



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI



İÇİNDEKİLER

- 2 ÖNSÖZ
- 3 KURULLAR
- 5 BİLİMSEL PROGRAM
- 12 POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ
- 67 FİRMALAR
- 68 İNDEKS



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI



ÖNSÖZ

Sayın Meslektaşlarımız,

Ortopedi ve Travmatoloji İstanbul Buluşması, 2013 yılında 24 – 27 Nisan tarihlerinde Haliç Kongre Merkezi'nde yapılacaktır.

TOTDER 1939 yılından bu yana çok sayıdaki üyesi ile bilimin ışığını taşımaktadır. Mesleğimizin iki büyük ustası Akif Şakir Şakar ve Derviş Manizade anısına yapılan toplantıların birleştirilmesi ile ortaya çıkan bu toplantı, 2013 yılında 3. kez yapılacaktır ve derneğimizin en önemli toplantısıdır.

TOTBİD tarafından yapılmakta olan ulusal kongremizin formatının tamamen dışında hazırlanan ve her zaman kıvançla hatırlanmasını arzu ettiğimiz bu toplantının amacı genç meslektaşlarımızı özellikle güncel, tartışmalı konularda ve yeniliklerde güçlendirmek, ustalaşmış olanların deneyimlerini paylaşacakları ortamları hazırlamaktır.

Bir önceki toplantıdan sonra bizlere ulaşan öneriler doğrultusunda hem kongre merkezi seçilmiş hem de kongrenin programında değişikliklere gidilmiştir. Yemek tatili sırasında hiç toplantı yapılmayacak, meslektaşlarımıza, bir araya gelebilme, sergi ve stand alanlarını daha rahat ziyaret edebilme imkanı yaratılacaktır.

Program oluşturulurken, her zaman olduğu gibi branş dernekleri ile ilişkilerimiz devam etmektedir.

İstanbul'a yakışan, katılımcılar için öğretici ve yol gösterici olan, akıllarda kalıcı izler bırakan, sıradışı ve eğlenceli bir toplantıyı yapabilmek için desteklerinizi bekliyoruz.

Saygılarımızla

Dr. İ. Metin Türkmen
Kongre Başkanı

Dr. Yavuz Kabukçuoğlu
TOTDER Başkanı

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI

2013



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL



KURULLAR

TOTDER YÖNETİM KURULU

Dr. Yavuz Kabukçuoğlu
Dr. Hayati Durmaz
Dr. Fahri Erdoğan
Dr. Fatih Dikici
Dr. Osman Tuğrul Eren
Dr. Halil İbrahim Bekler
Dr. Cemal Kural
Dr. Akın Uğraş
Dr. Mehmet Akif Kaygusuz
Dr. Ata Can Atalar
Dr. Atilla Sancar Parmaksızoğlu

Dernek Başkanı
Önceki Başkan
İkinci Başkan
Sayman
Sekreter
Yönetim Kurulu Üyesi
Yönetim Kurulu Üyesi
Yönetim Kurulu Üyesi
Yönetim Kurulu Üyesi
Yönetim Kurulu Üyesi
Yönetim Kurulu Üyesi

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dr. İ. Metin Türkmen
Dr. Mustafa Karahan
Dr. Arel Gereli
Dr. Ata Can Atalar
Dr. Barış Kocaoğlu
Dr. Cengiz Şen
Dr. Halil İbrahim Bekler
Dr. Hasan Bombacı
Dr. İrfan Öztürk
Dr. Mehmet Can Ünlü
Dr. Mehmet Uğur Özbaydar
Dr. Nadir Şener
Dr. Tolga Tüzüner
Dr. Ufuk Nalbantoğlu
Dr. Umut Akgün
Dr. Vuslat Sema Ünal

Kongre Başkanı
Kongre Sekreteri

BİLİMSEL PROGRAM

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI

2013



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL



BİLİMSEL PROGRAM

24 Nisan 2013, Çarşamba

Otel Girişleri

BİLİMSEL PROGRAM

25 Nisan 2013, Perşembe

Saat	AKIF ŞAKİR ŞAKAR SALONU	Saat	DERVİŞ MANİZADE SALONU
08:00 - 09:00	PEDİATRİ 1 Çocukta omurga sorunları Oturum Başkanı Dr. Muharrem Yazıcı	08:00 08:40	ENFEKSİYON 1 Oturum Başkanı Dr. İrfan Esenkaya
08:00 - 08:15	Çocukta bel ağrısı	08:00 - 08:20	Ortopedide cerrahi enfeksiyonlar
08:15 - 08:30	Çocukta disk patolojileri	08:20 - 08:40	Ortopedik enfeksiyonlarda yaklaşım ve sık yapılan hatalar
08:30 - 08:45	Çocuk omurga yaralanmaları	08:40 - 09:00	Tartışma
08:45 - 09:00	Tartışma		
09:00 - 10:00	PEDİATRİ 2 12-18 Ayda GKD Oturum Başkanı Dr. Cemalettin Aksoy	09:00-10:00	Oturum Başkanı Dr. Vuslat Sema Ünal
09:00 - 09:15	GKD 12-18 ay tedavi yaklaşımları	09:00 - 09:30	Akılıcı ilaç oturumu
09:15 - 09:30	GKD 12-18 ay sonuçlar komplikasyonlar	09:30 - 10:00	Kırıkların cerrahi tedavisinde yeni bir yaklaşım MIO
09:30 - 09:45	GKD tedavisi sonrası epifiz sorunları ve tedavi yaklaşımları		
09:45 - 10:00	Vaka takdimi ve tartışma		
10:00 - 10:30	KAHVE MOLASI		
10:30 - 11:30	Açılış Töreni ve Konferans : ÇOK KÜLTÜRLÜ BİR KENTİN TARİH İÇİNDE GELİŞİMİ: Önder Kaya (Akif Şakir Şakar Salonu)		
11:30 - 12:30	EUROKIM UYDU SEMPOZYUMU (Akif Şakir Şakar Salonu) Osteoartrit Tedavisinde Bioaktif Kollajen Peptit ve Bilimsel Çalışmalar - Dr. Von Steffen Osser		
12:30 - 13:30	YEMEK ARASI		



