

DİSTAL RADIUS KIRIKLARI

Kemal ANDIÇ¹

GİRİŞ

Distal radius kırığı üst ekstremité kırıkları arasında en sık görülen kırıktır. Erişkinlerde karşılaşılan tüm kırıkların yaklaşık %16'sını oluşturmaktadır^[1]. Kadınlarda erkeklerden daha sık karşılaşılmaktadır. 50 yaş altı erkeklerde, 40 yaş üzeri kadınlarda daha sık görülmektedir^[2]. Hayat boyu oluşma ihtimali erkeklerde yaklaşık %2 iken kadınlarda bu oran %18 civarındır.

Genç hastalarda daha çok yüksek enerjili travma sonrası karşılaşılmaktadır. Özellikle yaşlı ve kadın hastalarda osteoporozla bağlı düşük enerjili travma sonrası görülmektedir.

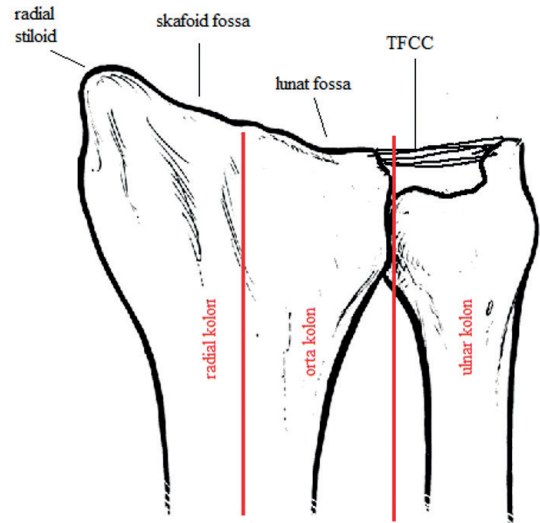
Distal Radius kırıklarının yaklaşık 1/2 si eklem içi kırıklardır. Yaşlı, osteoporotik hastalardaki kırıkların büyük bir kısmı eklem dışı kırıklardır. Genç erişkin hastalarda eklem içi kırıklar daha sık görülmektedir. En sık el bileği hiperekstansiyonda açık el üzerine düşme sonrası kırık oluşur^[3].

ANATOMİ

Radius; ulna distali ve karpal kemiklerle (skafoïd ve lunatum) eklem oluşturmaktadır. Distal radius metafizinde kortikal kemik distale doğru

gittikçe incelmektedir. Daha çok kansellöz kemikten oluşmaktadır.

El bileği eklemindeki yük transferi büyük oranda radiokarpal eklem üzerinden olmaktadır (yaklaşık %80). Eklem yüzü üç kolondan oluşmaktadır; radial stiloid ve skafoïd fossayı içeren radial kolon, lunat fossayı içeren orta kolon, TFCC ve distal ulnayı içeren ulnar kolon (Şekil 1). Orta kolon yük aktarımında primer rol oynar.



Şekil 1: Distal radius ve ulna anatomisi

¹ Op. Dr., Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, kandic52@gmail.com

karpal tünel sendromuna yönelik şikayetler şiddetli ise bir an önce müdahale edilmesi gereklidir.

Enfeksiyon:

Çok kirli olmayan açık kırıklar ve elektif cerrahiler sonrası nadiren görülür. Özellikle kirli açık kırıklarda daha sık karşılaşılr. Daha çok oral antibiyotiklerle tedavi edilen yüzeysel yumuşak doku enfeksiyonları olarak görülür.

Artrit:

Radiokarpal ve radiulnar eklemlerin yaralanmaları sonucu ortaya çıkar. Restore edilmemiş eklem yüzeyi bunun en önemli nedenidir. İleriki dönemde ağrı ve hareket kısıtlılığının en önemli nedenidir.

