

## Bölüm 4

# DİZ ÇIKIKLARI

Caner Mesut MATARACI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Diz çıkıkları; yüksek oranda vasküler hasarın eşlik ettiği yaralanmalardır. Yaralanma mekanizması yüksek enerjili veya düşük enerjili olabilir

### EPİDEMİYOLOJİ

Ortopedik travmaların az bir kısmını oluşturur. Az görülme nedenlerinden biri ise vakaların %50'ye yakınının spontan redükte olmasıdır. Daha çok erkek cinsiyet etkilenir ve çoğunlukla tibiofemoral eklemin yaralanmasını içerir.

### ANATOMİ

Diz eklemi ginglymus tarzı, sinoviyal bir eklemdir. Patellofemoral, tibiofemoral ve tibiofibular eklemden oluşur. Diz ekleminin stabilizasyonu; kemikler ile dinamik ve statik yumuşak doku destekleri tarafından sağlanır (Tablo 1) .

4 temel ligaman diz ekleminin stabilizasyonunda majör rol oynar. Bunlar; ön çapraz bağ (ÖÇB), arka çapraz bağ (AÇB), medial kollateral ligaman (MKL) ve lateral kollateral ligamandır (LKL). Ayrıca posterolateral köşe (PLK), posteromedial köşe (PMK), medial ve lateral menisküsler de ek destek dokulardır. Posterolateral köşeyi; LKL, iliotibial bant, popliteofibular ligaman ve popliteus tendonu oluşturur.

**Tablo 1. Diz eklemi yumuşak doku stabilizörleri**

Yapı	Fonksiyon
ÖÇB	Primer: Tibianın anteriora translasyonunu engelleme Sekonder: Tam ekstansiyonda valgus/varus strese karşı koyma
AÇB	Primer: Tibianın posteriora translasyonunu engelleme Sekonder: Aşırı tibial eksternal rotasyonu kısıtlama
MKL	Valgus strese direnme
PMK	Valgus strese direnme
LKL	Varus strese direnme
PLK	Tibianın posterior translasyonuna, eksternal rotasyonuna ve varus angulasyonuna direnme

<sup>1</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji ABD, ganer@windowlive.com

### **Cerrahi tedavi**

Cerrahi müdahale kararı verirken hastanın durumu, yaralanma mekanizması ve eşlik eden ek yaralanmalar önemlidir. Açık yaralanmaların ve majör damar yaralanmalarının eşlik ettiği durumlarda cerrahi müdahale hemen yapılmalıdır. Eşlik eden bağ yaralanmalarının cerrahisi ikinci bir operasyona bırakılabilir ve bu ikinci cerrahi zamanı daha iyi prognoz açısından 3 hafta içerisinde yapılmalıdır (Fanelli & ark.1996,2002).

### **Cerrahi endikasyonlar**

- Redükte edilemeyen çıkıklar
- Posterolateral çıkıklar
- Açık kırıklı çıkıklar
- Obesite (redüksiyon zorluğu sebebiyle)
- Vasküler hasarın eşlik ettiği çıkıklar

### **KOMPLİKASYONLAR**

1. Eklem katılığı (artrofibrosis): En sık komplikasyonudur, uzamış immobilizasyona bağlı oluşur (Edson.2001).
2. Laksite ve eklem instabilitesi
3. Peroneal sinir hasarı: %25 oranında görülür, vakaların %50'sinde parsiyel iyileşme gözlenir (Nial & ark. 2004). En sık posterolateral çıkık sonrası görülür. Peroneal sinir hasarı olan hastalar takip edilir iken AFO kullanılmaz (ekin deformitesini önlemek için). Sinir hasarının geri dönmediği vakalarda tendon transferleri uygulanır (posterior tibial tendonun lateral kuneiforma transferi) (Poage & ark. 2016).

### **KAYNAKLAR**

- AB Goldman, H Pavlov and D Rubenstein, The second fracture of the proximal tibia: a small avulsion reflects major ligamentous damage. American Journal of Roentgenology.1988;151:1163-1167
- Chad Poage, Charles Roth, Brandon Scott: Peroneal Nerve Palsy: Evaluation and Management: J Am Acad Orthop Surg 2016;24:1-10
- Dedmond BT, Almekinders LC :Operative versus nonoperative treatment of knee dislocations :a meta-analysis.The American Journal of Knee Surgery(jan 2001,14(1):33-38
- D. M. Niall, R. W. Nutton, J. F. Keating: Palsy of the common peroneal nerve after traumatic dislocation of the knee: J Bone Joint Surg [Br] 2005;87-B:664-7
- Edson CJ: Rehabilitation of the multiligament-reconstructed knee. Sports Medicine and Arthroscopy Review 2001; 9:247-254.
- Fanelli GC, Giannotti BF, Edson CJ: Arthroscopically assisted combined anterior and posterior cruciate ligament reconstruction. Arthroscopy 1996;12:5- 14

- Fanelli GC, Edson CJ: Arthroscopically assisted combined anterior and posterior cruciate ligament reconstruction in the multiple ligament injured knee: 2- to 10- year follow-up. *Arthroscopy* 2002;18: 703-714
- Frederick M. Azar, Jason C. Brandt,z, Robert H. Miller III, and Barry B. Phillips:Ultra-Low-Velocity Knee Dislocations; *The American Journal of Sports Medicine*, Vol. 39, No.10:2170-2174
- Hill JA, Rana NA: Complications of posterolateral dislocation of the knee: Case report and literature review.*Clin Orthop Relat Res* 1981;154:212-215
- Kennedy JC. Complete dislocation of the knee joint. *J Bone Joint Surg Am* 1963;4:889–904
- Mills WJ,Barei DP,McNair p.The value of the anklebrachial index for diagnosing arterial injury after knee dislcation:A prospective study. *J Trauma* 2004;56(6):1261-1265
- Schenck RJ. Classification of knee dislocations. In: Fanelli GC, ed. *The Multiple Ligament Injured Knee*. New York, NY: Springer; 2004:37–49