

Çocukların Gecikmiş Monteggia Patolojisinde Radius Baş Çıkığının Bell Tawse Tekniği İle Tamiri

Şükrü ARAÇ
Uğur ÖZİÇ
Hidayet TOPAL

Eşrefpaşa Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İZMİR
SSK Tepecik Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İZMİR

THE TREATMENT OF THE RADIAL HEAD
DISLOCATION BY BELL-TAWSE TECHNIQUE

Geliş Tarihi: 1 Aralık 1986

ÖZET

Bu yazımızda, Monteggia kırık-çıkığı geçirmiş 3 hastanın kapalı tedavi sonrası komplikasyonlarıyla ilgili bir çalışma bildirilmektedir.

Yanlış değerlendirme sonucu, radius başı rediütte edilmeden tedavi gören hastaların geç dönemde radius başı tamiri gerçekleştirildi. Radius başı çıkığının tamiri ve stabilizasyonu Bell Tawse tekniğine uygun olarak gerçekleştirildi.

Bell Tawse tekniğinin literatür bilgisiyle karşılaştırılması yapıldı.

Anahtar kelimeler: Monteggia patolojisi, Bell-Tawse tekniği

SUMMARY

This article deals with the complications of 3 cases of Monteggia fracture-dislocation after treatment.

We treated the radial head dislocation in the late recovery period of those patients, who were previously treated without the reduction of the radial head because of improper interpretation.

The treatment of the radial head dislocation and its stabilisation was undertaken by Bell-Tawse technique. We also correlated this surgical technique with the published reports concerning this clinical entity.

Key words: Monteggia pathology, Bell-Tawse technique

T Kt Tıp Bit Araş Dergisi C.6, 5,1, 1988 49-52

T J Research Med SCI V.6, N.1, 1988 49-52

GİRİŞ

Monteggia kırıklı-çıkığı genel ekstremitte travmaları içinde oldukça nadir görülen bir patolojidir (1, 3, 4). Dirsek ve önkolü içine alan travmalarda, ulnada belirgin bir kırık ve deformiteyle birlikte olan radius başı çıkıkları kolaylıkları teşhis edilirler. Fakat ulnada minimal deformite gösteren kırıklarla, özellikle de greenstick kırıklarla birlikte olan radius başı çıkıkları zaman zaman yanlış değerlendirilme sonucu disloke durumda kalabilirler (8). Kırıkçılara başvuran hastalarda bu patoloji hemen hemen kaçınılmazdır. Bu şekilde yanlış tedaviler veya yanlış değerlendirmeler sonucu geç dönemde dirsek fonksiyonlarının bozuk ve ağrılı olmasıyla başvuran hastalarda, radius başının tamiri önemli bir sorun teşkil eder.

Bu patolojiyi, ilk defa 1814 yılında Monteggia tarif etmiştir. Monteggia kırıklı-çıkığının muhtelif klasifikasyonları mevcuttur ve bu klasifikasyonlar ulnadaki kırığın angüstasyon şekline ve radius başının dislokasyon yerine göre değişiklikler gösterir. Ba-

donun klasifikasyonu en yaygın kullanılan klasifikasyondur (1). Çocuklarda Bado klasifikasyonunun 1. tipi olan ulnada anterior angüstasyon ve radius başında anterior dislokasyon en sık görülen şeklidir (8).

4 ila 6 haftayı geçmiş olan disloke vakalarda geç tamir sorunu ortaya çıkmaktadır. Klasik tedavide, erişkinlerde radius başının eksizyonu, çocuklarda ise olduğu gibi bırakma eğilimi vardır (11). Geç cerrahi tedavide annüler ligamentin Speed ve Boyd tekniği ile fascial greft kullanarak desteklenmesi, radiusa kısaltma osteotomisi veya ulnaya uzatma osteotomisi yine daha önceleri bildirilmiş tekniklerdir (2, 7, 8, 9). Ayrıca, ulnaya korrektif osteotomiyle birlikte radius başının açık redüksiyonu yine cerrahi teknikler arasında tanımlanmıştır (5).

