

YERİNE KONMAMIŞ ESKI TRAVMATİK PATELLA ÇIKIĞI

Hasan MAY, **Koray KARABULUT, ***M. Orçun AKKURT, *Hatice MAY**

***Ağrı Asker Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı**

****Ağrı Asker Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı**

*****Konya Ereğli Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı**

******Zonguldak Karaelmas Ünv. Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon A.B.D.**

GİRİŞ

Travmatik patella çıkışının nadir görülür ve normal bir dizde patella çıkışının olması için çok şiddetli bir travma olması gereklidir. Kronik patella çıkışının en ağır displazi olup, doğumsal olabileceğinin gibi, çocukluk çağında tedavi edilmemiş travmatik çıkışlar ve intramüsküler enjeksiyonla bağlı quadriiceps kontraktürüne bağlı olabilir. Tedavisi doğumsal çıkış ile aynıdır. Eski redükte edilmemiş patella çıkışında gözlem veya patellektomi ile tedavi edilebilir. Çıkığa rağmen diz fonksiyonları bozulmamışsa gözlem yeterlidir.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında erkek hasta, 12 yıl öncesi düşme sonucu sol dizinde yaralanma olduğunu ve bir sırıkçıya giderek tedavi olduğunu ifade etti. İlk yaralanmanın iyileştiğinden sonra yürümeye başladığını ve sol diz hareketlerinde kısıtlamama olduğunu ifade etti. Diz kapağı kemiginin sağ dizine kıyasla dizinin daha dış kısmında olduğunu ve özellikle gömelmeye hareketlerinde bunun

daha belirgin olduğunu ifade etti. İllerleyen zamanlarda sol uylugunun sağa kıyasla inceliğini ve topallaması olduğunu belirtti. Hasta sosyoekonomik sebeplerden dolayı herhangi bir tıbbi tedavi almadığını söyledi.

Fizik muayenede; sol uyluk atrofik, diz fleksiyonu 110 derece, patella laterale deplase ve patellar oluk boş kalacak şekilde femur lateral kondilinin dış yüzüne doğru yer değiştirmiştir. Diz fleksiyona getirildiğinde patella daha da arkaya doğru yer değiştiriyor ve manipasyonla redüksiyon sağlanamıyordu (Resim 1). Aktif diz ekstansiyonunda zayıflık var ve quadriiceps kas tonusu 3/5 olarak değerlendirildi (Resim 2). Hasta yürüken topallıyordu. Sağ diz Q açısı 10 derece olarak ölçüldü.

Ön-arka direkt diz radyografilerinde; sol patella femur dış kondilinin lateralinde ola-

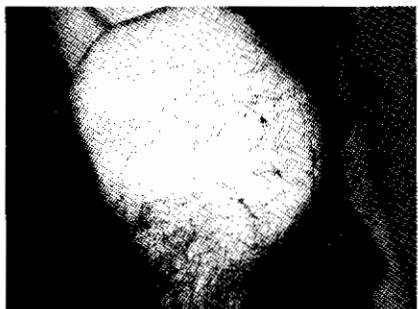
Dirim 2006; 81 (2): 231-234

Yazılıma Adresi: Hasan MAY

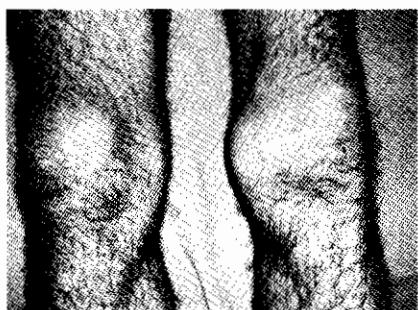
Ağrı Asker Hastanesi

Olgı Sunumu

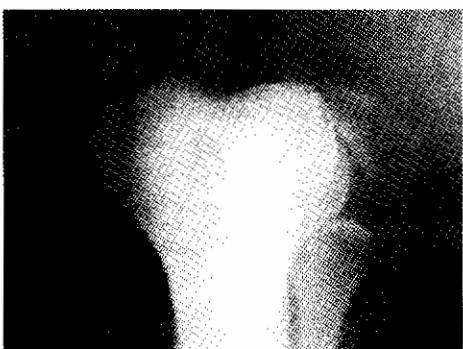
Resim 1. Patellanın laterale yer değiştirmesi



