

26.

BÖLÜM

SPOR YARALANMALARI

Cengizhan KURT¹
Javad MİRZAZADA²

GİRİŞ

Spor yüksek dayanıklılık, kas kuvveti, efor kapasitesi, kullanım çevikliği, özellikle temaslı (kontakt) spor dallarında yüksek dönme momenti ve iyi fiziksel balans gerektiren bir aktivitedir. Sporla uğraşan kişilerin kas yapısı çocukluk çağından itibaren adaptasyon sürecine başlar ve belli yaşlardan itibaren kondisyon fizyolojik olarak düşer. Bu yüzden spor yüksek yoğunlukla profesyonel olarak çocuk ve genç erişkinlerin, amatör ve rekreasyonel olarak ise, genç-orta yaş grubun dahil olduğu aktivitedir.

Ülkemizde acil servislere çok çeşitli amatör ve rekreasyonel futbol (halı saha) travmaları ile yaygın olarak karşılaşılmaktadır, fakat bu konuda yapılmış yeterince insidans çalışması ne yazık ki yoktur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Büyük Britanya ve Almanya gibi ülkelerde yapılan demografik çalışmalarda tüm spor yapan bireyler arasında spor yaralanmalarının %1-2 oranında olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca en çok yaralanmaya sebep olan spor dalının futbol, en sık yaralanan kısmın alt ekstremit ve en sık yaralanmanın da ayak bileği burkulması olduğu bulunmuştur (1). 2010-2016 Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) verilerine göre, 5-24 yaş arası Acil Servise spor yaralanması

ile başvuru en sık beş spor aktivitesi şöyledir; 1- amerikan futbolu, 2- basketbol, 3- bisiklet, 4- futbol, 5- paten ve kaykay. Spor yaralanmaları bu yaş grubundaki travma odasına kabul edilen hastaların %21,2'sini oluşturmuştur (2). Bu verilere ev, okul, işyeri ve trafik kazalarının, yüksekten düşmelerin, kurşunlanma ve bıçaklanmaların da dahil olduğunu düşünecek olursak, Acil Servis travma bölümüne hiç de azımsanmayacak sayıda spor yaralanması kabul edildiği anlaşılmaktadır.

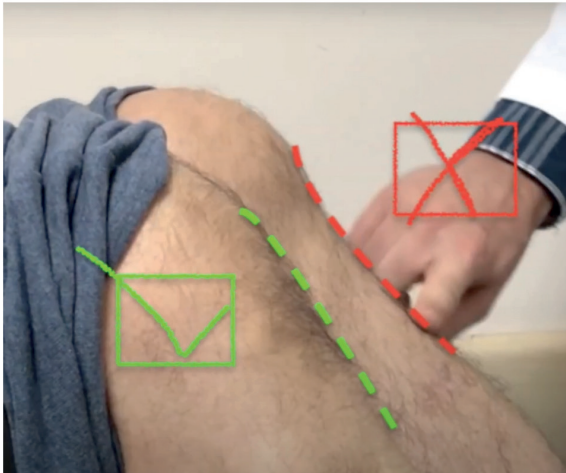
Sporcunun kardiyovasküler sisteminin normalden daha farklı çalıştığını akılda bulundurmak gerekir. Kardiyak output artmıştır. Vagal tonus artarak istirahat nabzını düşürür ve sol kalp hipertrofiye olmuştur (16mm üzeri patolojiktir ve ani kardiyak ölüme yatkınlık yaratır). Hipertansiyona yatkınlık vardır, normalden 25mmHg yüksek çıkabilir (eforda 250mmHg< sistolik basınç patolojiktir). Düzenli biçimde yüksek enerji sarfiyatı ve takım arkadaşlarıyla yakın temas yüzünden sporcular aslında soğuk algınlığına yatkındırlar. Sporcularda en sık iç organ yaralanması batına direkt darbe sonucunda dalak ve böbrek laserasyonu şeklinde meydana gelir (3).