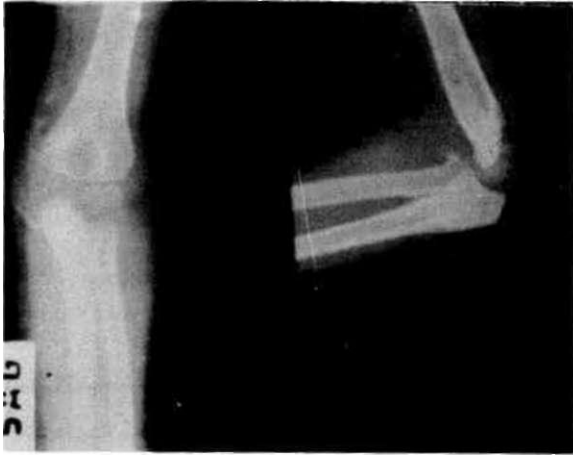
Biz tedavi ettiğimiz hastalarda Bell Tawse tekniğine (2) uygun olarak triceps tendonundan hazırlanan tendinöz strip ile açık redüksiyon ve stabilizasyon uyguladık.



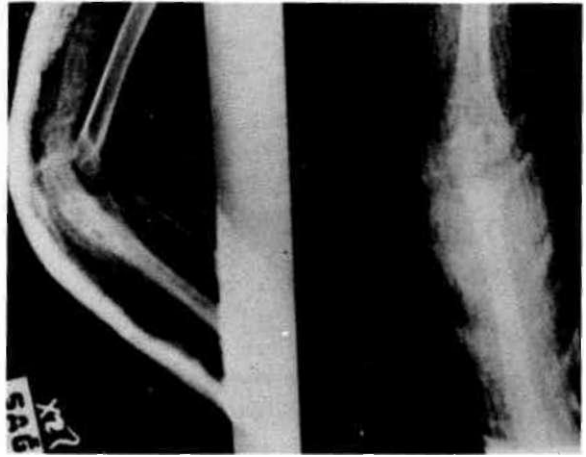
Şekil-1a



Şekil-2a



Şekil-1b



Şekil-2b

VAKA TAKDİMLERİ

Vaka 1: 5 yaşında bir kız çocuğu sağ önkolunun üzerine düşme sonucu bir Monteggia kırıklı-çıkığı geçirmiş ve başvurduğu klinikte radius başı çıkığı farkedilmeyerek uzun kol alçısı yapılmış. 5 hafta sonra alçısı çıkarıldığında patoloji yine farkedilmemişti. Ancak daha sonra hareketler sırasında, özellikle pronasyonda dirsekte ağrı ve şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Dolayısıyla, olaydan 2,5 ay sonra radius başı çıkığı olduğu anlaşıldı. Hastaya, açık redüksiyon ve triceps tendonun strip hazırlanarak stabilizasyon yapıldı, uzun kol alçısı uygulandı. 4 hafta sonra alçı çıkarılarak ekzeksizlere başlandı. 1 sene sonra yapılan kontrolde, redüksiyon ve fonksiyonlar tamdı (Şekil-1a, Şekil-1b).

Vaka 2: 6,5 yaşında bir erkek çocuğu sağ önkol üzerine düşme sonucu dirsekte ağrı ve şişlikle başvurduğu kırıkçıda basit bir sargı ile tedavi edilmiş ve üç hafta sonra sargıları çıkarılmıştı. Özellikle pro-



Şekil-3a



Şekil-3b

nasyon-supinasyon ve fleksiyon hareketlerinde hafif kısıtlılık ve ağrı, ayrıca dirsekte ailenin farketmediği şişlik nedeniyle travmadan üç ay sonra kliniğimize başvurdu. Çekilen radyogramlarda ulnada herhangi bir patoloji tespit edilmedi (muhtemelen kaynama tamamlanmıştı), fakat radius başı dislokeydi. Radius başına açık redüksiyon ve triceps tendonundan hazırlanan strip ile stabilizasyon yapıldı, uzun kol alçısı uygulandı. Beş hafta sonra alçı çıkarıldı ve ekzersizlere başlandı. Onbir ay sonra çekilen kontrol grafilerde redüksiyon tamdı. Dirseğin fleksiyonunda

10°'lik kısıtlanma mevcuttu, diğer hareketler tamdı (Şekil-2a, Şekil-2b).

