preoperatif abduksiyon dereceleri arasındaki anlamlı farkın, operasyon sonrası ortadan alktığı gözlemlendi (sırasıyla $p < 0.05$ ve $p > 0.05$) ancak bu denkleme, eksternal rotasyon değerleri için gözlenmedi. Üst trunkus tutulumu olan olguların karşılaştırılmasında (grup 2 ve 4), preoperatif veya postoperatif, abduksiyon veya eksternal rotasyon aktif eklem açıklığı değerlerinde anlamlı bir fark bulunamadı.

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada, obstetrik paralizile ilgili omuz sekelleri bulunan olgularda tendon transferleriyle, geçirilmiş primer sinir cerrahi öyküsünden bağımsız olarak omuz abduksiyonunda benzer olumlu sonuçlar alınabilmektedir. Ancak eksternal rotasyon açısından bakıldığında primer cerrahi öyküsü yalnızca total tutulumla seyreden olgular için ve bunların aleyhine olmak üzere anlamlı derecede farklı olarak bulunmuştur. Bunların olası nedenleri ve klinik algoritmalarımız tartışılacaktır.

S65 TETİK PARMAĞIN SEBEBİ BİLEKTE OLABİLİR

Fatih Parmaksızoğlu¹, Eren Cansü¹, Mehmet Bekir Ünal²
¹ Medical Park Göztepe Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul
² Tuzla Piyade Okulu, Tuzla, İstanbul

Giriş

Tetik parmak el cerrahisi pratiğinde sık karşılaşılan bir durumdur. Cerrahi tedavisi A1 pulleyin gevşetilmesidir. Fleksör tendonlarda gelişen stenozan tenosinovit sonucunda tendon hareketlerinin A1 pulley tarafından engellenmesi ile karakteristik semptomlar ortaya çıkar. Ancak nadir de olsa görülen farklı etyolojik sebepler benzer klinik tabloları oluşturabileceği için tedavi açısından dikkatli olunmalıdır. Karpal tünel seviyesindeki tendon kaynaklı tümörler tetik parmağa neden olan diğer patolojilerdendir.

Metod

Vaka 1: 28 yaşında kadın hasta 2 ay önce başlayan dominant sağ el 5. parmağında tetiklenme ve ağrı, ayrıca parmağın fleksiyon ve ekstansiyonu ile bilekte ağrı olması şikayetleri ile başvurdu. Karpal tünelin eksplorasyonunda 5. derin fleksör tendon üzerinde 1x0,6x0,3 cm boyutlarında kitle saptandı. Kitle 5.parmağın tam fleksiyonda fleksör retinakulum altında takılarak kilitlenmesine neden olmaktadır. Zorlama ile tumoral kitle retinakulum altından geçebilmekteydi. Kitlenin rezeksiyonu ile takılmanın giderildiği, tendon hareketinin sorunsuz olduğu görüldü. Ameliyat sonrası hastanın şikayetleri tekrarlamadı. Vaka 2: 52 yaşında kadın hasta sağ el 3. parmağında 7 aydır olan takılma şikayeti ile başvurdu. Parmakta takılma ve bu esnada şiddetli ağrı olan hastanın A1 pulley üzeri basmakla hassastı. Fizik muayenede ek patoloji saptanmadı. A1 pulleyin gevşetilmesi önerilerek ameliyata hastaya lokal anestezi altında gevşetme uygulandı. Ameliyat esnasındaki aktif parmak hareketleri ile takılmanın devam ettiğinin görülmesi üzerine hastanın onayı alındıktan sonra aksiller blok ile pnömatik turnike hemostazında karpal tünelin eksplorasyonu yapıldı. 3. parmağın derin tendonundan köken alan 2,5x2x1 cm boyutlarındaki kitlenin saptanarak eksize edilmesini takiben takılmanın ortadan kalktığı görüldü. Vaka 3: 55 yaşında erkek hasta 4 aydır süren non-dominant sol el 4.parmağın hareketlerinde takılma ile birlikte ani ağrı olan tetik parmak tablosu ve parmak hareketleri ile birlikte bilekte hareket eden kitle şikayetleri ile başvurdu. MR incelemede görülen kitlenin 4.parmağın derin fleksör tendonundan köken aldığı tespit edilerek hastaya ameliyat önerildi. Aksiller blok, pnömatik turnike altında karpal tünelin eksplorasyonu ile ulaşılan 4x1,5x1 cm. boyutlarındaki kitlenin eksize edilmesini takiben hastanın şikayetleri kalmadı.

Bulgu

Histopatolojik incelemelerde kitlelerin sırasıyla mixed type hemanjiom, gangliyon kisti ve schwannoma oldukları saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Tetik parmak elin sık karşılaşılan bir patolojisi olup, fleksör tendonların genellikle dejenerasyon ve kalınlaşmaya uğrayan A1 pulley tarafından tuzaklanması ile kendini gösterir. Tanısı klinik olarak rahatlıkla konulsa da tetiklenmenin nedenleri arasında A1 pulley haricindeki diğer muhtemel sorunlar akılda bulundurulmalıdır. Karpal tünel seviyesinde tendonlar üzerinde yerleşmiş tümörler fleksör tendonların hareketi esnasında fleksör retinakulumu takılarak ilgili parmakta klasik belirtiyeye sebep olur. Patolojinin bilekte olduğu bu durum bazı yazarlar tarafından tetik bilek olarak tanımlansa da, gerçek tetik bilek vakalarına nadir rastlanmaktadır. Bildirdiğimiz vakalarda ise bilek tetiklenmemekte, parmak tetiklenmesi bilek seviyesindeki patoloji nedeni ile olmaktadır. Karpal tünel seviyesinde fleksör tendonlardan köken alan tümörler çeşitli yazarlar tarafından bildirilse de, tetik parmağın nadir sebeplerindedir. Yine de muhtemel vakaları atlamamak için cerrahin bu ihtimali ameliyat öncesinde mutlaka akılda tutması gerektiğini, şüphede kaldığında MR ile ileri inceleme yapmasının uygun olduğunu düşünüyoruz. A1 pulley gevşetme kararı alındığında ise ameliyatın lokal anestezi ile yapılmasını öneriyoruz. Böylece hastaya yaptırılacak aktif parmak hareketleri ile takılmanın devam edip etmediğinin ameliyat esnasında görülmesi mümkün olabilecektir.

S66

SPORCULARDA BİSEPS VE TRİSEPS TENDON YARALANMALARI

Ufuk Nalbantoğlu¹, I. Uğur Şener², Kaya M. Toköz², Arel Gereli², I. Metin Türkmen¹

¹ Acıbadem Üniversitesi

² Acıbadem Sağlık Grubu

Giriş

Distal biceps ve triceps tendon yaralanmaları diğer tendon yaralanmalarına göre daha nadir görülürler. Özellikle orta yaşlı erkeklerde, kullanılan ekstremitede, egzersiz sırasında eksantrik kasılma sonrasında meydana gelen travmatik yaralanmalardır. Bu yaralanmaların erken tanınması ve seçilecek tedavinin uygunluğu başarılı bir sonuç için en önemli mihenk taşlarıdır. Total yırtıklar için literatürde erken anatomik tamiri önerenlere daha sık rastlanmaktadır. Konservatif tedavi ise kısmi yırtıklarda, cerrahinin yapılmadığı akut vakalarda ve fonksiyonel kısıtlılıkla iyileşmeyi göze alanlara önerilmektedir.

Metod

2002 – 2009 tarihleri arasında dirsek bölgesinde 8 biceps ve 2 triceps tendon yırtığı için cerrahi tedavi uygulanmış olan toplam 10 hasta retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Tümü erkek olan hastaların ortalama yaşı 40.9 idi. (31 – 55) Biceps tendon onarımı yapılan tüm hastalara çift insizyon ile anatomik tamir uygulandı. (Boyd – Anderson). Tendon yırtıklarının yeri hastaların tümünde Tüb. Radii ve 2 cm proksimali arası olarak saptandı. Triceps tendon yırtığı olan 2 hastada da yırtık olekranonun 4 cm. proksimalinde idi. Bu hastalara da primer tamir uygulandı. Teşhiste klinik muayene ve MR görüntülemeyle faydalandı. Klinik değerlendirme için hastaların ortalama çağrılış süresi 51 ay idi. (3-88 ay).

Bulgu

Yaralanma mekanizması 8 hastada sportif amaçlı ağırlık kaldırma, 1 hastada ağırlık taşıma, 1 hastada düşme idi. 9 hastada (9/ 10) kullanılan taraf etkilenmişti. Ortalama takip süresi 51 ay idi. (3-88 ay) Hastalar; travma mekanizması, fiziksel aktiviteye dönüş, yaş, etkilenen taraf, komplikasyonlar, supinasyon ve fleksiyon güçleri açısından değerlendirildiler. Etkilenen taraf ve sağlam taraf arasında hareket açıklıklarında fark saptanmadı. Hasta memnuniyeti bütün hastalarda mükemmeldi. Biceps tendonu tamiri yapılan hastalarda ölçümlerde sağlam tarafa göre % 14 supinasyon, % 10 fleksiyon gücü kaybı saptandı. Hastaların tümü önceki aktivitelerine dönüş yaptılar. Hiçbir hastada literatürde bahsedilen yara komplikasyonu, sinir hasarı, radioulnar sinostoz görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Cerrahi tedavi, akut biceps ve triceps yaralanmalarında fonksiyonel açıdan daha tatminkar sonuçlar sağlamaktadır. Literatürde çift insizyon ile anatomik tamir uygulanan biceps yırtıklarında fonksiyonel sonuçların, tenodes yapılan hastalara göre daha iyi olduğu, ancak ektopik kemikleşme, sinir hasarı gibi komplikasyonların daha sık görüldüğüne dikkat çekilmektedir. Çalışmamızda biceps tendon tamiri yapılan hastaların tümünde çift insizyon ile anatomik tamir uygulanmış olup fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Komplikasyonlara ise literatüre göre daha az rastlanmıştır. Kemik çapaları gibi modern tespit materyalleri anatomik tamiri daha az travmatik yapılabilir kılmıştır. Triceps yaralanmalarında; gecikmeli de olsa primer tendon onarımı, bölgenin anatomisi, kolay cerrahi teknik, V – Y plasti gibi tendon uzatma seçeneklerinin olması sebepleriyle sıklıkla tercih edilebilir. Biceps ve triceps tendon yaralanmalarında, erken ve gecikmeli erken primer cerrahi onarımın; fonksiyonel sonuçlar, hasta memnuniyeti, komplikasyonların azlığı dikkate alındıklarında konservatif tedaviye göre tercih edilmesi gereken tedavi yöntemleri olduklarına inanmaktayız.

S67
KIENBÖCK HASTALIĞININ TEDAVİSİNDE
PARSİYEL KAPİTAT KISALTMA

Taçkın Özalp, Serkan Erkan, Hüseyin Yercan, Güvenir Okçu, Gürler Kale
Celal Bayar Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş

Kienböck hastalığı tedavisinde kapitat kısaltma özellikle ulnar nötral el bileklerinde erken evrede sıkça uygulanan bir tedavidir. Ancak skafoidin palmar fleksiyonunun artması ile kapitolunat aralıkta kazanılmış olan boşluk tekrar kapanmakta ve lunat üzerine binen yük artmaktadır. Bu çalışmada parsiyel kapitat kısaltma ile kapitatın skafoid eklem yüzü korunduğundan karpal yüksekliğin azalmayacağı düşüncesi ile uyguladığımız hastalardaki erken dönem sonuçları bildirilmektedir.

Metod

2006-2009 yılları arasında Kienbock hastalığı tanısı almış 10 olgu parsiyel kapitat kısaltma uygulanarak tedavi edilmiştir. 5 erkek ve 5 kadından oluşan seride ortalama yaş 30,8 (16-42 yıl) olarak bulundu. Lichtmann sınıflamasına göre olguların biri evre II, biri evre IIIA ve sekizi evre IIIB idi. Hastaların altısına parsiyel kapitat kısaltmaya ilave olarak vaskülarize kemik grefti uygulandı. Greft, 2,3 interkompartmantal supraretinaküler arter pediküllü olarak radius dorsalinden alındı. Turnike greft alındıktan sonra açılarak greftin kanlanması gözlendi. Parsiyel kapitat kısaltma, kapitatunun lunat eklem yüzü proksimalinde kondroosöz bileşkede 2mm. olacak şekilde uygulandı. Altı hafta süreyle volar kısa kol alçı atel tesbiti uygulandı ve bu süre sonunda el bilek egzersizleri başlandı. Hastalarda radyolojik olarak stahl indeksi, youm indeksi, skafolunat aç, vizüel analog skala ile ağrı ve hasta memnuniyeti ve karşı ele göre kavrama gücü değerlendirildi.

Bulgu

Hastalar ortalama 25.3 ay (8-39 ay) süresince takip edildi. Dokuz hastanın ağrısı 3. ay sonunda azaldı ve ortalama 4.5 ayda tamamen kayboldu. 4 hastada 6 - 16. hafta arsında elbileği fleksör yüzde tedaviye gereksinim göstermeden iyileşen bir ağrı saptandı. Evre IIIB olan bir hastada radyolojik kötüleşme olmadığı halde ağrının devam ettiği izlendi. El bilek hareket genişliklerinde ciddi bir artış saptanmadı. Karpal yükseklikde de belirgin bir değişiklik gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

Parsiyel kapitat kısaltma ile Kienbock hastalığının tedavisi ileri olgularda bile iyi sonuç vermektedir. Literatürde erken evrelerde önerilen bu uygulamanın radyokarpal artroz dışında tüm evrelerde ve tek tedavi yöntemi olarak dahi uygulanabileğini düşünmekteyiz.

S68

PROKSİMAL SIRA REZEKSİYON ARTROPLASTİSİ (PSRA): 36 HASTADA UZUN DÖNEM (ORTALAMA 60 AY) TAKİP SONUÇLARI

Hakan Gündes¹, Levent Buluç², Bilgehan Tosun², Tuğrul Alıcı¹, Mustafa Şahin¹

¹ Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

² Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş

Ağrılı el bilek eklemi şikayeti ile başvuran ve proksimal sıra rezeksiyon artroplastisi (PSRA) uygulanan olgularda uzun takip sonuçları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Metod

Değişik etiyojilere sahip 36 hastaya (16 kadın, 20 erkek) el bilek ekleminde ağrısız eklem hareket açıklığını sağlamak veya arttırmak amacı ile Proksimal Sıra Rezeksiyon Artroplastisi (PSRA) uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 36.7 (14-66 yaş) idi. Hastalar ortalama 59.7 ay (12-150 ay) süreyle izlendi. 20 hastada Kienböck hastalığı (evre III veya IV), 5 hastada açık perilunat (kırıklı) çıkık, 5 hastada SLAC (Evre III veya IV Skafo-lunat ileri çökme) artrit, 3 hastada SNAC (Skafoid kaynamama ileri çökme) artrit ve 3 hastada spastik el mevcuttu. Ameliyat öncesi ve sonrası öznel yakınmalar DASH skorlaması (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score) ile değerlendirildi. Radyolojik değerlendirmede ameliyat sonrası erken ve geç dönemde radyokapitat mesafe ölçümü, kist, osteofit ve skleroz oluşumu değerlendirildi.

Bulgu

Üç hasta dışında tüm olgularda ameliyat sonrası dönemde öznel ağrı sona erdi. Bir hastada ameliyat sonrası erken dönemde gelişen el bileği hareket kısıtlılığı nedeniyle cerrahi gevşetme, açık karpal kırıklı çıkık olan bir diğer hastada ise gelişen radyokapitat dejenerasyon nedeniyle total el bileği artrodezi uygulandı. Üçüncü olguda erken dönemde gelişen refleks sempatik distrofi nedeni ile hasta memnuniyeti sağlanamadı. Diğer hastaların son takiplerinde öznel olarak yeterli ağrısız el bilek hareket genişliğinin ve kavrama kuvvetinin sağlandığı ve hastaların şikayetlerinin (DASH skoru) azaldığı görüldü.

Tartışma ve Sonuç

Seçilmiş olgularda PSRA ile ağrısız eklem hareket açıklığı sağlanabilmekte veya arttırılabilmektedir. Uzun dönem takip sonrası, öznel skorlama ile (DASH) hastaların eklem hareket açıklığı ve kavram kuvveti miktarından memnun oldukları görülmüştür. Nesnel olarak ise her iki ölçütte de diğer el bilek eklemine oranla değerlerde azalma gözlenmiştir.

S69

**3. METAKARP'DAN ALINAN PEDİKÜLLÜ KEMİK GREFTLERİNİN
EL BİLEĞİ ÇEVRESİNDE KULLANILMASININ ERKEN SONUÇLARI**

Akif Muhtar Öztürk, Ahmet Yıldırım, Haluk Yetkin, Orkun Gül, Ertuğrul Şener
T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Karpal bölgede karşılaşılan skafoid kaynamama, Kienböck ve skofolunat bağ yaralanmalarından sonra 3. metakarp proksimal bölgeden alınan pediküllü kemik greftleri ve kemik-bağ-kemik greftleri kullanılabilir. Bu çalışmada kliniğimizde son 3 yılda yapılan skafoid kırığı cerrahisi, kienbock hastalığı cerrahisi sırasında kullanılan 3. metakarp tabanından alınan pediküllü kullanılan hastaların erken dönem sonuçları sunulacaktır. Greft kullanılan 5 skafoid kırığı, 10 kienbock hastalığı ve 2 skafolunat bağ yaralanması nedeniyle ameliyat edilen olgulara ameliyat sonrası en az 6. ayda yapılan quick dash skorlama sistemi, kontrol x-ray sonuçlarının ve eklem hareket genişliklerinin değerlendirilmesi ile yapılmıştır. Skafoid kırığı olan olguların tamamında kaynama sağlanmış, olguların % 88'inde iyi sonuç alınmıştır. Kienböck hastalığı nedeni ile greftleme yapılan olguların % 67'sinde mükemmel ve iyi sonuç alınmıştır. Erken dönem sonuçları göz önüne alındığında 3. metakarp tabanından alınan greftlerin el bileği çevresinde akılda tutulması gereken kullanışlı bir greft kaynağı olduğu düşünülmektedir.

Poster Bildiri
Özetleri

P1 KARPAL TUNNELE DEMİR ÇUBUK GİRMESİ SONRASI GELİŞEN AKUT KARPAL TUNNEL SENDROMU

C. Yıldırım Türk¹, İbrahim Kafadar¹, Mithat Öner¹, Ahmet Güney¹

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

² Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Altı yaşında erkek çocuk. Tenefüste, okul bahçesinde oynarken bahçe duvarından düşüyor. Düşme esnasında korkuluğun demir çubuğu sol el bileğine giriyor. Çocuk adeta kancaya takılmış gibi duvarda asılı kalıyor. Bu sırada okul görevlileri duvarda asılı kalan çocuğu tutup düşmesine engel oluyorlar. Korkuluğun demir çubuğu, çocuk duvarda asılı iken, okul yakınında bulunan bir demir atelyesinde çalışanlar tarafından el bileğin hemen proksimalinden metal kesici ile kesiliyor ve çocuk bu şekilde hastaneye getiriliyor.

Metod

Acil serviste yapılan ilk muayenede; bir ucu el bilek creasesinin 3-4 cm proksimalinden giren ve diğer ucu yüzük parmağının radial yüzünden, PIP eklem seviyesinden çıkan, yaklaşık olarak 15-20 cm uzunluğunda demir parçasının olduğu görüldü. El bilek ve yüzük parmağı dışındaki bölgelerde kesi veya yaralanma izi yoktu. Hasta 1.,2.,3. ve 4. parmağının radial tarafında uyuşma ve karıncalanma tarif ediyordu. Fizik muayenede; median sinir duyu alanında minimal hipoestezi vardı. Bütün parmaklara ait flexör tendon fonksiyonları tamdı. X-ray incelemesinde metal demir çubuk dışında kırık veya herhangi bir ilave iskelet patolojisi gözlenmedi.

Bulgu

Hasta acil olarak ameliyata alındı. Metal korkuluk parçasının proksimal ve distaldeki iki uç kısmı arasından volar zig-zag insizyonları yapıldı. Cilt ve cilt-altı dokular geçildi. Metal çubuğun transvers karpal ligamentin proksimal başlangıcından yaklaşık olarak 3 cm proksimalden ciltten girdiği, fleksör tendonlar ve median sinir arasında seyrettiği, daha sonra karpal tunnel içinde devam ettiği, karpal tunnelden çıktıktan sonra ise yüzeysel arteriyel palmar arkın dorsalinde ve yüzeysel ile derin arteriyel palmar ark arasında devam edip, 4.parmak flexor digitorum superficialis (FDS) ve profundus (FDP) tendonlarının dorsalinde seyrederek onları ulnar tarafa itip 4.parmak PIP eklem seviyesinde, parmağın radial tarafında ciltten çıktığı görüldü. Karpal tunnel açıldı. Median sinirin karpal tunnel içindeki kısmının radial tarafa doğru itildiği (fotoğrafta işaretli) ve gözle görülür bir zedelenme olmadığı, karpal tunnel sonrasında ise median sinirin digital dallarının da sağlam olduğu gözlemlendi. FDS ve FDP tendonları sağlam idi. Yüzeysel ve derin arteriyel palmar arklar sağlamdı. Metal çubuk dikkatlice çıkarıldı. Çubuğun 17 X 1 cm boyutlarında olduğu görüldü. Cilt kapatıldı. İki hafta alçı ateli ile tespit uygulandı. Daha sonra aktif hareket başlandı. Ameliyat sonrası takiplerde herhangi bir sorunla karşılaşmadı. Ameliyat sonrası 4. haftada hastanın uyuşma ve karıncalanma şikayetleri kayboldu. İki yıl sonra yapılan son kontrolde hastanın bütün el fonksiyonları tam ve hiç şikayeti yoktu.

Tartışma ve Sonuç

Literatüre baktığımızda, bu boyutlarda metal parçasına sekonder olarak gelişen akut karpal tunnel sendromuna ait yayına hiç rastlamadık. Sadece bir olguda akapunktur tedavisi amacıyla kullanılan iğnenin kırılması sonrası gelişen karpal tunnel sendromu tanımlanmıştır (Southworth SR and Hartwig RH, 1990). İğnenin Karpal Tunnel açılarak çıkarıldığı ve tamamen iyileşmenin olduğu bildirilmiştir. Southworth SR and Hartwig RH (1990) 'nin yayınlarında karpal tunnel sendromuna neden olan akapunktur iğnelerinin boyutları olgumuzdaki metal çubuğun boyutları ile mukayese edilemeyecek ölçüde küçüktür. Hastamızın duvarda asılı kalmışken, çocuğun yukarı doğru çekilip asılı olduğu yerden kurtarılmaya çalışılmaması, demir kesici ile çubuğun kesilmesi ve ameliyathanede çubuğun giriş noktasından çıkış noktasına kadar olan kısımda insizyon yapıp, median sinir ve arteriyel yapılar ortaya konduktan ve karpal tunnel açıldıktan sonra metal çubuğun çıkarılmasının, ortaya çıkması muhtemel sinir, damar ve tendon problemlerini engellediğini düşünüyoruz. Ayrıca bu olgudan çıkaracağımız sonuçlardan birisi de, ucu sivri olan metal çubukların adeta bir biz gibi davranıp karpal tunneldeki oluşumlara ciddi zarar vermeden doğal boşluk ve traseleri takip edebileceğidir.

P2
EL BİLEĞİ EKLEMİNDE
DEV SİNOVİAL OSTEOKONDROMATOSİS

C.Yıldırım Türk, Mithat Öner, Ahmet Güney, Mehmet Halıcı
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Sinovial kondromatosis etyolojisi tam olarak bilinmeyen ve nadir görülen tümör benzeri bir oluşumdur. Eklem, tendon kılıfı ve bursaların sinovial membranlarından köken alan, progressiv kartilaj formasyonu ile karakterize bir durumdur. Genellikle tek ve büyük eklem tutulumu görülür. El bilek bölgesinde yerleşimi çok sık karşılaşılan bir durum değildir. Literatürde bugüne kadar el bilek bölgesinde yerleşimi olan 28 olgu tanımlanmıştır. Bunlardan 25'i distal radioulnar eklem veya midkarpal eklemdir. El bileği ekleminden köken alan sadece 3 primer sinovial kondromatosis olgusu yayınlanmıştır.