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI



BİLİMSEL PROGRAM

25 Nisan 2013, Perşembe

Saat	AKİF ŞAKİR ŞAKAR SALONU	Saat	DERVİŞ MANİZADE SALONU
13:30 - 14:30	OMUZ DİRSEK Dirsek bölgesi kırıklarında cerrahi tedavi komplikasyonları: Kaçınabilir miyiz ? İnteraktif olgu tartışması Oturum Başkanı Dr. Hayrettin Kesmezacar Giriş 6 Olgu Dr. Hayrettin Kesmezacar Dr. Şenol Akman, Dr. Mustafa Özkan, Dr. Ufuk Nalbantoğlu Dr. Egemen Ayhan Literatür	13:30 - 14:30	ORTOPEDİK ONKOLOJİ Kemik metastazlı olgulara yaklaşım Oturum Başkanı Dr. Harzem Özger 13:30 - 13:45 Kemikte lezyon metastaz mı ? Dr. Kaan Eriker 13:45 - 14:00 Soliter kemik metastazı ne yapalım? Dr. Dündar Sabah 14:00 - 14:15 Multipl kemik metastazları... Dr. Önder Ofluoğlu Tedavim ne olmalı? 14:15 - 14:30 Tartışma
14:30 - 15:30	Omuz instabilitesinde cerrahi tedavi komplikasyonları : Kaçınabilir miyiz ? Oturum Başkanı Dr. M. Uğur Özbaydar Giriş 6 Olgu Dr. M. Uğur Özbaydar Dr. Mehmet Demirtaş, Dr. Faik Seçkin, Dr. Cem Esenyel Dr. Kerem Canbora Literatür	14:30 - 15:30	Kemik kistlerini nasıl tanıyım ? Oturum Başkanı Dr. Nevzat Dabak 14:30 - 14:40 Soliter kemik kisti Dr. Ahmet Kapukaya 14:40 - 14:50 Anevrizmal kemik kisti Dr. Bülent Erol 14:50 - 15:00 Dev hücreli kemik tümörü Dr. Murat Hiz 15:00 - 15:10 Fibröz displazi Dr. Yusuf Yıldız 15:10 - 15:20 Kondroblastom Dr. Turgay Er 15:20 - 15:30 Tartışma
15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI		
16:00 - 17:00	OMUZ DİRSEK Rotator kılıf Oturum Başkanı Dr. Ata Can Atalar 16:00 - 16:10 Kalsifiye tendinit Dr. Aksel Seyahi 16:10 - 16:20 Kısmi yırtıkların tedavisi Dr. Sercan Akpınar 16:20 - 16:30 Masif yırtık Dr. Ata Can Atalar 16:30 - 16:40 Ameliyat sonrası hareket kısıtlılığı Dr. Osman Güven 16:40 - 17:00 Tartışma	16:00 - 17:00	İLİZAROV Başarıya giden yolda temel noktalar Oturum Başkanı Dr. Mehmet Kocaoğlu 16:00 - 16:10 İlizarov cerrahisinin Dr. Mehmet Kocaoğlu dünü bugünü yarını 16:10 - 16:20 Kaynamama Dr. Levent Eralp 16:20 - 16:30 Uzatma Dr. Cenk Özkan 16:30 - 16:40 Osteomyelit Dr. Cengiz Şen 16:40 - 17:00 Tartışma
17:00 - 18:00	Proksimal humerus kırıkları Oturum Başkanı Dr. Şenol Akman 17:00 - 17:10 Konservatif tedavi sınırları Dr. Kerem Bilsel 17:10 - 17:20 Osteosentezde başarının ipuçları Dr. Hayrettin Kesmezacar 17:20 - 17:30 Revizyon cerrahisinde stratejiler Dr. Mehmet Demirhan 17:30 - 17:40 Kırık sonrası artroplastide püf noktaları Dr. Mehmet Demirtaş 17:40 - 18:00 Tartışma	17:00 - 18:00	Doğumsal anomalilerde rekonstruktif girişimler ve püf noktaları Oturum Başkanı Dr. Cemalettin Aksoy 17:00 - 17:10 Kontraktürlerin değerlendirilmesi ve tedaviye yaklaşım Dr. Muharrem İnan 17:10 - 17:30 Doğumsal deformitelerde rekonstruksiyon teknikleri Dr. Mark Eidelman 17:30 - 17:40 Doğumsal deformitelerin düzeltilmesinde püf noktalar Dr. Cemalettin Aksoy 17:40 - 17:50 Doğumsal kaynaklı eşitsizliklerde planlama ve tedaviye yaklaşım Dr. Salih Marangoz 17:50 -18:00 Tartışma
18:30-20:30	AÇILIŞ KOKTEYLİ		



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI



BİLİMSEL PROGRAM

26 Nisan 2013, Cuma

Saat	AKİF ŞAKİR ŞAKAR SALONU	Saat	DERVİŞ MANİZADE SALONU
08:00 - 09:00	OMURGA 1 Adölesan idiopatik skolyoz  Oturum Başkanı Dr. Azmi Hamzaoğlu	08:00 - 09:00	EL CERRAHİSİ 1 Kienböck hastalığı Oturum Başkanı Dr. Yalçın Ademoğlu
08:00 - 08:10	Adölesan idiopatik skolyozda sınıflama ve cerrahi planlama <i>Dr. Ahmet Alanay</i>	08:00 - 08:05	Kienböck, literatürden gerçekler <i>Dr. Yalçın Ademoğlu</i>
08:10 - 08:25	Adölesan idiopatik skolyozda cerrahinin uzun dönem sonuçları <i>Dr. Dietrich Schlenzka</i>	08:05 - 08:15	Konservatif tedavi sonuçları gerçekte nasıl? <i>Dr. Sinan Bilgin</i>
08:25 - 09:00	Olgu tartışmaları 5 olgu: Nedir, nasıl planlarım, nasıl yaparım, sonuç ne olur? <i>Dr. Azmi Hamzaoğlu</i>	08:15 - 08:25	Cerrahi tedavi, ne zaman ve hangi yöntem? <i>Dr. Taçkın Özalp</i>
09:00 - 10:00	OMURGA 2 Spinal darlık Oturum Başkanı Dr. Ünsal Domaniç	09:00 - 10:00	EL CERRAHİSİ 2 Karpometakarpal eklem artrozu: Güncel tedavi seçenekleri nelerdir ?  Oturum Başkanı Dr. Hayati Durmaz
09:00 - 09:10	Spinal darlık nedir tanı ve tedavide konservatif yaklaşımlar <i>Dr. Ufuk Talu</i>	09:00 - 09:08	Konservatif tedavi sonuçları? <i>Dr. Kahraman Öztürk</i>
09:10 - 09:20	Spinal darlık cerrahi tedavi kriterleri ve teknikleri <i>Dr. Ali Şehirlioğlu</i>	09:08 - 09:20	Cerrahi tedavi, hangi yöntem? <i>Dr. Hayati Durmaz</i>
09:20 - 09:30	Spinal darlık cerrahi tedavi başarı kriterleri ve komplikasyonlar <i>Dr. Teoman Benli</i>	09:20 - 09:40	Birinci KMK eklem osteoartritte artroplasti <i>Dr. Philippe Kopylov</i>
09:30 - 10:00	Olgu tartışmaları 5 olgu: Nedir, nasıl planlarım, nasıl yaparım, sonuç ne olur? <i>Dr. Cüneyt Şar</i>	09:40 - 10:00	Tartışma
10:00 - 10:30	KAHVE MOLASI		
10:30 - 11:30	BİZ NE YAPIYORUZ 1 Pelvis ve asetabulum kırıklarının tedavisinde yaptıklarımız Oturum Başkanı Dr. Halil Bekler		
10:30 - 10:40	Sakroiliak ayrışmalarda iliosakral vida uygulaması <i>Dr. Akın Uğraş</i>		
10:40 - 10:50	Anterior yaklaşım <i>Dr. Mehmet Elmadağ</i>		
10:50 - 11:00	Posterior yaklaşım <i>Dr. Fatih Dikici</i>		
11:00 - 11:10	Minimal invaziv plaktama <i>Dr. İrfan Esenkaya</i>		
11:10 - 11:30	Tartışma		
11:30 - 12:30	 BOEHRINGER INGELHEIM UYDU SEMPOZYUMU (Akif Şakir Şakar Salonu) VTE Profilaksisinde Değişim , Deneyim , Diyalog - Dr. Faik Altıntaş, Dr. Remzi Tözün		
12:30 - 13:30	YEMEK ARASI		