Vaka 3: 7 yaşında bir kız çocuğu sol dirseği üzerine düşme sonucu dirsekte şişme ve ağrı nedeniyle kliniğimize başvurmuştu. Çekilen ilk radyogramlarda ulna üst uç kırığı olduğu görülmüş ve uzun kol ateli yapılarak tedavi edilmişti. Dört hafta sonraki kontrolde radius başı çıkığı tespit edildi. Radius başına açık redüksiyon ve triceps tendonundan hazırlanan strip ile stabilizasyon uygulandı. Beş hafta sonra alçı açıldı ve ekzersizlere başlandı. Sekiz ay sonra yapılan kontrolde redüksiyon tamdı ve 10°'lik pronasyon kısıtlılığı mevcuttu (Şekil-3a, Şekil-3b).

TARTIŞMA

Monteggia kırıklı-çıkığı, erişkinlerde ve çocuklarda benzer mekanizmalarla olmakla birlikte, tedavisinde farklılıklar gösterir. Aynı travma erişkinlerde, ulnada komplet bir kırığa, çocuklarda ise greenstick bir kırığa neden olabilir (11). Bu sebeple, Monteggia kırıklı-çıkığı erişkinlerde sıklıkla ulnanın osteosenteziyle tamir edilirken, çocuklarda kapalı redüksiyon ve alçı tespiti genellikle yeterli olmaktadır (5). Ayrıca, radius başı çıkığı, erişkinlerde ligament yırtığıyla oluşurken, çocuklarda intakt annüler ligamentin pull-out mekanizmasıyla meydana gelebilir (5). Bu nedenle ulnada greenstick kırıkla başvuran bir çocukta radius başı çıkığı olabileceği daima hatırlanmalı ve dikkatli bir dirsek tetkiki yapılmalıdır. Monteggia kırıklı-çıkığının tedavisinde, ulnanın anatomik redüksiyonundan ziyade, radius başının tam redükte olmasına özellikle dikkat edilmelidir. Nitekim, bizim vakalarımızdan ikisinde radius başı çıkığı, dirsek tetkikinin yeterince yapılmaması sonucu farkedilememiştir.

Çocukların geç Monteggia kırıklı-çıkığımda muhtelif tedavi yöntemleri bildirilmiştir. Bazı otörler, dirsekte önemli bir ağrı ve fonksiyon kusuruna neden olmayacağı düşüncesiyle, radius başı çıkığının olduğu gibi bırakılmasını savunmaktadırlar (10). Buna karşılık diğer bazı yazarlarda disloke radius başının açık redüksiyonunu ve annüler ligamentin tamirini önermektedirler (2, 7, 9). King ve Kalamehi, ulnada angülasyonla seyreden geç radius başı çıkıklarında ulnaya korreksiyon osteotomisini tavsiye etmekteydiler (5,6). Yine Kalamehi, osteotomi yapılmayan vakalarda redislokasyon olasılığından bahsetmektedir. Biz, yukarıda takdim ettiğimiz üç hastadan ikisinde greenstick tarzında bir ulna kırığı ile birlikte radius başı çıkığı tespit ettik. İlk müracaatını kırıkçıya yapan üçüncü hastanın bize müracaatında ulnada kırığa rastlamadık. Bu hastada muhtemelen greenstick tarzında bir kırık olduğu ve bize müracaat tarihine kadar iyileştiği düşünüldü.