Metod

28 yaşında erkek hasta, 2 yıldır el bileğinde şişlik ve ağrı var. Son 6 ayda şişlik büyümüş. Kist olabileceği söylenerek bir kez lokal steroid yapılmış. Hasta şikayetlerinin geçmemesi sonucu bize başvurdu. Hastanın muayenesinde cilt altında, el bileği eklemi seviyesinden başlayıp proksimale doğru giden, volar yüzün radial tarafında yaklaşık 4x3 cm ebadlarında sert kısmen ağrılı kitle saptandı. Direkt radyografilerde el bileği eklem seviyesinden başlayıp yukarı doğru uzanan opak görünüm veren, yer yer heterojen kalsifiye bir yapının olduğu gözlemlendi. Ultrasonografik incelemede kalsifiye kitle olarak değerlendirildi. Computurize Tomografik ve Nükleer Magnetik Rezonans yöntemiyle yapılan incelemede kitlenin hem ekstraartiküler hemde intraartiküler lokalizasyonun olduğu görüldü.

Bulgu

Hasta ameliyata alındı. Ameliyatta; el bileği eklem kapsülünden köken alan, radiusun volar yüzüne yerleşmiş, radial arter, FPL ve FCR tendonlarını volare ve radial tarafa, diğer fleksör tendonları ve median siniri ulnar tarafa iten 3.5X2 cm boyutlarında sert kitle tespit edildi. Kitlede yer yer kıkırdak benzeri yapıların olduğu görüldü. Kitle el bileği eklem kapsülünden sıyrılarak çıkarılmaya çalışıldı. Ancak kitlenin el bileği eklemine de yayılımının olduğu görüldü. Büyük kitle dışında el bileği eklemine içinden 2 adet yaklaşık olarak 2X3 mm boyutlarında üzerinde kıkırdak yapı elemanları olduğu düşünülen küçük kitle parçası daha çıkarıldı. Ameliyat sonrası 2 hafta atel uygulandı, takibinde hareket başlandı. Kitleden yapılan patolojik inceleme sonucu, primer sinovial kondromatosis tanısı kondu. Ameliyattan sonra 1 yıl geçmesine rağmen henüz nüks gözlenmedi. Hastanın El bileği ile ilgili herhangi bir şikayeti yok.

Tartışma ve Sonuç

Sinovial kondromatosisin el bilek eklemine yerleşimi son derece nadirdir. Ayrıca literatürü irdelediğimizde dev kabul edebileceğimiz bu boyutlarda sinovial kondromatosis olgusuna hiç rastlamadık. Yerleşim yeri yanında kitlenin hem intraartiküler hemde extraartiküler lokalizasyonunun da olması literatürde rastlanan bir durum değildir.

P3
VOKAL KORD PARALİZİSİ VE 1. KOSTA KIRIĞI İLE BİRLİKTE OLAN
POSTERİOR STERNOKLAVİKULAR DİSLOKASYON:
OLGU SUNUMU

Mehmet Şükrü Şahin¹, Tarkan Ergün², Gökhan Çakmak¹, Mehmet Akyüz¹

¹ Başkent Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Alanya

² Başkent Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, Alanya

Giriş

Posterior sternoklavikular eklem çıkıkları oldukça nadir görülür ve tedavisi zordur. Sternoklavikular eklem anterior ligament yapısının posterior yapılardan daha zayıf olmasından dolayı anterior çıkıklar posterior çıkıklardan çok sıklıkta görülmektedir. Bu kadar nadir görülmekle birlikte bu yaralanmaların acil serviste tespit edilmesi çok önemlidir. Bu çalışmamızda trafik kazası sonrasında 1. Kosta kırığı ve vokal kort paralizisi ile birlikte olan ve daha önce literatürde bildirilmeyen posterior sternoklavikular çıkığı olan bir hastamızı sunuyoruz.

Metod

38 yaşında erkek hasta trafik kazası sonrasında acil servisimize başvurdu. Acil serviste kolunu hareket ettirirken sağ omuz ve sternum üzerinde ağrı tariflemekteydi. Hastanın bilinci yerindeydi, fakat sorulan sorulara sesli olarak cevap veremiyordu. Fizik muayenesinde sağ omuz hareketlerinin ağrılı ve kısıtlı olduğu, sağ sternoklavikular eklem üzerinde şişlik ve hassasiyet olduğu saptandı. Sağ sternoklavikular eklem üzerindeki şişlik sola göre hafif miktarda fazlaydı. Çekilen akciğer filminde klavikularlar arasında çok hafif bir farklılık olsa da çıkığı destekleyecek kesin bir kanıt yoktu. Bilgisayarlı tomografi ve üç boyutlu tomografide sağ sternoklavikular eklemde posterior çıkık olduğu, retrosternal hematoma ve 1. kostada kırıklı çıkık olduğu görüldü. Yine bilgisayarlı tomografide sağ ariyoepiglottik kıvrımın kalınlaştığı, mediyale doğru yer değiştirdiği ve vokal kort paralizisi ile uyumlu bir şekilde sağ aritenoid kırıkdağın mediyale doğru yer değiştirdiği görüldü.

Bulgu

Yaralanmadan 12 saat sonra ameliyat odasına alındı. Genel anestezi altında Rackwood yöntemiyle kapalı redüksiyon denendi. Ancak kapalı redüksiyonla kabul edilebilir bir redüksiyon sağlanamadı. Açık redüksiyon ve internal tespit uygulandı. Klavikulanın posterioara disloke olduğu ve 1. kostada kırıklı çıkık olduğu eksplorasyonla anlaşıldı. Uygun redüksiyon sağlandı ancak yeterli bulunmadı. Bunun üzerine 24 numara çelik tel stürle, sternoklavikular eklem ve 1. kosta redükte pozisyonda kalacak şekilde tespit edildi. 1 numara polyester stürle sternoklavikular ligamentler tamir edildi. Ameliyat sonrası sekiz bandajı uygulandı ve altı hafta boyunca bandajda tutuldu. Ameliyattan iki üç gün sonra hasta yavaş yavaş konuşmaya başladı ve bir ay sonra normale döndü. Ameliyattan 8 hafta sonra günlük aktivitelerine dönmeye izin verildi.

Tartışma ve Sonuç

Sternoklavikular eklem vücudumuzun hayati organlarına yakın olarak yerleşmiştir. Bu eklemde meydana gelen yaralanmalar ölümcül komplikasyonlara neden olabilir. Pnömotoraks, büyük damarların yırtılması veya baskı altına alınması, brakial pleksus veya rekürren laringeal sinir basısı, torasik outlet sendromu, soluk borusu veya yemek borusunun delinmesi bunların en önemlilerindedir. Bu vakaların nadir görülmesi ve Sternoklavikular eklem oblik oryantasyonu nedeniyle röntgen filmlerinde genellikle atlanırlar. Sternoklavikular çıkıktan şüphelenmek en önemli adımdır. Bilgisayarlı tomografi ile kesin tanı konulur ve gerekli tedavi planlanır.

P4

KAPALI ÖNKOL ÇİFT KEMİK KIRIĞI SONRASI ULNAR SİNİR HASARI: OLGU SUNUMU

Levent Küçük, Oğuz Özdemir, Vusal Mahmudov, Erhan Coşkunol, Burçin Keçeci
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Kapalı önkol çift kemik kırıkları çocukluk çağının en sık görülen kırıkları arasındadır. Kapalı redüksiyon ve alçılama tedavisi sonrası sıklıkla sorunsuz iyileşen kırıklardır. Önde gelen komplikasyonları malunion ve kompartman sendromu olarak bilinir. Bu kırık tipine bağlı olarak gelişen periferik sinir yaralanmaları ise ortopedik literatürde az sayıda, olgu sunumları şeklindedir.

Olgu ve Bulgular

Düşük enerjili bir travma sonrası kapalı önkol çift kemik kırığı meydana gelen 8 yaşındaki erkek hastaya başka bir merkezde kapalı redüksiyon ve alçı tedavisi uygulanmış ve hasta yaralanmadan 3 ay sonra elinde pençeleşme, güçsüzlük ve 5. parmağında duyu kaybı şikayetleriyle kliniğimize başvurmuştur. Yapılan muayenesinde el bileği ve dirsek eklemi hareket genişliklerinin tam olduğu izlendi. Elin nörolojik muayenesinde ulnar sinir hasarını düşündürecek bulgulara rastlandı. Radyolojik değerlendirmeyle radius ve ulna kırıklarının düzgün pozisyonda kaynamış olduğu görüldü. Ulnar sinirde kırık seviyesinde hasar meydana geldiği düşünülerek cerrahi eksplorasyon uygulandı. Ulnar sinirin kırık fragmanları arasında sıkıştığı tesbit edildi, nöroliz sonrası fibrotik sinir dokusu eksize edilerek sinir tamiri gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç

Çocukluk çağı kapalı önkol çift kemik kırıklarında her ne kadar çok nadir görülse de periferik sinir hasarı meydana gelebileceğini akılda tutarak redüksiyon öncesinde ve sonrasında ayrıntılı nörolojik muayene yapılmalıdır. Sinir hasarının kırığa mı, redüksiyon manevrasına mı bağlı olduğunu belirlemek hem tedavi planlamasında hekime yol gösterecektir hem de medikolegal yönden oluşabilecek sorunları ortadan kaldırabilecek bir özellik olacaktır.

P5

PROKSİMAL HUMERUS KIRIĞINDA İNTERNAL TESPİT SONRASI SUBKLAVİKÜLER BÖLGEYE KİRSHNER TELİ MİGRASYONU

Murat Korkmaz¹, Hayati Öztürk²

¹ Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

² Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

K teliyle tespit özellikle üst ekstremitte osteosentezinde sık kullanılır. Deplase ve unstabil humerus proksimal kırıklarının internal tespitinde kullanılması önerilir. K teliyle internal fiksasyonda migrasyon nadir görülen bir durumdur. Bizim hastamızda 52 yaşında kadın, hasta sol humerus proksimal kırığı nedeni ile 2 ay önce opere olmuş. Röntgen ve CT görüntülerinde telin subklaviküler bölgeye migre olduğu izlendi. Hasta operasyona alındı tel çıkarıldı. Sonuç olarak hastaların daha sık takip edilmesini, ameliyat sonu cilt dışında kalan telin bükülmesini öneriyoruz.

Metod

Polikliniğimize sol omuz ve kol ağrısı şikâyeti ile başvuran elli iki yaşında kadın hasta sunulmuştur.

Bulgu

Fizik muayenesinde sol omuz hareketlerinin pasif olarak ağrılı ve limitli olduğu izlendi. Palpasyonda humerus proksimalde cilt altında ele gelen muhtemelen kirshner (K) tellerinin baş kısımları tespit edildi. Ayrıca subklaviküler bölgede palpasyonla ağrı mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde kronik böbrek yetmezliğine bağlı hemodiyaliz tedavisi gördüğü, yaklaşık 2ay önce düşme sonucu humerus proksimal kırığı nedeniyle başka bir merkezde opere olduğu tespit edildi. Hastanın çekilen grafisinde (şekil 1) dört adet K teli mevcuttu. Bu tellerden üç tanesi humerus proksimalinde, bir tanesinde subklaviküler bölgede olduğu izlendi. K tellerinden birinin migre olarak, yerinden ayrıldığı tespit edildi. Çekilen tomografi ve kontrastlı üç boyutlu tomografilerde (şekil 2) migre olan telin subklaviküler bölgede subklavyen vene yakın olduğu görüldü. Hastanın omuzuna genel anestezi altında anterior insizyonla girildi. Pectoralis major ile deltoid kas arasından geçildi biceps kasının kısa başı ekarte edilerek skopi yardımı ile K teline ulaşıldı ve çıkarıldı. Komplikasyon olmadan hasta şifa ile taburcu edildi.(şekil 3)

Tartışma ve Sonuç

Ortopedik cerrahilerde, özellikle üst ekstremitte cerrahisi sırasında K telleri kırıkların tespit edilmesinde sık kullanılmaktadır. Özellikle klavikula kırıklarının tespit edilmesinde, akromioklavikular eklem ve sternoklavikular eklem çıkıklarının tespitinde kullanılır. Son yıllarda bimekanik çalışmalar stabilitenin yetersizliğini savunsalar da, humerus proksimal parçalı kırıklarda perkutan pinleme ile tespit sık kullanılmaya ve iyi sonuçlar alınmaya başlanmıştır.(1-2). Ancak özellikle yaşlı ve osteoporotik hastalarda cerrahi tedavi zor ve sonuçları iyi değildir (3). Sonucu olarak da humerus proksimal kırıkların K teliyle tespiti sonrası migrasyonlar son yıllarda oluşmaya başlamıştır. Mellado ve arkadaşları (4) humerus proksimal kırık sonrası K telinin intratorasik migrasyonu, sonucunda hemotoraks tespit etmişlerdir. Hüttl ve arkadaşları (5) da bir vakalarında migre olan teli kalpin apeksinden başarı ile çıkarmışlardır. Yine Freund ve arkadaşları (6) humerus subkapital kırık sonrası aort ve perikardial yaralanmaya neden olan K teli migrasyonu sonucu ölüm bildirmişlerdir. Bu tür sonuçların olmaması için Mamane (7) ve Sarper (8) pinlerin dışarıda kalan uçlarının mutlak bükülmesi veya uç kısmı yivli K teli kullanmayı önermişlerdir. Kayalar ve arkadaşları (9) da altmış yaş üzeri osteoporotik kırığı olan hastalarda perkutan tespit dikkatli kullanılmasını önermişlerdir. Lyons ve arkadaşları (10) operasyondan sonra her dört haftada bir röntgenle takip edilmesini, gevşeme izlendiği zaman acil olarak K telinin çıkarılmasını önermişlerdir. Bu olguda da görüldüğü gibi belirli bir yaş üzerinde ve osteoporotik durumlarda humerus proksimal kırıklarında K teliyle tespit yöntemi en son seçenek olarak düşünülmelidir. Tam olarak migrasyonunu önlemese de K telini dışarıda kalan ucu mutlaka bükülmeli ve ameliyat sonu takipler daha sıkı yapılmalıdır.

P6
EL BİLEĞİNDE GANGLION EKSIZYONU SONRASI GELİŞEN
İYATROJENİK AĞRILI RADİYAL SİNİR DUYU DALI
NÖROMASI VE CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Mehmet Şükrü Şahin, Gökhan Çakmak, Mehmet Akyüz
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Giriş

Radiyal sinirin yüzeysel duyu dalının travmalara açık olduğu iyi bilinmektedir. El bileğindeki subkutan dokunun çok ince olması radiyal sinirin duyu dallarının direkt veya indirekt yaralanmalar sonrası hasarlanma riskini arttırmaktadır. Özellikle De Quervain tendinitinin cerrahi tedavisi esnasında bu sinir iyatrojenik olarak yaralanabilmektedir. Bu çalışmamızda el bileğinden ganglion eksizyonu yapılan ve sonrasında ağrılı radiyal sinir duyu dalı nöroması gelişen ve cerrahi olarak tedavi ettiğimiz bir hastayı sunuyoruz.

Metod

34 yaşında bayan hasta el bileğinde ağrı, şişlik ve dokunmakla 2. ve 3. parmaklarda elektriklenme tarzı hassasiyet ve uyuşma şikayetleriyle başvurdu. Hastanın hikayesinden 2 yıl önce başka bir hastanede el bileğinden ganglion kisti nedeniyle opere olduğu ve operasyondan ortalama 6 ay sonra el bileğine dokunmakla 2. ve 3. parmağında hasasiyet olduğu öğrenildi. Yapılan muayenesinde el bileğinde ganglion kistinin tekrar oluştuğu ve önceki insizyon hattının hemen altında tinel testinin pozitif olduğu tespit edildi. 2. ve 3. parmak dorsalinde hipoestezi mevcuttu.

Bulgu

Hastanın sağ el bileğindeki eski kesi hattı üzerinden girildi. Kesi ulnar tarafa doğru yaklaşık 1 cm uzatıldı. Öncelikle tekrar eden ganglion kisti çıkartıldı. Daha sonra radiyal sinirin duyu dalı explore edildi. Kesi hizasında sinirin uç kısmında nöroma oluştuğu görüldü. Eksplorasyon genişletilince 2. ve 3. parmağa giden duyu sinirinin kesik olduğu görüldü. Nöroma çıkartılarak duyu sinirleri mikroskop altında 9/0 stürle epinöral olarak tamir edildi. Ameliyat sonrası üçüncü haftada el bilek hareketlerine başlandı ve takiplerinde bilekteki hassasiyetin kaybolduğu görüldü. 2. ve 3. parmaktaki hipoestezi devam etti ancak klinik olarak anlamlı değildi.

Tartışma ve Sonuç

Çok çeşitli nedenlerle radiyal sinirin duyu dalı el bileği seviyesinde hasarlanabilmektedir. De Quervain tendiniti cerrahisi, intravenöz kanülasyon, distal radius kırıklarında k teli kullanımına bağlı hasarlanma ve el bileğinin açık yaralanmaları bunlardan bazılarıdır. Ganglion kisti el ve el bileğinin en sık görülen yumuşak doku tümörüdür. Ganglion kisti eksizyonu cerrahlarca çok sık yapılan bir ameliyattır. Bu ameliyat esnasında dikkat edilmezse radiyal sinir hasarı olabilmektedir. Bu nedenle bu tür ameliyatlar mutlaka deneyimli el cerrahlarınca ve cerrahi büyütme altında yapılmalıdır.

P7

BİLATERAL RADIUS BAŞI VE RADIUS-ULNA DİSTAL UÇ KIRIĞI

Cemal Kural, Ercan Çetinus, İbrahim Sungur, Ahmet Ertürk, Nurullah Şener
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Radiusun ipsilateral baş ve distal uç kırığı oldukça nadirdir, bilateral ve ulna distal uç kırığında eklendiğinde görülmesi ise literatürde bulunmamıştır.

Olgu ve Bulgular

Araç dışı trafik kazası hikayesi ile kliniğimize başvuran 33 yaşında bayan olguda, bilateral radius başı kırığı ve bilateral radius-ulna distal uç kırığı saptandı. Sağ radius başı ayrılmamış olduğu için konservatif tedavi yapıldı. Sol radius başı açık redüksiyon vida ile minimal osteosentez, her iki radius-ulna distal uç kırıklarında radiuslar volar yaklaşımla, ulna distal uç ise dorsal yaklaşımla kilitli plak-vida ile açık redüksiyon internal tespit tedavileri uygulandı. Her iki üst ekstremitte uzun kol ateli uygulandı. 20 gün sonra her iki atel gün içinde çıkarılıp pasif harekete başlandı. Olgumuz 5 aydır takipte olup sol önkol minimal pronasyon kısıtlılığı, her iki elbileği dorsofleksiyonunda orta derecede kısıtlılık mevcut, diğer hareketleri iyi olarak değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç

Üst ekstremitte yüksek enerjili travmalarında bir üst ve bir alt eklem ve kemik bütünlükleri çok iyi değerlendirilmeli, en kısa sürede tedavisine başlanmalıdır.

P8

LUNATUM YERLEŞİMLİ UNİKAMERAL KEMİK KİSTİ

Hakan Gündeş, Mustafa Şahin, Tuğrul Alıcı, Ferit Mağal
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Unikameral kemik kistileri iyi huylu oluşumlardır. Çoğunlukla uzun kemiklerin metafizinde, özellikle proksimal femur ve humerusta (%80) yerleşim gösterir. Tamamına yakını çocukluk çağında gözlenir ve kendiliğinden ortadan kaybolur. Bu nedenle tedavisi konusunda görüş birliğine varılamamıştır. Cerrahi tedavinin tek endikasyonu olası patolojik kırığı önlemektir. El bilek eklemi oluşturulan kemiklerde yerleşim gösteren ve radyolojik olarak homojen görünüm veren oluşumlar çok nadir olarak gözlenir. Bu oluşumların histolojik tanıları ve sıklığı konusu, kaynakçada tam olarak belirtilmemiştir. Bu tip oluşumlar ilk olarak kemik içi ganglion kistini düşündürmektedir.

Metod

42 yaşında bayan hasta, baskın tarafta bir yılı aşkın süredir devam eden el bilek eklemi ağrısı şikayeti ile görüldü. Fizik muayene ile eklem dorsalinde şişlik, eklem tüm yönlerde hareketlerinde kısıtlılık ve Skafo-lunat aralıkta ağrı ve hassasiyet saptandı. Ağrı kullanım ile değişkenlik göstermemekte idi. Kienböck hastalığı ön tanısı ile yapılan tetkiklerde lunat kemiğin içinde yerleşim gösteren 11 mm çapında yuvarlak kenarlı, homojen sıvı içeren oluşum saptandı. BT ve MR inceleme sonrası Kienböck hastalığı kapsam dışı bırakıldı. İstatistiksel gözlenme sıklığı nedeni ile kemik içi ganglion kisti ön tanısı ile cerrahi tedavi planlandı. Oluşumun büyüklüğü nedeni ile, hasta kemik aşılması konusunda önceden bilgilendirilerek cerrahi uygulama ön ilyak kanat hazırlanarak genel anestezi altında yapıldı.

Bulgu

Genel anestezi altında, Lister çıkıntısının ulnar tarafından dorsal uzunlamasına kesi ile üçüncü ve dördüncü kompartmanlar açılıp birleştirilerek eklem kapsülüne ulaşıldı. Dorsal interosseöz sinir çıkartıldı. Eklem kapsülü açıldı. Sinovyal hipertrofi dışında patoloji gözlenmedi. Lunat kemiğin dorsal yüzünden beş mm çapında pencere açılarak oluşuma girildi. Musinöz görünüm yerine şeffaf ve hemorajik mayi boşaltıldı. Kist duvarı gözlemlendi ve küret ile çıkartıldı. Oluşumun büyüklüğü nedeni ile önceden planlanmış olduğu şekilde ön ilyak kanat çıkıntısından süngerimsi kemik alınarak oluşumun içi basınç ile dolduruldu. Kapsül dikildi. EPL kirişi EDC ile birlikte olacak şekilde retinakulum kapatıldı. Kısa kol alçı atel uygulandı. Histolojik inceleme sonrası unikameral kemik kisti tanısı konan vakanın takip programında değişiklik yapılmadı. Üç hafta sonra rehabilitasyon programı başlatıldı. Ameliyat sonrası beşinci yılda kontrolü sonlandırılan hastada el bilek eklem hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı saptanmadı. Radyolojik incelemede aşılamanın boşluğu doldurduğu saptandı, tekrarlama gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

Erişkin hastada Lunatum yerleşimli unikameral kemik kisti daha önce bildirilmemiştir. Ağrılı el bilek eklemının ayrııcı tanısında, kemiklerinde yerleşim gösteren ve radyolojik olarak homojen görünüm veren oluşumlar ilk olarak kemik içi ganglion kistini düşündürmektedir. Oluşumun çapı kemik içi ganglion kisti öntanısı açısından şüphe uyandıracak büyüklükte ise, nadir gözlenen diğer oluşumlar akılda tutulmalıdır. Hastanın kemik aşılması konusunda önceden bilgilendirilmesi ve cerrahi uygulamanın genel anestezi altında yapılması, oluşumun tekrarlama ve benzeri komplikasyonlardan korunmamızı sağlayacaktır.

P9
PEDİATRİK İZOLE SKAFOİD PROKSİMAL UÇ KIRIĞI
OLGU SUNUMU

Necdet Sağlam, Ulaş Öztürk, S. Murat Durkaya, Gürsel Saka, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Skafoid kırıkları çocuklarda nadir görülen kırıklardır ve tüm çocukluk çağı kırıklarının %0.4' ünü oluştururlar. Proksimal uç kırıkları ise tüm çocukluk çağı skafoid kırıkları içinde %9 oranına sahiptir. Akut skafoid kırıkları alçılı tesbit ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilirler. Nonunion oranı ise çok düşüktür. Nonunion, tanısı gecikmiş veya yetersiz süreli ve uygunsuz tesbit ile tedavi edilen hastalarda görülür. Kırık hattında 1 mm den fazla boşluk ve 10 dereceden fazla açılanma olan kırıklarda internal tesbit gerekir. Proksimal uç ve vertikal oblik kırıklar da nonunion ve malunion riskinden dolayı göreceli olarak cerrahi tedavi yapılması gereken hastalardır. Bu yazımızda 13 yaşında bir erkek hastada tesbit edilen proksimal uç skafoid kırığının kapalı redüksiyon ve K teli kullanılarak perkütan fiksasyonla cerrahi tedavisinin klinik ve radyolojik sonuçlarını sunuyoruz.

