

BÖLÜM 36

DİZ EKLEMİNDE TEDAVİ EDİLMEMİŞ ÇOKLU BAĞ YARALANMASI SONRASI GELİŞEN İLERİ EVRE GONARTROZUN ARTROPLASTİ İLE TEDAVİSİ

Mustafa ÖZÇAMDALLI¹

GİRİŞ

Diz ekleminde ön çapraz, arka çapraz, iç yan ve dış yan bağ olmak üzere 4 ana bağ bulunmaktadır. Diz eklemi çoklu bağ yaralanması olarak adlandırılan durum ise ortopedi pratiğinde oldukça nadir görülen, bu dört ana bağdan iki ya da daha fazlasının kopması ile gerçekleşmektedir(1). Bu yaralanma çok yönlü instabilite ve diz laksitesi ile sonuçlanır(2). Çoklu bağ yaralanma görülme insidansının mevcut literatürde tüm ortopedik yaralanmalar içerisinde %0,02'den daha az olduğu bildirilmiştir(1,3,5). Genellikle motorlu araç kazaları ya da ciddi spor yaralanmaları gibi yüksek enerjili travmaların sonucunda gerçekleşmektedir ve sıklıkla diz eklemi çıkığı tabloya eşlik etmektedir(3,4).

Çoklu bağ yaralanmalarından sonra erken ve geç komplikasyonlar oldukça sık görülmektedir(6). Diz çıkığı da sıklıkla eşlik ettiği için erken komplikasyonlardan en sık görülenler; damar, sinir yaralanmaları, eşlik eden kemik kırıkları, yaygın kıkırdak tahribatı, ciddi yumuşak doku hasarı ve buna bağlı enfeksiyondur. Kronik komplikasyonlardan ise en sık instabilite, eşlik eden kıkırdak hasarı ya da kemik kırıklarına bağlı gonartroz, eklem hareket kısıtlılığı, refleks sempatik distrofi,

kronik ağrı görülmektedir(6). Bu yaralanmalardan sonra görülen en sık uzun dönem komplikasyon eklem hareket kısıtlılığı olarak bildirilmiştir(7). Eklem instabilitesi ise hareket kısıtlılığına göre daha az olmakla beraber özellikle iyi tedavi edilmemiş yaralanmalarda uzun dönemde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır(8).

Literatürde revizyon diz protezi ameliyatlarında kullanılan menteşeli diz protezlerinin sonuçları üzerinde durulmuş fakat kronik çoklu bağ yaralanması sonrası uygulaması ile ilgili veri bulunamamıştır. Bu bölümde, tedavi edilmemiş çoklu bağ yaralanması sonrası oluşan ileri evre gonartrozun menteşeli diz protezi ile tedavi edildiği bir olgu paylaşılacaktır.

VAKA SUNUMU

70 yaşında erkek hasta sağ dizinde ağrı, hareket kısıtlılığı, aksayarak yürüme, yürürken ve dizini hareket ettirirken dizinde kayma şikayetleri ile ortopedi polikliniğine başvurdu. Hasta, öyküsü alındığında yaklaşık 30 yıl önce trafik kazası sonrası dizinde sorun olduğunu, o zamanki şartlarda ameliyat olmadan bir şekilde tedavi gördüğünü fakat tam olarak nasıl bir tedavi gördüğünü hatırlamadığını belirtti.

¹ Uzm. Dr., Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, mustafaozcamdalli@hotmail.com

protezlerinden sonra düşük ağrı, geniş eklem hareket açıklığı, yüksek diz fonksiyonel skorları ve hasta memnuniyeti literatürde bildirilmiş olsa da orta ve uzun vadeli sonuçları kısıtlıdır(11).

Mevcut literatürde gecikmiş çoklu bağ yaralanması sonrası artroplasti uygulamasına rastlanmamıştır. İnstabilite problemi olan bir dize protez ameliyatı planlanırken bu instabiliteyi gidermek için mevcut revizyon diz protezleri yetersiz kalırsa menteşeli diz protezleri tercih edilmektedir(11). Bağ problemleri nedeniyle diz instabilitesi olan dizler genelde daha önceden primer diz protezi uygulanmış, ya da revizyon diz protezi sonrası kemik ve yumuşak doku tahribatı gerçekleşmiş dizlerdir. Hatta ikinci ve üçüncü kez revizyon yapılan diz protezlerinde bu problemler daha sık görülmektedir. Menteşeli diz protezleri instabiliteyi gidermekte oldukça etkili olmalarına rağmen birçok çalışmada bu protezlerde standart diz protezlerine göre aseptik gevşeme, enfeksiyon, periprostetik kırık gibi komplikasyonlarda ve yetmezlik oranlarında artış bildirilmiştir(12,13).