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI



BİLİMSEL PROGRAM

26 Nisan 2013, Cuma

Saat	AKİF ŞAKİR ŞAKAR SALONU	Saat	DERVİŞ MANİZE SALONU
13:30 - 14:30	TRAVMA 1 Tibia plato kırıklarına güncel yaklaşımlar Oturum Başkanı Dr. Hakan Kınık	13:30 - 14:30	PEDİATRİ 3 ÇOCUK Spor yapan çocuk Oturum Başkanı Dr. Mustafa Karahan
13:30 - 13:38	Hangi kırıklarda konservatif tedavi, nasıl ?	13:30 - 13:45	Spora başlayan çocukta ortopedik değerlendirme, dizilim kusurlarının spora etkisi
13:38 - 13:46	Artroskopik yardımcı cerrahi, ne zaman ?	13:45 - 14:05	Spor yapan çocukta bireysel gelişim ve farkındalık
13:46 - 13:54	Açık redüksiyon ve konvansiyonel plaklamada püf noktalar	14:05 - 14:20	Hangi yaşta, hangi seviyede, hangi spor?
13:54 - 14:02	Açık redüksiyon ve minimal invaziv plaklamada püf noktalar	14:20 - 14:30	Tartışma
14:02 - 14:10	Transfibuler yaklaşım (Video sunumu)		
14:10 - 14:20	Vaka tartışması		
14:20 - 14:30	Sorular		
14:30 - 15:30	TRAVMA 2 Oturum Başkanı Dr. Nadir Şener Osteosentez komplikasyonları ve kaçınma	14:30 - 15:30	PEDİATRİ 4 POLİTRAVMA Pediatrik politravma Oturum Başkanı Dr. Mücahit Görgeç
		14:30 - 14:45	Politravma ile gelen çocuğu hayatta tutma ilkeleri
		14:45 - 15:30	Çocukta olası politravma senaryoları
15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI		
16:00 - 17:00	GENEL ORTOPEDİ Yaşlı kırıklarının önlenmesi ve tedavisi Oturum Başkanı Dr. İrfan Öztürk	16:00 - 17:00	EL CERRAHİSİ 3 Üst ekstremité proksimal sinir sıkışmaları (Her el uyumuşması karpal tünel sendromu değildir.) Oturum Başkanı Dr. Halil Bekler
16:00 - 16:10	Düşmelerin önlenmesi	16:00 - 16:05	Giriş
16:10 - 16:20	D vitamini	16:05 - 16:15	Omuz çevresi sinir sıkışmaları
16:20 - 16:30	Yaşlı kırıklarının biyomekanik özellikleri	16:15 - 16:25	Dirsek kol çevresi sinir sıkışmaları
16:30 - 16:40	Osteoporotik kırıkların tedavisi	16:25 - 16:35	Nasıl tanıyorum: Ayırıcı tanıda püf noktalar
16:40 - 17:00	Tartışma	16:35 - 17:00	Vaka takdimi (2 vaka) ve tartışma
17:00 - 17:40	Konferanslar Oturum Başkanı Dr. Mustafa Karahan	17:00 - 18:00	EL CERRAHİSİ 4 Distal radius kırıklarının cerrahi tedavisinde gerçekler Oturum Başkanı Dr. Aydın Yüçetürk
17:00 - 17:20	Kanıtı dayalı tıp	17:00 - 17:08	Hangisi doğru? Kanıtı dayalı gerçekler, ne kadar gerçek?
17:20 - 17:40	"American Journal of Sports Medicine" için değerlendirme	17:08 - 17:20	Ben böyle tedavi ediyorum
		17:20 - 17:40	Distal radius kırıkları: Volar plakla neyi tespit edemeyiz?
		17:40 - 18:00	Vaka takdimi ve tartışma

ÖZEL OTURUMLAR

10:30 - 11:30 **EL CERRAHİSİ ÖZEL OTURUMU (Fethiye Ayrıl Salonu)**
El cerrahisinde tartışmalı konular

Oturum Başkanı

Dr. Sait Ada

10:30 - 10:45 Lunotriquetral bağ yaralanmaları
10:45 - 11:00 Skafolunat bağ yaralanmaları
11:00 - 11:15 Aksiller sinir paralizisinde: Uzun sinir greftleri mi, sinir transferleri mi?
11:15 - 11:30 Tartışma

Dr. Patrick Houvet
Dr. Philippe Kopylov
Dr. Scott Wolfe

Çeviri yapılmayacaktır.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI

2013



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL



BİLİMSEL PROGRAM

27 Nisan 2013, Cumartesi

Saat	AKİF ŞAKİR ŞAKAR SALONU	Saat	DERVİŞ MANİZADE SALONU
08:00 - 09:00	SPOR ORTOPEDİSİ Ön çapraz bağ  Oturum Başkanı Dr. Bruce Reider	08:00 - 10:00	AYAK VE AYAK BİLEĞİ Pes Planus ve Pes Kavus  Oturum Başkanı Dr. Önder Kılıçoğlu
08:00 - 08:15	Anatomik tek tünel ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu	08:00 - 08:12	Klinik değerlendirme, pedobarogram ve ayırıcı tanı
08:15 - 08:30	Çift tünel ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu	08:12 - 08:24	Ayakta ortez uygulamaları
08:30 - 08:45	Ön çapraz bağ cerrahisinde neredeyiz?	08:24 - 08:36	Pediyatrik esnek pes planusa yaklaşım
08:45 - 09:00	Tartışma	08:36 - 08:48	Pediyatrik rijit pes planusa yaklaşım
09:00 - 10:00	Kıkırdak sorunlarına cerrahi yaklaşım Oturum Başkanı Dr. Mehmet Aşık	08:48 - 09:00	Edinsel pes planusa yaklaşım
09:00 - 09:15	Mikrokirik	09:00 - 09:12	Pes kavusta kemiksel düzeltme
09:15 - 09:30	Osteokondral otogreftler	09:12 - 09:24	Pes kavusta kas dengesi ve tendon transferleri
09:30 - 09:45	MACI	09:24 - 09:44	İleri pes kavus olgularında tek seanslı düzeltme
09:45 - 10:00	Kıkırdak yüzey değiştirme, sentetik seçenekler	09:44 - 10:00	Tartışma
10:00 - 10:30			KAHVE MOLASI
10:30 - 11:30	BİZ NE YAPIYORUZ 2 Femur üst uç kırıkları tedavisinde yaptıklarımız Oturum Başkanı Dr. Metin Küçükkaya		
10:30 - 10:40	Dinamik kalça çivisi uygulamaları		
10:40 - 10:50	Femur üst uç çivisi (PFN) uygulamaları		
10:50 - 11:00	Eksternal fiksator uygulamaları		
11:00 - 11:10	Parsiyel protez uygulamaları		
11:10 - 11:30	Tartışma		
11:30 - 12:30	 DEPUY SYNTHES ÖZEL OTURUMU (Fethile Ayrıl Salonu) Artroskopik rotator kılıf tamiri ve anchor uygulamaları, Dr. Emilio Calvo <i>Çeviri yapılmayacaktır.</i>		
12:30 - 13:30			YEMEK ARASI