Spor yaralanmaları Acil Serviste karşılanıyorsa da, izlenecek resmi protokol bakımından yoğunlukla yeşil alanda müdahale edilerek ilgili

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Bakırçay Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD cengizhankurt@yahoo.com

² Uzm. Dr., SBÜ Van Bölge EAH, Ortopedi Kliniği, dr.javadmirzazada@gmail.com

kalkaneal çıkıntıya yapıştırır. Bu tendonun yaralanmaları genelde süregelen bir aşırı kullanım sonucunda ve daha sıklıkla ilerleyen yaşlarda ortaya çıkar. Ülkemizde yaygın yaralanma popülasyonu halı sahada ısınmadan oyuna çıkan 30'lu yaşların sonunda erkeklerdir. Genelde topuğa ani darbe hissi ile yere düştüklerini ve sonra ayakta durmakta zorlandıklarını ifade ederler. Darbe hissi Aşil tendonun koparken ortaya çıkardığı patlamadan kaynaklanır. Muayenede Thompson testi, boşluk (gap) bulgusu ve ultrasonografide devamsızlığın ortaya konması (Şekil 11) ile Aşil tendon rüptürü tanısı konur. Rüptür genelde tendon yapışma yerinden 2-6cm proksimalde meydana gelir (21). Parsiyel rüptürlerde tanıyı kesinleştirmek için MR istenebilir. Tedavi elektif koşullarda cerrahidir. Ayak bileğini dindirmek ve enflamasyonu dindirmek için kısa bacak ateli ile diğer konservatif yöntemler uygulanabilir. Nadiren parsiyel rüptürlerde konservatif izlem endikasyonu doğabilir. Bu durumda gastroknemiusun diz eklemi katederek femura yapıştığını ve diz ekstansiyonunda Aşil tendonun gerileceğini göz önünde bulundurarak diz 30° ve ayak bileği ful ekinde (plantar fleksiyonda) olacak şekilde uzun bacak sirküler alçısı uygulanır. Alt ekstremitenin sabitlenmesi derin ven trombozu ve pulmoner emboliye yatkınlık meydana getirmektedir. Bu yüzden uygun antiagregan, antikoagülan profilaksisinin de tedaviye eklenmesini öneriyoruz.



Şekil 10. Arka çapraz bağ rüptüründe ortaya çıkan geri sarkma bulgusu.

SONUÇ

Spor çeşit, yaş, cinsiyet, siklet, tecrübe, meydana gelen enerji ve s. bakımından vücuda ait tüm organların yaralanma potansiyeli taşıdığı hem rekreasyonel, hem amatör ve hem de profesyonel düzeyde bir uğraştır. Çok çeşitli faktörleri barındırdığından en basit yaralanma için dahi bir standart belirlemek oldukça zordur. Tedavi bakımından ele alındığında, birçok spor yaralanması basit müdahale, istirahat ve konservatif yöntemlerle kontrol altına alınabiliyor. Cerrahi girişim erken dönemde veya ivedilikle planlanabilir, fakat acil operasyon gerekliliği spor yaralanmalarında sıklıkla karşılaşılan bir durum değildir. İpuçları takip edildiğinde ayrıntılı bir anamnezle birlikte spor yaralanmalarına Acil Serviste hızlı müdahale edilebilir ve süreç kolaylıkla yönetilebilir. Sporcu Ortopedi Polikliniğine gerekli müdahalesi yapılmış bir şekilde yönlendirildiği takdirde protokollere uygun tedavi süreci ve hızlı rehabilitasyon sayesinde spora erken dönüş sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Boyce, S. H. (2004). Review of sports injuries presenting to an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 21(6), 704–706. doi:10.1136/emj.2002.002873
2. Rui P, Ashman JJ, Akinseye A. Emergency department visits for injuries sustained during sports and recreational activities by patients aged 5–24 years, 2010–2016. *National Health Statistics Reports*; no 133. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2019.
3. SMART! : sports medicine assessment and review textbook / [edited by] Mark D. Miller ; Associate editor-in-chief, Jennifer A. Hart. – 1st ed. p.16
4. CATASTROPHIC SPORTS INJURY RESEARCH THIRTY-FOURTH ANNUAL REPORT FALL 1982 - SPRING 2016 https://nccsir.unc.edu/wp-content/uploads/sites/5614/2013/10/NCCSIR-34th-Annual-All-Sport-Report-1982_2016_FINAL.pdf
5. Frank W M Faber & Jan A N Verhaar (1995) Nonunion of radial neck fracture: An unusual differential diagnosis of tennis elbow, a case report, *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 66:2, 176-176, DOI: 10.3109/17453679508995517
6. Boyd RPR, Dimock R, Solan MC, Porter E. Achilles tendon rupture: how to avoid missing the diagnosis *Matthew C Solan, Edward Porter Br J Gen Pract.* 2015 Dec; 65(641): 668–669. doi: 10.3399/bjgp15X688069 PMID: PMC4655731
7. Babbhulkar A, Pawaskar A. Acromioclavicular joint dislocations. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2014;7(1):33-39. doi:10.1007/s12178-013-9199-2

