Refracture and a Bent Intramedullary Nail in a Patient with a Healed Femoral Fracture

Kaynamış Opere Femur Kırıklı Hastada Refraktür ve İntramedüller Çivinin Eğilmesi

İntramedüller Çivi Eğilmesi / Bent Intramedullary Nail

Ahmet Özmeriç[1], Ahmet Aslan[2], Tolga Atay[3]
[1]Sincan Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara, [2]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar,
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, Isparta, Türkiye



Resim 1. Hastanın klinik görüntüsü



Resim 2. Femur diafiz refraktür ve intramedüller çivinin eğilmesi (A, B), Olgunun revizyonu: Plak-vida ile osteosentez bir yıllık takip (C, D)

Femur cisim kırıkları gençlerde genellikle yüksek enerjili travmalar sonucu meydana gelmektedir ve günümüzde bu kırıkların tedavisinde İntramedüller çivi (İMÇ) uygulaması altın standarttır. Cerrahi sonrasında çeşitli sorunlar gelişebilmekle beraber, yerleştirilen çivinin yeni bir kırıkla eğilmesi az görülen ve literatürde olgu sunumu şeklinde bildirilen bir durumdur.

35 yaşında erkek hasta acil servise araç içi trafik kazası sonrası ağrı ve yürüyememe şikâyetleriyle getirildi. Hikâyesinde yaklaşık 8 yıl önce femur cisim kırığı nedeniyle başka bir merkezde ameliyat olduğunu ve başka rahatsızlığı olmadığını belirtti. Hastanın ilk değerlendirmesinde uylukta hassasiyet, ekimoz ve orta-distal birleşim kısmında şekil bozukluğu mevcuttu (Resim 1), nörovasküler patolojisi yoktu. Femur ön-arka ve yan radyografilerinde, femur orta-distal diafiz birleşim yerinde tepesi posteriora bakan açılanma ile İMÇ'nin eğildiği ve femur kemiğinde yeniden kırık oluştuğu görüldü (Resim 2A-B). Hasta kliniğimize yatırıldı, bilgilendirildi ve tedavisi için onamı alındı. Ameliyat öncesi rutin tetkikleri ve anestezi konsültasyonu yapılarak hazırlıkları tamamlandı. Önceki ameliyatında kilitsiz konvansiyonel Küntchser çivisi kullanılmış olması nedeniyle çıkarma seti teminini takiben revizyon cerrahisi planlandı. Spinal anestezi sonrasında, rutin ameliyat öncesi prosedürleri takiben kırık hattına uyan bölgede, eski insizyondan girilerek kırık hattına ulaşıldı. Çivinin eğim bölgesi bulundu ve distal bölümde kortekse pencere açılmasını takiben traksiyon-rotasyon uygulanarak İMÇ retrograd çıkarılabildi. Kırık hattında fibröz doku oluşumu gözlemlendi. Debridmanı yapıldı ve kırık uçları tazelendirildi. Kortekste oluşan defekt, iliak kanattan alınan kortikospongioz otogreft ile dolduruldu. Redüksiyonu takiben plak-vida ile osteosentez uygulandı. Aslında daha distal kırıklarda da tedavi olanağı sağlayan kilitli İMÇ kullanılabilirdi ancak hem eğilmiş çiviyi çıkarabilmek için kırık hattını açmamız nedeniyle, hem de greftleme uygulamamız nedeniyle daha uygu olacağını düşündüğümüzden plak-vida ile osteosentez uyguladık. Diğer yandan bu olguda; kırık hattında fibröz doku gözlemlememiz ve çivinin daha distal bir kırıkta uygunsuz endikasyonda (klasik İMÇ kilit sistemi olmadığından genellikle şaft kırıklarında önerilmektedir) kullanılması tam bir kaynama oluşmamış olabileceğini ve hastanın refraktür öncesi muhtemelen ağrısız bir fibröz kaynama ile yürüyebildiğini düşündürdü.

Olgumuzun bir yıllık takiplerinde kaynama sağlandı ve yürüyebiliyordu. Postoperatif 1. yıldaki grafileri Resim 2C-D'de izlenmektedir. İMÇ'nin uygunsuz endikasyonda kullanıldığında sorunlar gelişebilmesi, refraktürle eğilmesinin nadir görülmesi ve revizyon cerrahisinin zorluklar içermesi nedeniyle klinik ve radyolojik resimleriyle birlikte bu olgu sunulmaya değer görüldü.

DOI: 10.4328/JCAM.1609 Received: 25.01.2013 Accepted: 08.02.2013 Printed: 01.03.2015 J Clin Anal Med 2015;6(2): 290
Corresponding Author: Ahmet Aslan, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar, Türkiye.
GSM: +905056462411 E-Mail: draaslan@hotmail.com