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI



BİLİMSEL PROGRAM

27 Nisan 2013, Cumartesi

Saat	AKİF ŞAKİR ŞAKAR SALONU	Saat	DERVİŞ MANİZADE SALONU
13:30 - 14:30	SPOR ORTOPEDİSİ Patellofemoral ağrı	13:30 - 15:30	ARTROPLASTİ 1 Primer total kalça protezinde sık yapılan hatalar ve bunlardan kaçınma yolları
	Oturum Başkanı Dr. Reha Tandoğan		Oturum Başkanı Dr. Şükrü Araç
13:30 - 13:45	Instabilite kaynaklı sorunlar <i>Dr. Reha Tandoğan</i>	13:30 - 13:40	Ameliyat ve ameliyathane hazırlığı ile ilgili hatalar <i>Dr. Hakan Boya</i>
13:45 - 14:00	Kıkırdak sorunları <i>Dr. Ned Amendola</i>	13:40 - 13:50	Planlama ile ilgili hatalar <i>Dr. Emre Toğrul</i>
14:00 - 14:15	Dizilim bozuklukları <i>Dr. Ned Amendola</i>	13:50 - 14:00	Giriş yolu ile ilgili hatalar <i>Dr. Semih Aydoğdu</i>
14:15 - 14:30	Tartışma	14:00 - 14:10	Asetabulum hazırlanması ile ilgili hatalar <i>Dr. Bülent Atilla</i>
14:30 - 15:30	Omuzun instabilite ve labrum sorunları	14:10 - 14:20	Femurun hazırlanması ile ilgili hatalar <i>Dr. Bülent Erdemli</i>
	Oturum Başkanı Dr. Mustafa Karahan	14:20 - 14:30	Çimentolama ile ilgili hatalar <i>Dr. Burak Beksaç</i>
14:30 - 14:40	Adölesan/genç hastada ilk çıkık <i>Dr. Mustafa Özkan</i>	14:30 - 14:40	Çimentosuz uygulama hataları <i>Dr. Fahri Erdoğan</i>
14:40 - 14:50	Adölesan/genç hastada çok yönlü instabilite <i>Dr. Taner Güneş</i>	14:40 - 14:50	Yara kapatılması ile ilgili hatalar <i>Dr. Öner Şavk</i>
14:50 - 15:00	Kemik blok ameliyatları <i>Dr. Emilio Calvo</i>	14:50 - 15:00	Ameliyat sonrası dönemde yapılan hatalar <i>Dr. Özal Özcan</i>
15:00 - 15:10	SLAP ve ganglion kisti <i>Dr. Umut Akgün</i>	15:00 - 15:10	Enfeksiyon ve derin ven trombozu profilaksisi ile ilgili yapılan hatalar <i>Dr. Günhan Karakurum</i>
15:10 - 15:30	Tartışma	15:10 - 15:30	Tartışma
15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI		
16:00 - 17:30	TRAVMA 3 Uyku kaçırın aciller (Tümü vaka tartışması)	16:00 - 16:30	ARTROPLASTİ 2 Yüksekte kalçaya total protez uygulaması: Video gösterisi
	Oturum Başkanları Dr. Kemal Aktuğlu, Dr. Güvenir Okçu		Oturum Başkanı Dr. Ünal Kuzgun
16:00 - 16:07	Hasar kontrolü ve geçici tespit <i>Dr. Georg Gradl</i>	16:30 - 17:30	Erken dönem diz artrozu : Total diz artroplastisi dışındaki cerrahi tedavi seçenekleri
16:07 - 16:14	Pelvis kırıkları sorunu <i>Dr. Bavonratanavech Suthorn</i>		Oturum Başkanı Dr. Ömer Faruk Bilgen
16:14 - 16:21	Çocuk yaralanmaları <i>Dr. Hakan Kınık</i>	16:30 - 16:45	Artroplasti dışı yaklaşımlar <i>Dr. Ömer Taşer</i>
16:21 - 16:28	Politravmada zamanlama <i>Dr. Oğuz Poyanlı</i>	16:45 - 16:55	Proksimal tibial osteotomiler <i>Dr. Hasan Bombacı</i>
16:28 - 16:35	Kompartman sendromu ve damarsal sorunlar <i>Dr. Kemal Durak</i>	16:55 - 17:05	Tek kompartman artroplastisi <i>Dr. Tolga Tüzüner</i>
16:35 - 16:42	Açık kırıklar: 6 saat kuralı <i>Dr. Mahmut Kömürçü</i>	17:05 - 17:15	Patellofemoral artrozda ne yaparım? <i>Dr. Abdullah Göğüş</i>
16:42 - 16:49	Femur boyun kırıkları: 12 saat kuralı <i>Dr. Nadir Özkayın</i>	17:15 - 17:30	Tartışma
16:49 - 16:56	Hangi yaralıyı ne zaman sevk etmeliyim? <i>Dr. Ufuk Özkaya</i>		
16:56 - 17:03	Ortopedik travmada acil derin ven trombozu profilaksisi sorunu <i>Dr. Yalçın Yüksel</i>		
17:03 - 17:14	Tartışma		
17:30 - 18:00	KAPANIŞ TÖRENİ		

ÖZEL OTURUMLAR

11:30 - 12:30 "Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica" okurları ile buluşuyor (Akif Şakir Şakar Salonu)

Oturum Başkanı **Dr. Metin Türkmen**

Konuşmacılar:

Dr. Yavuz Kabuğcuoğlu (TOTDER Yönetim Kurulu Başkanı)

Dr. Önder Aydingöz (TOTBID Yönetim Kurulu Başkanı)

Dr. Mehmet Demirhan (AOTT Editörü)

Tartışma

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

BİLATERAL AVASKÜLER NEKROZ ZEMİNİNDE TOTAL KALÇA YÜZEY DEĞİŞTİRME ARTROPLASTİSİ

Zafer Orhan, Kazım Solak, Mehmet Arıcan, Göksel Şahiner, Mehmet Şirin Bulut
Düzce Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ VE AMAÇ

Osteoartrit ve osteonekrozun en son dönemlerinde total kalça replasmanı tek çözüm gibi görünse de, 55 yaş altı genç ve aktif hastalarda uzun dönemde sağ kalımının daha kısa olması ve çok sayıda revizyon olasılığı düşündürücü bir problemdir. Genç hastalarda total kalça protezi ile %56'ya varan yüksek oranda başarısızlığın nedenleri, yüksek aktivitenin hızlandığı polietilen aşınmasına bağlı osteolizis ve periprostetik kemik kaybıdır. Aşınmaya dayanıklı yüzeylerin total protezlere uyarlanmasıyla, proksimal femoral kemik stoğunu koruyarak büyük bir avantaj sağlayan yüzey değiştirme kalça artroplastisi, gündeme gelmiştir.

YÖNTEM

Biz çalışmamızda 45 yaşında, bilateral grade 2-3 kalça avasküler nekrozu nedeniyle, daha önce dekompresyon ve kemik iliği derivasyonu uygulanan, fakat hastanın şikayetlerinin geçmemesi ve nekrozun ilerlemesi üzerine bilateral total kalça yüzey değiştirme artroplastisi yapılan bir hastayı tanımladık. Hastanın her iki kalçasına dekompresyon ve kemik iliği derivasyonu uygulandıktan sonra 5 ay beklendi. Şikayetleri geçmeyince önce sağ kalçasına operasyon yapıldı (Resim 1). Hastanın memnun olması ve sağ kalçada ağrılarının azalması üzerine 3 ay sonra sol kalçası opere edildi (Resim 2).

BULGULAR

Hastanın fizik muayenesinde her iki kalçada ağrı, hareket kısıtlılığı mevcuttu. Direk grafide her iki kalçada, özellikle sağ kalçada femur başında çökme, asetabulumda sklerotik alanalar ve eklem aralığının daraldığı görüldü (Resim 3). Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde her iki kalçada nekroz ve kollaps alanları izlendi (Resim 4).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yüzey değiştirme kalça artroplastisi; 55 yaş altı genç aktif, Ficat Arlet Evre III ve IV osteonekrozlu tüm hastalarda uygulanabilir. Asetabulum sağlam ama femur başı hasarlı ise hemiresurfacing önerilmektedir. Kontrendikasyonları; ileri yaş, femur boyunu şiddetli osteopenik olgular, ileri deformite, Aşırı displazi, 1 cm'den fazla ekstremite boy farkı, renal yetmezlik, akut sepsis durumlarıdır. Avantajları; kemik stoğu büyük ölçüde korunur, artmış stabilite ve hareket genişliği sağlar, daha az rehabilitasyon, ve işe dönüş söz konusudur. Öğrenme eğrisi diktir. Deneyim eksikliğine bağlı olarak femurda çentiklenme, varus ya da femoral komponentin uygunsuz yerleştirilmesi ortaya çıkabilir. Femur boyun kırığı, femoral ve asetabuler gevşeme, femur başı osteonekroz ve asetabuler kemik stok kaybı gibi sorunlar, revizyonu güçleştirebilir. Kanda ve idrarda metal iyonlarının artışı ile ilgili karsinojenite ve biyolojik problemlere yönelik endişeler mevcuttur. Yüzey değiştirme artroplastisinin uzun ömürlülüğü, ağırlıkla femoral komponentin dayanıklılığına bağlı gibi görünmektedir; ancak bu dayanıklılığı kanıtlayacak uzun takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SUPRAKONDİLER HUMERUS KIRIKLARINDA İATROJENİK VEYA KIRIĞA BAĞLI SİNİR HASARLARI: SİNİR HASARININ TEDAVİSİ GEREKLİMİDİR?