8. Lam JH, Bordoni B. Anatomy, Shoulder and Upper Limb, Arm Abductor Muscles. [Updated 2021 Feb 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537148/>
9. Baker CL, Uribe JW, Whitman C. Arthroscopic evaluation of acute initial anterior shoulder dislocations. *Am J Sports Med.* 1990 Jan-Feb;18(1):25-8. doi: 10.1177/036354659001800104. PMID: 2301687.
10. Hovelius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling J. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg Am.* 1996 Nov;78(11):1677-84. doi: 10.2106/00004623-199611000-00006. PMID: 8934481.
11. Cicak N : Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg*2004; 86(3): 324–32.
12. Bianchi S, Prato N, Martinoli C, Derchi LE Shoulder Radiography <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/221/3-13.pdf>
13. Rao ZT, Yuan F, Li B, Ma N. Effect of elbow flexion angles on stress distribution of the proximal ulnar and radius bones under a vertical load: measurement using resistance strain gauges. *J Orthop Surg Res.* 2014 Jul 31;9:60. doi: 10.1186/s13018-014-0060-0. PMID: 25078971; PMCID: PMC4131162.
14. Patel MR, Lipson LB, Desai SS. Conservative treatment of mallet thumb. *J Hand Surg.* 1986;11A:45–47.
15. Kuo CE, Wolfe SW. Scapholunate instability: current concepts in diagnosis and management. *J Hand Surg Am.* 2008 Jul-Aug;33(6):998-1013. doi: 10.1016/j.jhsa.2008.04.027. PMID: 18656780.
16. Tripathy SK, Goyal T, Sen RK. Management of femoral head osteonecrosis: Current concepts. *Indian J Orthop.* 2015;49(1):28-45. doi:10.4103/0019-5413.143911
17. Busconi BD, Stevenson JH, SPORTS MEDICINE CONSULT. A Problem-Based Approach to Sports Medicine for the Primary Care Physician, LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 2009, p.183
18. The female ACL: Why is it more prone to injury?. *J Orthop.* 2016;13(2):A1-A4. Published 2016 Mar 24. doi:10.1016/S0972-978X(16)00023-4
19. Thordarson DB, ed. Orthopaedic Surgery Essentials: Foot and Ankle. New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
20. Barker HB, Beynnon BD, Renstron PA. Ankle injury risk factors in sports. *Sports Med.* 1997;23:69–74.
21. Leadbetter WB. The pathohistology of overuse tendon injury in sports (poster exhibit). Presented at the 59th Annual Meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons; February 20, 1992; Washington, DC.