

Bölüm 6

DİZ CERRAHİ YAKLAŞIM TEKNİKLERİ

Hakan ZORA¹
Nusret ÖK²

GİRİŞ

İnsan vücudundaki en büyük eklem olan diz eklemi femur, tibia ve patella olmak üzere üç kemikten oluşan ginglimus (menteşe) tipi bir eklemdir. Medial tibiofemoral, lateral tibiofemoral ve patellofemoral olmak üzere üç ayrı eklem içerir. Medial ve lateral tibiofemoral eklemler kondiler tip, patellofemoral eklem ise sellar tip eklemdir. Geniş bir hareket açıklığına sahip diz ekleminde stabilitenin sağlanabilmesi için sadece kemik yapıların uyumu yeterli değildir. Stabilitenin sağlanabilmesi için kapsül, menisküs, ligaman, tendon ve kas yapıların da desteği gerekmektedir. Travmatik veya travmatik olmayan sebeplerden ötürü diz eklemine birçok cerrahi uygulama tanımlanmıştır. Operasyon sonrası beklenen ağrı ve fonksiyonel iyileşme için eklem içi veya eklem dışı kemik ve yumuşak doku cerrahi uygulamalarında kullanılan cerrahi yaklaşımları doğru bir şekilde gerçekleştirmek vazgeçilmez bir unsurdur. Bu bölümde diz eklemine Anterior, Lateral, Medial ve Posterior yaklaşım teknikleri anlatılacaktır.

1. ANTERİOR YAKLAŞIMLAR

1.1. Medial Parapatellar Yaklaşım

Von Langenbeck tarafından 1878 yılında (1) tarif edilen medial parapatellar (MPP) yaklaşım sinovektomi, medial menisküs eksizyonu, total diz artroplastisi (TDA), serbest cisim çıkarılması, bağ rekonstrüksiyonları, septik artrit cerrahisi ve travma cerrahisi için kullanılabilen eklem içi ve eklem çevresi yapılara ulaşım sağlayan bir yaklaşımdır. TDA uygulamalarında kullanılan standart yaklaşım

¹ Dr., Pamukkale Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı,

² Dr., Nusret ÖK Denizli Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, oknusret@gmail.com

sırasında iyi bir kanama kontrolü ve cerrahi sonrası drenaj tüpü yerleştirilmesi önemlidir (3).

4. LATERAL YAKLAŞIM

Lateral cerrahi yaklaşım; diz ekleminin lateral destek yapılarına ulaşım ve girişim imkanı sağlamaktadır. Lateral kollateral bağ onarımı, lateral menisküs onarımı veya eksizyonu ve lateral kapsüle ulaşım için kullanılabilir. Hasta ameliyat masasında sırtüstü pozisyonda, diz eklemi fleksiyon pozisyonda iken patella üst sınırının 3 cm lateralinden eğri bir şekilde Gerdy tüberkülüne doğru cilt kesisi yapılır. Cilt ve cilt altı yağ doku flep şeklinde ekarte edildikten sonra ilitibial bant ve biceps femoris kasları arasından girilir. Biceps femoris kası hemen arkasında yer alan peroneal sinir ile birlikte laterale doğru ekarte edildiğinde yüzeysel lateral kollateral bağ (fibular kollateral bağ) ve posterolateral kapsül açığa çıkar. Eklem yüzeysel lateral kollateral bağın önünden ve arkasından girilir. Önden girilmesi durumunda lateral menisküs ön ve orta kısmı görülebilir. Arkadan girilmesi durumunda ise arka boynuzu görmek için gastroknemius lateral başı ile kapsül arasından girilmesi gerekmektedir. Gastroknemius lateral başı altında lateral superior geniküler arterler bulunmalı ve bağlanmalıdır. Ayrıca bu kesi sırasında popliteus tendonunun eklem kapsülünün hemen altında bulunduğu unutulmamalıdır (3).

Lateral yaklaşım sırasında en fazla risk altında olan yapı ortak peroneal sinirdir. Cerrahi sırasında öncelikli olarak bulunmalı ve korunmalıdır (3).

KAYNAKLAR

1. Von Langenbeck B. Zur rezeksiyon des kniegellenks. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirg.* 1878; 7 : 23-30.
2. Insall JN, Easley ME. (2001), *Surgery of the Knee*, New York, Churchill Livingstone.
3. Hoppenfeld, S., DeBoer, P., & Buckley, R. (2012). *Surgical exposures in orthopaedics: the anatomic approach*. Lippincott Williams & Wilkins.
4. Vaishya R., Vijay V., Demesugh D. M., & Agarwal, A. K. . *Surgical approaches for total knee arthroplasty*. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*, 2016; 7(2), 71.
5. Mochizuki, R. M., & Schurman, D. J. . *Patellar complications following total knee arthroplasty*. *JBJS*, 1979; 61(6), 879-883.
6. Engh G. A., Holt B. T., & Parks N. L. . *A midvastus muscle-splitting approach for total knee arthroplasty*. *The Journal of arthroplasty*, 1997; 12(3), 322-331.
7. Cristea S., Predescu V., Dragosloveanu Ş., et al. *Surgical Approaches for Total Knee Arthroplasty*. *ARTHROPLASTY*,2016; 25.
8. Erkes F. *Weitere erfahrungen mit physiologischer schnitt fuhrung zur eroffnung des kniegelenks*. *Beitrage zur klinischen Chirurgie*. 1929; 147:221.
9. Roysam G.S., Oakley M.J. *Subvastus approach for total knee arthroplasty: a prospective, randomized, and observerblinded trial*. *J Arthroplast.* 2001;16:454-457.
10. Cameron H.U., Fedorkow D.M. *The patella in total knee arthroplasty*. *Clin Orthop.* 1982;165:197-199. .

11. Dhillon, M. S., Singh, H. P., & Nagi, O. N. . *Posterior cruciate ligament avulsion from the tibia: fixation by a posteromedial approach. Acta Orthop Belg.*2003; 69(2), 162-7.
12. Joseph, C. M., Gunasekaran, C., Livingston, A., et al. . *Outcome of screw post fixation of neglected posterior cruciate ligament bony avulsions. Injury*,2019; 50(3), 784-789.