

OLGU SUNUMU

Tolga Karcı¹
Cengiz Işık²
Erkam Kömürcü³
Burak Akan⁴
Kamil Çağrı Köse⁵

¹Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Afyonkarahisar
²Nusaybin Devlet Hastanesi, Nusaybin

³Aksaray Devlet Hastanesi, Aksaray

⁴Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

⁵Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD. Düzce

İletişim Adresi:

*Doç. Dr. Kamil Çağrı Köse
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji AD. Düzce
Email: kacako@hotmail.com*

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Lateral Subtalar Eklem Çıkığı: Tanı ve Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler - Olgu Sunumu

ÖZET

Talokalkaneal ve talonaviküler eklemlerin eş zamanlı çıkığı subtalar çıkık olarak tanımlanır. 23 yaşında erkek hasta lateral subtalar çıkıkla acil servise başvurdu. Konservatif tedavi edilen hastanın tedavi sonucu klinik ve fonksiyonel açıdan mükemmel olarak neticelendi. İlgili literatür eşliğinde tanı ve tedavide dikkat edilmesi gerekli noktalar tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Subtalar çıkık, tanı, tedavi, damar hasarı

Lateral Subtalar Joint Dislocation: Things to Consider Regarding Diagnosis and Treatment - A Case Report

ABSTRACT

Simultaneous dislocation of talocalcaneal and talonavicular joints is called "subtalar dislocation". Twenty three years old male presented to the emergency department with a lateral subtalar dislocation. A clinical and functional result of conservative treatment was excellent. Important aspects of the diagnosis and treatment of this disorder is discussed according to the relevant literature.

Keywords: Subtalar dislocation, diagnosis, treatment, vascular injury

GİRİŞ

Talokalkaneal ve talonaviküler eklemlerin eş zamanlı çıkığı subtalar çıkık olarak tanımlanır. Subtalar eklem çıkıkları nadir görülen çıkıklardır. Genellikle yüksekte düşme, motorlu araç kazaları gibi yüksek enerjili travma veya spor müsabakaları sonucu oluşmaktadır. Akut olarak nörovasküler yaralanma, cilt nekrozu, gangren, uzuv kaybı gibi ciddi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Geç dönem komplikasyonları olarak avasküler nekroz, dejeneratif artrit, eklem instabilitesi sık olarak görülmektedir. Nadir görülen çıkıklar olduğu için literatürde bu çıkıkların tanı ve tedavisiyle ilgili bilgiler kısıtlıdır.

OLGU SUNUMU:

23 yaşında erkek hasta tarım makinasının motor kayışına sağ ayağını kaptırma sonucu ayakta şekil bozukluğu ve ağrı şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ayak bileğinde talus medialde ve kalkaneus lateralde olacak şekilde dislokasyon mevcuttu. Yapılan palpasyonda ayak ve ayak bileği kemiklerinde krepitasyona rastlanmadı. Sağ ayağın ön ve orta kısmı diğer ayak ve bacağın diğer kısımları ile karşılaştırıldığında soluktu. Tibialis posterior ile dorsalis pedis nabazanları alınamıyordu. Pulseoksimetri ile 1. parmağın yapılan ölçümde dolaşımın olmadığı görüldü. Hastanın yapılan radyolojik incelemesinde lateral subtalar eklem çıkığı saptandı (**Resim 1** ve **2**).



Resim 1. Hastanın acil serviste ilk çekilen ayak bileği AP eklem grafisi



Resim 2. Hastanın acil serviste ilk çekilen ayak bileği lateral eklem grafisi

Hasta acil olarak ameliyathaneye alındı anestezi altında traksiyon ile kapalı redüksiyon uygulandı. Ön ve orta ayaktaki solukluk proksimalden distale doğru yavaş yavaş kaybolmaya başladı. Redüksiyon sonrası 20. dakikada parmaklardaki kapiller dolaşım geri döndü. Pulseoksimetri ile ayak 1. parmağın yapılan ölçümde dolaşımın normale döndüğü izlendi. Hastaya atel uygulanıp servise alındı. Servis takiplerinde her iki nabazanlarda normal olarak palpe edildi. Hastaya yattığı süre zarfında rheomacrodex ve düşük moleküler ağırlıklı heparin verildi. Kemik yapı ve yumuşak doku bütünlüğünü değerlendirebilmek amacıyla hastaya Tomografi ve MRI çekildi. Bu incelemeler sonucunda kemik yapılarında ve tendon bütünlüklerinde ek patoloji olmadığı görüldü. Hasta kısa bacak atel ile 6. günde taburcu edildi. Kısa bacak atel 3 hafta sonra çıkarıldı. Hastamızın 6. ayda yapılan kontrollerinde eklem hareket açıklığında kısıtlanma olmadığı ağrısının bulunmadığı görüldü. Herhangi bir osteonekroz veya osteoartrit bulgusu yoktu (**Resim 3** ve **4**). Hastanın tek şikayeti uzun süre ayakta durunca ve çok yürümeyle oluşan ayak bileği ödemi idi.

