

BÖLÜM 52

İZOLE SUBTALAR EKLEM ÇIKIĞI

Şemmi KOYUNCU¹

GİRİŞ

Talus ayağın tepe noktası olması ile birlikte; subtalar, kalkaneoküboid ve talonaviküler eklemlere kuvvetlerin dağılımı ile vücudun bütün ağırlığının tek başına ayak kemiklerine transferinden sorumludur(1). Talus alt ekstremitede herhangi bir kas yapışması olmaması nedeniyle travmalara karşı daha duyarlı hale gelmektedir(1,2). Buna rağmen talusun orta ayak kemiklerine bağlı olan güçlü ligamanlar nedeniyle kırıkla ilişkisi olmadan kapalı çıkığı nadirdir. Bu tür yaralanma için ise yüksekten düşme, spor yaralanmaları ve motorlu araç kazaları gibi yüksek enerjili bir travma gerekmektedir ve genellikle bu travmalar açık tip yaralanma ile sonuçlanır(1,2). Nadir görülen subtalar eklem çıkığı tüm büyük eklem çıkıklarının %2'sinden daha azını oluşturur(1). Subtalar çıkık talus, naviküler ve kalkaneusun normal anatomik ilişkisinin bozulması ile birlikte tibiotalar ve kalkaneoküboid eklemlerin zarar görmemesidir. İnversiyon veya eversiyon zorlanması sonucu talonaviküler ve talokalkaneal bağların hasarlanması subtalar çıkıkta görülen temel patolojilerdir. En çok mediale olmakla birlikte lateral, posterior ve anterior çıkıklar da görülebilmektedir(1).

Bu bölümde yaklaşık 4 metre yüksekten atlama sonrası sol ayak bileğinde kapalı medial subtalar talus çıkığı oluşan bir hastanın acil şartlarda kapalı redüksiyon ve alçı atel ile tedavisi ve uzun dönem takibi sunulmuştur. Hastanın erken dönem takibinde yaygın medial ve lateral ayak bölgesinde ekimoz gelişmiştir. Çıkık talus naviküler eklem yüzünün cilde basısına sekonder gelişmiş cilt nekrozu görülmüştür. Hastanın 3 yıllık takibinde avasküler nekroz, osteoartrit ve subluksasyon bulgusu gelişmemiştir.

VAKA SUNUMU

51 yaşında erkek marangoz hasta 4 metre yükseklikten atlama sonrası sol ayakta şiddetli ağrı, şekil bozukluğu nedeniyle acil servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol ayak bileğinde şekil bozukluğu, şişlik ve ayak dorso-lateralinde dermabrazyonel yaralanma görüldü. Palpasyonel muayenede talonaviküler ve subtalar eklem bölgede aşırı hassasiyet ve ağrı mevcuttu. Nörovasküler veya tendinöz yaralanması yoktu. Yapılan tetkikler sonrası sol subtalar medial çıkığı tespit edildi(Şekil 1). Travma sonrası üçüncü saatte maske anestezi altında talus çıkığı elle

¹ Uzm. Dr., Ortopedi ve Travmatoloji Konya Beyşehir Devlet Hastanesi, semmi2446@gmail.com

rüptürü tespit edilmedi. Bu nedenle olgumuzda avasküler nekrozun gelişmemiş olmasını travma sonrası korunmuş eklem kapsülü ve ligamanlara bağlamaktayız.

Bu nadir görülen yaralanma nedeniyle en iyi tedavi yönteminin ne olduğuna ilişkin bilgiler oldukça kısıtlıdır(6). Literatürde hastaya ne zaman yük verileceğine ilişkin uygulamalar değişkenlik göstermekle birlikte olgumuzda iki hafta yüklenmeye izin vermeyip ardından iki hafta kısmi yüklenme ve sonrasında tam yüklenmeye ve harekete izin verdik.

Talus çıkığında iyi fonksiyonel sonuçları etkileyen faktörler yumuşak doku hasarı, intraartiküler veya ekstraartiküler kırıklar, osteonekroz, instabilitedir. Bu tür sorunlar eklemde posttravmatik artritik değişiklikler için hazırlayıcı rol oynamaktadır(9,10). Eklemi içine alan hemen hemen tüm yaralanmalarda ilgili eklemlerde dejeneratif değişiklikler, eklem hareket açıklığında azalma gibi sorunlar gelişebilmektedir(3,9,10). Ancak olgumuzun takip sonunda ayak bilek hareketlerinde kısıtlılık tespit edilmedi.

SONUÇ

Sonuç olarak talus çıkıklarında erken kapalı redüksiyon ve erken eklem hareketleri ile oluşabilecek komplikasyonların azaltılabileceği görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Wagner R, Battert TR, Weckback A. Talus dislocations. *Injury* 2004;35:36-45.
2. Palomo-Traver JM, Cruz-Renovell E, Granell-Beltran V. Open total talus dislocation: case report and review of the literature. *J Ortho Trauma* 1997;11:45-9.
3. Maris JS, Theodoratos G, Papanikolaou A. Primary talectomy after open total dislocation of the talus: a case report with 13 years follow-up. *J Orthop Trauma* 2006;20:223-6.
4. Leitner B. The mechanism of total dislocation of the talus. *J Bone Joint Surg* 1955;37:80-95.
5. Baumhauer JF, Alvarez RG. Controversies in treating talus fractures. *Orthop Clin North Am* 1995;26:335-51.
6. Akalın Y, İmerci A, Sürer L. **İzole Medial Subtalar Eklem Çıkığı: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi.** *J Clin Anal Med* 2012; DOI: 10.4328/JCAM.1227.
7. Mulfinger GL, Trueta J. The blood supply of the talus. *J Bone Joint Surg Br* 1970;52:160-7.
8. Newcomb WJ, Brav EA. Complete dislocation of the talus. *J Bone Joint Surg* 1948; 30:872-874.
9. Atay T, Burç H, Türk B. A Case Report: Ipsilateral Closed Talus Dislocation and Navicular Fracture. *J Clin Anal Med* 2014; DOI: 10.4328/JCAM.2771.
10. Gaskin JSH, Pimple MK. Closed total talus dislocation without fracture: report of two cases. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2007;17:409-11.