Savaş Güner¹, Necip Güven¹, Sevdegül Karadaş², Mehmet Fethi Ceylan¹, Uğur Türkteş¹, Mehmet Ata Gökalp¹,
Abdurrahim Gözen¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Van

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Suprakondiler humerus kırıkları 3-10 yaş arası pediatrik yaş grubunda çok sık görülen kırıklardır. Tümüyle yer değiştirmiş suprakondiler humerus kırıklarında kırığa bağlı nörovasküler hasar görülebileceği gibi kırığın tedavisi esnasında da iatrojenik nörovasküler hasar görülebilir. Bu çalışmada suprakondiler humerus kırıkları ile birlikte görülen sinir hasarlarının klinik sonuçlarını sunmayı planladık.

YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesine Mayıs 2004 ile Ekim 2012 tarihleri arasında başvurmuş, deplase suprakondiler humerus kırığı olan, kapalı redüksiyon ve perkütan pinleme ile tedavi edilmiş sinir hasarı olan çocuk hastalar dahil edildi.

BULGULAR

Düzenli takiplere gelen 91 suprakondiler humerus kırıklı hasta bulundu. 11 (%12.1) hastada sinir hasarı gözlemlendi. Sinir hasarının iyileşme durumu Birch ve arkadaşlarının tarif ettiği sınıflandırmaya göre sınıflandırıldı. Sinir hasarı olan hastaların 10'unda (%90.1) sinir hasarı bulgularının tamamı ile iyileştiği (mükemmel sonuç) gözlenirken bir (%9.9) hastada parsiyel iyileşme (iyi sonuç) gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızın sonucuna göre suprakondiler humerus kırıklarında görülen iatrojenik veya kırığa bağlı sinir hasarı kendi kendine düzelen, benign bir durumdur. Bu sinir hasarlarının tedavisinde gözlem iyi bir seçenek gibi görünmektedir.

LATERAL EPİKONDİLİT TEDAVİSİNDE SÜRTÜNME MASAJI İLE KORTİKOSTEROİD ENJEKSİYONUNUN KISA, ORTA VE UZUN DÖNEMDEKİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet Akif Altay¹, Cemil Ertürk¹, Sadiye Murat², Uğur Erdem Işkan¹

¹Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

²Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Geriye dönük olarak planlanan bu çalışmadaki amacımız lateral epikondilit (LE) tanısıyla kliniğimize başvuran olgularımızdan tedavi amacıyla sürtünme masajı uyguladıklarımız ile lokal anestezi ile edilmemiş kortikosteroid enjeksiyonu uyguladığımız hastaların kısa, orta ve uzun dönemdeki sonuçlarını karşılaştırmaktır.

YÖNTEMLER

Dirsek yan kısmında ağrı şikayeti sonucunda polikliniğimize başvuran 18-67 yaş arası 82 hasta çalışmaya alındı. Tanı klinik olarak ekstansör karpi radialis brevis (ECRB) kası origosunda belirlenen hassasiyet ve bu hassasiyetin el bileğinin dirence karşı dorsifleksiyonu ve önkol supinasyonunda artması ile konuldu. Sürtünme masajı ile tedavi edilen olgularımız gurup 1; lokal anestezi ile edilmemiş kortikosteroid enjeksiyonu ile tedavi edilen olgularımız ise gurup 2 olarak ayrıldı. Gurup 1 de hastalar supin pozisyonunda omuz 45 abduksiyonda ve ön kol tam supinasyonda lateral epikondil çevresindeki hassas bölgeye haftada 3 gün 5-10 dakika olmak üzere 4-6 hafta süreyle sürtünme masajı uygulandı. Gurup 2 de ise ekstansör digitorum ve ECRB adalelerinin tendinöz bölgesine tedavi amacıyla lokal kortikosteroid ve lokal anestezi ilaç enjeksiyonu uygulandı.

SONUÇLAR

Guruplar yaş, cinsiyet, etkilenen taraf ve takip süreleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Erken dönemde gurup 2 de sonuçlar daha iyi olsa da, olgularımızın son kontrollerinde gurup 1 de 29 (%76) hastada mükemmel sonuç, gurup 2 de ise 20 (%45) hastada mükemmel sonuç elde edildiği, kortikosteroid enjeksiyonu uygulanan grupta sonuçların kötüleştiği, sürtünme masajı uygulanan grupta ise hasta memnuniyetinin ve başarılı sonuçların anlamlı şekilde arttığı gözlemlendi.

TARTIŞMA

Ortalama 2.5 yıllık takip süresi sonunda elde ettiğimiz sonuçlarla sürtünme masajının uzun dönemde kortikosteroid enjeksiyonundan daha etkili bir yöntem olarak LE tedavisinde kullanılabileceği görüşünderiz.

P - 04

MİDŞAFT KLAVİKULA KIRIKLARININ KIRSCHNER TELLERİ İLE MİNİMAL İNZAZİF TESPİTİ

Kenan Keklikçi, Cengiz Yıldırım, Selami Çakmak, Serdar Orhan, Osman Rodop, Mesih Kuşkucu
Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi Üsküdar, İstanbul

AMAÇ

Birçok orta 1/3 klavikula kırığı geleneksel olarak konservatif yöntemlerle tedavi edilmektedir. Ancak erişkinlerde yapılan son literatür çalışmalarında deplase ve kısalmış midşafft klavikula kırıklarında cerrahi tedaviyle iyi sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı; erişkinlerde deplase midşafft klavikula kırıklarının Kirschner telleri ile minimal invazif tespit sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEMLER

Çalışmamızda, orta 1/3 klavikula kırığı olan 56 hastada 2 mm. Kirschner teli yardımıyla internal fiksasyon uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 24.8 (dağılım 20 – 65) idi. Ameliyat öncesi deplasman, kırık kaynaması ve komplikasyonlar kaydedildi. Hastalar, son kontrollerde Constant Omuz Skoru ve DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) skoru ile değerlendirildi. Ortalama takip süresi 18.1 ay (dağılım 12 - 50 ay) idi.

SONUÇLAR

Tüm hastalarda kırıklar sorunsuz kaynadı. Majör cerrahi komplikasyon ile karşılaşılmadı. Üç hastada görülen yüzeysel yara yeri enfeksiyonu dışında ciddi enfeksiyon ile karşılaşılmadı. Sadece 5 hastada insizyon hattında hipoestezi görüldü. Hiçbir hasta günlük aktivitelerde şikayet tariflememiştir, sadece 3 hasta spor esnasında ağrı yakınması bildirmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, erişkinlerde ki deplase orta 1/3 klavikula kırıklarının tedavisinde Kirschner telleri ile minimal invazif internal tespitin basit, emniyetli ve etkili bir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiştir. Bu tedavi şeklinin maliyeti düşüktür, özel alet ve implant gerektirmez. Cerrahi esnasında periostun minimal sıyırılması iyileşmeyi hızlandırmakta ve stabil internal tespite olanak sağlamaktadır. Midşafft klavikula kırıklarında Kirschner telleri ile minimal invazif tespit yöntemi; mükemmel kozmetik ve fonksiyonel sonuçlarından dolayı, plak veya vida tespitine veya konservatif tedaviye alternatif olarak düşünülmelidir.