TARTIŞMA:

Subtalar eklem çıkıkları çok nadir görülen çıkıklardır. Tüm çıkıklar arasında %1 ve büyük eklem çıkıkları arasında %2 yer tutmaktadır (1). Ayağın distal kısmının deplasmanına göre medial (80) lateral (20) anterior ve posterior olarak isimlendirilir (2). Bu çıkıklar genellikle motorlu taşıt kazası yüksekte düşme ve spor aktiviteleri sonucu oluşmaktadır (3).



Resim 3. Hastanın 6. aydaki son kontrolünde çekilen ayak bileği AP eklem grafisi



Resim 4. Hastanın 6. aydaki son kontrolünde çekilen ayak bileği lateral eklem grafisi

Genellikle kapalı redüksiyon ve alçı ile immobilizasyon önerilir. Fotiadis ve ark. (4)'nin yaptığı literatür taramasında 328 vakanın %86 sı kapalı olarak redükte edilmiş ve 3-6 hafta kısa bacak alçısı ile tedavi edilmişlerdir. Subtalar eklem çıkığı tedavisinde immobilizasyon süresi ile ilgili fikir birliği bulunmamaktadır. Delee ve ark. (5)'nin yaptıkları çalışmada izole çıkıkların tedavisinde 3 haftalık immobilizasyonun eklem stabilitesini sağlamada ve eklem hareket açıklığını korumada yeterli olduğunu göstermişlerdir. Subtalar eklem çıkıklarında akut olarak cilt nekrozu, nörovasküler yaralanma gibi komplikasyonlarla birlikte, açık çıkıklarda enfeksiyon gangrene ve ekstremité kaybı görülebilir (6). Açık redüksiyon posterior tibial tendonun ve kırık parçalarının redüksiyonu engellediği durumlarda endikedir (7). Talus ve naviküler kemiğin avasküler nekrozu, subtalar instabilite, bu bölgenin dejeneratif artrit sıklıkla görülebilecek geç dönem komplikasyonlarıdır (4). Fotiadis ve ark. (4)'nin yaptığı literatür taramasına göre hastalarda geç görünen komplikasyonlar bildirilmesine rağmen akut komplikasyonlardan bahsedilmemektedir. Yine kendi yaptığımız literatür incelemesinde de akut vasküler komplikasyonu olan ve dolaşım bozukluğu bulunan bir olgu sunumuna ve yayına rastlamadık. Bu olgu sunumumuzda zaten nadir görülen bir çıkığın daha önce bildirilmemiş bir komplikasyonunu sunmaktayız. Gelişen bu akut komplikasyon çıkığın kapalı olarak redüksiyonu sonrasında düzelmiş oldu. Bu duruma tibialis posterior ve dorsalis pedis arterlerinin dislokasyon alanında sıkışmasının veya travmaya bağlı vasospazmının yol açtığını düşünmekteyiz. Tedavi yöntemi olarak çıkığı kapalı olarak redükte ettik. Redüksiyon sonrası parmak dolaşımının yaklaşık 20. dakikada geri gelmesi sıkışma sonrasında oluşan veya izole bir vasospazmın göstergesidir. Sonuç olarak, subtalar çıkıklarda vasküler yapıların bası altında kalmasına bağlı arteriyel dolaşım bozuklukları görülebilir. Yapılan muayene ve doppler incelemeleri total oklüzyonu gösterse dahi ilk yapılması gereken işlem kapalı redüksiyondur. Üç haftalık immobilizasyon süresi fonksiyonel açıdan yeterli sonuç vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Marcinko DE, Zenker CC. Peritalar dislocation without fracture. J Foot Surg 1991;30:489-493.
2. Ofner R, Poigenfurst J. Dorsal subtalar dislocation of the foot. Injury 1990;21:257-258.
3. Bak K, Koch JS. Subtalar dislocation in a handball player. Br J Sports Med 1991;25:24-25.
4. Fotiadis E, Lyrtzis C, Svarnas T, Koimtzis M, Akritopoulou K, Chalidis B. Closed subtalar dislocation with non-displaced fractures of talus and navicular: a case report and review of the literature. Cases J 2009;2:87-93.
5. Delee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. J Bone Joint Surg (Am) 1982; 64:433-437.
6. Mattingly DA, Stern PJ. Bilateral subtalar dislocations. A case report. Clin Orthop Relat Res 1983;177:122-124.
7. Tucker DJ, Burian G, Boylan JP. Lateral subtalar dislocation: Review of the literature and case presentation. J Foot Ankle Surg 1998;37(3):239-247.