Metod

13 yaşında erkek hasta futbol oynarken sağ eline top çarpması sonucu oluşan el bileği ağrısı şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Çekilen radyografiler sonrası hastada sağ skafoidin proksimal uç kırığı olduğu görüldü. Avasküler nekroz ve nonunion riski düşünülerek hastaya cerrahi tedavi yapıldı. Ameliyatta skopi kontrolünde kapalı redüksiyon yapılarak perkütan 2 adet K teli ile osteosentez uygulandı. Ameliyat sonrasında kısa kol ve başparmak interfalangeal eklem, diğer parmaklarda ise metakarpofalangeal eklem hareketlerine de izin veren 'naviküler alçı' ile tesbit yapıldı. 6 hafta sonra alçı ve K telleri çıkarıldı. Kaynamanın yetersiz olduğu görülerek yeni naviküler alçı yapıldı ve 4 hafta sonra radyografik kaynama görülmesi üzerine alçılı tesbit sonlandırılarak el bileği hareketlerine izin verildi. Ameliyattan 3 ay sonra el bileği hareketleri tam olan ve şikayeti olmayan hasta elini günlük işlerinde rahatlıkla kullanabiliyordu. Son kontrolü ameliyattan 1 yıl sonra yapılan hastanın fonksiyonel sonucu mayo kliniği modifiye el bileği değerlendirme kriterlerine göre 94 puanla mükemmel olarak değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç

Adult yaş grubunda görülen skafoid kırıkları en çok orta kısımda meydana gelirken çocukluk çağı grubundaki kırıklar daha çok distal uçta meydana gelmektedir. Çocuklarda 22 vakalık bir seride proksimal uç kırığı görülen hasta sayısı 2 (%9)' dur. Adult ve çocuklarda, retrograd intraosseos kanlanma ve besleyici arterlerin distal yerleşimli olmalarından dolayı skafoidin proksimal ucunun vasküler beslenmesi zayıftır. Bu yüzden proksimal uç kırıklarında avasküler nekroz ve nonunion riski yüksektir. Kırık hattının vertikal olmasının ve kırık hattında 1 mm den fazla açıklık olmasının da nonunion riskini artırdığı kabul edilmektedir. Çocukluk çağı skafoid kırıklarının tedavisinde alçılı tesbit ile mükemmel sonuçlar elde edilmiştir. Deplase kırıklar veya kaynamamış kırıklarda cerrahi tedavi önerilmektedir. Cerrahi tedavide K teli veya vida ile osteosentez tercih edilmektedir. Ameliyat sonrası klinik ve radyolojik kaynama elde edilene kadar alçılı tesbit yapılmalıdır. Sundumuz 13 yaşındaki hastamızda proksimal uç skafoid kırığı tesbit edildi. Kırık hattı oblikti ve 1 mm açıklık vardı ancak açılanma yoktu. Nonunion riskinden dolayı hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Kapalı redüksiyon ve perkütan K teli ile osteosentez yapılarak alçılı tesbit uygulandı. Kırık sorunsuz ve literatürle uyumlu olarak 10 haftada kaynadı. Sonuç: Çocukluk çağı skafoid kırıkları çoğunlukla deplase olmayan veya inkomplet kırıklardır ve alçılı tesbit ile kolaylıkla tedavi edilebilirler. Deplase olan ve tanıda gecikme sebebiyle veya yetersiz tedavi sonucunda nonunion gelişen kırıklar cerrahi tedavi edilmelidirler. Proksimal uç skafoid kırıkları avasküler nekroz riski olan dolayısı ile kaynamama riski olan kırıklardır. Bu tür kırıklar kapalı redüksiyon ve perkütan K teli ile osteosentez yapılarak tedavi edilebilirler.

P10 MEDIAN SINİRDE İNTRANÖRAL LİPOM

Necdet Sağlam, Fatih Küçükdurmaz, Haldun Turan, Mustafa Tekkeşin, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Bazı sistemik hastalıklar ve karpal tünelde daralmaya neden olan lokal lezyonlar karpal tunel sendromuna sebep olurlar. Lokal nedenler içinde intranöral lipomlar ise çok nadirdir. Median sinir lipoması ilk olarak Mikhail tarafından yayınlanmıştır. El bileğinde şişlik, parmaklarında güçsüzlük, özellikle geceleri artan ağrı ve karıncalanma şikayetiyle gelen hastamızda Magnetik rezonans görüntüleme (MRI) ile yapılan değerlendirmede median sinirin içinde homojen bir kitle tesbit edildi. Cerrahi dekompresyon sırasında bu kitlenin median sinirde fusiform genişleme yaptığı ve epineuriumun tamamen intakt olduğu görüldü ve kitle sinir liflerinin arasında diseksiyon yapılarak total olarak çıkarıldı. Patolojik inceleme sonucunda ince fibröz bir kapsülü olan lipom olarak değerlendirildi. Ameliyat sonrası 7. ayda son kontrolü yapılan hastanın şikayetlerinin geçtiği ve nörolojik bulguların düzeldiği görüldü.

Metod

40 yaşında erkek hastamız sağ el bileğinde ağrısız şişlik, parmaklarında karıncalanma ve elinde güçsüzlük şikayetleri ile kliniğimizde değerlendirildi. Hastamızı en fazla rahatsız eden şikayeti ise geceleri 4 veya 5 defa uykudan uyanmasına sebep olan el ve parmaklarında uyuşma ve ağrı idi. Phalen testi ve kitle üzerinde tinel bulgusu müspet idi. Median sinir duyu alanında hipoesteziyle birlikte hafif tenar atrofi ve diğer ele göre kavrama gücünde hafif azalma tesbit edildi. MRI incelemesinde median sinirde fusiform genişleme yapan, karpal tünele uzanan ve düzgün sınırlı 22x20x19 mm boyutunda kitle tesbit edildi. T1 ve T2 sekansta hiperintens, yağ baskılı sekanslarda baskılanan kitlenin lipom ile uyumlu olduğu rapor edildi. Karpal tünele uzanan ve kitle üzerinden yapılan longitudinal insizyonla kitleye ulaşıldı. Kitlenin tamamen median sinir içinde yerleşimli olduğu, epineuriumun sağlam olduğu ve sinir liflerinin kitlenin etrafında longitudinal yerleşimli olduğu gözlemlendi. Transvers karpal ligaman kesilerek karpal tunel gevşetildi. Epineurium açılarak ve lifler korunarak portakal sarısı renkli lipomatöz kitle total olarak çıkarıldı. Kanama kontrolü yapılarak ciltaltı ve cilt kapatıldı. El ve bilek hafif baskılı elastik bandaj ile tesbit edildi. Son kontrolü ameliyat sonrası 7. ayda yapıla hasta şikayetlerinin tamamen geçtiğini ve ilk günlerden itibaren geceleri artık uyanmadan uyuyabildiğini belirtti. Yapılan klinik değerlendirmede nörolojik bulguların düzeldiği görüldü. Ancak eksize edilen kitle bölgesinde tinel belirtisinin devam ettiği tesbit edildi.

Tartışma ve Sonuç

Median sinirin intranöral lipomatöz kitlelerinin tedavi şekli tartışmalıdır ancak konservatif cerrahi tedavi genel kabul görmektedir. Nardella karpal tünel sendromu bulgularına sahip olduğu halde üç hastasından ikisini nörolojik semptomları ağır olmadığı için 'bekle ve gör' yaklaşımı ile takibe almıştır. Eğer median sinir lifleri kitle tarafından sarılmışsa ve kitle tam eksize edilemeyecekse cerrahi tedavi microbiyopsi ve fasyotomi ile sınırlı tutulmalıdır. Aksi halde kalıcı nörolojik defisit riskinin yüksek olduğu savunulmuştur. Sadece transvers ligamanın gevşetilmesine rağmen var olan nörolojik defisit intranöral basınç yüzünden düzelmeyebileceği de bildirilmiştir. Ancak median sinir içindeki kitle intranöral lipomada olduğu gibi iyi sınırlı ve sinir liflerinden ayırt edilebiliyorsa interfasiküler eksplorasyon ile tamamen çıkarılmalıdır. Radikal blok rezeksiyon ve greftleme ancak total motor ve duysal kayıp gelişmiş hastalarda bir seçenek olarak bildirilmiştir. Bu yazıda sunduğumuz hastamız kliniğimize özellikle gece uyandıran ağrı ve elinde uyuşma şikayeti ile geldi. Intranöral lipom ön tanısı ile cerrahi tedavi yapılan hastadan portakal sarısı renginde kitle sinir lifleri korunarak ve karpal tünel gevşetilerek kolaylıkla ve tam olarak çıkarıldı. Histopatolojik incelemede kitlenin ince fibröz bir kapsülle çevrili diffüz yağ dokusu olduğu görülerek lipom olarak değerlendirildi. Ameliyattan 7 ay sonra yapılan hastanın bütün şikayetlerinin geçtiği ve nörolojik bulgularının düzeldiği görüldü.

P11 RADIUS YERLEŞİMLİ OSTEOKONDROLİPOMA

Hayati Öztürk, Okay Bulut, S. Gündüz Tezeren, Zekeriya Öztemur
Cumhuriyet Üniversitesi El Cerrahi Bilim Dalı

Giriş

Daha önce bildirilmemiş Radius yerleşimli Osteokondrolipomalı(OKL) bir olguyu bildirmek ve tartışmak.

Metod

Bölgesel anestezi (RİVA) ile radiusa lateral yaklaşımla ulaşıldı. Radius korteksinden kitlenin sapı kesildi. 8x5x2cm boyutlarında önkol ön yüzü dokularına invazyonu olmayan ortası sert tek yağ dokusu çıkartıldı.

Bulgu

58 yaşında bayan olgu. Şikayeti; 2 sene önce düşme sonrası gittikçe büyüyen sol önkolda ağrısız şişlik. Palpasyonla sol radius 1/3 ortasında sert 10x6cm tek kitle. Elin nabızları, duyu ve motor hareketler doğal. Düz grafilinde radiusun 1/3 ortasında saplı osteokondroma görüntüsü ve çevresinde ön kol ön yüzünde yumuşak doku içinde 10x6cm radiolusent görüntü. MR görüntüsünde radius korteksinden matur kemik yapı ve çevresinde kıkırdak ve yağ dokusundan oluşan tek kitle. Patolojik bulgularda ise, 8x5x2cm boyutlarında sarı renkli yumuşak kıvamda yağ dokusuna benzer fakat bir kenarında 3x3x2 cm diğer kenarında 2x2x1.5 cm kıkırdak benzeri gri renkli alanlar bulunan en küçüğü 0.8x0.5x0.5cm boyutlarında kemik parçaları olan tek kitle.

Tartışma ve Sonuç

OKL kemik korteks yerleşimli nadir görülen iyi huylu mezankimal doku tümörüdür. Etiyolojide kemik periostunun ardışık mikro travmaları suçlanır. Genellikle ağrısız ve yavaş büyürler. Daha önce femur, fibula, kaburga gibi kemiklerine bildirilmiştir. Tedavisi cerrahi olarak OKL çıkarımıdır. Sonuç olarak; Radius yerleşimli OKL tedavisi cerrahi çıkarım yeterlidir.

P12 GLENOHUMERAL EKLEM SİNOVİYAL KONDROMATOZİSİ

Hayati Öztürk, Okay Bulut, S. Gündüz Tezeren, Zekeriya Öztemur
Cumhuriyet Üniversitesi, El Cerrahi Bilim Dalı, Sivas

Giriş

Artroskopik Glenohumeral(GH) eklem sinoviyal kondromatozis(SK) ve parsiyel sinoviya çıkarımı. 4 hafta sonra GH eklem içine Yttrium90(Y90) uygulaması ile tedavi edilen olguyu sunmak.

Metod

Genel anestezi eşliğinde sağ GH ekleme artroskopik SK çıkarımı ve parsiyel sinoviektomi yapıldı. 4 hafta sonra ise skopi eşliğinde GH eklem içine 5 mCi Y90 uygulandı.

Bulgu

41 yaşında erkek olgu. Sağ GH eklem şiş, hareketleri ağrılı ve kısıtlı. Düz grafide GH eklemde yaygın kalsifiye noduler. MR incelemesinde ise sinoviyal hipertrofi ve yaygın SK görüntüsü.

Tartışma ve Sonuç

SK tendon kılıfları, bursalar ve eklem sinoviyalarını tutan nedeni bilinmeyen nadir metaplazik benign bir hastalıktır. Sıklıkla 30-50 yaş erkeklerde tek eklem tutulumu gözlenir. Ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı, kilitlenme ve eklemde erken degeneratif değişikliğe yol açar. SK malignleşme(kondrosarkoma) potansiyeli oldukça nadirdir. Tedavi açık ya da artroskopik SK ve sinoviya çıkarımı. Veya bu tedaviye ek olarak da GH eklem içine 4-6 hafta sonra Y90 uygulanır. Biz de olgumuzda artroskopik SK çıkarımı ve 4 hafta sonra skopi eşliğinde GH eklem içine Y90 uyguladık. 2 yıllık takibimizde nüks gözlenmedi. Sonuç olarak; GH eklem SK tedavisinde, SK ve parsiyel sinoviya çıkarımı ve GH eklem içine Y90 uygulaması tedavi seçeneği olarak uygulanabilir.

P13

BAŞPARMAK PROKSİMAL FALANKS ULNAR KAİDE KOPMA KIRIKLARININ KEMİK ÇIPASI İLE TEDAVİSİNİN KLİNİK SONUÇLARI

Eftal Güdemez¹, Yaprak Ataker², Sibel Cömert Ece², Önder Çerezci², Ayan Gülgönen³

¹ Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü El ve Mikrocerrahi Ünitesi

² Amerikan Hastanesi Fizik Tedavi ve Rahabilitasyon Bölümü

³ El ve Mikrocerrahi Merkezi Nişantaşı İstanbul

Giriş

Başparmağın abduksiyona doğru zorlanması, metakarpofalangeal (MP) eklem ulnar kollateral ligamentinin (UKL) yaralanmasına ve proksimal falanks ulnar kaidesinden kopma kırıklarının oluşmasına neden olabilir. Eğer kırık deplase ise ve rotasyonel bir deformite gösteriyorsa; kronik instabilite, eklemden subluksasyon, deformite veya posttravmatik artriti önlemek için anatomik redüksiyon endikasyonu vardır. Bu çalışmanın amacı, bu kırıkların açık redüksiyon ve mikro kemik çipası ile internal fiksasyon tedavisinin sonuçlarını sunmaktır.

Metod

Hastalar ve Yöntem: Haziran 2006 ve Aralık 2008 tarihleri arasında, 16 adet başparmak MP eklem UKL avülzyon kırığı cerrahi olarak tedavi edildi ve bu çalışma için retrospektif olarak değerlendirildi. Ortalama yaşı 36.3 (15 – 57 yaş) olan hastaların 10'u erkek, 6'sı kadındı. En sık görülen oluş mekanizması 12 hasta ile düşme olarak tespit edildi. Eklem yüzeyinin ortalama etkilenme yüzdesi 22.5 olarak görüldü (%15 - %30). Tüm kırıklarda deplasman ve /veya rotasyon vardı. Tüm kırıklar aynı cerrahi teknik ile tedavi edildiler. Kırıklar açık olarak redükte edildi ve internal tespitleri mikro kemik çipası ile yapıldı. Ameliyat sonrası 4 hafta atel içinde takip edilen hastalara sonrasında haftada 5 gün ile başlayan sonrasında 3 seansa düşürülerek devam eden 10 seanslık rehabilitasyon programı uygulandı.

Bulgu

Sonuçlar: Ortalama takip süresi 18.6 aydı (12 - 29 ay). VAS skoru 12 hastada 0, 3 hastada 1, 1 hastada 2 idi. Ortalama DASH skoru 3.59 (0 - 7.89) olarak tespit edildi. Kontrol radyogramlarında tüm kırıkların tam kaynama gösterdiği ve düzgün bir eklem yüzü ile iyileştiği görüldü. Ortalama kaynama süresi 5.87 hafta (5 - 7 hafta) idi. Hastaların MP eklemlerinin hepsi tam ekstansiyon ve 30° fleksiyonda stabildi. Ortalama MP eklem hareket genişliği ameliyat edilen tarafta 50° (30° - 65°), diğer tarafta 58.1° (45° - 75°) idi. Ortalama anahtar tutma gücü ameliyatlı tarafta ve diğer tarafta sırasıyla 5.6kg, 6.5kg; kaba kavrama gücü ise 11kg ve 12.2kg idi (p>0.05).

Tartışma ve Sonuç

Tartışma ve Sonuç: Kopma kırığı deplasman ve rotasyonel bir deformite gösterdiği zaman; kronik instabilite, eklemden subluksasyon, deformite veya posttravmatik artriti önlemek için genellikle cerrahi tedavi önerilir. Fakat bu kırıkların anatomik redüksiyonu ve internal tespiti teknik olarak zordur ve fragmanların küçük olmasından dolayı sorun olmaya adaydırlar. Başparmak MP eklem UKL kopma kırıklarının mikro kemik çipası kullanılarak yapılan açık redüksiyon internal fiksasyonu subjektif ve objektif olarak tatmin edici sonuçlar verdi.

P14

FALANKS DEFEKTİ İLE BAŞVURAN OLGULARIMIZDA UYGULADIĞIMIZ ADA FLEBİ SEÇENEKLERİMİZ

Mehmet Bozkurt, Samet Vasfi Kuvat, Emin Kapı
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Parmak defektlerinde lokal flepler, interpolasyon flepleri, greftleme operasyonları gibi cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Bu çalışmada parmak defektlerinde kullandığımız ada fleplerine ait serimiz sunulmaktadır.

Metod

Kliniğimize Kasım 2007-Temmuz 2009 tarihleri arasında falanks tip 3-4 pulpa defekti, falanks dorsumunda tendon ve kemik açıklığına neden olan defekt ve başparmak defekti nedeniyle başvuran 16 olgu değerlendirilmiştir. Olguların yaş aralığı 6-27 yıl (ort.; 19.8) arasında değişmekteydi. 10 olgu erkek, 6 olgu kadın idi. 5 olguda distal falanks kemik defekti, 7 olguda tırnak yatağı defekti, 1 olguda başparmak proksimal falank kemik defekti mevcuttu.

Bulgu

Yedi olguya radial, 3 olguya ulnar taraf dijital pediküllü spiral flep, 3 olguya heterodijital, 3 olguya kite flep uygulandı. Spiral flep uygulanan ve kemik defekti bulunan 4 olguya falanks osseöz dokusundan periost ile birlikte kama şeklinde osseofasyokutan flep eleve edildi. Flep donör alanı greft ile onarıldı. Bir olguda ampute kemik dokusu greft şeklinde inset edildi. Tırnak defekti olan 3 olguya ayak 2. parmak tırnak matriksinden greft alınıp parmakta tırnak yatağı oluşturuldu. Bir olguda flep dorsalinde parsiyel nekroz gözlemlendi, oluşan defekt sekonder olarak iyileşti. İyileşme periyodu sonrasında tüm olgulara iki nokta his muayenesi yapıldı. Heterodijital flep uygulanan olgularda tatmin edici anatomik ve fonksiyonel sonuçlar elde edildi. Kite flep uygulanan 1 olguda başparmak proksimal falanks defektine iliak kemik grefti yerleştirildi. Sonuçlar tatmin edici düzeyde idi.

Tartışma ve Sonuç

Heterodijital ve kite flep seçeneğinin fonksiyonel açıdan tercih edilmesi gereken ilk seçenekler arasında olması gerektiğini düşünmekteyiz. Spiral flep uygulanan olgularımızın pulpa duyu fonksiyonlarının korunması en büyük avantajlardan biri olarak sayılabilir. Kemik defekti bulunan olgularda tırnak yatağının volar yöne açılmasını önlemek amacıyla kemik flep şeklinde yerleştirilmiştir. Tekniğin bir diğer avantajı tek seanslı olması ve olguların hospitalizasyon süresinin kısa olmasıdır. Mikrocerrahi teknikler uygulandığı için flep distali karşı taraf vasküler yapılar arasında loop oluşturulması mümkündür. Bu da falanksın vasküler anatomisinin tam olarak korunması ve sağlanmasına imkan verir. Literatür taramamızda osseofasyokutan dijital pediküllü sensöryel flep uygulamasına dair veriye rastlanmamış olup, bu yöntemin yeni bir teknik olarak pulpa defektlerinde geniş serilerde kullanılabilecek alternatif bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

P15 HANGİ DURUMDAKİ EKSTREMİTE AMPUTASYONLARI REPLANTE EDİLMELİ? OLGU SUNUMU

Mehmet Bozkurt¹, Aşkın Ender Topal², Emin Kapı¹, Niyazi Gülsün¹

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

Giriş

Ekstremitte amputasyonlarında travmaya maruz kalan kişinin en kısa sürede ileri bir sağlık kuruluşuna nakli şarttır. Herhangi bir nedenle transferi geciken olgularda replantasyon kararı verirken yarar-zarar ilişkisi göz önüne alınarak cerrahi planlama yapılmalıdır. Bu çalışmada, üst ekstremitte amputasyonu nedeniyle sağlık kuruluşumuza başvuran olguya uygulanan yaklaşımlar ve karşılaşılan problemler sunulmaya çalışılmıştır.

Metod

30 yaşındaki erkek olgu, acil servise sağ üst ekstremitte total amputasyonu nedeniyle başvurdu. Olgunun anamnezinde dişli çark aparatı bulunan bir iş makinesine kolunu kaptırması sonucunda kolda omuz seviyesinden kopma meydana geldiği öğrenildi. Olayın gerçekleşmesinin ardından acil servise başvuru anına kadar geçen sürenin yaklaşık 4,5 saat olduğu belirtilmekteydi.

Bulgu

Olguda sağ supraklaviküler bölümden sağ torakal bölgeye uzanan giyotin tarzı kesisi mevcuttu. Klavikula ve skapulanın 1/3 lateralini de içeren kemik amputasyonu gözlemlendi. Torakal defektin muayenesinde serratus kasının açıkta olduğu, subklavian arter ve venin defekt yüzeyinde intakt olduğu gözlemlendi. Amputatın irrigasyonu ve eksplorasyonunda aksiller damar-sinir paketinin parsiyel korunduğu, brakial pleksusun ve çevre yumuşak doku ile kasların ezilme tarzı yaralandığı saptandı. Irrigasyon ve eksplorasyonun ardından skapulanın kırık fragmanı K-wire ile anatomik lokalizasyonuna fikse edildi. Subklavian pediküle anastomoz uygulandıktan sonra sinir, kas ve yumuşak doku onarımı uygulandı. Mevcut ödemden dolayı fasyotomi uygulandı. Distal dolaşımın patent olduğu gözlemlendi ve olgu takibe alındı. Operasyon sonrası ilk saatlerde defekt alanlarından sızıntı tarzı kanamaların başlaması nedeniyle tekrar eksplorasyon yapıldı ve hemostaz sağlandı. İlk 12 saatte olguya toplam 14 ünite kan replasmanı ve 4 ünite taze donmuş plazma replasmanı uygulandı. 12 saat sonrasında kolda ödemin artması nedeniyle re-eksplorasyona karar verildi, ekstremitede iskemi reperfüzyon hasarı bulgularının başladığı saptandı. Distal nabazanların alınamaması nedeniyle arteriyovenöz şantların oluştuğu düşünüldü. Olgunun genel durumunda bozulma gözlenmesi nedeniyle amputasyona karar verildi. Sonraki takiplerinde olguda pansitopeniye kadar giden anormallikler gözlemlendi. Destekleyici tedavi ile olgunun parametreleri 5 gün içinde normale döndü.

Tartışma ve Sonuç

Ekstremitte amputasyonlarında amputatın iskemiye maruz kaldığı süre içerisinde dokuda serbest radikaller ve toksinlerin açığa çıktığı, bilinen bir gerçektir. Replantasyon uygulanabilmesi için kritik sürenin 4 saat olduğu belirtilmektedir. Olgumuzda gözlemlendiği gibi bu sürenin bir miktar aşıldığı durumlarda, olgunun ya da yakınlarının ekstremitteyi feda etmek istememeleri ve beklenen fonksiyonel defisitinin büyük olması nedeniyle hekim karar aşamasında güçlüklerle karşılaşabilir. Ancak iskemi-reperfüzyon hasarının olguya getireceği yük ve metabolik anormalliklerin hayati tehlike yatacağı da, göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Olgumuz, major ekstremitte replantasyonu sonrasında vital bulgularında ciddi derecede bozulma gözlenmesi nedeniyle oldukça dikkat çekicidir.

