İzole Medial Subtalar Joint Dislocation: Case Report and Literature Review

İzole Medial Subtalar Eklem Çıkığı: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi

İzole Medial Subtalar Eklem Çıkığı / İzole Medial Subtalar Joint Dislocation

Yavuz Akalın[1], Ahmet İmerci[2], Levent Sürer[3], Umut Canbek[4], Ahmet Savran[5]
[1]Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum, [2]Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi, Erzurum, [3]Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Bodrum Acıbadem Hastanesi, Muğla, [4]Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Muğla Ünivesitesi Tıp Fakültesi, Muğla, [5]Araştırma Görevlisi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

Özet

Subtalar eklem çıkıkları klinik yönetim açısından en zor ayak yaralanmaları arasındadır. Nörovasküler muayene redüksiyon öncesi ve sonrası kritik öneme sahiptir. Fizik muayene ve direkt radyografiler tanı için yeterlidir. Bu çıkıklar nispeten yaygın olmayan yaralanmalar olup zamanında doğru tanımlanamaz veya tedavi edilmez ise sakatlıklara yol açabilen yaralanmalardır. Kırk üç yaşında erkek hasta, yüksekten düşme sonrası sağ ayak bileğinde ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle acil servise başvurdu. Ayak bileği deforme ve şiş görünümde idi. İzole medial subtalar çıkık tanısı konulan hastaya kapalı redüksiyon ve alçı atel tespiti uygulandı. Konservatif olarak takip ve tedavi edilen hasta komplikasyonsuz olarak iyileşti.

Anahtar Kelimeler

Kapalı Redüksiyon; Subtalar Çıkık; Acil

Abstract

Subtalar joint dislocations are among the hardest injuries as they need through treatment management. It is crucial to make neurovasculary examination before and after joint reduction. Phsical examination and x rays are enough for diagnosis. These injuries are rather rare injuries and any misdiagnosis or any failure in treatment can result in permanent disability. A forty three year old man presented emergency room with right ankle pain and limited joint motion which occured after a high ground fall. His ankle was deformated and swollen. After patient diagnosed with isolated medial subtalar dislocation, his ankle was closely reducted and protected in a cast. He was treated conservatively without any complications.

Keywords

Closed Reduction; Subtalar Dislocation; Emergency

DOI: 10.4328/JCAM.1227 Received: 24.07.2012 Accepted: 06.08.2012 Printed: 01.11.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 3): 223-5
Corresponding Author: Ahmet İmerci, Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi, 25000, Erzurum, Turkey. T.: +905068935276 F.: +90 4422354100 E-Mail: ahmet_dr81@hotmail.com

Giriş

Acil pratiğinde subtalar eklem çıkıkları nadir görülür. Subtalar çıkık (SÇ) talus, navikuler ve kalkaneusun normal anatomik ilişkisinin kaybolması ile birlikte tibiotalar ve kalkaneokuboid eklemlerin zarar görmemesidir. Daha uygun tanımı talo-navikuler-kalkaneal çıkıktır [1,2].

SÇ mekanizması plantar fleksiyon ve aynı zamanda inversiyondaki ayağa gelen travma sonucu medial subtalar eklem çıkığı (%85), plantar fleksiyon ile birlikte eversiyon pozisyonundaki ayağa gelen travma ile de lateral subtalar çıkık olur (%15). Anterior ve posterior çıkıklar da tanımlanmıştır ancak oldukça nadirdir [3,4]. Bu yaralanmayı izleyen major komplikasyonlar talusun avasküler nekrozu (AVN) ve talar eklemlerin postravmatik osteoartritidir (OA) [5]. Nadir rastlanan bir yaralanma olduğu için doğal olarak bir çok ortopedist ve acil hekiminin bu konudaki deneyimi yeterli değildir.

Talar veya malleol kırığı olmaksızın kapalı subtalar çıkık ile başvuran hasta, acil olarak spinal anestezi altında kapalı redüksiyon uygulandı ve alçı tespiti ile tedavi edildi. Tedavi sonrası 15 aylık izlemde AVN, AO veya subluksasyon bulgusu olmayan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

43 yaşında erkek hasta, 3 metre yükseklikten ayak tabanı üzerine düşme sonucu sağ ayak ve ayak bileğinde deformasyon, şişlik, şiddetli ağrı ile acil servise başvurdu. Arka ayakta belirgin bir deformasyon gözlendi. Klinik muayenesinde ayak bileği belirgin biçimde şiş ve ekimotik, talonavikuler ve subtalar eklemler palpasyonla ağrılı idi. Ancak herhangi bir nörovasküler veya tendinöz etkilenim yoktu. Oblik ve anteroposterior ayak radyografilerde herhangi bir kırık bulgusu olmaksızın orta-ayağın medial deplasmanı izlendi (şekil 1a ve b).

Spinal anestezi altında kapalı redüksiyon uygulandı. Elle güçlü traksiyon ile birlikte bacaktan karşı traksiyon uygulandı. Bu sırada doğrudan talus başı üzerine parmakla basınç uygulanması işitilebilir bir "klank" sesi ile birlikte düzgün redüksiyonu sağladı. Redüksiyon sonrası grafilerde herhangi bir osteokondral kırık olmaksızın subtalar ve talonavikuler eklemlerde normal ve stabil dizilim görüldü (şekil 2a ve b). Redüksiyondan sonra bacak 3 hafta kısa bacak alçı atele alındı. Sonra hasta fizik tedavi programına alındı. 4. haftada hastanın koltuk değnekleri ile kısmi yüklenmesine ve 8. haftada tam yüklenmeye izin verildi.

