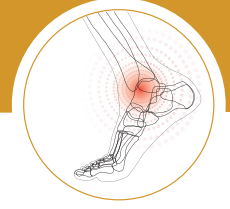


## BÖLÜM 6.6



## Subtalar Dislokasyon

Rıdvan Mete ORAL<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Subtalar Dislokasyon talus boyun kırığı, kalkaneoküboid veya tibiotalar eklemlerin ilişkili çıkığı olmadan; subtalar ve talonaviküler eklemlerin çıkığını tanımlar (1,2). İlk olarak 1811 yılında DuFaurest ve Judcy tarafından tanımlanmıştır (3). Nadir görülür, tüm çıkıkların %1-2 sini oluşturur, talus boyun ve gövde, kalkaneus kırığı eşlik edebilir, erkeklerde 6-7 kat daha fazla görülür (4).

## SINIFLANDIRMA

Broca'nın orijinal sınıflaması Malgaigne tarafından modifiye edilmiştir, günümüzde en yaygın ve güncel olarak kullanılan sınıflama çeşididir. Sınıflandırma dislokasyonun yönünü belirtmektedir. Farklı çıkık tipleri ile ilişkili mekanik ve fonksiyonel sonuçları nedeniyle prognostik değeri de mevcuttur. Subtalar dislokasyonlar; medial (%80), lateral (%17), posterior (%2.5) ve anterior (%1) olarak sıralanmaktadır (5).

## YARALANMA MEKANİZMASI

Subtalar dislokasyon %50-80 yüksek enerjili yaralanmalar ile meydana gelirken; ayağın basit bir inversiyon hareketi ile de meydana gelebilir (6). Lateral subtalar dislokasyon yüksek enerjili yaralanmalar, açık kırıklar ve kötü prog-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, drmeteoral@hotmail.com

## PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR

Cilt nekrozu, erken redüksiyon ile cilt gerginliğinin azaltılması ile önlenebilir bir komplikasyondur. Subtalar artrit; redüksiyon yapıldıktan sonra radyolojik olarak görülebilir ancak tüm subtalar artritler semptomatik seyretmez. Tedavi olarak başlangıçta semptoma yönelik tedavi yapılır ancak dirençli olgularda subtalar yada triple artrodez yapılabilir (10,29,30). Kronik instabilite çok sık görülmez, 4 haftadan kısa süre immobilize olan dislokasyonlarda rapor edilmiştir (5,8). Tedavide; başlangıçta ortez kullanılabilir, dirençli olgularda artrodez veya ligamantöz rekonstrüksiyon yapılabilir (23). Avasküler nekroz tüm dislokasyonların yaklaşık %5 inde görülür (5). Enfeksiyon açık kırıklarda daha sık olarak görülen ciddi bir komplikasyondur. Tekrarlayan debridmanlar, antibiyotik tedavisi gerekir (31,32). Nörovasküler yaralanma çoğunlukla açık yaralanmalarda görülür. Posterior tibial arter yaralanması %30 oranında bildirilmiştir (7).

## SONUÇ

Subtalar dislokasyonlar nadir görülen; iyi bir fizik muayene ve görüntüleme ile tanı konulması ve hızlı redükte edilmesi gereken bir travma çeşididir.