P16 PEDIATRİK YAŞTA KONTRAKTÜR NEDENİYLE BAŞVURAN OLGULARDA CERRAHİ TEDAVİ UYGULAMALARIMIZ

Mehmet Bozkurt, Samet Vasfi Kuvat, Emin Kapı, Semih Günay, Niyazi Gülsün
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Yanık ya da travma sonrasında oluşan defektler uzun dönem sonunda yara kontraksiyonu sonucunda çeşitli derecede kontraktürlere yol açabilir. Kontraktürler cerrahi tedavi uygulanmayıp sekonder iyileşmeye bırakılan olgularda daha şiddetlidir. Kontraktür oluşma riski, uygulanan cerrahi tedavi tekniği ile direkt olarak bağlantılıdır. Bu çalışmanın amacı, pediatrik yaşta kontraktür nedeniyle başvuran olgularda karşılaştığımız klinik özellikleri sunmak ve erişkin yaş grubundan farklı olarak dikkat edilmesi gereken noktaları özetlemektir. Bu doğrultuda önerdiğimiz tedavi uygulamaları sunulmaya çalışılmıştır.

Metod

Ekim 2007 ile Aralık 2009 yılları arasında kliniğimize başvuran 37 pediatrik kontraktür olgusu değerlendirildi. Olguların demografik özellikleri, kontraktürün lokalizasyonu, önceki medikal ya da cerrahi tedaviler incelenmiştir. Olgularda tercih edilen tedavi yöntemleri ve zamanlaması sıralanmış ve elde edilen sonuçlar kayıt altına alınmıştır.

Bulgu

Çalışmaya alınan olguların 23'ü erkek (% 62), 14'ü kız çocuğu (% 38) idi. Olguların yaş aralığı 9 ay-14 yaş (ortalama 6.84 yıl) idi. Olgularda mevcut kontraktürlerin 14'ü üst ekstremitte, 12'si alt ekstremitte, 6'sı gövdede ve 5'i yüz bölgesinde idi. Ekstremitede yer alan kontraktürlerin 20'sinde fleksiyon, 6'sında ekstansiyon kontraktürü mevcuttu. Olgularda kontraktür açılmasının ardından 6 olguya tam kalınlıkta deri grefti, 10 olguya multiple Z-plasti, 8 olguya Z-plasti ve tam kalınlıkta deri grefti kombinasyonu, 4 olguya doku genişletici uygulamaları, 2 olguya kas deri flebi, 5 olguya aksiyel fasyokutan flep, 1 olguya paraskapular flep ve 1 olguya da groin flep uygulandı. Tüm olgulara rehabilitasyon programı önerildi. 6 olguda uzun dönem sonunda kontraktürde değişik derecede nüks gözlemlendi. Diğer olgularda tatmin edici sonuçlar alındı.

Tartışma ve Sonuç

Özellikle eklem bölgesinde yer alan kontraktür olgularında eklem hareketlerinin kalıcı olarak bozulmasını önlemek amacıyla kontraktür açma operasyonlarının erken dönemde yapılması gerektiği, bilinen bir gerçektir. Klinik tecrübemize dayanarak, pediatrik olgularda erişkinlerden farklı olarak yara kontraksiyonunun daha hızlı geliştiğini gözlemledik. Bunun nedenleri arasında hastanın kendi kendine egzersiz yapamaması, çocuğun ağrı duymasından ötürü ebeveynlerin fizik tedavi ve rehabilitasyon önerilerini yetersiz uygulaması ve bazen de hiç uygulamaları sayılabilir. Çocuk yaş grubunda rekonstrüksiyon uygulamalarının nispeten daha zor ve donör doku sahasının daha az olduğu göz önüne alındığında, bu yaş grubundaki defekt onarımlarının daha titizlikle seçilmesi ve takip konusunda ebeveynlerin ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilip kontrollere zamanında gelmelerinin sağlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

P17
HAMATUMDA OSTEÖİD OSTEOMA:
OLGU SUNUMU

Gökhan Çakmak¹, Mahmut Kömürçü²

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

² Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Osteoid osteoma, benign kemik tümörlerinin yaklaşık %10-12'sini oluşturmaktadır. Gece ağrıları ile karakterize olan bu tümör çoğunlukla 2. ve 3. dekatlarda izlenir. Erkeklerde kadınlara oranla 2 kez daha sık görülür. Osteoid kemik doku üretimi ile karakterize bir tümör olan osteoid osteoma üst ekstremitelerin diğer hastalıklarıyla karıştırılabilir. Bu yüzden tanı koymak zor olabilir. Literatürde 12 olguda hamatumda osteoid osteoma bildirilmiştir. Bu yazımızda hamatumda osteoid osteoma tanısıyla teşhis ve tedavi edilen olgu sunulmaktadır.

Bulgu

32 yaşında erkek hasta 2 yıldır sağ el bilekte özellikle geceleri artan ağrı şikayetleriyle değişik merkezlerde el bilekte tenosinovit tanısıyla takip edilmiş. Şikayetleri NSAİİ alımı ile azalıyormuş. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine kliniğimize başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ el bilekte dorsal ve volarde palpasyonla ağrı şikayeti mevcuttu. Direkt radyografisi normal olan hastaya el-bilek MRG ve BT istendi. İncelemeler sonucunda Os hamatum ulnar-dorsal lokalizasyonda santrali ve çevresi hiperintens, diğer kesimleri hipointens izlenen yaklaşık 8x7 mm boyutunda lezyon saptandı. Hastaya açık eksizyonel kemik biyopsisi ve otojen kemik grefti ile greftleme uygulandı. Histopatolojik inceleme neticesi osteoid osteoma ile uyumlu geldi. Postoperatif komplikasyon olmadı. Hastanın postoperatif birinci yıl takibinde şikayetlerinin tamamen geçtiği izlendi.

Tartışma ve Sonuç

Sık görülen benign kemik tümörlerinden olan osteoid osteoma özellikle üst ekstremitelerin diğer hastalıkları ile klinik olarak karışabileceğinden tanı koyulması zor olabilir. Bu nedenle radyolojik incelemelerle tanı konulduktan sonra kitlenin eksizyonu ile tam kür elde edilebilir.

P18

MALLET KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİNDE KIRSCHNER TELİ İLE EKTANSİYON BLOK TEKNİĞİ

Murat Bulbul¹, Kahraman Öztürk¹, Semih Ayanoglu¹, Oktay Adanır¹, Hakan Gürbüz¹

¹ Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

² Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş

Çalışmamızda Mallet kırıklarındaki klinik olarak uyguladığımız Kirschner teli ile ekstansiyon blok töneminin sonuçlarının analizini yaptık.

Metod

2004-2007 yılları arasında 19 mallet kırıklı ameliyatını Ekstansiyon Blok yöntemi ile gerçekleştirdik. On iki olgu erkek, yedi olgu bayandı. Yaş ortalaması 34,3(19-46) olarak saptandı. Beş olgunun 5. parmağı, sekiz olgunun olgununüzük parmağı altı olgunun 3. parmağı travmaya maruz kalmıştı. Kırıkların tümü kapalı kırıktı. Bütün olguların lateral graflerinde kırık fragman eklem yüzünün 1/3 veya daha fazlasını içermekteydi. Bütün olguların değerlendirilmesi Crawford değerlendirme kriterlerine göre yapıldı.

Bulgu

Ortalama takip süresi 18 ay(12-35) olarak saptandı. Crawford değerlendirme kriterlerine göre 12 olguda mikemmel sonuç, beş olguda iyi sonuç tespit edildi. İki olguda yetersiz sonuçlandı daha sonra bunlara açık redüksiyon ile rekonstrüksiyon yapıldı.

Tartışma ve Sonuç

Biz çalışmamızın sonucunda Ekstansiyon Blok Tekniğinin güvenilir ve etkin bir yöntem olarak Mallet kırıklarında denenmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

P19 EKSTERNAL FİKSATÖR DİSTAL RADIUS KIRIKLARINDA NE KADAR ETKİN?

Murat Bulbul, Semih Ayanoglu, Cem Esenyel, Alican Barış, Hakan Gürbüz
Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Çalışmamızda eksternal fiksator uyguladığımız distal radius kırıklı hastaları literatür bilgileri eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

Metod

Eksternal fiksator ile tedavi ettiğimiz kapalı distal radius kırıklı (AO sınıflaması B ve C) otuz yedi olguyu çalışmamıza dâhil ettik. Yirmi iki erkek, onbeş bayan olan hasta grubunun yaş ortalaması 47,38 olarak bulundu. Kırıkların yirmi altısı dominant olmayan, on biri dominant tarafta idi. AO sınıflamasına göre yirmi sekiz olgu tip C (C1:dört, C2: on, C3: on dört), dokuz olgu tip B (B1:iki, B2:üç, B3:dört) olarak değerlendirildi. Eksternal fiksatorlerinin çıkarılmasından sonraki on ikinci aylarındaki radyolojik durumlarını Gartland ve Werley skorlamasının Sarmiento modifikasyonuna göre, güncel yaşam aktivitelerine DASH ve Mayo el bilek skorlamasına göre yapıldı.

Bulgu

Bütün hastaların bir senelik takip sonunda ortalama hareket değerleri; Dorsifleksiyon; 64,3° (45°-75°), Supinasyon;73,9° (62°-85°), Palmar fleksiyon; 74,2° (60°-85°), Pronasyon 84,1° (78°-90°) olarak ölçüldü. Sarmiento Modifikasyonuna göre 24 olgu iyi, 8 olgu mükemmel, 5 olgu orta-kötü olarak değerlendirildi. Mayo skorlama sistemine göre ortalama değer 75,38 (55-90) olarak bulundu. DASH skorlama sistemine göre 8,27 gibi iyi bir ortalama bulduk. Toplam 12 olguda Refleks Sempatik Distrofi (RSD) meydana gelmişti. Bu olgulardan üçü medikal ve fizik tedaviye yanıt vermedi. Günlük yaşam memnuniyeti olmayan üç hastada bu RSD kalan hastalardı. Toplam 19 olguda yani olguların %51'inde yüzeysel çivi dibi enfeksiyonları gelişti. Ama bunların hepsi antibiyotik ve lokal pansumanlar ile tedavi oldular. Hiçbirin de derin doku enfeksiyonu gelişmedi.

Tartışma ve Sonuç

Distal radius kırıklarında eksternal fiksator uygulamalarının cerrahi ve fonksiyonel sonuçlarının tatminkâr olduğu sonucuna vardık. Fakat uygulama sonrası sık poliklinik kontrollerinin yapılması ve çivi dibi bakımlarının özenli yapılması gerektiğine inanıyoruz.

P20
ÖN KOL YERLEŞİMLİ DEV EPİDERMAL KİST:
OLGU SUNUMU

Tuğrul Alıcı, Mustafa Şahin, Ferit Mağal, Hakan Gündeş
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş

Epidermoid kistler selim, cilt altı yerleşimli yumuşak doku oluşumlarıdır. Epidermis dokusunun doğumsal veya edinsel yol ile dermis katmanına göç etmesi ile oluştuğu düşünülmektedir. Vakaların yaklaşık %10'unda ekstremitte yerleşimi gözlenir. Tamı genellekle tipik klinik özellikler ile konur. Radyolojik tetkikler ön tanıyı doğrulama amaçlıdır. Bu sunuda, nadir gözlenen büyüklükte olduğu için ayırıcı ön tanıda düşünölmeyebilecek bir epidermal kist olgusunu irdelemek istedik.

Metod

64 yaşında erkek hasta; sol kolda yaklaşık iki yıldır yavaş büyüyen ağrısız şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde kol (humerus) lateralinde, hareketsiz, orta sertlikte, ağrısız yaklaşık 8x7 cm'lik kitle tespit edildi. Kitle üzerinde ve çevresinde eski kesi veya yara izi saptanmadı. Fizik muayene ve MR inceleme ile lipom ön tanısı konan hasta genel anestezi için hazırlanarak cerrahi tedavisi planlandı.

Bulgu

Genel anestezi ile, 5x gözlük büyütmesi altında, eğimli uzunlamasına kesi ile cilt ve cilt altı geçildi. Kitlenin yakın ve uzak ucu ayrıştırıldı. Bu sırada kitlenin kapsüllü olduğu, sarı-kahverengi sıvı madde içerdiği gözlendi. Çevre yumuşak doku ve duyu sinirlerinden ayrıştıran kitle derin fasya üzerinden bütün olarak çıkarıldı. Kitlenin boyutları 8x6x5 cm olarak ölçüldü. Cilt altı ve cilt dikişi sonrası kompresyon bandajı uygulandı. Üç hafta sonra hastanın normal günlük yaşamına dönmesi önerildi, rehabilitasyon programı uygulanmadı. Histopatolojik incelemede duvarı ince squamöz epitel kaplı, lümeni keratinize materyal içeren kistik yapı gözlendi. Epidermoid kist tanısı alan hastanın 18. ayda yapılan son kontrolünde tekrarlama gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

Epidermoid kistler genelde küçüktür. Ancak uygun alan bulabilirse uzun dönemde büyüme görölebilmektedir. Sıklıkla ağrısız, yavaş büyüyen, iyi sınırlı şişlik şeklinde görülür. Ayırıcı tanıda fibrom, lipom, ksantom, lenfanjiom, kistik teratom, ganglion kisti, sinir kökenli tümörler, nodüler fasiit, miksoid tümörler, malign fibröz histiositom ve fibrosarkom, akılda tutulmalıdır. Dev boyutlu epidermal kist çok nadir görülür. Lipom ön tanısı alan vakamızda olduğu gibi dev epidermoid kistlerin özellikle MR incelemede soliter görünüm ile tanımlanabildiği belirtilmiştir. Kaynakçada bu büyüklükte epidermoid kistlerin çok daha küçük bir kesi ile, içindeki sıvının boşaltıldıktan sonra kistin kapsülü ile çıkarılabildiğini tanımlayan yayınlar mevcuttur. Bu nedenle; nadir gözlenmesine karşın epidermoid kist ön tanısının akılda olması, vakamıza benzer şekilde gereksiz kesi ve diseksiyon boyutunu önleyebilir.

P21
KONSERVATİF TEDAVİYE DİRENÇLİ DE QUERVAIN
HASTALIĞINDA İKİ VEYA DAHA FAZLA DİSTAL BAŞI OLAN ABD.
POLLİSİS LONGUS TENDONU İLE BİRİNCİ DORSAL
KOMPARTMANDA AYRI BİR SEPTA VARLIĞI .
OPERE EDİLEN DÖRT OLGUNUN FONKSİYONEL SONUÇLAR

Kemal Gökkuş

Özel Bsk Kütahta Anadolu Hastanesi

Giriş

De Quervain hastalığı toplumda sık görülen, iş gücü kaybına yol açan önemli bir hastalıktır. Lohusa ve gebeler de konservatif tedavi başarılıdır. Ancak diğer yaş gruplarında konservatif tedavi başarısız olabilmektedir. Konservatif tedavinin başarısız olduğu vakalarda altta yatan anatomik varyasyonlar veya birinci dorsal kompartman içinde ayrı bir septa varlığı akla getirilmelidir.

Metod

Herhangi bir romatizmal hastalığı olmayan; konservatif tedaviye dirençli dört olgu da radial styloid ve birinci dorsal kompartman trasesine klasik oblik insizyonla yaklaşıldı. Tüm hastalara RİVA anestezisi uygulandı. Radial sinirin yüzeysel dalı disseke edildi ve korundu. Birinci dorsal kompartmana longitudinal şekilde gevşetme yapıldı. Ameliyat esnasında hastanın birinci parmağını hareket ettirmesi istendi ve Abd. Poll.Longus(APL) ile Ext.Poll.Brevis'in(EPB) ayrı ayrı hareket etmesine dikkat edildi. Cilt 4/0 prolene ile kapatıldı. Ameliyat sonrası atel kullanılmadı ve hastaya elini ve başparmağını rahatça kullanması tavsiye edildi.

Bulgu

Dört hastanın üç'ünde Abd. Pollisisi Longus (APL)tendonunun olağandan daha büyük ve birden fazla distal ucu olduğu saptandı(%75), bir hastada birinci kompartman içinde Ekstensor Pollisis Brevisin(EPB) seyrettiği ayrı bir septa varlığı saptandı (%25). Olgular'ın takibinde finklestein testinin negatifleşmesi ve ağrının ortadan kalkması kriter alındı. Hastalar iki(2) ay ile onsekiz (18) ay arasında takip edildiler (ortalama 6,7 ay). Tüm olgularda finklestein testi negatifleşti ve ağrı şikayetleri ortadan kalktı.

Tartışma ve Sonuç

Birinci dorsal kompartman anatomik varyasyonun üst ekstremitde en sık görüldüğü bölgelerden birisidir. Yapılan anatomik diseksiyon çalışmalarında yalnızca %20 oranında normal anatomiye rastlanmıştır. Literatürde 37 el bileğinde yapılan prospektif çalışmada atelleme ve injeksiyonun kombine edildiği tedaviye rağmen %70 oranında başarısızlık belirtilmiştir. De Quervain hastalığında konservatif tedavinin başarısızlığının altında anatomik varyasyonlar, Abd.Pollisis Longus (APL) tendonun birden fazla distal başının olması veya kompartman içinde ayrı bir septa olması yatar. Bu nedenle konservatif tedaviye direnç söz konusu ise hastayı ameliyat etmek için beklenmemelidir.

P22
**AYNI ELDE DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ,
TETİK PARMAK VE KARPAL TÜNEL SENDROMU; OLGU SUNUMU**

Sinem Çiloğlu, Kayhan Zeytin, Afet Öncel, Mustafa Tercan

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Dupuytren kontraktürü, tetik parmak ve karpal tünel sendromu elde sıkça görülen patolojilerdendir. Üçü de diyabetik hastalarda normal popülasyona göre daha sık görülürler (1). Karpal tünel sendromu ve tetik parmak hastalıkları %60 oranında bir arada görülebilir. Bu üç hastalığın aynı hastada aynı elde görülmesi ise nadirdir.

Metod

50 yaşında kadın hasta her iki elde uyuşma ve sol el 1. parmakta takılma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın 5 yıldır tanı konmuş tip 2 diabetes mellitusu mevcuttu. Yapılan muayenesinde her iki el palmar bölgelerde faysal kalınlaşmalara ait cilt çekintileri, sağ el birinci parmak metakarpofalengeal eklem seviyesinde fleksör tendonda nodül tespit edildi. Sağ elinde Phalen testi pozitif. Yapılan elektromyografik incelemede bilateral karpal tünel sendromu ile uyumlu bulgular mevcuttu. Hasta kliniğimizde karpal tünel sendromu ve tetik parmak nedeniyle opere edildi. Dupuytren hastalığı henüz fleksiyon kontraktürüne yol açmadığından operasyon endikasyonu düşünülmedi ve hasta poliklinik takibine alındı.

Tartışma ve Sonuç

Diyabetik hastalarda bazı kas – iskelet hastalıklarının daha sık görüldüğü tanımlanmıştır(2). Bu hastalıklardan en sık görülenler karpal tünel sendromu, Dupuytren hastalığı, tenosinovit ve azalmış eklem mobilitesidir(3). Bu hastalıklar özellikle kontrolsüz diabetes mellitusta daha sık olarak gözükürler(1). Henüz diyabetik hastalarda bu hastalıkların neden daha sık görüldüğü ile ilgili kesin kanıtlar bulunmasa da sistemik faktörlerden çok lokal faktörlerin etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(4). Bu patolojilerden herhangi biri nedeniyle başvuran hastalarda diğerlerinin varlığının araştırılması için detaylı fizik muayene ve hikaye alınması önemlidir. Fizik muyaenede atlanılacak karpal tunel sendromu diğer patolojilerin cerrahisi sonucunda oluşabilecek elde uyuşukluğun yanlılıkla komplikasyon olarak değerlendirilmesine yol açabilir. Sık görülen bir hastalık olan diabetes mellitusun sonuçlarından olan ve el cerrahlarını ilgilendiren bu 3 hastalığın birlikte görülmesi literatürde sık görülmemektedir. Ancak beraber görülebilme olasılıkları her zaman akılda tutulmalıdır.

P23
ÇOCUKLUK ÇAĞINDA YER KAPLAYAN
LEZYONA BAĞLI KARPAL TÜNEL SENDROMU

Mustafa Tercan, Güray Yeşiladalı, Alpay Duran, Okan Morkoç, Sinem Çiloğlu
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Karpal tünel sendromu erişkinlerde en sık görülen periferik kompresyon nöropatisiyken, çocuklarda çok nadir görülmektedir [1,2].Etyolojisi net olarak aydınlatılmamakta beraber, diyabet, hipotiroidi, gebelik ve vakaların az bir kısmında da yer kaplayan lezyonlar altında yatan nedendir [3].

Metod

13 yaşında bayan hasta polikliniğimize sağ el bileğinde kitle ve sağ el parmaklarında uyuşukluk, güçsüzlük şikayetleri ile başvurdu. Hastanın alınan anamnezinde, şikayetlerinin yaklaşık sekiz aydır mevcut olduğu ve zaman içinde kitlenin boyutlarında artış meydana geldiği öğrenildi. Hastaya uygulanan elektromyografik incelemede sağ elde öncelikle duyusal liflerin etkilendiği orta düzey karpal tünel sendromu ile uyumlu bulgular tespit edildi. Manyetik Rezonans görüntülemesinde radiokarpal eklem volar radial komşuluğunda, ince septasyon gösteren 5x4 mm boyutlarında ufak loküle sıvı koleksiyonu saptandı. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Eksplorasyonda el bileği distalinden başlayan ve karpal tünel içerisine uzanım gösteren, tendon kılıfından kaynaklanan kitle görüldü ve eksize edildi. Yapılan histopatolojik incelemede villöz hiperplazi gösteren sinovyal doku; subsinovyal alanlarda yaygın fibrozis, vasküler proliferasyon ve fokal miksomatöz dejenerasyon tespit edildi. Postoperatif dönemde median sinir kompresyonuna bağlı parestezi şikayetinin kaybolduğu saptanan hastanın bir yıllık takibinde nüks gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

Üst ekstremitte tuzak nöropatilerinin en sık görüleni median sinirin el bileği seviyesinde sıkışması sonucu oluşan karpal tünel sendromudur [4]. Genellikle 40–60 yaş arası kadınlarda sık görülmekle beraber çocuklarda nadir görülmektedir [2]. Semptomlar arasında elde, elin radial tarafındaki üç parmakta ve 4. parmağın radial yarısında uyuşma, karıncalanma ve ağrı yer almaktadır. Hastalar tipik olarak nokturnal paresteziden yakınmaktadır [2]. Fizik muayenede, median sinir duyusal alanında hipoestezi, provokatif testlerin (Tinel işareti, Phalen testi, karpal kompresyon testi) pozitifliği ve tenar kaslarda güçsüzlük ve atrofi görülebilmektedir. Sinir ileti hızı çalışmasındaki tipik bulgu, uzamış latansdır. Karpal tünel sendromu sıklıkla idiopatik olarak ortaya çıksa da lokal, sistemik ve aşırı kullanıma bağlı faktörler de etkenleri arasında bildirilmiştir [6]. Lokal faktörler arasında tendon kılıfı tümörü, gut tofüsü, distal radius kırığına bağlı gelişen malunion, romatoid artrit, ganglion, tenosinoviyal hipertrofi, lipofibromatöz hamartom, posttravmatik osteofit gibi yer kaplayan lezyonlar yer almaktadır[3,5]. Çocuklarda karpal tünel sendromu belirti ve bulguları ile karşılaşıldığında lokal etkenler göz önünde bulundurulmalı ve tanı amaçlı tetkikler yapılmalıdır.

