A Case Report: Ipsilateral Closed Talus Dislocation and Navicular Fracture

Vaka Sunumu: İpsilateral Kapalı Talus Dislokasyonu ve Navikular Fraktür

Kapalı Talus Çıkığı / Closed Talus Dislocation

Tolga Atay, Halil Burç, Bülent Türk, Özgür Başal, Ozan Turgay
Süleyman Demirel University, Faculty of Medicine, Orthopaedics and Traumatology Department, Isparta, Turkey

Özet

Subtalar eklem çıkıkları nadir görülen çıkıklardır. Üç eklemle ilişkili olan (ki bunlar; tibiotalar, subtalar ve talonavikular) talus kemiğinin çıkığı tamamen yüksek enerjili bir travma veya spor müsabakaları sonucu meydana gelir ve bu travma sonucunda komplikasyon olarak nörovasküler yaralanma, talusun kapsüler yapılarında hasar, cilt nekrozu ve ligament hasarı görülebilir. Geç dönem komplikasyonları olarak ise avasküler nekroz, dejeneratif artrit görülebilir. Talusun çıkığı çoğunlukla malleol kırığı veya talus kırığından biriyle ilişkilidir. Malleol kırığı ve talus kırığı olmaksızın talusun izole çıkığı genellikle açık yaralanmalarda meydana gelir. Bu vakada malleol kırığı ya da talus kırığı olmadan yüksek enerjili travma sonucu kapalı talus çıkığı ile beraber navikular kırık görülmektedir. Nadir görülen çıkıklar olduğu için literatürde bu çıkıklar ile ilgili bilgiler oldukça azdır.

Anahtar Kelimeler

Kapalı Talus Çıkığı; Yüksek Enerjili Travma; Ayağın Navikular Kırığı

Abstract

Dislocation of the subtalar joint dislocations are rare. Three joint axes associated with that (which, tibiotalar, subtalar and talonavicular) talus bone dislocation totally high-energy trauma or sports competitions outcome occurs, and this trauma as a result of complications of neurovascular injury, the talus capsular structure damage, skin necrosis and ligament damage may occur. Result of late term complications are avascular necrosis and degenerative arthritis. Talus fractures often are associated with one of the malleolus fracture or dislocation of the talus. Isolated talus dislocations without malleolus and talus fractures are usually occurs in open wounds. In this case, closed talus dislocation and ipsilateral navicular bone of foot fracture are observed as a result of the high energy trauma without malleolar fractures or fracture of the talus. Closed Talus dislocations are rare in the literature and has very less informations.

Keywords

Closed Talus Dislocation; High Energy Trauma; Navicular Bone Fracture of Foot

DOI: 10.4328/JCAM.2771 Received: 22.09.2014 Accepted: 18.10.2014 Printed: 01.02.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 111-3
Corresponding Author: Bülent Türk, Süleyman Demirel University, Faculty of Medicine, Orthopaedics and Traumatology Department, 32000, Isparta, Turkey.
T: +90 2462119356 F.: +90 2462112830 GSM: +905054564275 E-Mail: blntrk@gmail.com

Giriş

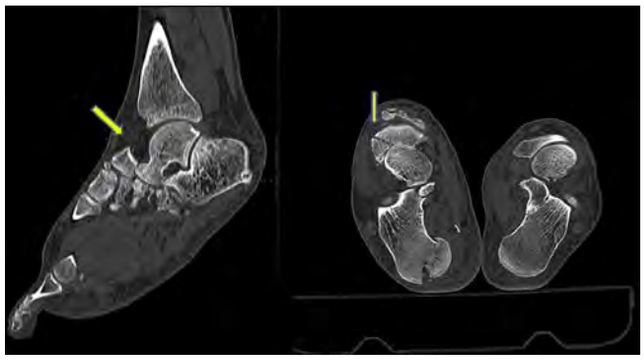
Talusun çıkığı çoğunlukla malleol kırığı veya talus kırığından biriyle ilişkilidir. Malleol kırığı ve talus kırığı olmaksızın talusun izole çıkığı genellikle açık yaralanmalarda meydana gelir[1-2]; [3-4]. Bu vakaların literatürde nadir olması nedeniyle bu çıkıklarla ilgili bilgilerde oldukça azdır. Genellikle motorlu araç kazaları ve yüksekten düşme sonucu oluşan kapalı talus çıkıkları herhangi bir yöne doğru olmakla birlikte sıklıkla mediale doğru olmaktadır[8]. Yüksekten düşme sonucu acil serviste değerlendirilen 28 yaşındaki erkek hastada aynı taraf kapalı talus çıkığı ve navikular kırığını tarif ettik. Bu vakada kapalı dorsal talonavikular çıkık izlenmektedir. Acil şartlarda opere edilen vakanın açık redüksiyon ve internal tespiti sonucu klinik ve radyolojik sonuçlarını bildiriyoruz.

