

BÖLÜM 2

KONJENİTAL KLAVİKULA PSÖDOARTROZU

Emre TURGUT¹

GİRİŞ

Konjenital klavikula psödoartrozu tanısı ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile konulabilir. Konjenital klavikula psödoartrozu genellikle orta 1/3 şaftta ve sağ taraftadır ve ayırıcı tanısında akut kırık, nörofibromatozis ve cleidocranial dysostosis bulunmaktadır(1). Günümüze kadar 200 vaka tanımlanmış olup ilk vaka 1910 yılında Fitz Williams tarafından bildirilmiştir(2).

Omuz fonksiyonu tam ya da tama yakın olmakla birlikte; estetik bozukluk ve ağırlı deformiteye sebep olabilir(3). Ağrı ve estetik kaygılar nedeniyle cerrahi tedavi endikedir, spontan kaynama bildirilmemiştir(4). Cerrahi tedavide psödoartroz hattının eksizyonu ve greftleme sonrası fiksasyonu önerilmektedir, ideal tedavi zamanı 3-5 yaş arasındır(5).

VAKA SUNUMU

17 yaşında erkek çocuk polikliniğimize sağ omuzda ağrı ve şekil bozukluğu ile başvurdu. Hastanın boyu 1.79 m ve kilosu 69 kg olarak ölçüldü. Fizik muayenede sağ klavikulada şekil bozukluğu, palpasyonla minimal ağrı mevcuttu.

Omuz pasif hareket açıklığı (ROM) tamdı. Sağ klavikula AP grafisinde klavikulada psödoartroz hattı görüldü(Şekil 1). Her iki klavikula içine alan PA akciğer grafisinde sağ klavikulada kısalık izlendi(Şekil 1).

Sağ klavikula için psödoartroz cerrahisi ve iliak kanat trikortikal greftleme sonrası açık redüksiyon internal fiksasyon endikasyonu konuldu. Hastaya supin pozisyonda anterior insizyon uygulandı. Diseksiyon sonrası psödoartroz hattı ve kapsül gözlemlendi. Her iki psödoartroz hattındaki kanamasız kemik dokular eksize edildi. Karşı klavikula ile kıyaslanarak iliak kanattan 2.5cm'lik trikortikal greft alınmasına karar verildikten sonra skopi kontrolü altında klavikula plağı ile açık redüksiyon ve internal fiksasyon sağlandı (Şekil 2).

Hastaya 6 hafta boyunca omuz kol askısı ile immobilizasyon uygulandı. 6 hafta sonunda ROM egzersizleriyle fizik tedaviye başlandı ve 8 hafta sonra aktif ROM egzersizlerine izin verildi. Ameliyattan 12 hafta sonra, hasta tam ROM elde etmiştir. Ameliyattan yaklaşık 16 hafta sonra, sınırlama olmaksızın fiziksel aktiviteler gerçekleştirildi.

¹ Uzm. Dr., Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul, turgut_emre88@hotmail.com

asemptomatik dahi olsa cerrahi tedavi öneren yayınlar mevcuttur(7). Buna karşın asemptomatik ve fonksiyonel kısıtlılığı olmayan hastalarda konservatif takip öneren yayınlar da mevcuttur(8).

Molto ve ark. yaptıkları çalışmada 18 aydan 4 yaşa kadar tedavi gören beş çocukta iyi sonuçların alındığı görülmüş bu sebeple erken cerrahi tedavi önermişlerdir(6). Grogan ve ark. geç yapılan cerrahi tedavide bildirilen grefenaj ve internal fiksasyonun erken cerrahi tedavide ihtiyaç olmayacağını bildirmişlerdir(8). 9 yaş sonrası opere edilenlerde, daha genç vakalara kıyasla herhangi bir ek komplikasyon görülmediğini bildiren yayınlar mevcuttur(9). Bizim vakamızda da ileri yaş olmasına karşın ek komplikasyon görülmedi, spor ve günlük aktiviteye geri dönüş kısa sürede başladı.

