

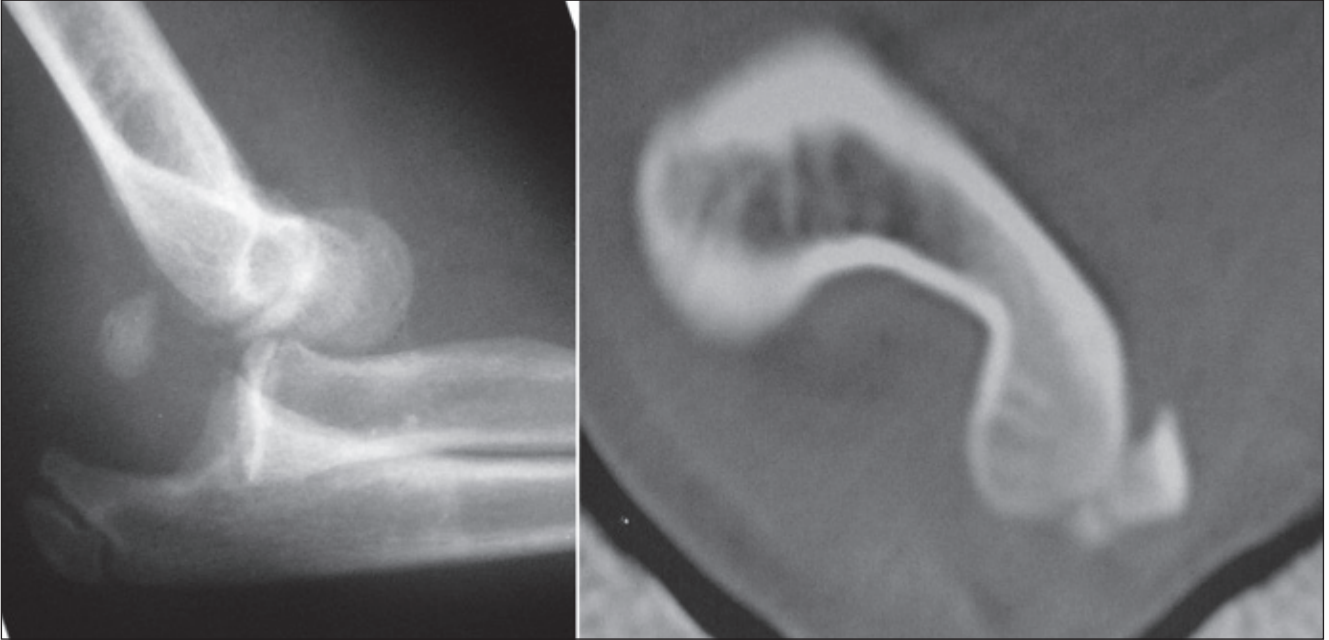
tartışma paneli 4

tartışma paneli

Dr. Mesut Yılmaz

OLGU

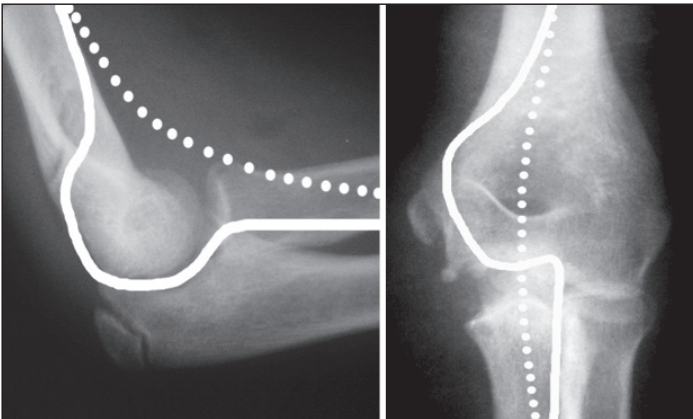
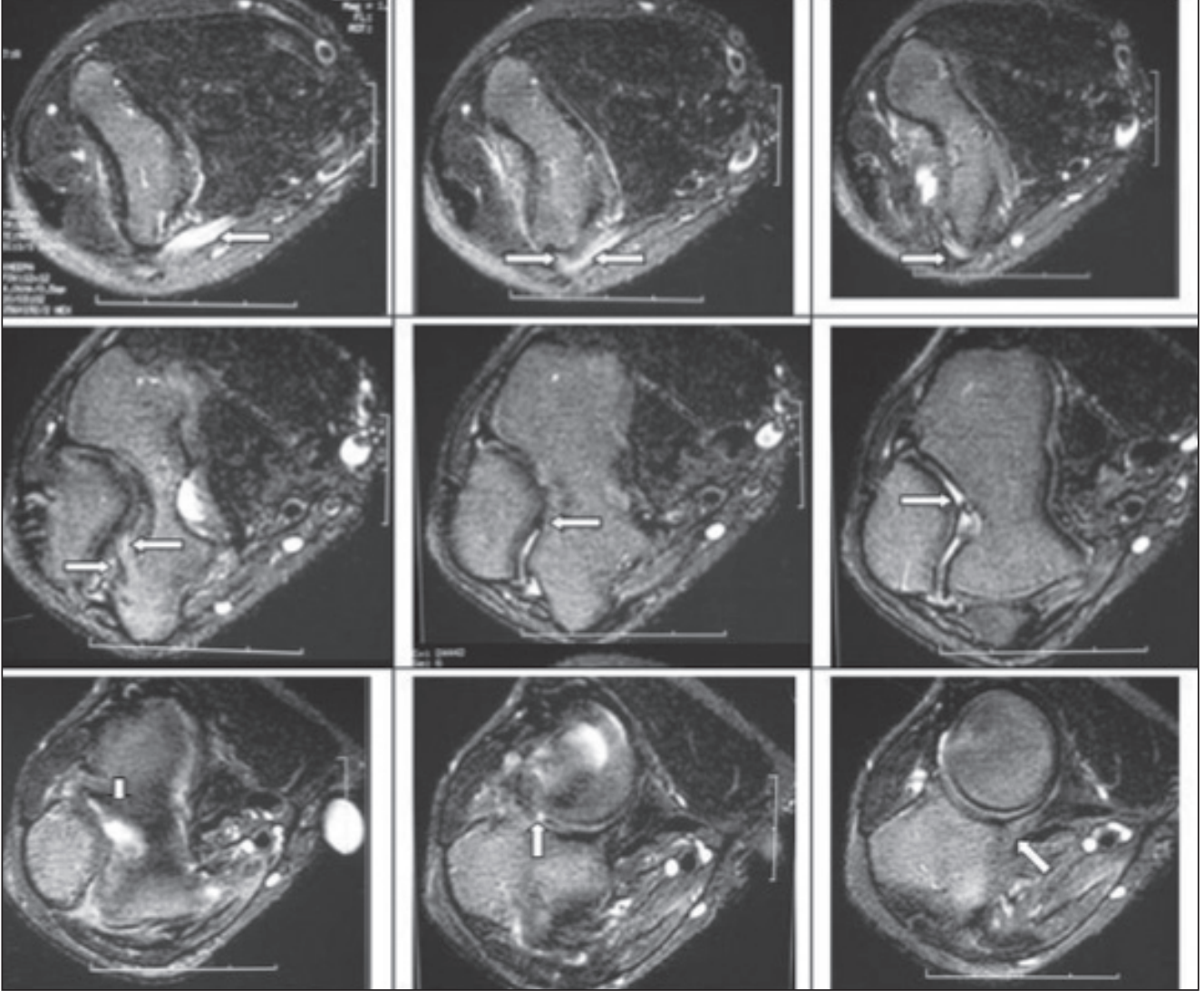
- 15 yaşında erkek hasta.
- 14 ay önce dirsek kırıklı-çıkığı nedeniyle redükte edilerek alçı-atel uygulanmış.
- İşlem sonrası 3-4 gün çok şiddetli ağrısı olmuş, bir çok kez acile gidilmiş, alçı-atel revize edilmiş.
- Sonraki takiplerinde ağrısı azalmış, ancak elde uyuşma ve güç kaybı ile atrofi gelişmesi üzerine üzerine BT ve MRG'leri çekilmiş, EMG yaptırılmış.
- Hep ortopedistler tarafından takip edilen hastaya fizik tedavi seansları ile dirsek egzersizleri verilmiş.