P24 DİABETES MELLİTUS VARLIĞINDA GELİŞEN YAYGIN EL ENFEKSİYONLARI

Sinem Ciloğlu, Güray Yeşiladalı, İrem Mert, Mustafa Tercan

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

El ve üst ekstremitte enfeksiyonları el cerrahisi servisine başvuran hastaların %35'ini oluşturur(1). Genelde elde oluşan minör travmaya sekonder olarak gelişirler. Uygun zamanda tanı konulup tedavi edilmezse kısa sürede yayılıp kalıcı hasara sebep olabilirler. Diyabet varlığı ise enfeksiyonun daha komplike hale gelmesine sebep olur. Derin doku enfeksiyonları, el enfeksiyonlarının %2'sini oluşturur. Tedavide agresif debridman , antibiyoterapi, immobilizasyon ve elevasyon esastır. Agresif debridman ve antibiyoterapiye rağmen geç kalınmış vakalarda dolaşım problemleri engellenemez ve parmak amputasyonları kaçınılmaz hale gelir.

Metod

Olgu 1 48 yaşında kadın hasta sol elde şişlik, kızarıklık ve ağrı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinden, hastaya 3 yıl önce tip 2 diabetes mellitus tanısı konduğu, insülin tedavisi aldığı ve şikayetlerinin yaklaşık 1 hafta önce başladığı öğrenildi. Hastanın değerlendirilmesinde parmak dolaşımının bozulmuş olduğu ve bütün eli ve parmakları kaplayan el bileğine uzanan yaygın enfeksiyon olduğu görüldü. Hastaya fasyotomi ve drenaj uygulandı. Antibiyoterapi verilen hastanın eli atele alınarak takip edildi. Postoperatif takibinde diğer parmak dolaşımının düzelmesine rağmen 4. parmak dolaşımı düzelmeyen hastaya drenajdan bir hafta sonra distal interfalangeal eklem seviyesinden amputasyon uygulandı. Olgu 2 55 yaşında, şizofreni tanısı almış olan, sağlık ekipleri tarafından hastaneye getirilmiş ve genel cerrahi kliniği tarafından diyabetik ayak nedeniyle dizaltı amputasyon uygulanmış olan erkek hasta sağ elde yaygın enfeksiyon nedeniyle tarafımızca konsülte edildi. Sağ elde palmar bölgede, tenar bölgede ve dorsal bölgelerde kızarıklık, ödem ve sıcaklık artışı mevcuttu. Özellikle 3. parmak olmak üzere bütün parmaklarında dolaşım yetersizliği gelişmişti. Hasta acil operasyona alındı ve fasyotomi ve drenaj uygulandı. Antibiyoterapi, elevasyon ve immobilizasyon uygulandı. Postoperatif takibinde 3. parmak dışındaki parmakların dolaşımı ve elin genel durumu düzeldi fakat 3. parmakta nekrotik alanlar gelişti. Hastaya 3. parmak metakarpofalangeal eklem seviyesinden amputasyon uygulandı. Olgu 3 70 yaşında erkek hasta Dahiliye Kliniğinde yatarken elde gelişen enfeksiyonu nedeniyle değerlendirildi. 10 yıllık tip 2 diabetes mellitus hikayesi olan hastada 3. parmakta dolaşımın bozuk olduğu ve palmar bölgede ağrı, yaygın kızarıklık ve şişlik olduğu görüldü. Hasta operasyona alındı drenaj uygulandı. Antibiyoterapi, immobilizasyon ve elevasyon uygulan hastada eldeki enfeksiyon gerilemesine rağmen 3. parmaktaki dolaşım bozukluğunun devam etmesi üzerine metakarpofalangeal seviyeden amputasyon uygulandı.

Tartışma ve Sonuç

El enfeksiyonlarının tedavisinde temel basamaklar antibiyoterapi, elevasyon ve immobilizasyondur(2). Abse formasyonu gelişmişse bu basamaklara drenaj da eklenmelidir. Bu derin doku abselerinin yarıya yakını diyabetik hastalarda görülür. Elde kas fasyaları arasında bulunan derin boşluklar bu abselerin yerleşim yeridir. Elde 4 adet potansiyel boşluk bulunur. Bunlar; web, midpalmar, tenar ve hipotenar boşluklardır(3). Bu boşluklarda gelişen abselerde tedavi dorsal ve volar yüzlerden yapılan insizyonlar ve uygulanan drenaj ile sağlanır. Hastalarda drenaj için yapılan insizyonlar eritamatöz alanın tümünü drene edebilecek şekilde yapılmalıdır. Derin el enfeksiyonu bulunan diyabetik hastalarda birden çok kez debridmana ihtiyaç duyulabileceği ve amputasyon ihtiyacına eğilimin fazla olduğu akıldan çıkarılmamalıdır(4). Özellikle geç kalınmış vakalarda amputasyon kaçınılmaz hale gelir. Diyabetik hastalarda gram negatif mikroorganizmalar etken olarak daha sık görülür(5). Ampirik antibiyoterapi verilirken bu ajanlara etkili antibiyotiklerin seçilmesi önemlidir. Kliniğimizde tedavi edilen diyabetik, yaygın el enfeksiyonu bulunan üç hasta sunulmaktadır. Bu üç hastada da başvuru geciktirdiğinden parmak dolaşım bozukluğu gelişmiş, uygun tedaviye rağmen dolaşım bozukluğu devam etmiş ve parmaklara debridman uygulanmıştır.

P25

MERDANE YARALANMALARINDA FARKLI BİR MAKİNE: X IŞINI CİHAZI

Serdar Tunçer

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş

Merdane yaralanmaları ilk defa 1938 yılında McCallum tarafından tanımlanmıştır. Santrifüjle çalışan çamaşır makinelerinin geliştirilmesi ile birlikte sayıları oldukça azalmıştır. Ancak, sanayi başta olmak üzere, farklı işyerlerinde halen kullanılmaktadır. Birbirine ters yönde dönen iki silindir yüzeyin kullanıldığı bir cihaz da güvenlik amacıyla havaalanları, alışveriş merkezleri gibi ortamlarda giderek daha fazla kullanılmakta olan X ışını sistemleridir. Bu sistem içinde, özellikle çantaların alındığı kısım, dönüş yönü itibariyle eli içine çekme ve ezme potansiyeline sahiptir.

Metod

3 yaşında çocuk hasta elinde ezilme yaralanması ile acil servisimize başvurdu. Anamnezinde, alışveriş merkezinde annesinin X ışını cihazından geçirdiği çantasını almaya çalışırken dönen rulolar arasına elinin sıkıştığı ifade edildi. Bu sıkışmanın hemen ardından makine durdurulmuş ve eli geri çekilmiş. Fizik muayenesinde el dorsalini tama yakın kaplayan ödem ve hematoma mevcuttu. Bunun ortasında 3cmx5 mmlik bölgede iskemik bir cilt dokusu mevcuttu. El dorsalindeki ciltte ve parmaklarda dolaşım problemi yoktu. Kooperasyon kurmak güç olmakla birlikte, tendon sinir yaralanması olmadığı görüldü. Grafide fraktür görülmedi. Klinik değerlendirme sonucunda fasyatomi düşünülmeyi. Dirseküstü atel uygulandı ve hasta yakın takibe alındı.

Bulgu

Atellemeyi takiben ödem ve el sırtındaki gerginlik hızla geriledi. El sırtındaki iskemik sahada nekroz gelişmedi. Bir hafta süre ile atel uygulamasından sonra tablonun gerilemesi ve çocuğun bir şikayeti olmaması nedeniyle hareket serbest bırakıldı. Telefon ile yapılan son kontrolde hastanın herhangi bir şikayetin olmadığı bildirildi.

Tartışma ve Sonuç

Merdane yaralanmaları ezme-sıyırma ya da yakma gibi mekanizmalar ile dokularda ciddi mekanik strese neden olur. Yaralanmanın ağırlığı çok değişkendir, basit bir cilt abrazyonundan uzuv kaybına kadar değişebilir. Oluşan hematoma ciltte dolaşım sorununa neden oluyorsa drene edilmeli, daha ağır olgularda fasyatomi yapılmalıdır. Dolaşım olmayan olgularda revaskülarizasyon yapılmalıdır. Ancak, bu yaralanmanın engellenmesi hepsinden önemlidir. Böylesi bir yaralanmayı engelleyen pratik bir çözüm bazı cihazlarda mevcuttur: dönen lastik banta komşu ilk ruloyu tepsiye bağlayan vida yuvalarının geniş oluşu, araya bir cisim girdiğinde rulonun kayarak yerinden oynamasına ve iki silindir arası boşluğun genişlemesine izin vermektedir. Yaralanmanın olduğu cihazda yapılan incelemede böylesi bir donanıma sahip olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak, x ışını cihazının çanta alımı noktasına dikkate edilmesini, özellikle çocukların bu cihazdan uzak tutulmasını önermekteyiz.

P26
EL-BİLEKTE İLERLEYİCİ İDİOPATİK OSTEOARTRİT:
OLGU SUNUMU

Gökhan Çakmak¹, Tarkan Ergün², Mehmet Şükrü Şahin¹
¹ *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
² *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı*

Giriş

El bilekte osteoartrit el cerrahlarının en sık karşılaştıkları rahatsızlıklardandır. Bunun nedenleri arasında skafoid veya radius distal uç kırığı kaynamama veya malunionları, bağ yaralanmaları, karpal kemiklerin avasküler nekrozu ve yapısal anomaliler sayılabilir. Bu yazıda ikinci dekattaki genç hastada oluşan idiopatik ilerleyici yaygın el bilek osteoartriti olgusu ve cerrahi tedavisi vurgulanacaktır.

Olgu ve Bulgular

24 yaşındaki bayan hasta sol el bilekte 2 aydır ağrı şikayeti ile 2007 yılında polikliniğimize başvurdu. Yapılan klinik muayenede el bilekte dorsal yüzde palpasyonla hassasiyet saptandı. Hareket açıklığı tam; ancak ağrılıydı. Direkt radyografik incelemesinde patolojik bulgu saptanmaması üzerine el bilek MR incelemesi istendi. El bilek MR incelemesinde radioulnar eklem komşuluğunda ve ulnar tarafta fleksör retinakulum komşuluğunda iki adet ganglion kisti saptandı. Hastaya statik el bilek ateli ve NSAII tedavisi verildi. 3 hafta sonra kontrole çağrıldı. Bu dönemden sonra kontrolden çıkan hasta 2 yıl sonra aynı şikayetler ve el bilekte hareket kısıtlılığı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. El bilek dorsalinde şişlik ve palpasyonla hassasiyet mevcuttu. El bilek hareketi 100 fleksiyon ve 100 dorsifleksiyon olacak şekilde kısıtlıydı. Yapılan direkt radyografik incelemesinde radiokarpal ve karpal eklem yüzeyleri arasında yaygın osteoartrit bulgusu izlenmekteydi. Romatolojik değerlendirme sonucunda patolojik bulguya saptanmadı. El bilek MR incelemesinde yaygın el bilekte artroz saptandı. Hastaya kısmi el bilek artrodezi, otojen greftleme ve radiokarpal eklem debridmanı uygulandı. Sinoviyal dokudan örneklerde histopatolojik olarak akut veya kronik inflamasyonla uyumlu görünüm saptanmadı. Doku kültürlerinde üreme olmadı ve direkt mikroskopilerinde patolojik bulgu izlenmedi. Erken postoperatif dönemde el bilek hareketleri 300 fleksiyon ve 200 ekstansiyondu. Postoperatif ikinci haftada fizyoterapi başlandı. Artrodez bölgesinde kaynama radyolojik olarak görüldü. Postoperatif 6. ayda hastanın ağrılarının geçtiği ve erken postoperatif dönemdeki hareket açıklığının korunduğu izlendi.

Tartışma ve Sonuç

El bilek osteoartriti sık görülen rahatsızlıklardan olmasına rağmen özellikle genç hastalarda tekrarlayan ağrılarda bu rahatsızlığa neden olabilecek faktörler değerlendirilerek radyolojik ve laboratuvar yöntemlerle tetkik edilmelidir. Bunun yanında idiyopatik olarak da meydana gelebileceği gözardı edilmemelidir. Bu tip vakalarda yakın klinik takip yapılmalıdır. Seçilmiş olgularda kısmi el bilek artrodezi veya diğer el bilek hareket açıklığını koruyacak cerrahi yöntemler tercih edilebilir.

P27
ATLANMIŞ 15 AYLIK PERİLUNAT ÇIKIKLI OLGUNUN
AÇIK REDÜKSİYON VE SKAFOLUNAT EKLEM ARTRODEZİ
İLE TEDAVİSİ

Adnan Kara, Arda Çınar, Erden Ertürer, Mehmet Mesut Sönmez, Şenol Akman
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş

Üç aydan uzun tanı almış perilunat çıkıklarının tedavi yönetimi literatürde nadir rastlanması nedeniyle tartışmalıdır. Çalışmamızda onbeş aylık Mayfield evre IV perilunat çıkığı mevcut olan 45 yaşında erkek olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Metod

Düşme sonrası tespit edilemeyen perilunat çıkığı gelişen olguda bir yıl sonra el bileğinde ağrı, hareket kısıtlılığı ve parmaklarda uyuşma şikayeti ile başvurduğu bir merkezde karpal tünel sendromu tanısı konarak ameliyat önerilmiş. Onbeş ay sonra polikliniğimize başvuran hastada perilunat çıkığı tespit edilerek lunatumun canlılığını ve midkarpal artrozun değerlendirilmesi amacıyla direk grafi, tomografi, manyetik rezonans ve sintigrafi tetkikleri yapıldı. Lunatumun canlılığının koruduğu radyolojik olarak gösterildikten sonra sol el bileğindeki perilunat çıkığa genel anestezi altında volar insizyonla girilerek karpal tünel dekompresyonu sonrası açık redüksiyon ve acutrak vida ile skafolunat artrodez yapıldı.

Bulgu

Hastanın son kontrolünde yapılan muayene ve çekilen grafileri sonucu eklem hareket açıklığında artma olduğu lunatumun vasküleritesinin devam ettiği gözlemlendi. Karpal tünel sendromu bulguları gerileyen hastanın VAS (Visual Analogue Scale) skorunda belirgin azalma olduğu saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Perilunat çıkıklar yüksek enerjili travmalar sonrası gelişen fizik muayenede ağrı, ödem ve hareket kısıtlılığı ile karşımıza gelen fakat tanıda atlama olasılığı yüksek el bileği yaralanmalarıdır. Teşhiste şüphe ve grafi ile değerlendirilmenin esas olduğu bu yaralanmalarda fonksiyonu erken teşhis ve uygun tedaviler belirler. Literatürde üç aydan kısa sürede tanı konulan perilunat çıkıklı hastalara uygulanması önerilen tedavi yöntemi açık redüksiyon olarak belirtilmesine rağmen, kronik vakalarla ilgili tedavi yöntemi tartışmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi canlılığını korumuş karpal kemikler ve artrozun olmaması durumunda agresif kemik ameliyatları ve fonksiyon kaybı oluşturabilecek cerrahi tedavi seçenekleri uygulanmadan önce; açık redüksiyon ve skafolunat birleştirme yaklaşımı ile, iyi bir fonksiyonel ve radyolojik sonuç yanında ağrısız el bileği elde edilebilmektedir.

P28
DELGEÇ MAKİNASIYLA İLGİNÇ BİR EL YARALANMASI

Nilay Yogun, Aydın Gözü, Gönenç Baygöl, Zafer Özsoy
Vakıf Gureba Hastanesi - Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

Giriş

Günümüzde iş güvenliğinin yeterli sağlanamadığı durumlarda ilginç bir şekilde el yaralanmaları oluşmaktadır.

Metod

Acil servise elini poşet delgeç makinasıyla yaralayan 36 yaşında erkek olgu sunuldu.

Bulgu

Olgunun muayenesinde sol elde yaygın giriş çıkış delikleri ve N5-N6 duyu alanında hipoestezi mevcuttu. D4 metakarp üzerinde oluşan delikten dolayı açık kırık oluşmuştu. Olgunun direk grafisinde sol el D1 proksimal falanks üzerinde oblik, D4 metakarpında segmentli kırık hattı mevcuttu.

Tartışma ve Sonuç

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, iş güvenliğinin arttırılmadığı iş yerlerinde ilginç yaralanmalar oluşmaya başlamıştır. Bunlardan biri olgumuzda olduğu gibi bir yaralanma şeklidir. Bu olgulardaki kırıklara açık kırık olarak yaklaşılmalıdır. Tetanoz profilaksisi unutulmamalıdır. El istirahat ateline alınmalıdır.

P29

**BAŞPARMAK KARPOMETAKARPAL EKLEM DEJENERATİF
ARTRİTİNDE SUSPENSİYON ARTROPLASTİ ERKEN SONUÇLARI**

Akif Muhtar Öztürk, Ahmet Yıldırım, Fatih Suluova, Haluk Yetkin
T.C Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Geç evre Karpometakarpal eklem dejeneratif artritinde (KMK) uygulanan süspansiyon artroplastisinin yakın dönem sonuçları sunulmuştur. KMK eklem dejeneratif artritini nedeniyle takip edilen 7 hastaya dorsal yaklaşımla APL tendonu kullanılarak trapeziektomi sonrasında suspension artroplastisi uygulanarak ameliyat sonrası hastaların 6 hafta başparmak destekli atelde kalmaları sağlandı. 6. hafta sonunda rehabilitasyon programına alındılar. Ameliyat sonrası 6. ayda ve birinci yılda yapılan kontrollerinde quick dash skorlama sistemi kullanılarak olguların değerlendirilmesi yapıldı. Olgulardan birinde hasta uyumsuzluğu nedeniyle erken dönemde revizyon gerekmiş, ancak hastaların % 78'inde mükemmel ve iyi sonuç elde edilmiştir. Alınan sonuçlar doğrultusunda sık karşılaşılan klinik bir tablo olan KMK eklem dejeneratif artritinin geç dönemlerinde suspension artroplastisinin kabul edilebilir sonuçlar getiren bir cerrahi tedavi seçeneği olduğu düşünülmüştür.

P30
MEDİAL MALLEOL ÇEVRESİ CİLT KAYIPLARINDA
BASİT KULLANIŞLI BİR FLEP ;
EKSTANSÖR DİGİTORUM BREVIS FLEBİ

Akif Muhtar Öztürk, Ahmet Yıldırım, Haluk Yetkin, Baran Sarıkaya, Alpaslan Şenköylü, Ertuğrul Şener
T.C Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Ayak bileğinde özellikle medial malleol üzerinde ortaya çıkan cilt kayıpları bu bölgede kullanılan implantların ekspoze olmasına neden olabilmektedir. Bu alanları örtmek için kullanılan serbest flepler ayakkabı kullanırken sorunlar çıkartabilir. Bu bölgede kullanılacak basit ve kullanışlı bir flep alternatifini ise ekstansör digitorum brevis kasının transpozisyonu ile elde edilebilir. Bu flep hem kaldırması kolay, hem de ince bir yapıya sahip olması nedeniyle ayak bileği çevresinde kullanışlı bir yapıdadır. Tibia kırığı tedavisinde kullanılan plağın medial malleol üzerinde ekspoze olduğu bir olguda EDB flebinin kullanılarak cilt kaybının giderildiği bir olgunun 2 yıllık sonucu sunulacaktır.

P31 SPONDİLOKARPOTARSAL SİNOSTOZ SENDROMU: OLGU SUNUMU

Kadir Ertem¹, Serdar Cihaner², Demet Pelele¹, Ahmet Sığircı³

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, T.Özal Tıp Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Malatya

² Intergen Genetik Merkezi, Ankara

³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, T.Özal Tıp Merkezi, Radyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Giriş

Nadir görülen bir sendrom olan spondilokarpotarsal sinostoz sendromu(SSS) olduğunu düşündüğümüz olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Metod

Hastamız 29 yaşında bekar bayan hastadır. Hastanın polikliniğimize başvurma şikayeti her iki el bileğinde yaklaşık 10 yaşından beri fark ettiği hareket kısıtlılığı vardı. Hastanın dismorfik fasial görünümü mevcut idi. Hikayesinden yaklaşık 15 yıl önce temporomandibuler eklem ile ilgili operasyon geçirdiği öğrenildi. Ebeveynler arasında akrabalık olmayan hastanın herhangi bir yakınında benzer şikayetler yoktu.

Bulgu

Boyu 150 cm, kilosu 50 kg olan hastanın çekilen grafilerinde her iki el bileğinde karpal kemikler ve metakarpal kemikler arasında(1. metakarplar hariç) füzyon saptandı. 4. metakarpal kemikler her iki elde de kısa görüldü. Ön-arka ve yan çekilen ayak grafilerinde ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde sağ talus ve navikuler kemik ile bilateral küneiform, küboid ve metatarsal kemiklerde füzyon görüldü. Solda naviküler ve küboid kemiklerde füzyon vardı. Lateral grafilerde sağda talus ve kalkaneus arasında füzyon mevcuttu. Hastanın torakal vertebralarında açıklığı sola bakan skolyoz saptandı. Lumbosakral grafisinde sol sakroiliak eklem oblitere, sağ sakroiliak eklem düzensiz daralmış gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç

SSS nadir görülen bir sendrom olup literatürde bildirilmiş 26 vaka vardır. Çok geniş klinik spektrumunu olan bu sendromun, yayınlanan vakalardaki ortak özelliği karpal ve tarsal kemiklerdeki koalisyondur(3). Kısa göğüs, spinal segmentasyon bozukluğu, posterior elemanların füzyonu, skolyoz, pes planus, dental enamel hipoplazi, dirsek çıkığı, renal anomaliler, odontoid hipoplazi, servikal vertebra instabiliteleri(1), fasial dismorfizm, pulmoner restriksiyon, işitme kaybı, retinal anomaliler(2), eklemlerde hareket kısıtlılığı sendromda görülen diğer bulgulardır. Hastamızda karpal ve tarsal koalisyon ve hafif derecede torakal skolyoz saptanmış olup kısa boylu ve dismorfik yüz görünümü ile SSS ile uyumlu bulundu. Daha önce bildirilen ebeveynler arasında akrabalık olan bir vakada filamin B (FLNB) geninde(3. kromozomda) mutasyon saptanmıştır ve sendromun bazı tiplerinin otozomal ressesif geçişli olduğu kabul edilmiştir. FLNB geninin epifizyal büyüme plağındaki kondrositlerde eksprese olduğu gösterilmiştir (4). Daha önce bildirilen aralarında 1. derece akrabalık bulunan ailenin 10 çocuğundan 5'i etkilenmiş, hastalardan 3'ünde retinal anomaliler saptanmıştır (2). SSS ile ilgili genetik araştırmalarda bu hastalığın tanısını destekleyecek mutasyon tespit edilemezse literatürdeki diğer benzer hastalıklar üzerinde durulması gereklidir. Literatürde Karpal füzyon ve skolyoz ile seyreden 14 sendrom rapor edilmiştir. Her biri çok nadir olan bu sendromlardan Prata tarafından 1984 yılında bir ailede tanımlanan ve bu bulgulara ek olarak brakidaktili tip E'nin eşlik ettiği vaka ile vakamız benzerlik göstermektedir. Bu durumda mutasyon tespit edilmemesi olgumuzun Prata sendromunun literatürdeki ikinci vakası olması olasılığını düşündürcektir. Diğer bahsi geçen sendromların bulguları vakamızla bazı önemli noktalarda ayrılıklar göstermektedir.

P32

REKÜRREN LEİOMYOSARKOMADA EKSTREMİTE KORUYUCU CERRAHİ VE İNTERSTİSYEL BRAKİTERAPİ: OLGU SUNUMU

Hakan Uzun, Erhan Sönmez, Tunç Şafak, Abdullah Keçik
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Yumuşak doku sarkomaları heterojen bir tümör grubu olmasına rağmen rekürrens ve metastaz açısından yüksek risk grubunda yer almaktadır. Yumuşak doku sarkomalarının tedavisinde amaç, hayatta kalım süresini artırmak, minimal cerrahi ile birlikte lokal tümör kontrolünü ve optimum ekstremitte fonksiyonunu sağlamaktır. Sadece marjinal eksizyon yapılan hastalarda rekürrens oranı %60 ile %90 arasında olmaktadır. Bununla birlikte radikal eksizyon yapıldığında rekürrens oranları %10 ile %30'a gerilemekte ancak kötü bir ekstremitte fonksiyonu ortaya çıkmaktadır. Postoperatif adjuvan radyoterapi cerrahi ile birlikte kombine edildiğinde ise, marjinal eksizyon yapılan hastalarda lokal rekürrens oranları, radikal eksizyon sonrası görülen oranlara gerilemekte; amputasyon sıklığı ise %30'dan %15'e düşmektedir. Bu olguda ekstremitteyi koruyarak kitlenin geniş eksizyonu, oluşan defektin kemik allogrefti ve serbest doku aktarımı ile rekonstrüksiyonu ve postoperatif erken dönem interstisyel brakiterapi planlanmıştır.