Bilindiği üzere diz protezlerinde biyomekanik olarak kısıtlılık ne kadar artar ise instabilite daha az görülmekte fakat uzun dönemde aseptik gevşeme, implant yetmezlikleri ve revizyon ihtiyacı daha fazla olmaktadır(14). Bu sebeple menteşeli diz protezi uygulanan hastalar ameliyat sonrası daha sıkı takip edilmeli, protez enfeksiyonu açısından uyarılmalı, kilo verme gibi önerilerde bulunulmalı ve bu hastalara implantlarını koruma açısından bir takım tavsiyeler yapılmalıdır.

SONUÇ

Tedavi edilmemiş çoklu bağ yaralanması sonrası ileri evre gonartroz gelişen hastalarda dikkatli bir ameliyat öncesi değerlendirme ve planlama gereklidir. Standart diz protezleri ile ameliyat sonrası instabilite gelişebileceğinden menteşeli diz protezi uygun bir seçenektir. Bu hastalarda kemik defektlerine dikkat edilmeli, uygun metal bloklar ile kemik defektleri doldurulabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lynch AD, Chmielewski T, Bailey L, et al. Current concepts and controversies in rehabilitation after surgery for multiple ligament knee injury. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2017;10(3):328-45.
2. M, Baskurt Z, Cetin C et al. Results of a rehabilitation program after surgery of knee multiple ligament injury: A case report. *Turk J Sports Med.* 2019;54(3):202-6.
3. Levy BA, Dajani KA, Whelan DB, et al. Decision making in the multiligament-injured knee: an evidence-based systematic review. *Arthroscopy.* 2009;25(4):430-8.
4. Wyatt RWB, Inacio MCS, Bellevue KD, et al. Isolated ACL versus multiple knee ligament injury: associations with patient characteristics, cartilage status, and meniscal tears identified during ACL reconstruction. *Phys Sportsmed.* 2017;45(3):323-28.
5. Hua X, Tao H, Fang W, et al. Single-stage in situ suture repair of multiple-ligament knee injury: a retrospective study of 17 patients (18 knees). *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:41.
6. Manske RC, Hosseinzadeh P, Giangarra CE. Multiple ligament knee injury: complications. *N Am J Sports Phys Ther.* 2008;3(4):226-233.
7. Noyes FR, Barber-Westin SD. Reconstruction of the anterior and posterior cruciate ligaments after knee dislocation. Use of early protected postoperative motion to decrease arthrofibrosis. *Am J Sports Med.* 1997;25:769-768
8. Fanelli GC. Complications of multiple ligamentous knee injuries. In: Schneck RC: *Multiple Ligamentous Knee Injury in the Athlete.* Rosemont, IL: American Academy of Orthopedic Surgeons, 2002
9. Engh GA. Bone defect classification. In: Engh GA, Rorabeck CH, editors. *Revision total knee arthroplasty.* Baltimore, Md, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 1997. p.63-120.
10. Hernandez-Vaquero D, Sandoval-Garcia MA. Hinged total knee arthroplasty in the presence of ligamentous deficiency. *Clin Orthop Relat Res.* 2010;468:1248-1253. doi: 10.1007/s11999-009-1226-7.
11. Bistolfi A, Massazza G, Rosso F, Crova M. Rotating-hinge total knee for revision total knee arthroplasty. *Orthopedics.* 2012;35:e325-e330.1.
12. Pour AE, Parvizi J, Slenker N, Purtill JJ, Sharkey PF. Rotating hinged total knee replacement: use with caution. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:1735-1741.

13. Springer BD, Sim FH, Hanssen AD, Lewallen DG. The modular segmental kinematic rotating hinge for nonneoplastic limb salvage. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;421:181–187.

14. Mario Carneiro, et al. “Revision of A Hinged Total Knee Arthroplasty Due to Persistent Instability: A Case Report ”. *EC Orthopaedics* 7.5 (2017): 202-206