BACAĞA DEVASA DOĞUMSAL FİBROSARKOM (OLGU SUNUMU)

Cemil Ertürk¹, Raci Yarımpapuç², Mehmet Akif Altay¹, Orhan Büyükbeci³, Mehmet Coşkun Öz Saraç⁴

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²Sağlık Bakanlığı 25 Aralık Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Gaziantep

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ

Doğumsal fibrosarkom, yeni doğan ve çocukluk yaş grubunda ender görülen, kötü huylu yumuşak doku tümörüdür. Klinik gidiş daha ağır seyirli iken, metastatik yayılım daha enderdir. Yerel yinelenme, iki yaşından küçük çocuklarda en sık sorundur (1-3). Bu çalışmada, ender karşılaşılan bir doğumsal yumuşak doku tümörü olgusunun klinik tanımı ve yapılan tedavi sonucu klinik seyri sunulmuştur.

YÖNTEMLER

Bir yaşındaki kız çocuğunun sağ bacağıın arka kısmında devasa görünümü, sert, ağrısız ve hareketsiz bir kitle bulunmaktaydı. Kitle bacağıın arka kısmını tümüyle kapsamış ve ayak bileğine kadar erişmekteydi (Resim 1). Sağ bacağıın radyografisinde, yumuşak doku kitlesi görünümü var iken, kemikte aşınma yoktu (Resim 2). Tüm laboratuvar bulguları olağandı. Sağ bacağıın MRI görüntüsünde ise, bacağıın arka kısmında, kemiğe bitişik geniş yumuşak doku kitlesinde çok sayıda nekroz ve kanama alanları ile birlikte miksoid ve kistik alanlar seçilmekte idi (Resim 3). Kemik sintigrafisinde tümör bölgesinde tutulum var iken diğer bölgelerde yoktu (Resim 4). İnce iğne biopsisi ile, 12 mm uzunluğunda ve 1-2 mm çapında gri-beyaz renkte beş ayrı örnek sağlandı. Çok sayıda mitotik şekil ve orta derecede nükleer pleomorfizm içeren düşük evreli kötü huylu mezankimal tümörden kuşulanıldı. Bu nedenle, geniş cerrahi eksizyon uygulandı. Çıkarılan kitle gri ve beyaz renkte ve tümünü içermeyen fibröz bir kapsülle çevrili idi. Cilt tümörden ayrılabilirdi. 2.5 kg ağırlıkta ve 19 cm boyunda, 16 cm eninde ve 9 cm yüksekliğinde idi (Resim 5).

SONUÇLAR

Histopatolojik inceleme, uniform spindle şeklindeki hücrelerin oluşturduğu bir herringbone formasyonu ile birlikte, birçok mitotik görüntüye sahip, ovalden yuvarlak görünüme kadar değişim gösteren orta derecede nükleer pleomorfizmli düşük evreli kötü huylu mezenşimal tümörü tanımlıyordu (Resim 6). Ameliyat sonu hastada herhangi bir sorun gelişmedi ve yedinci günde taburcu edildi (Resim 7). Hasta, ameliyat sonu kemoterapi merkezine yönlendirildi ancak hastanın ailesi benimsemedi. Bu nedenle kemoterapi uygulanamadı. Bir yıl sonra, yerel yinelenme saptandı. Yeniden sağ bacağıın arkasında 20x15 cm genişlikte ve üzerinde 10x10 cm lik çapta enfekte pis kokulu bir yara vardı. Dizin arkasında ve kasığındaki lenf düğümlerinde duyarlılık yoktu. Radyolojik incelemede, yumuşak dokunun yerel yinelenmesinin yanında, tibia ve fibulada periyost reaksiyonu ile birlikte, kemikte önemli derecede yıkım gözlenmişti (Resim 8). Karın ve göğüs axial tomografilerinde metastatik tutulum yoktu. Bu nedenle bir buçuk yıl sonra hastanın femur suprakondiler bölgesinden amputasyon uygulandı.

TARTIŞMA

Bu olgu bize, doğumsal fibrosarkomanın geniş eksizyonundan sonrada yeniden hızla ve genişçe büyümeceğini ve bu nedenle kemoterapinin mutlaka uygulanması gerektiğini göstermiştir.

Kaynaklar:

1. Chung EB, Enzinger FM. Infantile fibrosarcoma. Cancer. 1976; 38(2): 729-39.
2. Enneking WF. Musculoskeletal Tumor Surgery. Vol. 2. New York, Churchill Livingstone, 1983; pp.775-91.
3. Herring JA. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics. 3'rd ed. Malignant bone tumors. Philadelphia, W.B.Saunders Company, 2002; Chapter 38: p: 1955-205

METATARS BOYUN KIRIKLARI HER ZAMAN İZOLE YARALANMA DEĞİLDİR: LISFRANK YARALANMASINA DİKKAT! (OLGU SUNUMU)

Baran Kömür¹, Barış Yılmaz², Nurettin Heybeli³, Evren Atay⁴

¹Özel Vital Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

²Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Edirne

⁴Özel Rumeli Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Lisfrank yaralanmaları literatürde 'gözden kaçabilmesi' ile bilinen bir sorundur. Tarsometatarsaleklemler yaralanmalarının, hem nadir görülmesi hem de farklı tablolar ile ortaya çıkması, olguların yarıya yakınının geç tanısı ve tedavisi ile sonuçlanmasına neden olmuştur. Özellikle eşlik eden ve daha sık görülen yaralanmaların varlığında, Lisfrank patolojisi gözden kaçabilmektedir. Lisfrank yaralanmaları genellikle metatars kaidesinin kırıklarıyla birliktelik gösterir ve literatürde Lisfrank yaralanması ile metatars boyun kırığının birlikte görüldüğü olgu bildirimine rastlanmamıştır.

YÖNTEMLER

40 yaşında erkek hasta iş kazası nedeniyle başvurdu. Yaklaşık 1m yükseklikten plantar fleksiyonda ayak üstüne düşme sonucu gelişen bir yaralanma tarifliyordu. Yapılan radyolojik incelemede ikinci ve üçüncü metatars boyun kırıkları dikkat çekiyordu (Şekil - 1a ve 1b). Şüpheli üzerine hemen yapılan karşılaştırmalı radyografi ve Bilgisayarlı Tomografi incelemeleri sonrasında medial küneiform deplase olmayan kırığı ile birlikte Lisfrank yaralanması da saptandı (Şekil-2). Olguda dorsomedial yaklaşım ile çıkık redükte edildi. Önce kemik klempisi ile ve ardından kanüllü vidaların K-teli ile redüksiyon sağlandı ve kompresif kanüllü vidalar yerleştirildi. Birbiri arasında yaklaşık 45°'lik açıyla gönderilen iki adet kanüllü kanselloz vida (4.0 mm. ITS, Austria) ile medial küneiform fragmanları ve Lisfrank çıkığına tespit uygulandı. Metatars boyun kırıkları için ikinci ve üçüncü metatars arasındaki aralıktan dorsal insizyonla yaklaşıldı. İkinci metatarstaki kırık redükte edilerek K-teli ile redüksiyon sağlandı (Şekil - 3a ve 3b). Üçüncü metatars redüksiyonla impakte ve stabil görüldüğü için fiksasyon ihtiyacı duyulmadı.

