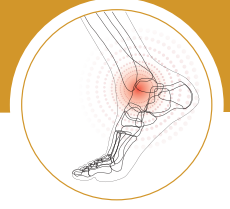


BÖLÜM 5.8



Tibiotalar Çıkıklar

Buğra BAŞALAN¹, İsmail Emre KETENCİ²

GİRİŞ

Ayak ve ayak bileği bölgesi insan vücudunda en fazla kemik ve eklemin bulunduğu bölgedir. Bu bölgenin yaralanmaları spor yaralanmaları, trafik kazaları, meslek kazaları gibi durumlarda sık olarak gözüktür ve günlük pratiğimizde sık sık karşımıza çıkar. Ayak bileği kırıklı çıkıkları oldukça sık görülen yaralanmalar olmasına rağmen ayak ve ayak bileğinde izole çıkıklar oldukça nadirdir. Kırıklı çıkıklar eklemden daha ciddi hasarlara yol açarken, izole çıkıklar genellikle eklemden daha az hasara neden olur ve komplikasyonları da daha nadir olarak gözüktür (1). Wight ve ark.'nın yaptığı bir sistematik çalışmada izole ayak bileği çıkıklarının görülme sıklığı 1-4/5.000.000 olarak hesaplanmıştır. En sık posteromedial çıkık görülür (1).

Ayak bileği eklemi temel olarak üç ana eklemden oluşur: talokalkaneal (subtalar), talokalkaneonaviküler ve tibiotalar eklemler. Gerçek ayak bileği eklemi ise tibia, fibula ve talus arasında oluşan tibiotalar eklemdir. Tibiotalar eklem halka benzeri bir yapıdır. 40 derece plantar fleksiyon ve 20 derece dorsifleksiyon kapasitesine sahiptir. Menteşe tipi bir eklemdir.

Ayak bileği ekleminin stabilitesi üç grup bağ aracılığıyla sağlanır: tibiofibular sindesmoz, deltoid bağ ve lateral kollateral bağlar. Tibiofibular sindesmoz tibia ve fibula arasında bulunur ve hareketi sınırlar. Anterior tibiofibular bağ,

¹ Asis. Dr., SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, bashalan@gmail.com

² Doç. Dr., SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, emreket@yahoo.com

SONUÇ

İzole ayak bileği çıkıkları nadir ligamentöz yaralanmalardandır. Genelde plantar fleksiyonda aksiyel yüklenme sonucu meydana gelir. En sık spor travması veya motorlu taşıt kazası sonrası görülmektedir. Eklem sertliği ve posttravmatik artroz en sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Tedavisinde redüksiyon sonrası kısa dönem tespit ve ardından fonksiyonel rehabilitasyon ile uzun dönemde iyi fonksiyonel sonuçlar alınmaktadır. Bağ tamiri yapılmısa da instabilite genelde gözlenmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Wight L, Owen D, Goldbloom D, et al. Pure Ankle Dislocation: A systematic review of the literature and estimation of incidence. *Injury*. 2017;48(10):2027–34.
2. Garbuio P, Gérard F, Gagneux E. Pure dislocation of the tibiotalar joint. Report of 9 cases [Les luxations tibio- tarsiennes pures. À propos de neuf cas]. *Rev Chir Orthop*. 1995;81:601–8.
3. Agrawal AC, Raza HK, Haq RU. Closed posterior dislocation of the ankle without fracture. *Indian J Orthop*. 2008 Jul;42(3):360-2.
4. Alami M, Bassir R, Mahfoud M, et al. Upward tibiotalar dislocation without fracture: A case report. *Foot (Edinb)*. 2010 Dec; 20(4):149–50.
5. Elsayed H, Thalava R, Afifi H, et al. Open ankle dislocation without associated malleolar fracture: Review of the literature. *Trauma Case Rep*. 2017 Apr;8:20-23.
6. Wang YT, Wu XT, Chen H. Pure closed posteromedial dislocation of the tibiotalar joint without fracture. *Orthop Surg*. 2013 Aug;5(3):214-8.
7. Wolfram D, Lottersberger C, Blauth M, et al. Possible nerve injuries in ankle dislocations. Trimalleolar fracture including the proximal fibula. *Unfallchirurg*. 2007 Jan;110(1):70-4.
8. Uyar M, Tan A, Isler M, et al. Closed posteromedial dislocation of the tibiotalar joint without fracture in a basketball player. *Br J Sports Med*. 2004;38(3):342–3.
9. Georgilas I, Mouzopoulos G. Anterior ankle dislocation without associated fracture: a case with an 11 year follow-up. *Acta Orthop Belg*. 2008;74(2):266–9.
10. Demiralp B, Komurcu M, Ozturk C, et al. Acute traumatic open posterolateral dislocation of the ankle without tearing of the tibiofibular syndesmosis ligaments: a case report. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2008;98(6):469–72.
11. Skelley NW, Ricci WM. A single-person reduction and splinting technique for ankle injuries. *J Orthop Trauma*. 2015 Apr;29(4):e172-7.
12. Colville M, Colville J, Manoli A. Posteromedial dislocation of the ankle without fracture. *J Bone Joint Surg Am*. 1987;69- A(5):706–11.