BULGULAR

- Tenar atrofi,
- Başparmak opozisyonu yapamıyor
- EMG'de dirsek lokalizasyonunda medyan sinirin ağır dejenerasyonu

Dirsek MRG Tetkiki (Oklar medyan sinir trasesini göstermekte)



Soru 1: Hastaya ne planlarsınız?

Soru 2: Hastanın operasyon görüntüsü. Ne tip bir cerrahi stratejiniz olur?

Dr. Ozan GANIÜSMEN

Olguda geçirilmiş travmaya sekonder kemik kırığına bağlı kallus gelişimi gözlenmektedir, gelişen kallus median sinirin üstünde bası yapmakta ve bu basıya bağlı median sinirin bası altında kalmayan uçlarında dahi wallarian degenerasyon gelişme ihtimali mevcuttur. Mevcut tetkikler ve anamneze göre düşüncem cerrahinin mutlak gerekliliğidir. MRI da median sinirin devamlılığı şüpheli olmakla birlikte vakaya kallus eksizyonu gerekir. Eksizyon sonrasında sinir devamlılığı tam ve bası az ise tranpozisyon ve nöroliz yeterli olabilir. Ancak basıya bağlı sinirde kopma ve/veya ileri dejenerasyon gözlenirse sural sinir grefti ile yada primer interfasiküler onarımında gerekli olabileceği kanaatindeyim.

Saygılarımla

Dr. Altan ACAR

Dirsek çıkığına bağlı median sinir sıkışması, gündelik pratiğimizde çok sık karşımıza çıkmayan bir durumdur.

Dirsek çıkıkları çocukluk döneminin en sık, erişkin döneminin ikinci (omuz ekleminden sonra) sıklıkta gözlenen travmatik dislokasyonudur. Çıkıklar %90 posteriora doğru (önkol posteriora gidecek şekilde) olur. Cerrahi tedavi gerektirecek kemik kırığının eşlik etmediği çıkıklar ba sit dirsek çıkığı olarak anılırlar ve genellikle kapalı redüksiyon ve konservatif tedavi ile sağaltılırlar. Kapalı redüksiyon için tanımlanmış bazı yöntemler vardır. Bu yöntemlerin hepsi traksiyon uygulanarak yapılır. Eklem redükte edildikten sonra dirsek yumuşak doku iyileşmesi için bir süre alçı içinde takip edilir. Genel kavram olarak alçı içindeki ekleme ağrı olmaması gerekir. Bu gibi durumlarda ağrının varlığı her zaman incelenmelidir. Kapalı redüksiyon sonrası median sinirin eklem içine sıkışması nadir ancak bilinen bir komplikasyondur. Bu nedenle nörolojik muayenenin redüksiyon öncesi ve sonrası yapılması çok önemlidir.

Bu olguya öncelikle cerrahi planlarım. Erken tanılanma durumunda basit sinir serbestleştirilmesi ve nöroliz tercih edilebilir. Ancak bu olguda olduğu gibi geç tanı konması intraartiküler tuzaklanma, sıklıkla sinir dokusunda iskemiye ve fibrozise yol açacaktır. Bunu peroperatif sinir stimulusu ile ortaya koyabilirsek, median sinire uç- uca anastomoz ya da sural greft yardımı ile anastomoz uygulanmasının doğru olacağını düşünüyorum.