Olgu Sunumu

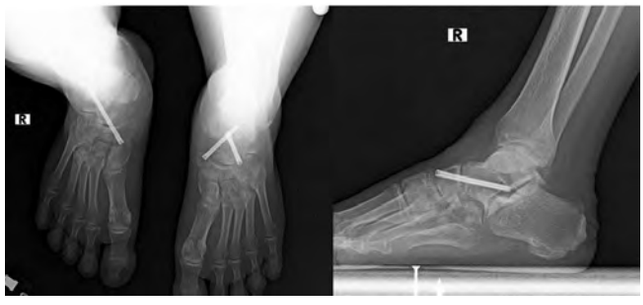
28 yaşındaki erkek hasta yüksekten düşme sonucu acile getirildi. İnşaattan düşen vakanın bilinci açık ve oryanteydi. Yapılan fizik muayenede sol diz, sağ ve sol ayak bileklerinde şiddetli hassasiyeti ve ödemi mevcuttu. Her iki ayak bileğinde deforme görünüm ve krepitasyon mevcuttu. Nörovasküler defisiti yoktu. Hastanın çekilen 2 planlı x-ray grafisinde sağ talus çıkığı ve sağ navikula kırığı görüldü(Resim 1,2 ve 3). Ayrıca sol talus boyun kırığı, bilateral kalkaneus kırığı, sol dizde nondeplase patella kırığı ile mandibula kırığı tespit edildi. Hasta acil şartlarda opere edildi. Sol talus boyun kırığı 2 adet başsız kompresyon vidası ile redükte edildi. Sağ talonavikular çıkığı ve navikular kırık için sağ ayak dorsalinden açılan 3 cm kesi ile cilt ve ciltaltı geçilerek talonavikular ekleme ulaşıldı. Traksiyon uygulanarak talus redükte edildi ve skopi altında 1 adet başsız kompresyon vidası gönderildi (Resim 2). Kalkaneus kırığı intraop skopi ile değerlendirildi. Konservatif kısa bacak atelde takibi uygun görülerek bilateral kısa bacak atel uygulandı. Sol nondeplase patella kırığı için uzun bacak sirküler boru alçı yapıldı. Hasta kliniğimizde yattığı süre boyunca 1x1 subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin ile takip edildi. İntravenöz 1. kuşak sefalosporinle antibiyotik profilaksisi verildi. Hasta postop 7. günde önerilerle taburcu edildi. Bir ay yatak istirahati önerilen hastaya düşük molekül ağırlıklı heparinizasyon verildi. Altı hafta sonunda kısa bacak ateli çıkarıldı ve eklem hareketleri verilmeye başlandı. Olgunun kalkaneus ve sol talus boyun kırığının da olması nedeniyle yeterli radyolojik kayanama bulguları görülüp iki aylık takip sonrasında yük verilerek mobilize edildi. Kapalı talus çıkığının olduğu tarafta subtalar artroz görülmedi ve eklem hareket açıklığı tamdı. Olgunun orta dönem klinik ve radyolojik sonuçları 'iyi' olarak değerlendirildi.



Resim 1. Anteroposterior ve Lateral ayak bileği x-ray görüntüleri (Preoperatif)



Resim 2. Preop. Bilgisayarlı Tomografi kesitleri



Resim 3. Anteroposterior ve Lateral ayak bileği x-ray görüntüleri (Postoperatif)