Metod

73 yaşındaki bayan hasta ortopedi polikliniğine sağ bacakta kitle nedeniyle başvurdu. Hastanın hikayesinden 6 ay önce dış merkezde aynı bölgedeki kitlenin eksize edildiği ancak kitlenin 2 ay sonra yeniden oluştuğu öğrenildi. Fizik muayenede kitlenin 6 X 9 cm. büyüklüğünde, hassas ve kemiğe fikse olduğu, manyetik rezonans görüntülemesinde ise tibianın periostuna invaze olduğu görüldü. Hastanemizde tekrarlanan biyopsi sonucu leiomyosarkom olarak rapor edildi. Radyasyon onkolojisi bölümüne danışılan hastanın erken dönemde interstisyel brakiterapi alması önerildi. Bunun üzerine kitlenin geniş eksizyonu, allogreft ile tibia rekonstrüksiyonu ve oluşan defektin serbest anterolateral uyluk flebi ile rekonstrüksiyonu planlandı.

Bulgu

Rezeksiyon sınırlarına eski insizyon skarları da dahil edilip kitle, tibianın anterior korteksi ile birlikte çıkarıldı. Kemik defekti, kadavradan alınan allogreft ile onarıldı. Arkasından radyasyon onkolojisi tarafından brakiterapi için kateterler yerleştirildi. Oluşan defekt sol uyluktan kaldırılan anterolateral uyluk flebi ile rekonstrükte edildi. Flep, subfasyal plandan kaldırıldı ve pedikül diseksiyonu intramuskuler olarak gerçekleştirildi. Alıcı yataktaki anastomozlar için tibialis anterior arter ve venler kullanıldı. Postoperatif 6. günde interstisyel brakiterapi başlanan hastanın flep dolaşımında bir sıkıntıya rastlanılmadı.

Tartışma ve Sonuç

İnterstisyel brakiterapinin cerrahiye adjuvan olarak yumuşak doku sarkomalarında iyi bir lokal kontrol oranı sağladığı değişik çalışmalarda gösterilmiştir. Brakiterapinin cerrahiye adjuvan olarak kullanılmasının eksternal radyoterapiye göre teorikte ve pratikte birçok avantajı bulunmaktadır. Brakiterapi kateterleri tümör yatağına cerrah ve onkoloğun direkt gözetimi altında yerleştirilir. Böylece geride mikroskopik tümör odağı taşıması en muhtemel alana yüksek doz radyasyon verilmiş olur. Muhic ve ark.nın yaptığı retrospektif bir çalışmada geniş eksizyon sonrası brakiterapi verilen yumuşak doku sarkomalı hastaların %88'inde 5. yılda lokal rekürrens saptanmamıştır. Delaney ve ark.nın yaptığı benzer bir çalışmada intralezyonel eksizyon ile birlikte brakiterapi kullanıldığında ise bu oran %76 olarak bulunmuştur. Brakiterapi ile birlikte eksternal radyoterapi de kullanıldığında bu oranlar daha da artmaktadır. Bacak bölgesinin rekonstrüksiyonu için bu vakada tercih edilen flep anterolateral uyluk flebi olmuştur. Perforatörlerin flebe, cilt adasının ortasından girmesi planlanarak flebin defekte adaptasyonu daha kolay sağlanmıştır. Hastanın ameliyat sonrası erken dönemde radyoterapi alması planlandığı için dayanıklılığını artırmak amacıyla flep, subfasyal plandan kaldırılmış ve flebin neovaskülarizasyonu için brakiterapiye 6. günde başlanmıştır. Amputasyon yapılmadan temiz cerrahi sınırlar elde etmenin zor veya imkansız görüldüğü rekürren yumuşak doku sarkomalarında, ekstremitte koruyucu cerrahiye sekonder interstisyel brakiterapi, lokal rekürrens ve amputasyon oranlarını düşürmekte ve ekstremitenin fonksiyonel olarak korunmasına izin vermektedir.

P33

PARMAK DEFEKTLERİNİN LOKAL ROTASYON FLEPLERİ İLE ONARIMI

Dilek Bağdatlı, Ramazan Hakan Özcan, Ömer Mutlu, İnci Gökalan Kara
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Üst ekstremitte yumuşak doku defektleri, el cerrahisinde sıklıkla karşılaşılan problemlerden biridir. Yumuşak doku defektleri, travma, enfeksiyon, tümör eksizyonu gibi çeşitli nedenlerle gelişebilir. Doku defektinin boyutu ve derinliği rekonstrüksiyon seçeneğinde belirleyicidir. Defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek flep seçenekleri aksiyel veya random paternli olabilir.

Metod

Bu çalışmada çeşitli sebeplerle meydana gelen yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda aynı parmak dorsal yüzden planlanan rotasyon flepleri ile onarım yapılmıştır. Donör saha inguinal bölgeden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile kapatılmıştır.

Bulgu

Çalışmaya 3'ü çocuk 3'ü erişkin olmak üzere 6 olgu dahil edilmiştir. Olguların yaş aralığı 18 ay ile 40 yaş arasında değişmekte idi. Doku defekti iki olguda 1. parmakta interfalangeal eklemi de içine alacak şekilde distal falanks dorsal yüzde, bir olguda 1. parmak medial yüzde, bir olguda 5. parmak proksimal interfalangeal eklem dorsal yüzde, iki olguda 5. parmak orta falanks dorsal yüzde idi. Defektler, bir olguda pyojenik granülom beş olguda travmaya sekonder gelişmişti. Defektler aynı parmak dorsal yüzden planlanan random paternli rotasyon flepleri ile onarıldı. Bir olguda distal ve proksimalinden hazırlanan iki adet rotasyon flebi ile, diğer beş olguda bir adet rotasyon flebi ile onarıldı. Olguların hiç birinde hematoma, yara yeri enfeksiyonu, kontraktür gibi komplikasyonlar görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Parmaklarda gelişen yumuşak doku defektlerinin onarımında, greft seçeneğinin yeterli olmadığı durumlarda çevre dokulardan hazırlanan lokal flepler ilk tedavi basamağını oluşturur. Lokal flepler aksiyel veya random paternli olabilir. Lokal fleplerle kapatılabilecek parmak defektlerinde, aynı parmaktan planlanan random paternli lokal flepler uygulama kolaylığı açısından aksiyel paternli fleplere göre üstünlük sağlamaktadır. Aynı zamanda çapraz parmak fleplerinde görülen, birden fazla parmağı içine alan uzun süreli immobilizasyonu gerektirmemesi çocuk ve yaşlı hastalarda tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır.

P34
EL BİLEK AĞRISININ NADİR BİR SEBEBİ:
TRIQUETRAL İNTRAOSSEÖZ GANGLİON

Serhan Tuncer, M. Hakan Bulam, Betül Ak, Başar Kaya, Sühan Ayhan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş

Karpal intraosseöz ganglion, kistik subkondral kemik defekti oluşturan nadir bir patolojidir. Daha sık alt ekstremitte yerleşimli olduğu bilinen bu patoloji, karpal kemiklerde de nadiren bildirilmiştir. Literatürde lunat, skafoid ve triquetriumda intraosseöz ganglion olguları mevcuttur. Bu bildirinin amacı kliniğimizde teşhis ve tedavisi yapılan bir triquetral intraosseöz ganglion olgusunu sunmak ve tartışmaktır.

Olgu ve Bulgular

Olgu sunumu: 29 yaşında sağ el dominant bir bayan hasta 8 yıldır mevcut olan sağ el bileği ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Travma veya ek hastalık öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenede el bileği volar tarafta, orta hatta orta derecede hassasiyet mevcuttu. Palpasyonla el bileğinde karpal kemik proksimal sıra ulnar tarafta kompresyonla şiddetli ağrı tarif etmekteydi. El bilek filminde triquetriumda tek, iyi sınırlı, yuvarlak radyolusen alan görüldü. Kortekste ekspansiyon veya periost reaksiyonu oluşturmamıştı. El MRI'nda sağ triquetriumda subkortikal 1 cm çapında dejeneratif kist ve eşlik eden fokal medüller ödem alanı rapor edildi. İnterkarpal eklem ilişkileri doğaldı. Cerrahi tedavi planlanan hastaya dorsal yaklaşımla girilerek triquetral kemik kisti subkortikal olarak kürete edildi. Oluşan kemik defekti sol iliak kanattan alınan spongiyöz kemik grefti ile onarıldıktan sonra iki adet K-teli ile fiksasyon sağlandı. Patolojik incelemede spesifik olmayan fibröz ve kıkırdak dokular görüldü. Altı hafta sonrasında K-telleri çekilerek el rehabilitasyonu uygulanan hastanın ameliyat sonrası 4. ayında ağrı şikayetlerinin belirgin derecede gerilediği ve günlük aktivitelerini yerine getirebildiği görüldü.

Tartışma ve Sonuç

El bileğinde ağrı şikayetinin nadir bir nedeni intraosseöz gangliondur. Skafoid kemikte sık görülen bu lezyon triquetral eklemden çok daha nadir görülmektedir. Ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bu patolojinin önerilen tedavisi küretajdır. Gerekli görüldüğü takdirde kemik greftlemesi ve uygun fiksasyon yapılmalıdır.

P35
SERBEST SERRATUS FASYA FLEBİ İLE
PARMAK DORSAL YÜZ DEFEKTİ ONARIMI

Serhan Tuncer, Başar Kaya, Hakan Bulam, Sedat Tatar, Osman Latifoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş

El ve parmak dorsal yüzündeki deri defektlerinin onarımında çeşitli flep seçenekleri mevcuttur. Ekstansör tendonların açıkta olduğu el defektlerinde ideal onarım tendon kayma hareketini sağlarken estetik açıdan da ince ve esnek olmalıdır. Burada 3., 4. ve 5. parmak ekstansör yüzünde kemik, tendon ve yumuşak dokuları açıkta bırakan deri defekti ile kliniğimize başvuran hastanın rekonstrüksiyonunda uygulanan serbest serratus fasya flebi sunulmaktadır.

Metod

17 yaşında, erkek, sağ eli dominant olan hasta trafik kazası sonrası sağ el 3., 4. ve 5. parmak ekstansör yüzde, metakarpofalangeal eklem proksimalinden tırnak yatağına kadar tüm alanı içeren tam kat deri, parsiyel kemik ve tendon defekti nedeniyle başvurdu. Hastaya serbest serratus fasya flebi ile onarım planlandı. Bir ekip elde debridman, kemik fiksasyonu, tendon greftlemesi sonrası üç parmağı sindaktilize etti. Diğer ekip, torakodorsal damar sistemi üzerinde serratus fasyasını hazırladı. Flep ele taşındıktan sonra radial arter ve el dorsumundaki yüzeyel ven alıcı damarlar olarak kullanıldı. Pedikülü kısa olması nedeniyle ön koldan alınan ven grefti A-V loop yapılarak damar boyu uzatıldı ve uç-uç anastomoz gerçekleştirildi. Defektin tamamı flep tarafından örtülerek rekonstrüksiyon sağlandı. Kısmi kat deri grefti flep üzerine dikildi.

Bulgu

Postoperatif erken dönemde 4. web aralığının distal interfalangeal eklem seviyesinde gelişen minimal bir hematoma ve buna bağlı üzerinde yer alan deri greftinde lizis meydana geldi. Bu alanın postoperatif 4. haftada sekonder epitelizasyon ile kapandığı görüldü. Diğer alanların tamamen epitelize olduğu görüldü. Postoperatif 6. haftada K-telleri çekildi ve parmaklar birbirinden ayrılarak onarım tamamlandı.

Tartışma ve Sonuç

El sırtı defektlerinin onarımında ince bir onarım gerektiğinden fasya flepleri tercih edilebilir. Sıkça kullanılan temporoparietal fasyanın kısa pedikül, tutarsız venöz anatomi, flep yüzey alanının darlığı, donör saha skar ve alopesi gibi dezavantajları mevcuttur. Serratus fasya flebi yeterli yüzey alanı sağlaması, uzun pedikül boyu, ince, esnek ve tendon hareketine izin vermesi gibi avantajlarının yanında minimal donör saha morbiditesine sebep olması nedeniyle el dorsum defektlerinin rekonstrüksiyonunda tercih edilebilecek uygun bir seçenektir.

P36

PEDİKÜLLÜ RADIAL ARTER PERFORATÖR FLEBİ İLE 1. WEB ARALIĞI KONTRAKTÜRÜ AÇILMASI: OLGU SUNUMU

Hakan Uzun, Serdar Nasir, Tunç Şafak, Abdullah Keçik
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Ters akımlı radial önkol flebi ilk olarak 1982 yılında Lu ve ark. tarafından tanımlanmış ve tek evreli el rekonstrüksiyonu için literatürde kendisine uygun bir yer bulmuştur. Ancak majör bir arterin feda edilmesini gerektirmesi ve donör sahadaki skar deformitesi, bu flebin en önemli dezavantajları olmuştur. Radial önkol flebinin donör saha morbiditesinin üstesinden gelmek için tariflenmiş modifikasyonları bulunmaktadır. Bunlar arasında yeralan, Chang ve ark.nın tanımladığı, radial arterin radial stiloid çevresindeki perforatörleri üzerinden kaldırılan flep, en popüler yaklaşımlardan biridir.

Metod

30 yaşındaki erkek hasta acil servise sol el başparmak amputasyonu ve sol el palmar bölgede ve diğer parmaklarında çok seviyeli yaralanma ile başvurdu. Başparmak replantasyonunu takiben kemik fiksasyonu, yüzeysel palmar ark onarımı, 3.parmak revaskülarizasyonu, palmar bölgede ve parmaklarda dijital sinirlerin ve fleksör tendonların onarımı gerçekleştirildi. Postoperatif takibinde 1. web aralığında kontraktür gelişen hastaya kontraktür açılması ve uygun bir doku ile yeni web oluşturulması planlandı. Replante başparmağı besleyen arterlerin radial arterden kaynaklanması ve hastanın yüzeysel palmar arkının zedelemiş olması nedeniyle radial arter sakrifiye edilmeden pediküllü radial arter perforatör flebi rekonstrüksiyon tercih edildi.

Bulgu

Web aralığındaki kontraktürün açılmasını takiben radial stiloidin 2 cm. proksimali pivot nokta olarak belirlenerek web aralığında oluşan defektin distaliyle bu nokta arasındaki mesafeye ölçüldü. (16 cm) Pedikülün 180 derece rotasyonuna imkan sağlayacak şekilde, pivot noktadan 16 cm uzaklıkta, 6x6 cm. deri adalı adipokütan flep tasarlandı ve flep suprafasyal plandan radial arter perforatör bölgesine kadar kaldırıldı. Radial stiloidin 2 cm. proksimalinde radial arterin uygun perforatörü bulunarak flebin diseksiyonu tamamlandı. Daha sonra flebin dolaşımını etkilememek için defekt ile flebin pivot noktası birleştirilerek flep defekte taşındı. Donör alan primer kapatıldı. Postoperatif dönemde flebin dolaşımında sıkıntı görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Radial önkol flebinin en önemli dezavantajı önkolun majör arterlerinden birinin feda edilmesidir. Postoperatif dönemde ulnar arterin el ve önkol dolaşımı için yeterli olacağı Allen testi ile öngörülse dahi elin ana vasküler yapıları olan radial ve ulnar arter intakt olmalıdır. Radial arteri feda etmeden volar önkol derisini kullanabilmek için, bu flebi radial arterin perforatörleri üzerinden kaldırmak üzere tasarlanmış birçok anatomik ve klinik çalışma bulunmaktadır. Radial arterin brachioradialis ve flexor carpi radialis tendonları arasında kalan distal kısmı bir çok perforatör içermektedir. Saint-Cyr ve ark.nın 26 kadavra üzerinde yaptığı çalışmada, radial stiloidin 2 cm.proksimalinde kadavraların hepsinde en az iki adet perforatör tespit edilmiştir. Aynı çalışmada bu flebin suprafasyal olarak kaldırılmasının dolaşımını etkilemediği gösterilmiştir. Radial önkol derisi histolojik olarak birbiri ile ilişkili düşük rezistanslı vasküler ağlarla örülmüştür. Bu vasküler ağlardaki düşük rezistans sayesinde kan akımının yüksek olacağı teorik olarak öngörülmektedir. Pediküllü radial arter perforatör flebi radial arterin korunduğu, el bölgesindeki doku defektlerinin örtülmesi için fasyokütan, adipokütan veya adipofasyal olarak kaldırılabilir güvenilir bir fleptir. Diseksiyon süresinin kısa olması, donör saha morbiditesinin minimal olması, n. cutaneus antebrachii lateralisin nörorafisi ile duyu sağlanabilmesi ve mikrocerrahi uygulanmış bu nedenle elin ana damarlarından birinin flep tasarlamak amaçlı kullanılmasının el dolaşımında sorun yaratabileceği düşünülen hastalarda uygulanabilmesi bu flebin diğer avantajlarıdır.

P37

**OLGU SUNUMU: KOMPLİKE ANTEKUBİTAL BÖLGE
YARALANMASININ KOMBİNE FREE LATİSSİMUS DORSİ KAS DERİ -
SERRATUS ANTERİOR KAS FLEBİ İLE FONKSİYONEL ONARIMI**

Ramazan Hakan Özcan, Adem Topkara, Dilek Bağdatlı, Ömer Mutlu, Orhan Aydın
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş

Free flepler rekonstrüksiyon piramidinin en üst basamağındadır. Komplike ve geniş defektlerde kombine flepleri tek pedikül üzerinden kaldırmak mümkündür. Latissimus dorsi ve serratus anterior kas flepleri kombine şekilde kullanılabilir. Çünkü subskapuler-torakodorsal arter, her iki kası birden besleyen bir pedikül sağlar. Vasküler pedikül uzun ve güvenilirdir.

Metod

OLGU : 38 yaşında kadın hasta acil servise, tekstil makinasına sağ kolunu kaptırma sonucu başvurdu. Dirsek eklemi, antekubital bölge, anteromedial üstkol bölgesi ve anteromedial önkol proksimalinde geniş cilt ve kas doku yaralanması mevcuttu. Bu bölgedeki hasar, kaslarda parçalanma ve cilt nekrozu şeklindeydi. Pronator, supinator, ön kol ve el ekstensor kas orijin bölgesi ile biceps ve triseps kaslarının yaklaşık ½ distalleri hasara uğramıştı. Median ve radial sinirler kopmamış ancak traksiyona uğramıştı. Brakial arter sağlamdı. Hastanın öyküsünde, önceden olan yanığa bağlı olarak dirsek eklemine fleksiyon kontraktürü olduğu öğrenildi. Bu kontraktür, travma esnasında cilt doku defektinin artmasına neden olmuştu.

Bulgu

Hastaya, gerekli debridmanların ardından kas ve cilt doku defekti için kombine latissimus dorsi muskulokutan ve serratus anterior free kas transferi yapıldı. Serratus kasının 4 slipli defektli olan biceps kasının ½ distali rekonstrüksiyonu için kullanıldı. Latissimus dorsi muskulokutan flep ise cilt defekti olan bütün bölgeye yayıldı. Uyluk bölgesinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti meşlenerek cilt örtüsü sağlandı. Postop dönemde hastanın herhangi bir flep, greft yada yara yeri problemi olmadı. Hastaya erken dönemde fizik tedavi başlandı ve özel uzunkol supinasyon ateli ile desteklendi. Hastanın fonksiyonel iyileşmesi beklenilenin üzerinde gerçekleşti. Dirsek fleksiyon ve ekstensiyonu tatmin ediciydi. Hastanın postop 5. ayda sadece supinasyonda kısıtlılık mevcut ve fizik tedavisi devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Olgumuzdaki gibi komplike defektlerde rekonstrüksiyon planlanırken yaralanan dokunun tipine göre birden fazla doku içeren flepler gerekebilir. Subskapuler-torakodorsal arter sistemi kombine flep için elverişlidir. Gerektiğinde flebe, kas ve derinin yanında kostal veya skapuler kemik eklenerek daha başarılı fonksiyonel ve 3 boyutlu rekonstrüksiyon sağlanabilir.

P38 ORTA FALANKSTA ANEVİRİZMAL KEMİK KİSTİ

Haluk Özcanlı¹, İsmail Çakıcı¹, E. İnanç Gürer², A. Turan Aydın¹
¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi- Travmatoloji Anabilim Dalı
² Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş

Anevrizmal kemik kisti (AKK), kemiğin içerisi kanla dolu septalarla karakterize nadir görülen benign lezyonudur. Anevrizmal kemik kisti, tüm iskelette görülebilmesine karşın sıklıkla uzun kemiklerde gözlenir. Kızlarda, erkeklere nazaran daha sık görülür. Olguların % 80'i 20 yaşından önce görülmektedir. Metafiz yerleşimli olgularda genellikle büyüme plakları etkilenmemesine rağmen agresif formlarında %23 oranında tutulum görülebilir ve büyüme kırıkdağı hasarı nedeniyle deformite gelişebilir. Anevrizmal Kemik kisti, başka bir patolojinin (sıklıkla Dev hücreli Tümör) zemininde de ortaya çıkabilir ve bu olguların ancak üçte birinde primer lezyonun tanısı mümkün olmaktadır. Anevrizmal kemik kistinin tedavisi hastanın yaşı, lezyonun bulunduğu bölge ve tipine göre değişiklik gösterebilir. Bu çalışmada, nadir görülen orta falanks tutulumu olan geniş destrüksiyon yapmış; büyüme plağına yakın AKK olgusunun kortikal çöktürme ve allogreft ile tedavi edilen olgunun sunumu erken dönem izlem sonucunun değerlendirilmesidir.

Metod

12 yaşında erkek hasta parmağında deformite ve ağrı nedeniyle poliklinikte değerlendirildi. Radyolojik değerlendirmesinde orta falanksta yaygın litik ekspansil kitle tespit edilerek ameliyatı planlandı. Ameliyat sırasında kist kürete edildikten sonra duvarlar kırılarak kemik pensi aracılığı ile çöktürüldü, kalan boşluk allogreft ile dolduruldu.

Bulgu

Ameliyat sonrası radyolojik olarak takip edilen olguda bir yılın sonunda nüks izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

Anevrizmal kemik kisti, genellikle 10-20 yaş döneminde gözlenen benign kistik lezyonlardır. Tedavisinde çeşitli yöntemler tanımlanmıştır. Literatürde bu yöntemlere ait % 10 ile % 59 arasında değişen oranlarda nüksler bildirilmektedir (%10-59). Uyguladığımız kortikal çöktürme yöntemi ile, gereken greft ihtiyacı azalmakta ve tutulum bölgesinin yeniden şekillenmesi daha iyi olmaktadır.

P39 EL BİLEĞİNDE LEİOMYOMA

Haluk Özcanlı¹, A. Bora Yeter¹, E. İnanç Güner², Ahmet Turan Aydın¹

¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi-Travmatoloji Anabilim Dalı

² Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş

Leiomyoma düz kasların benign tümörüdür. Literatürde bildirilen olgu sunumları değerlendirildiğinde, genellikle 30-40 yaşlardan sonra ve kadınlarda sık olarak gözleendiği, nadir olarak ekstremitelerde görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada amacımız, nadir olarak görülen el bileğindeki leiomyom olgusunun tedavisi ve erken dönem takip sonucunun sunulmasıdır.

Metod

4 yaşında kız olgu 1 yıl önce fark edilen ağrısız büyüyen el bilekte kitle yakınması ile poliklinikte değerlendirildi. Hastanın el bilek volar ve radial kısımda 3x3x4 cm'lik vasküler görünümde ağrısız kitlesi vardı. Yapılan MRG'de benign oval görünümde, kapsüllü, fascia üzerinde yerleşmiş yumuşak doku tümörü izlendi. Ameliyat sırasında tümöre marjinal eksizyon uygulandıktan sonra kasıktan alınan tam kat cilt grefti ile kapatıldı. Histopatolojik olarak leiomyoma tanısı konuldu.