## KAYNAKLAR

1. Böhler L. *The treatment of fractures*, ed 5, New York, 1958, Grune & Stratton.
2. DeLee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. *J Bone Joint Surg Am.*1982;64:433–437.
3. Judcy P. Observation d'une luxation metatarsienne. *Bull Fac Med Paris.*1811;11:81–86
4. Perugia D, Basile A, Massoni C, et al. Conservative treatment of subtalar dislocations. *Int Orthop.* 2002; 26(1):56–60.
5. Zimmer TJ, Johnson KA. Subtalar dislocations. *Clin Orthop Relat Res.* 1989;238:190–194.
6. Bibbo C, Anderson RB, Davis WH. Injury characteristics and the clinical outcome of subtalar dislocations: a clinical and radiographic analysis of 25 cases. *Foot Ankle Int.* 2003;24:158–163.
7. Goldner JL, Poletti SC, Gates HS, et al. Severe open subtalar dislocations: long-term results. *J Bone Joint Surg Am.* 1995;77:1075–1079.
8. Larsen HW. Subastragalar dislocation (luxatio pedis sub talo); a follow-up report of eight cases. *Acta Chir Scand.* 1957;113:380–392.
9. Smith H. Subastragalar dislocation. *J Bone Joint Surg.* 1937;37:373.
10. Heppenstall RB, Farahvar H, Balderston R, et al. Evaluation and management of subtalar dislocations. *J Trauma.* 1980;20:494– 497.
11. Fahey JJ, Murphy JL. Dislocations and fractures of the talus. *Surg Clin North Am.* 1965;45:79–102.

12. Straus DC. Subtalar dislocation of the foot with report of two cases. 1935; *Am J Surg* 30:427.
13. Fahey JJ, Murphy JL: Dislocations and fractures of the talus. *Surg Clin North Am.* 1965;45:79–102.
14. Chen YJ, Liang SC, Huang TJ, et al. Fragment of entire posterior talar process as an obstacle to reduction of an anterior talar subluxation: case report. *J Trauma.* 1997;42:314–317.
15. Fogel GR, Katoh Y, Rand JA, et al. Talonavicular arthrodesis for isolated arthrosis: 9.5-year results and gait analysis. *Foot Ankle.* 1982;3:105–113.
16. Fahey JJ, Murphy JL. Dislocations and fractures of the talus. *Surg Clin North Am.* 1965;45:79–102.
17. Buckingham WW Jr, LeFlore I. Subtalar dislocation of the foot. *J Trauma.* 1973;13:753–765.
18. Inokuchi S, Hashimoto T, Usami N. Posterior subtalar dislocation. *J Trauma.* 1997;42:310–313.
19. Monson ST, Ryan JR: Subtalar dislocation. *J Bone Joint Surg Am.* 1981;3:1156–1158.
20. Jungbluth P, Wild M, Hakimi M, et al: Isolated subtalar dislocation. *J Bone Joint Surg Am.* 2010;92:890–894.
21. McKeever FM. Fractures of the tarsal and metatarsal bones. *Surg Gynecol Obstet.* 1950;90:735–745.
22. Grantham SA. Medial subtalar dislocation: five cases with a common etiology. *J Trauma.* 1964;4:845–849.
23. Heppenstall RB, Farahvar H, Balderston R, et al. Evaluation and management of subtalar dislocations. *J Trauma.* 1980;20:494–497.
24. Destot E. Luxation sous-astragalienne du pied en-dedans: reduction. *Lyon Chir.* 1910;4:197.
25. Inokuchi S, Hashimoto T, Usami N. Anterior subtalar dislocation: case report. *J Orthop Trauma.* 1997;11:235–237.
26. Heck BE, Ebraheim NA, Jackson WT. Anatomical considerations of irreducible medial subtalar dislocation. *Foot Ankle Int.* 1996;17:103–106.
27. Jungbluth P, Wild M, Hakimi M, et al. Isolated subtalar dislocation. *J Bone Joint Surg Am.* 2010;92:890–894.
28. Milenkovic S, Radenkovic M, Mitkovic M. Open subtalar dislocation treated by distraction external fixation. *J Orthop Trauma.* 2004;18:638–640.
29. Christensen SB, Lorentzen JE, Krogsøe O, et al. Subtalar dislocation. *Acta Orthop Scand.* 1977;48:707–711.
30. DeLee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. *J Bone Joint Surg Am.* 1982;64:433–437.
31. Dunn AW. Peritalar dislocation. *Orthop Clin North Am.* 1974;5:7–18.
32. Edmunds I, Elliott D, Nade S. Open subtalar dislocation. *Aust N Z J Surg.* 1991;61:681–686.