

BÖLÜM 6

ACİL MÜDAHALE GEREKTİREN KIRIKLAR: GENÇ HASTADA FEMUR BOYUN, TALUS VE SKAFOİD KIRIKLARI

Can ÇAMOĞLU¹

GİRİŞ

Ortopedik travmada, erken ve acil müdahalenin hasta için iyi fonksiyonel sonuç sağladığı birtakım durumlar vardır. Acil müdahalenin uygulandığı örnekler arasında açık kırıklar, septik artrit, kompartman sendromu ve genç erişkinlerde femur boyun, talus ve skafoid kırıkları yer alır. Ortopedi ve travmatoloji cerrahları, açık kırıklarda debridmanın zamanlaması, talus ve skafoid kırıklarının tedavisinin göreceli aciliyeti ve femur boyun kırıklarının acil redüksiyonu ve fiksasyonu hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

Kemik doku, tüm kardiyak çıkışın %5-10'unu alır. Genel olarak kemik beslenmesi yeterli olmakla birlikte; dolaşımı zayıf olan kemikler; odontoid, skafoid, talus, femur başıdır.

FEMUR BOYUN KIRIKLARI

Giriş ve Epidemiyoloji

Femur boyun kırıkları, proksimal femurun intrakapsüler kırıklarıdır. Femur boyun kırıkları çoğunlukla ileri yaş grubunda, osteoporoz, dengede duramama, kas zayıflığı gibi olası risk faktörlerinin etkisiyle basit düşme sonucunda görülebilmektedir. Genç hastalarda ise insidansı düşük olmakla birlikte, yüksek enerjili travmalar sonrasında görülebilmektedir. %80 gibi oranla kadınlarda daha fazla görülmektedir. Risk faktörleri; kadın cinsiyet, azalmış mobilite, düşük kemik yoğunluğu, beyaz ırk, geçirilmiş kırık öyküsü ve düşük östrojen seviyesidir (1).

¹ Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, cancamoglu92@gmail.com

Cerrahi Teknikler

Skafoidin distal ve bel kırıklarında volar girişim tercih edilirken, proksimal uç kırıklarında dorsal girişim tercih edilir.

Skafoide volar (Russe) yaklaşım: Fleksör karpi radialis kılıfının radial kenarından girilir; radial arter korunur.

Skafoide dorsolateral yaklaşım: Anatomik enfiye çukuru, ekstansör birinci ve üçüncü kompartmanlar arasından yapılan kesi ile radial sinir ve radial arter korunarak girilir.

Komplikasyonlar

Kaynama gecikmesi, kaynamama, yanlış kaynama ve osteonekroz, istenmeyen komplikasyonlardır.

KAYNAKLAR

1. Cummings SR, Black DM, Nevitt MC, et al. Bone density at various sites for prediction of hip fractures. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Lancet*. 1993;341(8837): 72-75. doi: 10.1016/0140-6736(93)92555-8.
2. Miller, MD. *Miller Ortopedi Gözden Geçirme*. (Cem Nuri Aktekin, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2019.
3. Aksu N, Işıklar ZU. Kalça kırıkları. *TOTBİD Dergisi*. 2008;7(1-2): 8-19.
4. Baumgaertner M, Tornetta P. *Orthopaedic Knowledge Update: trauma* 3. USA: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2005.
5. Egol AK, Koval JK, Zuckerman DJ. *Kırık ve Çıkıklar El Kitabı*. (Mustafa Başbozkurt, Cemil Yıldız, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2013.
6. Garden RS Low-angle fixation in fractures of the femoral neck. *The Journal of Bone and Joint Surgery British Volume*. 1961;43(4): 647-663.
7. Shen M, Wang C, Chen H. et al. An update on the Pauwels classification. *Journal of orthopaedic surgery and research*. 2016;11(1): 1-7.
8. Sherman S. *Simon Ortopedik Aciller* (Nihat Tosun, Metin Doğan, Şervan Gökhan, Çev. Ed.). Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2018.
9. Orthobullets. *Femoral Neck Fractures*. (27/11/2022 tarihinde <https://www.orthobullets.com/trauma/1037/femoral-neck-fractures> adresinden ulaşılmıştır).
10. Szechinski, JW, Grigorian MA, Grainger AJ, et al. Femoral neck and intertrochanteric fractures: radiographic indicators of fracture healing. *Orthopedics* 2002;25(12): 1365-1368. doi: 10.3928/0147-7447-20021201-14.
11. Dong Q, Han Z, Zhang YG, et al. Comparison of Transverse Cancellous Lag Screw and Ordinary Cannulated Screw Fixations in Treatment of Vertical Femoral Neck Fractures. *Orthopaedic Surgery*. 2019;11(4): 595-603. doi: 10.1111/os.12503.
12. Iorio R, Healy WL, Lemos DW, et al. Displaced femoral neck fractures in the elderly: outcomes and cost effectiveness. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2001;(383): 229-242. doi: 10.1097/00003086-200102000-00027
13. Buza JA, Leucht P. Fractures of the talus: Current concepts and new developments. *Foot and Ankle Surgery*. 2018;24(4): 282-290. doi: 10.1016/j.fas.2017.04.008.
14. Chan GM, Yoshida D. Fracture of the lateral process of the talus associated with snowboarding. *Annals of Emergency Medicine*. 2003;41(6): 854-858. doi: 10.1067/mem.2003.213.

Nov;31(11):987-93

15. Prasarn ML, Miller AN, Dyke JB, et al. Arterial anatomy of the talus: a cadaver and gadolinium-enhanced MRI study. *Foot and Ankle International*. 2010;31(11): 987-93. doi: 10.3113/FAI.2010.0987.
16. Anderson HG. *The Medical and Surgical Aspects of Aviation*. London: Henry Frowde, Oxford University Press; 1919.
17. Early JS. Talus fracture management. *Foot and Ankle Clinics*. 2008;13(4): 635-657. doi: 10.1016/j.fcl.2008.08.005.
18. Hörterer H, Baumbach SF, Mehlhorn AT, et al. Frakturen des Processus lateralis tali – „snowboarder’s ankle“ [Fractures of the lateral process of the talus-snowboarder’s ankle]. *Der Unfallchirurg*. 2018;121(9): 715-722. German. doi: 10.1007/s00113-018-0519-2.
19. Wijers O, Engelmann EWM, Posthuma JJ, et al. Functional Outcome and Quality of Life After Nonoperative Treatment of Posterior Process Fractures of the Talus. *Foot and Ankle International*. 2019;40(12): 1403-1407. doi: 10.1177/1071100719868712.
20. Canale ST, Kelly FB, Jr. Fractures of the neck of the talus. Long-term evaluation of seventy-one cases. *Journal of Bone and Joint Surgery American Volume*. 1978;60(2): 143-156. doi: 10.2106/00004623-197860020-00001.
21. Tezval M, Dumont C, Stürmer KM. Prognostic reliability of the Hawkins sign in fractures of the talus. *Journal of Orthopaedic Trauma*. 2007;21(8): 538-543. doi: 10.1097/BOT.0b013e318148c665.
22. Weber E, Chao E. An experimental approach to the mechanism of scaphoid waist fractures. *The Journal of Hand Surgery*. 1978;3(2): 142-148.
23. Gelberman RH, Menon J. The vascularity of the scaphoid bone. *Journal of Hand Surgery*. 1980;5(5): 508-513.