Bulgu

Olgunun bir yıllık erken dönem takiplerinde herhangi bir komplikasyon ya da nüks izlenmedi

Tartışma ve Sonuç

Leiomyoma nadir görülen ven duvarındaki kaslardan köken alan bir tümördür. 30 yaşından sonra kadınlarda sıktır, en çok uterusda gözlenir, ekstremitte tutulumu gözlenebilir ancak genellikle alt ekstremitede ayak, ayak bilek çevresinde gözlenir ve nadir olarak çapı 2 cm üzerindedir. Leiomyoma olgumuz eksizyon ve tam kat cilt grefti ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş, el bileğinde nadir görülmesi, çocukluk yaş grubunda olması ve farklı görünümü nedeniyle erken dönem sonucumuz sunulmuştur.

1. Ulusal El Rehabilitasyon Kongresi

Bildiri Özetleri Kitabı

19-22 Mayıs 2010 - ANTALYA

1. Ulusal El Rehabilitasyonu Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

EL TERAPİSTLERİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU ve
1. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
ORGANİZASYON KURULLARI

ONURSAL BAŞKAN
Fzt. Firdevs KUL

BAŞKAN
Fzt. Gülin ARIKAN

BAŞKAN YARDIMCISI
Fzt. Ali KİTİŞ

GENEL SEKRETER
Fzt. Beray KELEŞOĞLU

SAYMAN
Fzt. Deniz DİKMEN MERAL

BİRLİKTEKİLER KURULU
Bşk. Fzt. Tüzün FIRAT
Aysel ENHOŞ
Gülnur ÖZTÜRK
Safiye ÖZKAN

KONGRE BİLYMSEL PROGRAMI

21 MAYIS 2010, CUMA

EL REHABİLİTASYONU GÜNÜ

- 09.15-10.15 KONFERANS
Oturum Başkanı : Fzt. Tülay ÖZEL
Elde Skar ve Kontraktüre Fizyoterapi Bakıby
Fzt. Gülnur ÖZTÜRK, Fzt. Firdevs KUL
- 10.15-10.30 POSTER VE KAHVE ARASI
- 10.30-12.00 PANEL
Romatoid EI Cerrahisi ve Rehabilitasyonu
Moderatör : Fzt. Ali KİTİŞ
Konuşmacılar : Dr. Veli ÇOBANKARA
Fzt. Ümit UĞURLU
Dr. Türker ÖZKAN
Fzt. Ali KİTİŞ
- 12.00-13.00 ÖDLE ARASI
- 13.00-14.15 PANEL
Serebral Paralizde Üst Ekstremitte
Moderatör : Fzt. Ayşe ARDALI
Konuşmacılar : Fzt. Mintaze KEREM GÜNEL
Dr. Levent YALÇIN
Fzt. Salime ALTUNBAY
Fzt. Mine UYANIK
- 14.15-14.45 SUNUM
EI Terapisine Nasıyl Baıladıym?
Fzt. Tülay ÖZEL
- 14.45-15.00 POSTER VE KAHVE ARASI
- 15.00-15.30 KONFERANS
Oturum Başkanı: Fzt. Safiye ÖZKAN
Torasik Outlet Sendromu
Fzt. Tüzün FIRAT
- 15.30-16.45 SERBEST BİLDİRİLER
Oturum Başkanı: Fzt. Aysel ENHOŞ
- 15.30-15.38 S 1-El yaralanmalarında kullanılan fonksiyonel durum ölçütlerinin karşılaştırılması-Fzt. Çiğdem ÖKSÜZ
- 15.38-15.46 S 2-Doğumsal brakial pleksus yaralanmalı çocukların ailelerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi- Fzt. Deran OKSAY
- 15.46-15.54 S 3- 1. Bölge izole ekstansör tendon yaralanmalarında post-operatif el rehabilitasyonu sonuçları- Fzt. Ali KİTİŞ
- 15.54-16.02 S 4- Mallet finger deformitesinde non-operatif tedavi sonuçlarımız- Fzt.Emel ÇİÇEK
- 16.02-16.10 S 5-PIP ve DIP eklem fleksiyon kontraktürlerinde SS-FC (Screw Splint for Flexion- Contracture) ortezi kullanımı ve avantajları- Fzt. İsmail CEYLAN

1. Ulusal EI Rehabilitasyonu Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

- 16.10-16.18 S 6- Üst ekstremitte yaralanmalarında yaşam kalitesi-
Fzt. Burcu Semir AKEL
- 16.18-16.26 S 7- İkinci bölge fleksör tendon yaralanmalarında post-operatif Washington
protokolu sonuçları- Fzt. Ali KİTİŞ
- 16.26-16.45 Tartışma
- 16.45-18.00 SERBEST BİLDİRİLER
Oturum Başkanı: Fzt. Gülden EDİS
- 16.45-16.53 S 8- Evre 2 rotator manşet tamiri sonrası fonksiyonel durumun
değerlendirmesi- Fzt. Ali KİTİŞ
- 16.53-17.01 S 9- Üst ekstremitte yaralanmasına sahip hastalarda DASH-T ve SF-36
anketleri arasındaki ilişkinin incelenmesi- Fzt. Ferruh TAŞPINAR
- 17.01-17.09 S 10- Spastik serebral palsili çocuklarda ekstremitte dağılımı el becerilerini
nasıl etkiliyor- Fzt. Akmer MUTLU
- 17.09-17.17 S 11- Serebral palsili çocuklarda klinik tiplere göre el becerilerinin
sınıflandırılması- Fzt. Özgün Kaya KARA
- 17.17-17.25 S 12- Engelli çocuğa sahip anneler ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin üst
ekstremitelerinin karşılaştırılması- Fzt. Ferruh TAŞPINAR
- 17.25-17.33 S 13- Rotator manşet tamiri sonrası gece, istirahat ve aktivite sırasında
ağrı düzeyindeki değişiklikler- Fzt. Ali KİTİŞ
- 17.33-17.41 S 14- Fizyoterapi ve rehabilitasyon olgularında izole el problemleri görülme
sıklığı – retrospektif çalışma- Fzt. Özgül ÖZBAY
- 17.41-18.00 Tartışma

Serbest Bildiri Özetleri

S1 EL YARALANMALARINDA KULLANILAN FONKSİYONEL DURUM ÖLÇÜTLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çiğdem Öksüz¹, Burcu Semin Akel¹, Deran Oskay², Gürsel Leblebicioğlu³

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

³Hacettepe Üniversitesi Ortopedi Anabilim Dalı

Üst ekstremitte yaralanmalarında uyguladığımız tedavinin başarısını genellikle normal eklem hareketi, kavrama kuvveti yada duyu değerlendirmesi gibi fiziksel bulgular ile değerlendirmekteyiz. Ancak elde ettiğimiz bu fiziksel bulgular hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini belirlemek ve hastanın kendi bakış açısıyla günlük yaşam aktivitelerindeki performansını ortaya koymakta yetersiz kalmaktadır. Bu amaçla üst ekstremitte yaralanmalarında hastanın fonksiyonel durumunu ortaya koyan pek çok skala yaygın olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızın amacı üst ekstremitte yaralanmalarında kullanılan farklı fonksiyonel değerlendirme sistemlerinden olan Disabilities of The Arm Shoulder and Hand Questionnaire (DASH-T); Michigan El Sonuç Anketi ve Miliken Günlük Yaşam Aktiviteleri skalalarını karşılaştırmaktır.

DASH anketi hastanın günlük yaşam aktiviteleri sırasındaki zorlanmasını, semptomlarını fonksiyon/semptom skoru olarak belirler. Michigan El Sonuç Anketi fonksiyon, günlük yaşam aktiviteleri, ağrı, iş performansı, estetik ve tatmin alt bölümlerinden oluşur. Miliken Günlük Yaşam Aktiviteleri skalası ise yemek ve hazırlamak, kişisel hijyen, giyinmek, obje manipülasyonu, temizlik ve diğer aktiviteler başlığı altında altı bölümden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan olgulardan DASH-T, Michigan El Sonuç Anketi ve Miliken Günlük Yaşam Aktiviteleri anketini Türkçe versiyonunları doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümüne sinir yaralanması, kırık, yumuşak doku yaralanması tanısı ile başvuran 67 olgu (39 kadın,28 erkek) dahil edilmiştir. Olgular 18-77 yaş arasındadır ve yaş ortalamaları 40,92±11,14 olarak saptanmıştır. Olguların 63'ünün (%94'ü) sağ, 4'ünün (%6) sol eli dominanttır. Olguların 27'si (%40,3) sağ el yaralanması, 32'si (%47,8) sol el yaralanması, 7'si (%10,4) bilateral el yaralanması geçirmiştir. DASH-T anketi sonuçları ile Miliken anketinin kişisel hijyen, giyinme, obje manipülasyonu alt parametre puanları ve toplam skoru arasında kuvvetli bir korelasyon bulunurken DASH-T anketi sonuçları ile Miliken anketinin yemek hazırlama/yeme, temizlik ve diğer aktiviteler alt parametre puanları ile orta derecede korelasyon olduğu bulunmuştur. DASH-T anketi sonuçları ile Michigan anketi günlük yaşam aktiviteleri alt parametresi ve toplam puanları arasında kuvvetli, fonksiyon, iş, ağrı, estetik ve tatmin puanları arasında ise orta derecede korelasyon bulunmuştur.

Miliken Günlük Yaşam Aktiviteleri skalası üst ekstremitte yaralanması geçirmiş hastaların fonksiyonlarını aktiviteyi hangi el ile yapıldığına bakmadan değerlendirirken Michigan anketi her bir fonksiyonu her el için ayrı ayrı değerlendirip puanlamaktadır. DASH anketi ise hangi elin yaralandığına bakmaksızın fonksiyonel durum ve semptomları değerlendirmek için geliştirilmiştir. Çalışmamızın sonucunda el yaralanmalarında sıkça kullanılmakta olan ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlikleri çalışmaları yapılmış olan her üç anketin arasında yüksek/orta derecede korelasyon bulunması el yaralanması sonucunda ortaya çıkan fonksiyonel durum yetersizliğini belirlemek için her üç anketin kullanımının uygun olduğunu göstermektedir.

S2

DOĞUMSAL BRAKİYAL PLEKSUS YARALANMALI ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Deran Oskay¹, Çiğdem Öksüz¹, Semin Akel¹, Gürsel Leblebicioğlu³

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

³Hacettepe Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Çalışmamızın amacı; Doğumsal Brakiyal Pleksus Yaralanması (DBPY) sonrası rehabilitasyon programında önemli bir görev üstlenen annenin yaşam kalitesinin çocuğun yaşına, tutulum bölgesine ve cinsiyetine göre nasıl etkilendiğini değerlendirmektir.

Çocuğuna DBPY tanısı konmuş 77 anne çalışmaya dahil edildi. Gruplar çocukların yaş aralığına (0-2 yaş, 2-7 yaş, 7-12 yaş), brakiyal pleksus tutulumlarına (üst ve/veya orta, total) ve cinsiyetlerine göre belirlendi. Annelerin yaşam kaliteleri Nottingham Sağlık Profili (NSP) anketi ile değerlendirildi.

Grupların NSP anketi alt parametrelerinin sonuçları karşılaştırıldığında, yaş aralıklarına göre sadece 0-2 ve 7-12 yaş grupları arasında fiziksel aktivite alt parametresinde, cinsiyetlerine göre ise sadece uyku alt parametresinde istatistiksel olarak fark bulundu ($p<0,05$). Brakiyal pleksus tutulumuna göre NSP anketi alt parametreleri değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulunamadı.

Çalışmamızın sonucunda cinsiyet, yaş aralıkları ve tutulum bölgelerine göre gruplar arasında fark bulunmadı. Bu çalışma, brakiyal pleksus yaralanması hangi seviyede olursa olsun, DBPY'de doğumdan hemen sonra ve seneler içinde gerçekleşen iyileşmenin her döneminde, çocuklarının tedavi ve rehabilitasyonu için aileler birbirine benzer önemlilikte olan farklı sorumluluklar aldığını, bunun sonucu olarak da yaşam kalitelerinin benzer şekilde etkilendiğini göstermektedir. Çocukları sağlıklı olan annelerin yaşam kalitesi ile karşılaştırmak, bu annelerin yaşam kaliteleri hakkında daha detaylı bilgi edinmemizi sağlayacaktır.

S3

I. BÖLGE İZOLE EKSTANSÖR TENDON YARALANMALARINDA POSTOPERATİF EL REHABİLİTASYONU SONUÇLARI

Yaprak Ülgen¹, Nagihan Çakır¹, Ali Kitiş¹, Ramazan Hakan Özcan², Dilek Bağdatlı², İnci Gökalan Kara²

¹*Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu*

²*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı*

Bu çalışmada elin I. bölgesinde basit ekstansör tendon kesisi olan hastalarda uygulanan cerrahi onarım ve rehabilitasyon programının geç dönem sonuçları geriye dönük olarak incelemek amaçlanmıştır.

Pamukkale Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda Kasım 2008-Şubat 2010 tarihleri arasında I. bölgedeki basit ekstansör tendon yaralanması nedeniyle cerrahi onarım uygulanan ve yaş ortalamaları 42,4 yıl olan 10 hasta (7 erkek, 3 kadın) çalışmaya alındı. Yaralanan parmak sayısı 2. parmak (n=5), 3. parmak (n=4) ve 4. parmak (n=3) olmak üzere 12 parmaktı. Tendon onarımı sonrasında tüm hastalara Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu El Rehabilitasyonu Ünitesi'nde statik parmak splinti ile 6 haftalık immobilizasyonu takiben kısa ark hareket programı uygulandı. Hastalar eklem hareket açıklığı, ekstansiyon kaybı ve el ve üst ekstremitelerin fonksiyonel kullanımını açısından değerlendirildi.

Çalışmanın sonunda ortalama takip süresi 12 hafta idi ve TEH 235 derece, ekstansiyon kaybı ortalama 2.5 derece, modifiye Strickland ölçümü ortalama 61.9 (iyi sonuç), DASH-T anketi sonucu ise 19.3 olarak belirlendi. Çalışmanın sonunda hiçbir olguda mallet finger deformitesi gözlenmedi.

İzole I. bölge ekstansör tendon yaralanmalarında uygun dikiş tekniği, basit I. bölge yaralanmalarında el cerrahisi ve el terapisti arasındaki iletişimle belirlenecek immobilizasyon ve mobilizasyon prosedürleri sonucunda eklem hareket genişliği kaybı olmaksızın ve mükemmel fonksiyonel geri dönüşle başarılı sonuçlar elde edilebilir.

S4

MALLET FINGER DEFORMİTESİNDE NON-OPERATİF TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Emel Çiçek, Deniz Dikmen Meral, Beray Keleşoğlu, İbrahim Kaplan
Emot Hastanesi, İzmir

Mallet finger deformitesi parmak distal falanksının ekstansör tendon mekanizmasının bozulmasıyla meydana gelir. Buna artiküler yüzdeki kırık eşlik edebilir. Mallet finger genel olarak fonksiyon kaybı ve kozmetik defektle ortaya çıkar.

Non-operatif tedavisinde DIP’i 0° nötralde ya da hafif hiperekstansiyonda tutan splint (stack splint, termo-plastik, volar DIP alüminyum foam, PIP alüminyum foam vs.) kullanılmaktadır.

Bizim çalışmamızın amacı; retrospektif olarak termoplastik splintleme ile takip edilen olgularımızın sonuçlarını ortaya koymaktır.

2006-2009 yılları arasında İzmir EMOT Hastanesi’nde mallet finger yaralanması olup konservatif takibi yapılan 213 hastadan 58’inin sonuçları çalışmamıza dahil edildi. 32’si erkek, 26’sı kadın olan hastaların ortalama yaşları 40,5 (8-66). 40 hastanın sağ eli; 18’inin sol eli; 25 hastanın 3. parmağı, 15 hastanın 5. parmağı, 13 hastanın 4. parmağı ve 5 hastanın 2. parmağı yaralanmıştı. Yaralanma 55 hastada kapalı (çarpma, takılma, sıkışma, düşme); 3 hastada bıçak kesisi ile oluşmuştu. 58 hastanın 13’ünde mallet fraktürü tespit edildi.

Her hastanın parmağına özel volar termoplastik materyalden DIP eklemi nötralde veya 5° hiperekstansiyonda tutan PIP eklemi serbest bırakan kısa parmak ateli veya duruma göre de içine alıp hafif fleksiyonda pozisyonlayan uzun parmak ateli yapıldı. Eklem atel içerisinde 6-8 hafta immobilize edildi. Hastalara atel kullanımı, temizlik için çıkartılmasında bile DIP’nin nötralde desteklenmesi ile ilgili bilgiler verildi. Hastalar 2 haftalık kontrol periyotlarına çağırılarak atelin oluşturabileceği komplikasyonlar belirlenip gerekli düzeltmeler yapıldı. 6-8 haftalık takip sonunda atel gündüz çıkartılarak kontrollü aktif hareket başlandı.

Çalışmamızda DIP eklem ekstansiyon eksikliği gonyometre ile ölçüldü. Erken dönem (ilk 3 ay) sonuçlarını Miller Sınıflamasına (1942) göre değerlendirildi. %86, 2 hastada mükemmel-iyi sonuç aldık. 1 hastada kuğu boynu deformitesine gidiş gözlemlendi ve ateli uzun parmak ateline çevrilerek deformite önleildi. 3 hastada ise ciltte maserasyon görüldü. Cilt nekrozu, tırnak yatağı nekrozu, bant alerjisi gibi komplikasyonlar görülmedi.

Kırık içermeyen veya non-deplase kırıkla birlikte olan mallet finger deformitesi konservatif tedavi edilebilir. Tedavi edilmeyen durumlarda ise ağrılı parmak, kuğu boynu deformitesi gelişebilir.

Crawford 8 hafta immobilizasyona ilaveten 2 hafta daha gece kullanımı ile %58 hastada mükemmel sonuca ulaşmış. Ancak Moss ve Steingold 6-8 hafta immobilizasyon ile hastaların %46’sında 0°-10° ekstansiyon eksikliği bildirmiş. Stern ve arkadaşlarının çalışmasında ise splint ile takip edilen 84 parmağın 38 tanesinde (%45) minör komplikasyonlar geliştiği gösterilmiş.

Erken dönem takip sonuçlarımızda; takibi iyi yapılan olgularda %86 mükemmel-iyi sonuç kazanıldığını

Parmağa uygun özel atel yapıldığında ve kontrollerin sık düzenli uygulandığında atel komplikasyonunun düşük olduğunu gördük.

S5

PIP VE DIP EKLEM FLEKSİYON KONTRAKTÜRLERİNDE SS-FC (SCREW SPLINT FOR FLEXION- CONTRACTURE) ORTEZİ KULLANIMI VE AVANTAJLARI

Ömer Erçetin, Sinan Kamiloğlu, İsmail Ceylan
Ankara El Cerrahi Merkezi

PIP ve DIP eklem fleksiyon kontraktürleri; fleksör tendon tamiri, falanks kırığı, IP eklem patolojileri v.b. durumlar sonrasında sıkça karşılaşılan sorunlardır.

Manuel germeye cevap vermeyen fleksör kontraktürlerde , uzun süreli pasif germe kuvvetine ihtiyaç vardır. Bu amaçla yaygın olarak kullanılmış olan safety pin splint ve Joint Jack'in 35 derece üzeri PIP eklem fleksiyon kontraktürlerinde etkisinin az olduğu bildirilmiştir(1). M. Oyama ve ekibi tarafından tanımlanmış olan SS-FC ortezinin ise bu alanda oldukça etkili olduğu görülmüştür(2).

Üç nokta prensibine göre çalışan cihaz; termoplastik materyal, künt bir vida, vida ucuna takılan bir pervane ve eklemi saran deri kemerden oluşur.

Cihaz, düşük maliyetli, kısa sürede imal edilebilir, kişiye özel, hasta tarafından kullanımı kolay olması nedeniyle avantaj sağlamaktadır.

Bu ortezi kullanmaya başladığımızdan beri merkezimizce yapılan PIP ve DIP kapsülotomi ameliyatlarının sayısında belirgin azalma görülmüştür.

Bu çalışmada splintin yapılışı, kullanımı ve avantajlarından bahsedilecektir.

1-Fess EE, Philips CA. Splints acting on the fingers : hand splinting, principles and methods. St. Louis : Mosby, 1987.

2-Oyama M, Kino Y, Machida M, Onishi H, Yamamoto S.

Postoperative Management of the Dorsal Fracture- Dislocation of the Proximal Interphalangeal Joint.
Techniques in Hand and Upper Extremity Surgery 3(1):66-73, 1999.

S6

ÜST EKSTREMİTE YARALANMALARINDA YAŞAM KALİTESİ

Burcu Semin Akel, Çiğdem Öksüz, Tülin Düger
Hacettepe Üniversitesi

Yaşam kalitesini artırmak rehabilitasyonun temel hedeflerinden biridir. Yaşam kalitesi sadece vücut yapı ve işlevleri bozukluklarından etkilenmemekte; aktivitelerin kısıtlanması, çevresel etkenler ve kişisel faktörlerden de etkilenmektedir. Üst ekstremiteye ait farklı yaralanmalarda yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızın amacı üst ekstremitte yaralanması olan bireylerde tanıya göre yaşam kalitesi farklılıklarının belirlenmesidir.

Çalışmamız, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü İş ve Uğraşı Tedavisi Ünitesine radius ve falanks kırığı, sinir sıkışması, aktivite ve aşırı kullanıma bağlı yumuşak doku ve eklem yaralanması sonucu ortaya çıkan problemler nedeni ile başvuran hastalar üzerinde yapıldı. Çalışmaya 19-60 yaş arası erişkin hastalar dahil edildi. Olguların demografik bilgileri kaydedildi. Çalışmamızda yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirildi.

%72'si kadın, %28'i erkek olan olguların yaş ortalaması $43,37 \pm 11,0$ yıl idi. Olguların %92'sinin dominant, %57,6'sının etkilenen tarafı sağ idi. Olgular tanıya göre kırığı, sinir yaralanması ve yumuşak doku yaralanması olanlar olarak üç gruba ayrıldı. Tüm olguların yaşam kalitesine bakıldığında hem fiziksel hem de emosyonel durum açısından yaşam kalitesinin etkilendiği görülmektedir. En fazla etlinemim fiziksel rol, ağrı, canlılık ve emosyonel rol bölümünde görülmüştür. Yumuşak doku yaralanmalarına sahip kişilerde yaşam kalitesi sinir yaralanması ve kırığı olan kişilere oranla daha yüksek iken bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,05$). Kırığı ve sinir yaralanması olan bireylerin yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında fark anlamlı değildir ($p > 0,05$).

SF-36'nın yaşam kalitesini birçok farklı parametreye göre incelemesi, bireylerin ne tür bileşenler açısından etkilendiklerini ve tedavinin hangi bileşenler açısından hastayı desteklediğini belirlemede yarar sağlamaktadır. Çalışmalar üst ekstremitte yaralanmalarında yaşam kalitesinin etkilendiğinden ve fiziksel sağlığın yanında mental sağlığın da bozulduğundan bahsetmektedir. Çalışmamızda da emosyonel rol açısından kişilerde etkilenim bulunmuştur. Sinir yaralanmalarının ve kırığın yaşam kalitesini çok fazla etkilediği dikkati çekmiştir. Bir travma sonrasında günlük yaşam aktivitelerinin eskisi gibi yapılamadığı bilinmektedir. Bu durumun yaşam kalitesini etkilediği düşünülürken, sinir yaralanması olan bireylerin de aynı oranda günlük yaşamda etkilendiği düşünülmektedir.

S7

**İKİNCİ BÖLGE FLEKSÖR TENDON YARALANMALARINDA
POSTOPERATİF WASHINGTON PROTOKOLÜ SONUÇLARI**

Nagihan Çakır¹, Yaprak Ülgen¹, Ali Kitiş¹, Dilek Bağdatlı², Ramazan Hakan Özcan², İnci Gökalan Kara²

¹Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

²Pamukkale Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Bu çalışmanın amacı postoperatif dönemde Washington protokolü ile takip edilen ikinci bölge fleksör tendon yaralanmalı hastaların rehabilitasyon sonuçlarını değerlendirmektir.

