

DİSTAL TİBİA KIRIKLARI

Ali VAROL ¹

GİRİŞ

Distal tibia kırıkları en sık 3. dekat erkeklerde görülür ve alt ekstremitte kırıklarının %1-10'unu oluşturur. Genellikle motorlu taşıt kazaları veya snowboard yaralanmaları gibi yüksek enerjili mekanizmalarla gerçekleşir. Kırıkların tedavisinde temel prensip yumuşak doku yönetimini sağlayarak komplikasyonlardan kaçınarak erken hareket izin verecek uygun fiksasyonu sağlamaktır.

KLİNİK DEĞERLENDİRME VE EŞLİK EDEN YARALANMALAR

Diğer yüksek enerjili yaralanmalarda olduğu gibi hastanın genel sistemik travma değerlendirilmesi yapılmalıdır. Aksiyel yükün iletildiği kalkaneus, talus, tibia plato, femur boyun, pelvis ve vertebra dikkatlice değerlendirilmelidir. En sık kalkaneus kırıkları eşlik eder.⁽¹⁾

Açık kırıklar %3-8 oranında görülür. Yüksek enerji ile yaralanan hastalarda bu oran daha yüksektir. Açık kırıklar da dahil olmak üzere bütün hastalar kompartman sendromu açısından dikkatlice izlenmelidir. Hastaların takipleri not edilmelidir.

Cerrahi zamanlama yumuşak dokunun durumu göz önünde bulundurularak kararlaştırılır.

malıdır (Şekil 1). Distal tibia kırıklarında sıklıkla ekstremitte aşırı ödemlidir ve büller oluşur. Seröz büller yüzeysel yumuşak doku hasarını gösterirken, hemorajik büller dermisin tam kat hasarını gösterir.⁽²⁾ Bül varlığı durumunda definitif fiksasyon işlemi cilt iyileşmesini takip eden haftalarda yapılmalıdır. Tam kat cilt nekrozu varlığında yumuşak doku rekonstrüksiyonunu yapacak ekip ile koordineli planlama yapılmalıdır.



Şekil 1. Distal tibia kırığı olan hastada seröz ve hemorajik yaygın büller izlenmektedir.

Proksimal tibia kırıklarına göre daha nadir damar sinir yaralanması görülse de hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli, muayene ile tespit edilemeyecek fakat yumuşak doku iyileşmesini etkileyecek damar yaralanmalarının nadir olmadığı unutulmamalıdır.

¹ Op. Dr., Şırnak Silopi İlçe Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği dralivarol5234@gmail.com

hastalarda, ileri derecede periferik nöropatisi olan hastalarda primer artrodez değerlendirilebilir.⁽¹⁰⁾

KOMPLİKASYONLAR

En sık enfeksiyon, nekroz gibi yara yeri problemleri görülmektedir. Ayrıca kaynamama, kötü kaynama ve sempatik distrofi de gözlenmektedir.

Tibianın özellikle anteromedialinde cilt altı doku zayıf olduğu için yüzeysel nekroz en sık bu bölgede görülmektedir (Şekil 4).⁽¹¹⁾ İyileşme genellikle debridman ardından seri pansumanlarla sağlanabilmektedir. Takiplerde gelişen cilt defektlerinin tedavisinde negatif basınçlı pansumanlar ve doku rekonstrüksiyon teknikleri gerekebilmektedir.



Şekil 4. Açık redüksiyon ve internal fiksasyonla tedavi edildikten sonra gelişen yüzeysel nekroz debride edildikten sonra

Travma sonrası artroz uzun dönem komplikasyonlardandır. Travma sırasındaki kırıkda hasarı, travmanın şiddeti ve eklem redüksiyon kalitesi oluşumunda belirleyicidir.⁽¹²⁾ Hastalar geç dönemde aktivite ile artan ağrı ile başvurur. Tedavide başlangıçta non-steroid antienflamatuar ilaçlar, aktivite modifikasyonları ve fizik tedavi modaliteleri kullanılır. Şikayetler cerrahi dışı yöntemlerle kontrol altına alınamayan hastalarda ayak bileği artrodezi değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Distal tibia kırığı geçiren hastaların yaşam kaliteleri belirgin olarak düşmekte ve birçoğu eski mesleklerine dönememektedir. Hastaların tedavileri mutlaka yumuşak dokunun durumu göz önüne alınarak hastaya özgü bir biçimde planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sitnik A, Beletsky A, Schelkun S. Intra-articular fractures of the distal tibia: Current concepts of management. *EFORT Open Rev.* 2017;2(8):352-61.
2. Giordano CP, Scott D, Koval KJ, Kummer F, Atik T, Desai P. Fracture blister formation: a laboratory study. *J Trauma.* 1995;38(6):907-9.
3. Tornetta P, 3rd, Gorup J. Axial computed tomography of pilon fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 1996(323):273-6.
4. Rüedi T. Fractures of the lower end of the tibia into the ankle joint: results 9 years after open reduction and internal fixation. *Injury.* 1973;5(2):130-4.
5. Amorosa LF, Brown GD, Greisberg J. A surgical approach to posterior pilon fractures. *J Orthop Trauma.* 2010;24(3):188-93.
6. Oken OF, Yildirim AO, Asilturk M. Finite element analysis of the stability of AO/OTA 43-C1 type distal tibial fractures treated with distal tibia medial anatomic plate versus anterolateral anatomic plate. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica.* 2017;51(5):404-8.
7. Beytemür O, Albay C, Adanır O, Yüksel S, Güleç MA. Is intramedullary nailing applicable for distal tibial fractures with ankle joint extension? *Eklem Hastalik Cerrahisi.* 2016;27(3):125-31.
8. Marcus MS, Yoon RS, Langford J, Kubiak EN, Morris AJ, Koval KJ, et al. Is there a role for intramedullary nails in the treatment of simple pilon fractures? Rationale and preliminary results. *Injury.* 2013;44(8):1107-11.
9. Natoli R, Sardesai N, Richard R, Sorkin A, Gaski G, Virkus W. Intramedullary Nailing of Lower-Extremity Periarticular Fractures. *JBJS Essential Surgical Techniques.* 2019;9(4):e35.
10. Ho B, Ketz J. Primary Arthrodesis for Tibial Pilon Fractures. *Foot Ankle Clin.* 2017;22(1):147-61.
11. Thordarson DB. Complications after treatment of tibial pilon fractures: prevention and management strategies. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 2000;8(4):253-65.