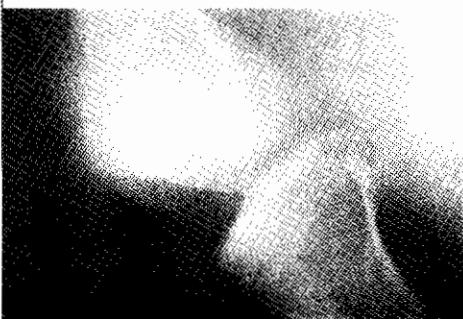
Resim 2. Sol uyluktaki atrofi



Resim 3. Patellanın laterale çıkışı



Resim 4. Normal yan Tibiofemoral eklem görüntüsü



cak şekilde yer değiştirmiştir. Patella tajansiyel grafisinde patella femur lateral kondilinin dış yüzü ile temas halindeydi ve sulkus açısı 140 derece olarak ölçüldü (Resim 3). Diz yan grafisinde sağlam taraf ile kıyaslandığında vertikal yönde patellanın konumunda bir değişiklik yoktu.

Hastaya mevcut durumu ve ameliyat sonrası kazanımları anlatıldı. Hasta ameliyat olmayı kabul etmedi.

TARTIŞMA

Travmatik patella çıkışı nadir görülür ve normal bir dizde patella çıkışı olması için çok şiddetli bir travma olması gereklidir. Tibia düşme ya da sportif aktiviteler esnasında güçlü bir şekilde abduksiyona gelir ve patella laterale doğru rotasyona uğrar ya da patella üzerine direkt bir travma sonrasında laterale kayar. Dizin medial kapsülü yırtılır veya patellanın medial tarafından çok ince bir tabaka halinde kemik parçaları ayrılarak çökük olur.

Olgı Sunumu

Patella çıkıştı genellikle laterale olur ve patella eklem yüzeyi lateral femoral kondilin dış yanına üzerine gelecek şekilde döner. Bu hastalarda tüm patella-femoral instabilitelerde olduğu gibi alta yatan bir displazi mevcuttur. En sık görülen şekli lateraledir. Nadiren görülen medial çıkışlar genellikle iatrojeniktir ve uygunsuz lateral gevşetme veya tibial tuberkülün aşırı medializasyonu sonucu oluşur. Kronik patella çıkıştı en ağır displazi olup, doğumsal olabilecegi gibi, çocukluk çağında tedavi edilmemiş travmatik çıkışlar ve intramüsküler enjeksiyona bağlı quadriceps kontraktürüne bağlı olabilir. Tedavisi doğumsal çıkış ile aynıdır (1, 2, 3, 4).

Çıkık genellikle diz ekstansiyona getirildiğinde redükte olduğu için hekimler genellikle hastanın çıkışlı halini görmezler. Anamnez ve dolaylı fizik muayene ile tanı koyarlar. Patella ya kendiliğinden ya da hasta tarafından yerine getirilir. Fizik muayenede patella medial kenarı ve lateral femoral kondil laterali hassastır ve hemartroz vardır. Hemartroz aspirasyonu sırasında yağ damlacıklarının görülmesi osteokondral kırığı düşündürmelidir. İlk çıkıştan sonra konservatif tedavi edilen olgularda, tekrarlama oranı değişik serilerde %15-44 olarak belirtilmiştir (4, 5).

Yerine konmamış eski travmatik patella çıkıştı bu saydığımız nedenlerden dolayı çok nadir görülen bir hastaluktur (1, 4, 5). Bunu rekürren patella çıkışından ayırt etmek gerekir. Daha öncesinden çıkış oluşmuşsa, hasta kız ve adelosan ise, aile

hikayesi var ise, karşı diz anormal bir lateral mobilite gösteriyorsa, Q açısı artmış ise rekürren çıkıştan şüphelenilir (2, 6, 7).