Bu çalışmaya Pamukkale Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD' da Kasım 2008-Şubat 2010 tarihleri arasında opere edilen ikinci bölge fleksör tendon yaralanmalı 11 hasta (7 erkek, 4 kadın) katılmıştır. Hastalar operasyon sonrası Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu El Rehabilitasyon Ünitesi'nde rehabilitasyon programına alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalardan dördünde ilgili parmakta FDS ve FDP tendonları ile birlikte digital sinir yaralanması da mevcuttu. Hastalar 12 haftalık süre boyunca Washington protokolü ile takip edilmiştir. Operasyon sonrası ilk 3 gün içinde Kleinert splinti içerisinde mobilizasyona başlanmış, postoperatif 6. haftadan sonra hastalara ilerleyici kuvvetlendirme egzersizleri uygulanmıştır. Değerlendirme için eklem hareket açıklığı (EHA) ve omuz el sorunları anketinin Türkçe versiyonu (DASH-T) kullanılmıştır.

Çalışmanın sonunda ortalama EHA 224°, ortalama ekstansiyon kaybı 36° bulunmuştur. Buck-Gramko değerlendirmesine göre 5 hastada mükemmel sonuç (%45), 4 hastada çok iyi (%36), 2 hastada (%18) ise iyi sonuçlara ulaşılmıştır. Ortalama Buck-Gramko skoru 14 (çok iyi) ve ortalama DASH-T skoru ise 6.6 bulunmuştur.

İkinci bölge fleksör tendon yaralanması olan hastalarda uygulanan Washington protokolünün 12. hafta sonundaki takip sonuçlarına bakıldığında hasta sayısı az olmasına rağmen, EHA ve ekstansiyon kaybının yanında fonksiyonel geri dönüşte de mükemmel sonuçlar elde edilmiştir.

S8
EVRE II ROTATOR MANŞET TAMİRİ SONRASI
FONKSİYONEL DURUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Semih Akkaya², Nihal B ker¹, Ali Kitiş¹, Nuray Akkaya³

¹Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Bu alışma evre II rotator manşet yırtıklarının artroskopik akromioplasti ve mini-açık yöntem ile tamirinden sonra hastaların üst ekstremitte fonksiyonel kapasitelerindeki değişikliklerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'nde Nisan 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında evre II rotator manşet yırtığı olan ve artroskopik akromiyoplasti ve mini-açık yöntem ile rotator manşet tamiri yapılan 11 kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar cerrahi sonrası immobilizasyon döneminin sonunda fizyoterapi ve rehabilitasyon programına alınmışlardır. Hastaların  st ekstremitte fonksiyonel kapasiteleri Kol Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH-T) kullanılarak cerrahi öncesi ve cerrahiden 3 ay sonra değerlendirilmiştir.

Çalışmaya yaş ortalamaları 59.27±5.46 yıl olan 11 kadın hasta katılmıştır. Rotator manşet yırtığı, hastaların 9'unda dominant, 2'sinde ise nondominant üst ekstremitelerinde meydana gelmişti. Çalışmaya katılan hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası 3. ayda DASH-T skorları (sırasıyla DASH-T skor ortalamaları 70.27±24.44, 35.09±14.60) karşılaştırıldığında p=0.05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gözlenmiştir.

S9

ÜST EKSTREMİTE YARALANMASINA SAHİP HASTALARDA DASH-T VE SF-36 ANKETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ferruh Taşpınar, Bilge Başakçı Çalık, Ummuhan Baş Aslan, Betül Taşpınar
Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

Bu çalışma üst ekstremitte yaralanması olan hastalarda DASH-T ve SF-36 anketleri arasındaki ilişkinin incelenmesini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Üst ekstremitte yaralanmasına sahip, yaş ortalaması 38.1 ± 12.2 yıl olan 27 erkek (%77) ve 8 kadın (%22.9) hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla Genel Sağlık Anketi (SF-36) ve üst ekstremitelerinin fonksiyonel durumunu değerlendirmek amacıyla Omuz, Kol ve El Sorunları Anketi'nin Türkçe versiyonu (DASH-T) kullanılmıştır. Bu iki anket arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak değerlendirmek için Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

DASH-T skoru ve SF-36'nın alt testleri arasında Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller hariç ($p > 0.05$), diğer tüm alt testlerde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). DASH-T skoru ve SF-36 alt testleri arasında korelasyon katsayısı 0.32 ile 0.60 arasında belirlenmiştir.

Bu çalışma üst ekstremitte yaralanması olan hastalarda SF-36 ve DASH-T anketleri arasında ilişkinin olduğunu göstermiştir.

S10

SPASTİK SEREBRAL PALSI'Lİ ÇOCUKLARDA EKSTREMİTE DAĞILIMI EL BECERİLERİNİ NASIL ETKİLİYOR?

Akmer Mutlu, Özgün Kaya-Kara, Mintaze Kerem-Günel, Ayşe Livanelioğlu
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

Bu kesitsel prospektif çalışmanın amacı; spastik Serebral Palsi (SP)'li çocuklarda ekstremitelerde dağılımının el becerilerini nasıl etkilediğini araştırmaktır.

Bu çalışmaya, spastik SP teşhisli, yaşları 4-18 arasında olan 256 çocuk dahil edildi. Çocukların el becerileri fizyoterapist tarafından El Becerileri Sınıflandırma Sistemi (MACS) ile belirlendi. MACS; ölçek dereceli olup beş seviyesi vardır. MACS'da Seviye I, en az özürü ifade ederken, Seviye V çocuğun tamamen yardıma ihtiyaç duyduğunu gösterir.

Spastik SP'li çocukların 89'u (% 34,8) diparetik, 85'i (% 33,2) kuadriparetik ve 82'si (% 32,0) hemiparetikti. MACS'a göre; diparetik çocukların 78'i (% 87,6) Seviye I, 11'i (%12,4) Seviye II'de idi; kuadriparetiklerin 7'si (% 8,2) Seviye II, 17'si (% 20,0) Seviye III, 17'si (% 20,0) Seviye IV ve 44'ü (% 51,8) Seviye V'de idi; hemiparetiklerin 34'ü (% 41,5) Seviye I, 22'si (% 26,8) Seviye II, 22'si (% 26,8) Seviye III, 2'si Seviye IV (% 2,4), 2'si (% 2,4) Seviye V'de idi.

Diparetik çocuklarda MACS'a göre Seviye I'de yer alan çocukların sayısı hemiparetik ve kuadriparetiklere göre daha fazladır. Kuadriparetiklerde ise; diğer ekstremitelerde dağılımlarına göre Seviye V'de yer alan çocukların oranı daha fazladır. Spastik tip SP'li çocuklarda ekstremitelerde dağılımı el becerilerini etkilemektedir.

S11

SEREBRAL PALSİ'Lİ ÇOCUKLARDA KLİNİK TIPLERE GÖRE EL BECERİLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Özgün Kaya Kara, Akmer Mutlu, Mintaze Kerem Günel, Ayşe Livanelioğlu
Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

Bu kesitsel prospektif çalışmanın amacı; farklı klinik tiplere sahip Serebral Palsi (SP)'li çocukların el becerilerini "El Becerileri Sınıflandırma Sistemi (MACS)" ile sınıflandırarak sunmak ve bu sınıflandırma sistemini tanıtmaktır.

Bu çalışmaya, 4-18 yaş arasında, 290 SP tanılı çocuk dahil edildi. Çocukların el becerileri fizyoterapist tarafından El Becerileri Sınıflandırma Sistemi (MACS) ile belirlendi. MACS, SP'li çocukların günlük faaliyetlerde nesnelere tutarken ellerini nasıl kullandıklarını beş seviye üzerinden sınıflandıran bir sistemdir. Seviye I'de; normal gelişim gösteren çocuklarla kıyaslandığında en az kısıtlanması olan SP'li çocuklar yer alır, bu kısıtlamalar varsa bile çocukların günlük işlerdeki başarılarını pek etkilemez. Seviye V'de ise; çocuklar nesnelere tutup kullanamazlar ve basit faaliyetleri bile gerçekleştirmek için ileri derecede kısıtlı beceriye sahiptirler.

SP'li çocukların 256'sı (% 88,3) spastik, 19'u (%6,6) diskinetik, 9'u (% 3,1) ataksik, 4'ü (% 1,4) hipotonik, 2'si (% 0,7) miks tiptir. MACS'a göre; spastiklerin 112'si (% 43,8) Seviye I, 40'ı (% 15,6) Seviye II, 39'u (% 15,2) Seviye III, 19'u (% 7,4) Seviye IV, 46'sı (% 18,0) Seviye V'de idi. Diskinetiklerin 4'ü (% 21,1) Seviye II, 2'si (% 10,5) Seviye III, 2'si (% 10,5) Seviye IV ve 11'i (% 57,9) Seviye V'de idi. Ataksiklerin 4'ü (% 44,4) Seviye I, 3'ü (% 33,3) Seviye II, 2'si (% 22,2) Seviye III'de idi. Hipotoniklerin 1'i Seviye I (% 25,0), 1'i (% 25,0) Seviye III, 2'si (% 25,0) Seviye V'de idi. Miks tipin 1'i (% 50,0) Seviye IV, 1'i (% 50,0) Seviye V'de idi.

Farklı tip SP'li çocuklarda MACS'a göre el becerileri sınıflandırıldığında; en fazla oranda görülen tip olan spastik tip çocukların büyük oranı Seviye I'de yer alırken diskinetik ve miks tip SP'li çocukların çoğu Seviye V'de yer almıştır. Bu çalışmada; SP'li çocuklarda klinik tipin şiddetinin artmasıyla el beceri yeteneğinin azaldığı görülmüştür. Daha fazla sayıda diskinetik, ataksik, hipotonik ve miks tip SP'li çocukların dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

S12

ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP ANNELER İLE SAĞLIKLI ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN ÜST EKSTREMİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ferruh Taşpınar, Feride Yarar, Betül Taşpınar

Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

Engelli çocuğa sahip anneler kas iskelet sistemi problemleri açısından risk altındadır. Bu nedenle, engelli çocuğa sahip anneler ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin üst ekstremitelerini karşılaştırmak ve nasıl etkilendiklerini belirlemek amacı ile bu çalışma planlanmıştır.

Çalışmaya üst ekstremitelerinde ve servikal bölgede ağrı belirten, yaşları 25-37 yıl arasında ve yaş ortalamaları 31.30 ± 4.30 yıl olan 20 engelli çocuğa sahip anne ile yaşları 32-40 yıl arasında ve yaş ortalamaları 34.10 ± 3.17 yıl olan 10 sağlıklı çocuğa sahip anne dahil edilmiştir. Tüm olguların üst ekstremit ve servikal normal eklem hareketleri, servikal enduransı, postürü, kavrama kuvveti ve ağrı şiddetleri değerlendirilmiştir. Normal eklem hareketi, servikal endurans, kavrama kuvveti ve ağrı şiddetinin değerlendirilmesi için sırasıyla goniyometre, servikal fleksiyon ve ekstansiyonu koruma süresi, hand grip dinamometre ve görsel analog skalası(VAS) kullanılmıştır.

Grupların yaş ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmış ve aradaki fark anlamsız bulunmuştur($p=0.19$). İki grup arasında normal eklem hareketi ve kavrama kuvveti ölçümlerinde elde edilen veriler karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$). Ağrı şiddetleri özürü çocuğa sahip annelerde ortalama 6.08 ± 2.35 iken, sağlıklı çocuğa sahip annelerde 3.36 ± 1.55 olarak belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında VAS değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p=0,004$).

Özürü çocuğa sahip anneler, üst ekstremit kas iskelet sistemi problemleri açısından risk altında bulunmaktadır. Annelerin üst ekstremit sağlığının korunması ve üst ekstremitelerine ait kas-iskelet sistemi hastalıklarının önlenmesi için üst ekstremit ergonomisi ve bu kapsamda doğru taşıma-kaldırma prensiplerinin öğretilmesi gerekmektedir.

S 13

ROTATOR MANŞET TAMİRİ SONRASI GECE, İSTİRAHATTE VE AKTİVİTE SIRASINDAKİ AĞRI DÜZEYİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

Nihal Bükler¹, Ali Kitiş¹, Semih Akkaya², Nuray Akkaya³

¹Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Bu çalışma rotator manşet yırtıklarının artroskopik akromiyoplasti ve mini-açık yöntem ile tamirinden sonra 4 haftalık kol abduksiyon cihazı ile immobilizasyon dönemi sonrasında gece, istirahatte ve aktivite sırasında ağrı düzeylerindeki değişikliklerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü Ortopedi ve Travmatoloji Sevisi'nde Şubat 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında rotator manşet yırtığı olan ve artroskopik akromiyoplasti ve mini-açık yöntem ile rotator manşet tamiri yapılan 19 hasta (16 kadın, 3 erkek) çalışmaya katılmıştır. Cerrahi sonrası 4 hafta süre ile kol abduksiyon cihazı kullanılarak hastaların üst ekstremiteleri immobilize edilmiştir. Hastaların üst ekstremitte ağrı düzeyleri cerrahi öncesi ve cerrahiden bir ay sonra immobilizasyon döneminin sonunda gece, istirahat ve aktivite ağrısı olmak üzere üç farklı kategoride Görsel Analog Skala (GAS) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya yaş ortalamaları 60.53 ± 0.10 yıl olan 16 kadın, 3 erkek toplam 19 hasta katılmıştır. Hastaların cerrahi öncesi ve cerrahiden bir ay sonra GAS kullanılarak; gece, istirahatte ve aktivite sırasındaki ağrı düzeyleri karşılaştırıldığında (sırasıyla; 6.74 ± 3.03 , 4.42 ± 3.27 , 5.42 ± 2.06) ağrı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.001$) şekilde azaldığı gözlenmiştir.

Rotator manşet yırtığı olan hastalarda ağrı, kişinin yaşam kalitesini, fonksiyonel kapasitesini olumsuz yönde etkiler ve hastalarda depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilecek kadar etkilidir. Bu nedenle hastalarda erken dönemde ağrının ortadan kaldırılmasına yönelik yapılacak çalışmaların, hastaların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceği düşüncesindeyiz.

S 14

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON OLGULARINDA İZOLE EL PROBLEMLERİ GÖRÜLME SIKLIĞI – RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Zübeyir Sarı¹, Saadet Ufuk Yurdalan¹, Mine Gülden Polat¹, Hayrettin Horoz², Özgül Özbay³

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

²Balat Musevi Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi

³Kızılay Altuntepe Tıp Merkezi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi

Çalışma, fizyoterapi ve rehabilitasyon programına alınan olgularda izole el problemleri sıklığını araştırmak amacıyla gerçekleştirildi.

İstanbul Balat Musevi Hastanesi, Duygu Hastanesi ve Burcu Fizik Tedavi Merkezi'nde Ocak 2006 ile Şubat 2010 yılları arasında fizyoterapi ve rehabilitasyon programına alınan, 6.477'si erkek (%30,20) ve 14.973'ü kadın (%69,80) toplam 21.450 olgunun hasta dosyası değerlendirildi.

Yaşları 0 ile 102 (51,14±15,85) yıl arasında değişen olgulardan 665(%3,1002)'inin el veya el bileği, 20.785(%96,8998)'inin ise diğer patolojiler nedeniyle tedaviye alındığı saptandı. El veya el bileği problemleri nedeniyle tedaviye giren olguların, 2(%0,0093) brakial pleksus yaralanması, 40(%0,0466) de quervain, 10(%0,0466) dupuytren kontraktürü, 9(%0,0420) el bileği posttravmatik artroz, 124(%0,5781) el bileği kontraktürü, 1(%0,0047) enflamatuar poliartropati, 4(%0,0186) guillian barre sendromu, 150(%0,6993) hemiplejik el, 2(%0,0093) el bileği kalsifik tendiniti, 116(%0,5408) bilateral karpal tunel sendromu, 17(%0,0793) unilateral karpal tunel sendromu, 81(%0,3776) el bileği kontraktürü, 3(%0,0140) median sinir ileti problemi, 4(%0,0186) monopoleji, 2(%0,0093) muskuler straine, 2(%0,0093) elin posttravmatik artrozu, 6(%0,0280) el ve el bileği primer artrozu, 3(%0,0140) radial sinir lezyonu, 17(%0,0793) romatoid artrit el, 4(%0,0186) seronegatif romatoid artrit el, 37(%0,1725) sinovit ve tenosinovit, 3(%0,0140) refleks sempatik distrofi, 8(%0,0373) ulnar sinir lezyonu ve 5(%0,0233) başparmak, 7(%0,0326) işaret ve 8(%0,0373) yüzük parmakta triger finger tanısı ile izlendiği belirlendi.

Olgularımızda el ve el bileği problemlerinin, diğer nöromuskuloskeletal problemlere göre oldukça düşük oranda görülmesi, bu merkezlerin genel fizyoterapi ve rehabilitasyon birimleri olmasına bağlanabilir. El cerrahlarının hastaları, el terapistlerine yönlendirme tercihi bilinmektedir, bu nedenle genel fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde el terapistinin olmaması, bu alanda daha az hasta kabulüne neden olmaktadır. Nitekim biz de, kompleks olgularda hastanın, uzman el terapisti ve özelleşmiş merkezlere yönlendirilmesinin maliyet etkin olabileceği, hasta ve kamu yararı bakımından daha uygun olduğu inancındayız.

12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

Gökçe, Volkan	77	Küçükdurmaz, Fatih	27, 106
Gökkuş, Kemal	26, 34, 65, 117	Küçüker, İsmail	45
Gözü, Aydın	81 124	Kürklü, Mustafa	67 76
Güdemez, Eftal	39, 70, 85, 109		
Gül, Orkun	94	-L-	
Güleç, Ali	82	Latifoğlu, Osman	56, 131
Gülgönen, Ayan	70, 85, 109	Leblebicioğlu, Gürsel	59, 143, 144
Gülsün, Niyazi	111, 112	Livanelioğlu, Ayşe	152, 153
Gümüş, Bilal	77		
Günay, Semih	112	-M-N-	
Gündeş, Hakan	24, 35, 54, 57, 63, 93, 104, 116	Mahmudov, Vusal	100
Güney, Ahmet	97, 98	Mağal, Ferit	57, 63, 104, 116
Gürbüz, Hakan	32, 114, 115	Mersa, Berkan	89
Gürbüz, Yusuf	31, 53	Mert, İrem	120
Gürer, E. İnanç	134, 135	Meyzin, İbrahim	80
Güven, Erdem	69	Morkoç, Okan	87, 119
		Mutlu, Akmer	152, 153
-H-		Mutlu, Ömer	74, 129, 133
Halıcı, Mehmet	98	Nalbantoğlu, Ufuk	23, 46, 91
Herdem, Mustafa	33	Nasir, Serdar	132
Hocaoğlu, Emre	64		
Horoz, Hayrettin	156	-O-Ö-	
Hoşbay-Yıldırım, Zeynep	80, 89	Oberlin, Christophe	49
Huri, Gazi	59	Ocaktan, Bahadır	60
		Okçu, Güvenir	92
-K-		Olgaç, Vakur	43
Kafadar, İbrahim	97	Oskay, Deran	143, 144
Kale, Gürler	92	Öğün, Tunç Cevat	82
Kamiloğlu, Sinan	147	Öksüz, Çiğdem	143, 144, 148
Kapı, Emin	110, 111, 112	Öncel, Afet	118
Kaplan, İbrahim	53, 68, 146	Öner, Mithat	97, 98
Kara, Adnan	66, 123	Öroğlu, Bengüsü	43
Kara, Özgün Kaya	152, 153	Özaksar, Kemal	31, 68
Karabay, Nuri	31, 68	Özalp, Taçkın	92
Karaca, Serhat Gafur	79	Özbay, Özgül	156
Karaer, Ali	86	Özcan, Ramazan Hakan	74, 75, 129, 133, 145, 149
Karahan, Mustafa	46	Özcanlı, Haluk	84, 134, 135
Karahasanoğlu, İlker	88	Özdamar, İhsan	29
Karakaplan, Mustafa	44	Özdemir, Oğuz	58, 100
Karslıoğlu, Bülent	76	Özen, Metehan	48
Kaya, Başar	56, 130, 131	Özenci, A. Merter	84
Kaya, İbrahim	42	Özer, Coşkun	27, 28
Kayalar, Murat	31, 53, 68	Özgürol, Barış	60
Keçeci, Burçin	58, 100,	Özkan, Mustafa	36
Keçik, Abdullah	73, 128, 132	Özkan, Türker	40, 89
Keklik, Barış	64	Özkan, Hüseyin	67
Keleşoğlu, Beray	146	Özkan, Safiye	80, 89
Kerem Günel, Mintaze	152, 153	Özkan, Yüksel	36
Kesgin, Engin	33	Özpur, Aykut	81
Kılınç, Metin	42	Özsoy, Zafer	81, 124
Kıral, Mehmet	52	Öztemur, Zekeriya	107, 108
Kıbar, Birkan	29	Öztürk, İrfan	66
Kitiş, Ali	145, 149, 150, 155	Öztürk, Akif Muhtar	60, 94, 125, 126
Koca, Kenan	67	Öztürk, Alpaslan	36
Koluaçık, Serdar	48	Öztürk, Hasan	30, 101, 107, 108
Korkmaz, Murat	101	Öztürk, Kahraman	32, 114
Koyuncu, Yasin	42	Öztürk, Ulaş	105
Kömürcü, Mahmut	67, 76, 113	Özyüreköğlu, Tuna	62
Kumbaracı, Mert	30		
Kural, Cemal	41, 42, 103	-P-	
Kurt Yazar, Sevgi	69	Parmaksızoğlu, Fatih	71, 90
Kuru, İlhami	52	Pepele, Demet	48, 127
Kuvat, Samet Vasfi	110, 112	Polat, Mine Gülден	156
Küçük, Levent	58, 100		

12. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi 19-22 Mayıs 2010 ANTALYA

-S-

Sağlam, Necdet	28, 105, 106
Saka, Gürsel	27, 28, 29, 105
Sarı, Zübeyir	156
Sarıkaya, Baran	126
Scheker, Luis R.	61
Sertöz, Zeki	77, 86
Sığırcı, Ahmet	127
Sonar, Mehmet	30
Sönmez, Erhan	73, 128
Sönmez, Mehmet Mesut	123
Söyüncü, Yetkin	84
Suluova, Fatih	125
Sungur, İbrahim	103
Sügün, Tahir Sadık	31, 68

-Ş-

Şafak, Tunç	73, 128, 132
Şahin Mehmet Şükrü	44, 99, 102, 122
Şahin, Füsün	74
Şahin, Mustafa	24, 35, 54, 57, 63, 93, 104, 116
Şahin, Namık	36
Şencan, Ayşe	45
Şener, Ertuğrul	60, 94, 126
Şener, Nurullah	103
Şener, I. Uğur	91
Şenköylü, Alpaslan	126
Şentürk, Salih	24, 35

-T-

Taşpınar, Betül	151, 154
Taşpınar, Ferruh	151, 154
Tatar, Öner	67
Tatar, Sedat	131
Tekkeşin, Mustafa	106
Tercan, Mustafa	118, 119, 120
Tetik, Cihangir	37, 38, 51
Tezeren, S. Gündüz	107, 108
Toköz, Kaya M.	23, 91
Topal, Aşkın Ender	111
Topgül, Haldun	48
Topkara, Adem	74, 75, 133
Toros, Tulgar	31, 68
Tosun, Bilgehan	93
Tuncer, Serhan	45, 56, 130, 131
Tunçer, Serdar	40, 121
Turan, Haldun	106
Türk, C. Yıldırım	97, 98
Türker, Tolga	43, 61, 62
Türkmen, I. Metin	23, 46, 91
Tüzün, Savaş	41

-U-

Ufuk Yurdalan, Saadet	156
Uğraş, Akın	41
Ulusal, Ali Engin	77
Uslu, Serap	46
Uzel, Murat	42
Uzun, Hakan	73, 128, 132
Uzunismail, Adnan	87
Ülgen, Yaprak	145, 149
Ünal, Mehmet Bekir	71, 90
Üzümcügil, Akın	59

-Y-

Yarar, Feride	154
Yavuzer, Reha	56
Yazar, Memet	69
Yercan, Hüseyin	92
Yeşiladalı, Güray	119, 120
Yeter, A. Bora	135
Yetkin, Haluk	60, 94, 125, 126
Yıldırım, Ahmet	94, 125, 126
Yıldız, Mehmet	88,
Yogun, Nilay	81, 124
Yurttaş, Yüksel	76

-Z-

Zeytin, Kayhan	87, 118
Zorludemir, Suzan	44



Değerli katkıları için teşekkür ediyoruz

BMT Calsis



Kuantum Medikal

Meds Medikal

MR Medikal

Ormed Ortopedi

Ortepa

Plato Grup

Alfabetik sıraya göre dizilmiştir.