Tachdjian fiksasyon için Steinmann pini kullanıldı, ancak bu pin rijit fiksasyonu sağlamadığı için pin migrasyonuna bağlı komplikasyonlar bildirilmiştir(10). Quinlan ve ark. iliak kanat kemik grefti kullanarak klavikulayı rekonstrükte etmiş ve AO plağı ve vidalar ile fikse etmişlerdir(11). Psödoartrozun sahasının eksizyonunu ve herhangi bir fiksasyon kullanmadan greftlemeyi öneren yayınlar da mevcuttur(12). Klavikulanın konjenital psödoartrozunun eksternal fiksatör kullanılarak cerrahi tedavisi başka bir olası tekniktir. Estetik önemli bir sorun olduğu için ameliyat çocukluk döneminde eksternal fiksatör ile yapılır, ameliyat sonrası daha küçük izlerle daha iyi kozmetik sonuçlar verir ve implantların çıkarılması için ikinci bir cerrahi işleme gerek kalmaz. Eksternal fiksatörün pin dibi enfeksiyonu olasılığı ve çıkarılıncaya kadar sisteme bakmanın zorluğu dezavantajları mevcuttur.

Cerrahi tedavi ile literatürde başarılı sonuçlar ve düşük komplikasyon oranı bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da grefenaj ile birlikte açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulanmış ve başarılı sonuç elde edilmiştir. Hastamız 6. Ay sonunda spor aktivitelerine dönmüştür.

SONUÇ

Bu çalışmada, konjenital klavikula psödoartrozunda kullanılan tedavi yöntemleri anlatılmış, uyguladığımız grefenaj ve açık redüksiyon internal fiksasyon yöntemiyle elde edilen iyi sonuç bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Terry Canale SJHB. Campbell's operative orthopaedics. In:Terry Canale SJHB and Beaty JH (eds) 12th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2012, p. 4253.
2. Fitzwilliams DC. Hereditary cranio-cleido-dysostosis. Lancet 1910; 2: 1466-1475.
3. Sales de Gauzy J, Baunin C, Puget C, et al. Congenital pseudarthrosis of the clavicle and thoracic outlet syndrome in adolescence. J Pediatr Orthop B 1999; 8(4): 299-301.
4. Allred AJ. Congenital pseudarthrosis of the clavicle. J Bone Jt Surg Br 1963; 45-B: 312-319.
5. Giwnewer U, Rubin G, Dohovni E, Rozen N, Bor N. Congenital pseudoarthrosis of the clavicle: Should we reconsider timing and fixation method?. J Orthop Surg (Hong Kong). 2018;26(3):2309499018799539.
6. Lorente Molto FJ, Bonete Lluch DJ, and Garrido IM. Congenital pseudarthrosis of the clavicle: a proposal for early surgical treatment. J Pediatr Orthop 2001; 21(5): 689-693.
7. Gibson DA, Carroll N. Congenital pseudarthrosis of the clavicle. J Bone Joint Surg Br 1970; 52:629-643.
8. Grogan DP, Love SM, Guidera KJ, et al. Operative treatment of congenital pseudarthrosis of the clavicle. J Pediatr Orthop 1991; 11(2): 176-180.
9. Giwnewer U, Rubin G, Dohovni E, Rozen N, Bor N. Congenital pseudoarthrosis of the clavicle: Should we reconsider timing and fixation method?. J Orthop Surg (Hong Kong). 2018;26(3):2309499018799539.
10. Tachdjian MO. Pseudarthrosis of the clavicle. In: Pediatric orthopedics. Philadelphia: WB Saunders; 1990:168-74.
11. Quinlan WR, Brady PG, Regan BF. Congenital pseudarthrosis of the clavicle. Acta Orthop Scand 1980;51:489-92.
12. Allred AJ. Congenital pseudarthrosis of the clavicle. J Bone Joint Surg Br 1963;45:312-9.