Kompleks bölgesel ağrı sendromu:

Orantısız yaygın ağrı, ödem ve ekstremitte sertliği en sık karşılaşılan bulgulardır. Uzun süre hareketsiz kalan eklemlerde daha sık karşılaşılabilmektedir. Sempatik sinir blokları, medikal tedavi ve özellikle fizik tedavi tedavide kullanılmaktadır.

Tendon yaralanmaları:

Konservatif tedavi uygulanan hastalarda ekstansör pollicis longus yırtığı geç dönemde karşılaşılan bir komplikasyondur. Fleksör tendon yaralanmaları daha çok kırık ile birlikte oluşan direkt yırtılmalar sonucu oluşur. Volar yaklaşım uygulanan hastalarda özellikle dorsal korteksten çıkan uzun konulmuş vidalar ve drillleme sırasında ekstansör tendon yaralanmaları meydana gelmektedir. Bu yaralanmalar USG ile tespit edilebilir ve gerek görülürse implantlar çıkarılmalıdır.

4. P Bourrel, R M Ferro; Nerve complications in closed fractures of the lower end of the radius; *Ann Chir Main.* 1982;1(2):119-26.doi: 10.1016/s0753-9053(82)80067-7.
5. Monique M J Walenkamp 1, Marjolein A M Mulders 1, Jony van Hilst; Prediction of Distal Radius Fracture Redisplacement: A Validation Study; *J Orthop Trauma.* 2018 Mar;32(3):e92-e96.doi: 10.1097/BOT.0000000000001105.
6. N H Jenkins 1 ; The unstable Colles' fracture; *J Hand Surg Br.* 1989 May;14(2):149-54. doi: 10.1016/0266-7681(89)90116-2.
7. Tapio Flinkkilä 1, Jukka Ristiniemi, Pekka Hyvönen; Nonbridging external fixation in the treatment of unstable fractures of the distal forearm; *Arch Orthop Trauma Surg.* 2003 Sep;123(7):349-52. doi: 10.1007/s00402-003-0539-3. Epub 2003 Jun 14.
8. Hove LM, Solheim E, Skjeie R, Sørensen FK. Prediction of secondary displacement in Colles' fracture. *J Hand Surg Br* 1994;19(6):731-6.
9. D V Stoffelen 1, P L Broos; Closed reduction versus Karpandji-pinning for extra-articular distal radial fractures; *J Hand Surg Br.* 1999 Feb;24(1):89-91. doi: 10.1016/s0266-7681(99)90045-1.
10. Esposito J, Schemitsch EH, Saccone M, Sternheim A, Kuzyk PR. External fixation versus open reduction with plate fixation for distal radius fractures: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Injury* 2013;44(4):409-16.».
11. Capo JT, Swan KG Jr, Tan V. External fixation techniques for distal radius fractures. *Clin Orthop Relat Res* 2006;445:30-41.
12. Xie X, Xie X, Qin H, Shen L, Zhang C. Comparison of internal and external fixation of distal radius fractures. *Acta Orthop* 2013;84(3):286-91.
13. Wei DH, Poolman RW, Bhandari M., External fixation versus internal fixation for unstable distal radius fractures: a systematic review and metaanalysis of comparative clinical trials. *J Orthop Trauma* 2012;26(7):386-94.

KAYNAKÇA

1. Robert W. Bucholz, Rockwood ve Green; *Erişkin Kırıkları*, 7. basım, 2014 (Mustafa Başbozkurt, çeviri editörü), Güneş tıp kitabevleri.
2. Jack A Porrino Jr 1, Ezekiel Maloney, Kurt Scherer; Fracture of the distal radius: epidemiology and premanagement radiographic characterization; *AJR Am J Roentgenol* 2014 Sep;203(3):551-9. doi: 10.2214/AJR.13.12140.
3. Sanjay Meena 1, Pankaj Sharma 1, Abhishek Kumar Sambharia, Fractures of distal radius: an overview; *J Family Med Prim Care.* Oct-Dec 2014;3(4):325-32. doi: 10.4103/2249-4863.148101.