Bu olgu kronik patella çıkıştı olarak değerlendirildi. Kronik patella çıkıştı konjenital ya da kazanılmış olabilir. Kazanılmış çıkışların çok nadir bir sebebi travmadır. Kronik çıkışların ikiye ayrılır. Birinde diz her fleksiyona geldiğinde patella laterale doğru çıkar ve diz ekstansiyona geldiğinde patella orta hatta geri döner. Buna habituel çıkış denir. Bunun daha ileri şeklinde patella devamlı olarak çıkış durumdadır ve buna kalıcı çıkış denir. Olgumuz da kalıcı çıkış olarak değerlendirildi (3). Miller ve arkadaşları travma sonrası patella çıkıştı oluşan ve yetersiz tedavi nedeniyle kalıcı çıkış şecline dönen erişkin bir hastayı tedavi etmişler ve iyi sonuç aldıklarını ifade etmişlerdir (5). Davut Keskin ve arkadaşları travma sonrası femur kırığı tanısı ile pelvipedal alçı ile tedavi edilen hastayı kırık kaynamasını takiben uylukta atrofi, diz hareketlerinde kısıtlılık, quadriceps kontraktürü ve ekstansiyonda zayıflık nedeni ile tekrar değerlendirmiştir. Hastada ilk yaralanmadada beraberinde patella çıkıştı olduğu tespit edilmiştir. Hastayı opere ettilerini ve iyi sonuç aldıklarını ifade etmektedirler (8).

Eski redükte edilmemiş patella çıkıştı da gözlem veya patellektomi ile tedavi edilebilir. Çıkığa rağmen diz fonksiyonları bozulmamışsa gözlem yeterlidir. Patellada dejeneratif değişiklikler az veya hiç yoksa, tibiofemoral eklem normal ise ve çıkış

Olgı Sunumu

oluşalı uzun süre geçmemiş ise açık redüksiyon faydalı olur. Patellada dejeneratif değişiklikler oluşmuşsa patellektomi endikasyonu vardır (1, 5).

Olgumuzda; çıkış üzerinden 12 yıl gibi uzun bir süre geçmesine rağmen x-ray grafilerinde patellada dejeneratif değişiklikler gözlenmedi. Tibiofemoral eklem normal olarak değerlendirildi. Diz eklem hareket açıklığı normale yakın, kas gücünde azalma tespit edildi. Hasta bilsilendirildi ve cerrahiyi istemediğini ifade etti. Hastaya egzersiz ve gözlem önerildi.

KAYNAKLAR

1. Ege R. *Patella çıkışları; Ege R. Diz Sorunları*. Ankara: Bizim Büro Basımevi; 1998: 1001-1026.
2. Tachdjian MO. *Pediatric Orthopedics*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1990: 3282-3283.
3. Akgün I. *Patellofemoral bastıklar; Tandoğan NR. Diz Cerrahisi*. Ankara: Yeni Fersa Matbaacılık; 1999: 215-242.
4. Phillips BB. *Recurrent dislocations; Campell's Operative Orthopaedics*; Mosby, London 2003, ed. 10; vol. 3; s. 2377-2393.
5. Miller MD, Hausman M, Jokl P et al. *Permanent posttraumatic patellar dislocation*. *J. Trauma*, 1998: 1389-1392.
6. Miller GF. *Familial recurrent dislocation of patella*; *J. Bone Joint Surg.* 1978; 60-B: 203-204.
7. Runow A. *The dislocating patella; Etiology and prognosis in relation to generalized joint laxity and anatomy of the patellar articulation*; *Acta Orthop Scand* (Sup II). 1983; 202: 1-53.
8. Keskin D, Ezirmik N, Karsan O. *Yerine konmamış eski patella çıktı*. *Turkish J. of Trauma Emergency Surg.* 2003; 9 (3): 215-217.