Dr. Mehmet DANEYEMEZ

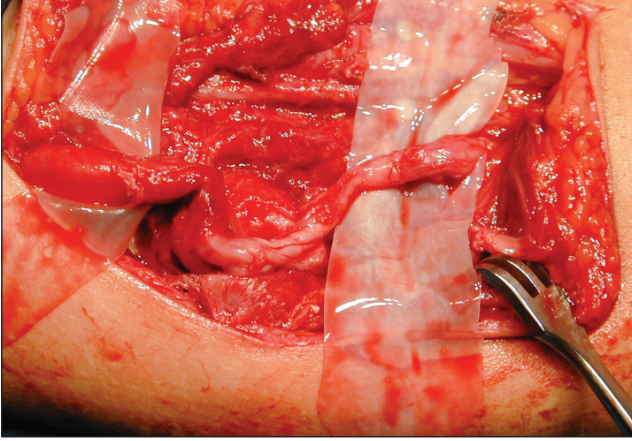
Bu tür vakalarda en sık rastladığımız kırıklı çıkığa bağlı sinir hasarı oluşmasıdır ve genellikle kapalı veya açık redüksiyon sonrası sinir kal dokusu içinde sıkışmaktadır. Bu vakada yapılan hata bu kadar süre beklemeye gerek olmadan EMG yapıp bir abn önce explore etmek gerekir çünkü zaman geçtikçe atrofiler gelişmekte ve tedavisi hemen hemen imkansız hale gelmektedir. onun için bu vaka için en ideal zaman ilk 3 ayda explore ederek siniri kal dokusu içinden kurtarmaktır böyle yapılırsa hemen hemen hiç sekel kalmamaktadır uzun süreli beklenmesinde ise atrofi ve eklem artrozu düzelmemektedir. Aslında bu olguda sinir bütünlüğü korunmuş yani aksonotimesis söz konusudur bu durumda erken explore edip gerekirse tranpozisyon yapmak en iyi tedavi yöntemidir. en önemli tanı metodu ise EMG dir olaydan 3 hafta sonra yapılacak EMG ile denervasyon potansiyellerini görmek mümkündür bu bizi daha iyi yönlendirir ve biran önce cerrahi tedaviye geçmemizi sağlar.

HASTAYA YAPILAN

Ameliyat

- Aksiller blok ile ameliyata alınan hastanın ameliyatu esnasında, medyan sinirin dirsekteki normal lokalizasyonunda sinir bulunamadı.
- Proksimal ve distal insizyon genişletildi.
- Medyan sinir lateralde bulundu ve takibinde dirsek eklemi içine girdiği belirlendi.
- Genel anesteziye geçilerek eklem içinden medyan sinir çıkarıldı ve normal lokalizasyona getirildi.
- Eklem içinde, her harekette travmaya uğrayan sinir uzamış ve incelmışti.
- Tuzaklanmış segmentin eksize edilerek greftleme önerisine ailesi izin vermedi.





2. Ameliyat

- EMG ve klinik takiplerinde değişiklik olmadı.
- 2 ay sonra aile ikna oldu, tekrar opere edildi.
- Proksimal ve distalden kesilerek uç uca anastomoz yapıldı.
- Dirsek fleksiyonda atellendi, kademeli olarak açıldı.
- Komplikasyon gelişmedi.

TAKİP

- 6. ay EMG distal medyan sinirde kısmi rejenerasyon bulguları
- 1 yıl sonra klinik olarak
 - başparmak opozisyonu kısmen geri döndü,
 - kağıt tutabiliyor ancak direnci zayıf
 - el sıkma gücü önceye göre belirgin artmış

SONUÇ

- Ekstremitte fraktürleri sonrası, çeşitli tuzaklanma tipleri tanımlanmıştır.
- Posterior dislokasyon sonrası dirsek ekleminde median sinirin sıkışması ender, ancak ağır bir komplikasyondur.
- İyi bilinen klinik bulgulara karşın, tanı sıklıkla gecikir ve sinir hasarı ilerler.