Tartışma

Talusun total çıkığı nadir görülür ve genellikle yüksekten düşme, motorlu taşıt kazası gibi yüksek enerjili travmalar sonucu görülmektedir. Subtalar eklemin çıkıkları tüm çıkıklar arasında % 1 ve büyük eklem çıkıkları arasında %2 oranında görülmektedir[5]. Total talus dislokasyonu genellikle malleol kırığı veya talus kırığından biriyle ilişkilidir[1-2]. Malleol kırığı ve talus kırığı olmaksızın talusun izole çıkığı genellikle açık yaralanmalarda meydana gelir[3-4]. İzole talonavikular çıkıklar, güçlü plantar ligamentöz yapıların desteği sayesinde çok az görülür. Ayağın plantar fleksiyonu ve inversiyonu bu yaralanma mekanizmasını açıklar. Sıklıkla güçlü bir bağ olan spring ligamenti diğer adıyla plantar kalkaneonavikular ligament yaralanır. KY Ip ve arkadaşlarının bildirdiği izole dorsal midtarsal çıkıklı bir hastaya kapalı redüksiyon ve AO kortikal vida ile tespit uygulanmıştı.Bu bildiride radyolojik olarak iyi sonuç alınamadığını ve midtarsal eklemin açık redüksiyonu ve ligamentöz yapıların tamirinin daha iyi klinik sonuçlar verebileceği bildirilmiştir[10]. Bu vakamızda çok nadir görülen izole talonavikular çıkığı ile beraber navikular kırık görülmektedir. İzole talonavikular eklem çıkığı tedavisinde immobilizasyon ile ilgili fikir birliği bulunmamakla birlikte 3 haftalık immoblizasyonun eklem stabilitesini sağlamada ve eklem hareket açıklığını korumada yeterli olduğu gösterilmiştir. Subtalar eklem çıkıklarında akut olarak nörovasükler yaralanma, cilt nekrozu, ligament hasarı, açık çıkıklarda ekstremite kaybı, enfeksiyon görülebilir[6]. Geç komplikasyonlar ise talus ve navikular kemiğin avasküler nekrozu, dejeneratif artrit, subtalar instabilitedir[7]. Bu olgu sunumumuzda çok nadir görülen talus dislokasyonu ve beraberinde navikular fraktürden bahsettik. Sonuç olarak hastanın intraoperatif redüksiyonu sağlandı ve postop takip edildi. Nadir görülen bu durum vaka sunumu şeklinde rapor edildi. Literatürde açık redüksiyon ve k teli ile redüksiyonu sağlanmış 23 hastanın 6 sında kötü sonuçlar bildirilmiştir[8]. Kanda ve arkadaşlarının bildirdiği vakada açık redüksiyon sonrası iyi sonuç rapor edilmiştir[9]. Bizim vakamızda orta dönem takip son-

rasında iyi sonuç elde ettik. Sonuç olarak, navikular kırığında eşlik ettiği kapalı talus çıkıklarında açık redüksiyon ve tespit sayesinde eklem yüzeylerinin restorasyonu daha kolay sağlanabilir. Bu tip vakaların klinik ve radyolojik orta dönem sonuçlarının iyi olacağını düşünmekteyiz.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1.Krasin E, Goldwirth M, Otremski I. Complete open dislocation of the talus. Accid Emerg Med 2000;17(1):53-4.
2.Hiraizumi Y, Hara T, Takahashi M, Mayehiyo S. Open total dislocation of the talus with extrusion (missing talus): report of two cases. Foot Ankle Surg 1992;13(8):473-7.
3.Segal D, Swasilewski S. Total dislocation of the talus. Bone Joint Surg(AM) 1980; 62(8):1370-2.
4.Taymaz A, Gunal I. Complete dislocation of the talus unaccompained by fracture. Foot Ankle Surg 2005;44(2):156-8.
5.Marcinko DE, Zenker CC. Peritalar dislocation without fracture. J Foot Surg 1991;30(1):489-93.
6.Mattingly DA, Stern PJ. Bilateral subtalar dislocations, A case report. Lippincott-Raven Publishers 1983;8(177):122-4.
7.Fotiadis E, lyrtzisC, Svarnas T, Koimtzis M, Akritopoulou K, Chalidis B. Closed subtalar dislocation with non-displanced fracture of talus and navicular; a case report and review of the literature. Casesjournal 2009;11(2):87-93.
8.Jerome JT, Varghese M, Sankaran B. Anteromedial Subtalar dislocation. J Foot Ankle Surg 2007;46(1):52–4.
9. Kanda T, Sakai H, Koseki K, Tamai K, Takeyama N, Saotome K. Anterior dislocation of the subtalar joint: a case report. Foot Ankle Int 2001;22(7):609–11.
10. Ip KY, Lui TH. Isolated dorsal midtarsal (Chopart) dislocation: a case report. J Orthop Surg (Hong Kong) 2006;14(3):357-9.

How to cite this article:
Atay T, Burç H, Türk B, Başal Ö, Turgay O. A Case Report: Ipsilateral Closed Talus Dislocation and Navicular Fracture. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 111-3.