SONUÇLAR

Girişim sonrası üçüncü haftada radyolojik ve klinik incelemeler sonrasında K-teli çıkarıldı ve kısmi yüklenmeye izin verildi. Herhangi bir yara yeri sorunu olmayan hastanın çekilen radyografilerinde kaynama saptanmasıyla birlikte, kademeli olarak ağırlık artırılarak altıncı haftanın sonunda ortez çıkarıldı ve tam basmaya izin verildi. İşine ve yaralanma öncesi yaşamına sorunsuz olarak geri döndü.

TARTIŞMA

Literatürde Lisfrank yaralanmaları hakkında seriler yayınlanmıştır, ancak birlikte görülen metatars boyun kırıkları bilginiz dahilinde literatürdeki ilk olgudur. Metatars boyun kırığı gibi izole olarak sık görülen yaralanmalarda, patolojinin tespitinin ardından Lisfrank yaralanması gibi gözden kaçma olasılığı yüksek olan sorunlara da dikkat etmek gerekir. Literatürde tespitinin vida veya K teli ile olması gerektiği konusunda fikir birliği yoktur. Görüşümüz tam iyileşmenin sağlanabilmesi için kompresyon vidası ile tespit yönündedir.

POPLİTEAL BÖLGEDEKİ AĞRININ FARKLI BİR SEBEBİ: ATİPİK YERLEŞİMLİ TİBİAL OSTEOKONDROM (OLGU SUNUMU)

Baran Kömür¹, Barış Yılmaz², Evren Atay³, Ahmet Aydın Kömür⁴, Nurettin Heybeli⁵

¹Özel Vital Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

²Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³Özel Rumeli Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

⁴Alsancak Devlet Hastanesi, Tıbbi Patoloji Bölümü, İzmir

⁵Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, Edirne

AMAÇ

Osteokondromlar en sık görülen benign kemik tümörlerindedir. Yüksek olasılıkla diz çevresinde görülür, ancak klasik olarak popliteal bölgede yer almaz. Bu olguda eklem içi olmayan ve tibia posterior-proksimalinde, popliteal bölgenin inferiorunda lokalize bir osteokondrom vakası sunmayı amaçladık.

YÖNTEMLER

Olgu 54 yaşında kadın hasta olup, son 6 aydır artış gösteren ağrı ve hareket kısıtlılığı, popliteal bölgenin inferomedialinde sert kıvamda ağrılı bir kitle ile başvurdu. Olgunun sol diz eklem hareket genişliği 0-120° saptandı. Ancak 100° üzerinde fleksiyonda ağrı tarifliyordu. Konvensiyonel direkt radyograflerinde tibianın proksimal inferomedialine yerleşmiş osteokondrom lehine ön tanısı konuldu (Şekil - 1a ve 1b). MRI ile eklem ilişkisi ve vasküler yapılarla yakınlığı değerlendirildi. MRI görüntülerinde de sınırları belirgin heterojen osteokondrom ile uyumlu kitle saptandı (Şekil - 2a ve 2b). Kitle, eklem kapsülünün yapışma yerinin distalinden köken alıyordu. Cerrahi olarak eksizyonel biyopsi kararı alındı. Cerrahi öncesinde rutin hematolojik incelemesi yapıldı. Rejyonel anestezi sonrası hasta prone pozisyonda iken, turnike altında kitle cerrahi olarak popliteal bölgenin 3 cm inferomedialinden longitudinal insizyonla eksize edildi (Şekil - 3). Patolojik inceleme osteokondrom ile uyumlu geldi (Şekil - 4). Kitle eksize edildikten sonra hastanın şikayetleri geriledi (Şekil - 5a ve 5b). Ancak, malignite veya lokal nüks riski açısından cerrahi uygulamadan 6 ay sonra klinik ve radyolojik takip önerildi.

SONUÇLAR

Popliteal bölgede ağrı semptomu ile gelen hastalarda farklı etiyojiler göz önünde bulundurulmalıdır. Diz ağrısı ile gelen hastaların ilk değerlendirmesinde öncelikli olarak direk grafi yerine MRI istenebilmektedir. Oysa ağrılı popliteal bölgeye yaklaşımda yumuşak doku patolojileri kadar kemik dokuyu da ilgilendirebilen patolojiler de düşünülerek, öncelikli olarak konvensiyonel direk grafinin değerlendirilmesi tanıya daha kolay ulaşmada faydalı olacaktır.

YÜKSEK ENERJİLİ TRAVMA VE PATOLOJİK SEBEP OLMASIZIN BUZ HOKEYİ OYUNCUSUNDA TOPA VURMA MANEVRASI İLE OLUŞAN SKAPULA KIRIĞI: OLGU SUNUMU

Serdar Memişoğlu¹, Barış Yılmaz², Erdem Aktaş³, Baran Kömür⁴

¹Özel Primer Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, GAZİANTEP

²Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İSTANBUL

³Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ANKARA

⁴Özel Vital Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İSTANBUL

AMAÇ

Skapula kırıkları sıklıkla yüksek enerjili travmalar sonucu oluşurlar ve genellikle eşlik eden önemli yaralanmalar nedeniyle yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptirler. Bu çalışmada bir buz hokeyi oyuncusunun topa vurma hareketi sonrasında oluşan izole skapula kırığını paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEMLER

Olgumuz müsabaka esnasında herhangi bir travmaya maruz kalmaksızın topa vurma manevrası sonrasında sağ skapulasında ağrı hissetmiş, düşmeksizin olduğu yere oturmuş ve üst extremitiesini hareket ettirmeden gövdesine sabitlemiştir. Bu şekli ile tarafımızdan değerlendirilen hastada anlatılan kırık oluşma şekli nedeni ile patolojik kırık ve ek metabolik neden olma ihtimalleri araştırılmıştır. Olgumuzun kırık tipi ve deplasman dereceleri değerlendirilerek kapalı redüksiyon ve velpau bandaj sabitlemesi ile tedavi edilmiş ve Constant-Murley omuz değerlendirme skorlamaları ile takip edilmiştir.

SONUÇLAR

Olgumuz yaklaşık 5 yıldır buz hokeyi sporu yapan 23 yaşında erkek hastadır. Öncesinde de farklı spor dalları ile ilgilenen olgunun yaklaşık 10 yıllık bir aktif spor yaşantısı mevcuttur. Yapılan incelemeler sonucu olguda bu kırığa neden olabilecek patolojik ya da metabolik etyolojiye rastlanmamıştır. Kırık tamamen izole bir skapula kırığı olup, Hardegger sınıflamasına göre Tip 4 olarak değerlendirilmiştir (Şekil – 1 ve 2). Konservatif tedavisi sonucunda olgumuzda 6 haftada tam kaynama sağlanmış ve 3. ayda aktif spor yaşantısına geri dönmüştür (Şekil – 3a ve 3b). Constant-Murley omuz değerlendirme skorlaması ile sırası ile 6. haftada 68 puan, 3. ayda 93 puan ve 1. yılda 100 puan değerleri ile mükemmel iyileşme sağlanmış ve ek omuz patolojilerine rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Skapula kırıklarının yüksek enerjili travmalar sonucu oluştuğu bilinen bir gerçektir. Bizim olgumuzda kırığın oluşum mekanizması topa vurma esnasında omuzun geniş bir ardışık hareket sıralaması esnasında kol ve toraksa ait bu hareket bileşenlerinde görev alan agonist ve antagonist kasların farklı sıra ve tonuslar ile kasılması nedeni ile oluştuğu tahmin etmekteyiz. Olgumuzun, literatürde yer alan skapula kırıklarının oluşma şekilleri yanında, farklı ve ilginç bir mekanizma oluşması nedeni ile yerini alması gerektiği kanısındayız.