Başvuran hastalarda radius başı çıkığını olduğu gibi bırakmayı düşünmedik. Çünkü gerek dirsekte oluşabilecek fonksiyon bozukluğu ve deforme, ge-

rekse ileride ortaya çıkabilecek sosyal sakıncaları açısından patolojinin düzeltilmesini gerekli görmekteyiz. Bizim vakalarımızda ulnada belirgin bir angülasyonun olmaması, minimal angülasyonların remodeling sayesinde düzeldiği düşüncesiyle osteotomi gereği yoktu. Ancak ulnada belirgin angülasyonların olduğu Monteggia kırıklı-çıkığında, redislokasyon olasılığı nedeniyle, radius başına ligament rekonstrüksiyonunun ulnaya korreksiyon osteotomisiyle kombine edilmesi fikrine katılmaktayız. Çocukların Monteggia kırıklı-çıkığında, radius başlı çıkığı annuler ligamentin yırtılması dışında, pull-out tarzında bir mekanizmayla da oluşabilir (5). Bu nedenle, gecikmiş Monteggia kırıklı-çıkığında gevşemiş ligamentin fonksiyon yetersizliği (stabilite yetersizliği) gözönüne alınarak, redislokasyonların veya subluksasyonların önlenmesinde ligament rekonstrüksiyonu kaçınılmazdır.

Klasik yayınlarda, Speed ve Boyd tekniği ile ulnar bölgeden hazırlanan fascial strip ile ligament rekonstrüksiyonu önerilmektedir (9). Ancak, küçük çocuklarda bu bölgeden hazırlanan striplerin ince ve frajil olması stabilizeyi sağlamada zaman zaman yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bir Kirschner çivisi ile geçici

tespit gerekli olmaktadır. Biz bu sakıncaları daha önceki vakalarımızda gördüğümüz için, daha kaim ve sağlam bir strip hazırlamak ve sadece strip stabilizeyi temin ederek, geçici internal tespit materyali kullanmadan tamir olayını gerçekleştirmek istedik. Bu amaçla Bell Tawse'm tarif ettiği, triceps landonundan istediğimiz kalınlıkta ve uzunlukta strip hazırlayarak rekonstrüksiyon yaptık. Hastaların hiçbirinde internal tespit vasıtası kullanmadık. Dolayısıyla, intraartiküler herhangi bir iatrojenik lezyona neden olmadık. Vakalarımızın, rehabilitasyonunda da önemli bir sorunla karşılaşmadık.

SONUÇ

Çocukların gecikmiş Monteggia kırıklı-çıkığında radius başının açık redüksiyonunu önermekteyiz. Ulnada rezidüel angülasyon ileri düzeyde olmadıkça, osteotominin gerekli olmadığı kanısındayız. Radius başının redüksiyonunda stabilitenin, triceps tendonundan hazırlanan yeterli kalınlık, uzunluk ve sağlamlıkta tendinöz strip vasıtasıyla, internal tespit kullanmadan sağlanabileceği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Bado JL: The Monteggia lesion. Clin.Orthop.Rel,Res. 50:71, 1967.
2. Bell Tawse AJS: The treatment of maunted anterior monteggia fractures in children. J.Bone Joint Surg. 47-B:718, 1963.
3. Boyd HB,JC **Bools**: The Monteggia lesion. Clin.Orthop. Rel.Res. 66:94, 1969.
4. Bruce H, JP Harvey Jr, J Wilson: Monteggia fractures. J.Bone Joint Surg. 56-A:15t>3, 1974.
5. Kalamchi A: Monteggia fracture-dislocation in children. J.Bone Joint Surg. 68-A-.615, 1986.
6. King RE: The Monteggia Lesion. Fractures in Children. CA Rockwood Jr, KE Wilkins and RF. King. Philadelphia,JB Lippincott, 1984.
7. Lloyd-Roberts GC and TM Bucknill: Anterior dislocation of the radial head in children. Aetiology, natural history and management, j.Bone Joint.Surg. 59-B:402, 1977.
8. Ogden AJ: Skeletal Injury in the Child. Lea-Febiger, Philadelphia, 1982.
9. Sisk T1): Fractures. Campbell's Operative Orthopaedics. Edmon AS, Crenshaw, AH Mosby, 1980.
10. Theodorou SI): Dislocation of the head of the radius associated with fracture of the upper end of the ulna in children. J.Bone Joint Surg. 51-B:700, 1969.
11. Wright PR: Greenstick fracture of the ufiper end of the ulna with dislocation of the radio-humeral joint or displacement of the superior radial rpjiuysis. J .Bone Joint Surg. 45-B:727, 1963.