Ayak ve ayak bileği tam eklem hareket genişliğine 16. haftada erişildi. 15 aylık izlemde hastanın hareket sırasında veya istirahatte belirgin bir ağrısı olmadı. Eklem stres grafileri karşı taraf ile karşılaştırıldığında instabilite gözlenmedi. Manyetik rezonans görüntülemede talus avasküler nekroz bulgusu görülmedi.

Tartışma

SÇ' lar tanımsal olarak tibiotalar eklemin normal olduğu, tüm çıkıkların %1-2'si olan nadir çıkıklardır [1,6]. Birçoğu erken yaştaki erkeklerde (6:1) meydana gelir. Bu çıkıklar genellikle motorlu taşıt kazası, yüksekten düşme ve spor aktiviteleri sonucu oluşmaktadır [4-6]. Medial ve lateral çıkıkların mekanizması simetrik değildir. Medial çıkık kronolojik olarak talo-navikuler-kalkaneal çıkıktır. Lateral subtalar çıkıksa talo-kalkaneo-navikuler çıkıktır. Her iki tipte de plantar kalkaneonaviküler ligament zarar görmemiştir [1].

Peritalar ve subtalar çıkıklarla birlikte tarsal kemikler, 5. metatars bazisi, her iki malleol ilişkili kırıkları sıktır. Tarsal kemik kırıklarının sıklığı %20 ile 60 arasında değişmekte, lateral çıkık ve açık kırık tiplerinde daha fazla tarsal kemik kırığı izlenmektedir [5]. Düz radyografilerde küçük kırıkların tespiti gözden kaçabileçeği nedeni ile olguların tomografi ile kontrolü önerilir [3-4]. Bu sunduğumuz olguda, nadir bir durum olarak, kırıksız, izole medial SÇ konservatif olarak tedavi edilmiştir

Subtalar çıkıklarının yönetiminde, yumuşak doku ve vasküler komplikasyonları önlemek için, hemen spinal veya genel anestezi altında kapalı redüksiyon gereklidir [5,6] ve genellikle başarılıdır [1]. Erken kapalı redükte edilen ve ilişkili kırığı olmayan basit çıkıkların sonucu oldukça iyidir [2]. Medial subtalar çıkıkların yaklaşık %10'u ve lateral çıkıkların %15-20'si kapalı redükte olmaz. Cerrahi olarak tedavi edilmesi gerekir [2-4]. Redüksiyon sonrası palpasyonunda distal nabızın varlığından emin olunamıyorsa Doppler ultrasonografi ile değerlendirme yapılabilir [3]. Olgumuzun redüksiyon öncesi ve sonrası nörovaküler muayenesi normal olarak izlendi.

Redüksiyon sonrasında immobilizasyon süresi dört ile altı hafta arasında olmalıdır [2]. DeLee ve ark. ise [6], daha yaygın olarak kabul gören uzun immobilizasyon süresinin aksine, üç haftalık alçı uygulamasını takiben başlanan subtalar eklem hareketlerinin rehabilitasyonu sonuçlarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Kınık ve ark. ise [5], anestezi altında redüksiyon uyguladıkları subtalar çıkıklı genç bir olguda, dört haftalık immobilizasyonu takiben rehabilitasyona başladıklarını ve birinci yıl sonunda hastada herhangi bir semptom olmadığını bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda da 3 haftalık immobilizasyonu tedavisi sonrası takiplerde klinik bulgular ve diğer ayak ile karşılaştırmalı direkt grafilerde AVN veya posttravmatik OA bulgusuna rastlanmadı.

Sonuç olarak, komplike olmayan medial subtalar çıkıklarda sorunsuz iyileşmenin temel faktörleri hemen redüksiyon ve erken mobilizasyondur. Kapalı yaralanmalarda acil serviste kapalı redüksiyon denenirken, açık redüksiyon; açık yaralanmalar veya başarısız kapalı redüksiyon denemesinden sonrası için saklanmalıdır. Redüksiyon kaybının değerlendirilmesi ve talar AVN ge-



Şekil 1. Hastanın acil serviste ilk çekilen (A) ayak bileği AP grafisi ve (B) lateral grafisi



Şekil 2. Hastanın redüksiyon sonrası çekilen (A) ayak bileği AP grafisi ve (B) lateral grafisi

lişiminin saptanması için direkt grafilerle yakın takip ve nörovasküler muayene yapılmalıdır. Bizim kanaatimizce saptanan subluksasyon ve eşlik eden major kırık yoksa; yaralanma sonrası 4. hafta gibi erken bir dönemde eklem hareket açıklığı ve yüklenme aktivitelerine başlanabilir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. de Palma L, Santucci A, Marinelli M, Borgogno E, Catalani. A Clinical outcome of closed isolated subtalar dislocations. Arch Orthop Trauma Surg. 2008 ;128(6):593-8.
2. Pesce D, Wethern J, Patel P. Rare case of medial subtalar dislocation from a low-velocity mechanism. J Emerg Med. 2011;41(6):e121-4.
3. Jungbluth P, Wild M, Hakimi M, Gehrmann S, Djurisic M, Windolf J, Muhr G, Kälicke T. Isolated subtalar dislocation. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(4):890-4.
4. Pehlivan O, Akmaz I, Solakoglu C, Rodop O. Medial peritalar dislocation. Arch Orthop Trauma Surg. 2002;122(9-10):541-3.
5. Kinik H, Oktay O, Arikan M, Mergen E. Medial subtalar dislocation. Int Orthop. 1999;23(6):366-7.
6. DeLee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. J Bone Joint Surg Am. 1982;64(3):433-7.

How to cite this article:
Akalın Y, İmerci A, Sürer L, Canbek U, Savran A. İzole Medial Subtalar Joint Dislocation: Case Report and Literature Review. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 3): 223-5.