UNSTABİL FEMUR TROKANTERİK KIRIKLARINDA ENDOPROTEZ TEDEVİSİNİN YERİ

Asım Ciliz, Cem Cüneyt Köse, Çağrı Örs, Ali Utkan, Mehmet Emin Uludağ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ortopedi B Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ

İntertrokanterik kırıklar genellikle 65 yaş üstünde ve kadınlarda daha sık görülür. Tedavinin amacı erken mobilizasyon ve hastanın en kısa sürede kırık öncesi fonksiyonel duruma ulaştırılmasıyla, mortalite ve morbiditeden kaçınmak olmalıdır. Bu nedenle endoprotez cerrahisi internal fiksasyon yöntemlerine alternatif bir cerrahidir. Bu retrospektif çalışmadaki amacımız trokanterik kırıklı hastalarda endoprotez uygulamalarımızın UCLA (University of California Los Angeles) kalça değerlendirme skoruna göre sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM

Ocak 2000 ve Aralık 2011 tarihleri arasında 142 hastanın unstabil intertrokanterik femur kırığı hemiarthroplasti uygulanarak tedavi edildi. Ortalama yaş 79,2 (60-94 yıl) idi. Hastaların 97'si (%68) kadın, 45'i (%31) erkek idi. Hastaların yarısının sağ, diğer yarısının ise sol tarafta kırıkları mevcuttu. Kırık oluş nedeni 125 hastada (%88) basit düşme, 9 hastada (%6) merdivenden düşme, 8 hastada (%5) ise trafik kazası idi. Kırıkların hepsi kapalıydı. 69 hastaya (%48) genel anestezi, 43 hastaya (%30) spinal anestezi, 30 hastaya (%21) kombine spinal ve epidural anestezi uygulandı. Ortalama 3,5 gün (1-14 gün) sonra operasyon gerçekleştirildi. Hastalar ortalama 2,4 gün (1-6 gün) sonra mobilize edildi ve ortalama 8,6 günde (6-20 gün) taburcu edilmiştir. Hastalarımızın osteoporoz değerlendirilmesi Singh indeksine göre yapıldı ve 26 hasta grade 2 (%18), 77 (%54) hasta grade 3, 39 (%27) hasta grade 4 olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Ameliyattan sonra toplam 34 hasta (%23) ilk altı ay içinde öldü, 6 aydan fazla takibini yaptığımız 108 hasta UCLA kalça değerlendirme skoruna göre değerlendirildi. Vakalarımızın otuz ikisinde çok iyi (%29) yirmi yedisinde iyi (%25), yirmi yedisinde orta (%25), yirmi ikisinde kötü (%20) sonuç alındı. Hastaların kırık öncesi fonksiyonel durumu ile son takipler arasındaki fonksiyonel durumlarının karşılaştırılmasında 59'unun (%55) fonksiyonel durumunun kırık öncesi durumdan daha kötü olmadığı, 49'unun (%45) kırık öncesi fonksiyonel kapasitesine ulaşamadığı görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemiarthroplasti uygulamaları ileri yaş ve kaynama problemi olabilecek, açık redüksiyon ve internal fiksasyon yöntemleri ile tedavi sonrası mobilize olamayacağı düşünülen hastalarda tercih edilebilir

İKİ TARAF LI KONJENİTAL AYAK BAŞPARMAĞI TIRNAK BATMASI: BİR OLGU SUNUMU

Mehmet Arıcan¹, Zafer Orhan¹, Mehmet Şirin Bulut¹, Kazım Solak¹, Zekerya Okan Karaduman²

¹Düzce Üniversitesi Tıp fakültesi,Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Düzce

²Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Düzce

GİRİŞ VE AMAÇ

Konjenital tırnak batması medikal literatürde zaman zaman tartışılan nadir bir durumdur. Doğumda veya kısa bir süre sonra, tırnak batması olan bebeklerde ağrı, hassasiyet, kızarıklık, prulan akıntı, ciltte hipertrofi ve tırnak sırtı boyunca uzanan yağ dokusu oluşur. Enflamatuar ve enfeksiyöz granülasyon dokusu zamanla gelişir. Tırnak batması toplumda her yaşta görülebilen, sık karşılaşılan bir problemdir. Konservatif ve cerrahi çok sayıda tedavi şekli mevcuttur. Bu çalışmada her iki ayak başparmağında tırnak batması olan bebekte konservatif tedavinin önemini vurgulamak istedik.

YÖNTEM

Yedi günlük kız çocuğu, ailesi tarafından ortopedi ve travmatoloji polikliniğine her iki ayak başparmağında şişlik ve kızarıklık şikayeti ile getirildi.Yapılan fizik muayene ile iki taraflı tırnak batması ve buna bağlı enfeksiyon tanısı konulan hastanın poliklinik şartlarında tırnak ve çevresi betadinli solusyon ile temizlendi. Her iki tırnağın batan kısmının altına steril pamuk yerleştirilerek tırnağın ciltten yükselmesi sağlandı ve tırnak uzamaya bıraktıldı. Antibiyotik tedavisi başlandı ve aileye şişlik açısından elevasyon öğretildi. Haftalık kontrollere çağrılan hastaya her başvuruda işlemler tekrarlandı.

BULGULAR

Sağda daha fazla olmak üzere her iki ayak başparmakta kızarıklık, ciltte hipertrofi, şişlik ve tırnakta deformite mevcuttu (Şekil 1).Palpasyonla ağrı ve akıntı pozitif idi. 1. Haftasonra yapılan kontrolünde kızarıklıkta ve şişlikte azalmavardı. Akıntı ise tamamen kayboldu (Şekil 2). Tedavinin 1. ayında her iki ayak başparmağında şikayetler tamamen gerilemişti (Şekil 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bebeklerde tırnak batması nadir bir durumdur. Tırnak batması, tırnak katlantısının tırnak yatağı içerisine dönmesiyle meydana gelir. Distal falanks dorsumundaki bir kemik malformasyonu, tırnak yatağının mantar enfeksiyonuna bağlı düzensiz kalınlaşması, doğuştan tırnak cisminin kalın olması bebeklerde ve yenidoğan döneminde tırnak batması gelişimini açıklamaktadır. Zarar gören cilt bakteriyel ve fungal florayla enfekte olur. Yangı sonucu hiper-trofik granülasyon dokusu oluşur. Bu granülasyon dokusu epitelize olur ve drenajı engeller. Sonuçta dış etkenlere karşı daha hassas hipertrofik bir doku meydana gelir. Konservatif ve cerrahi olmak üzere çok sayıda tedavi şekli mevcuttur.Konservatif tedavi sıcak pansuman, geniş ayakkabı giyilmesi, batan tırnakla et arasına gazlı bez veya özel plastik materyal konması, doğru tırnak kesimi-nin öğretilmesi antibiyotik tedavisi gibi öğelerden oluşmaktadır.

Bizim çalışmamızda 7 günlük kız çocuğunun her iki ayak başparmak tırnağında predispozan bir faktör olmaksızın tırnak batması mevcuttu. Konservatif tedavi planlayarak başarılı bir sonuç elde ettik.

Sonuç olarak bebeklerde tırnak batması medikal literatürde zaman zaman tartışılan nadir bir durumdur ve cerrahi yöntemlere başvurmadan önce mutlaka konservatif tedavi uygulanmalıdır.

TİP III AKROMİOKLAVİKULAR EKLEM ÇIKIKLARININ MODİFİYE BOSWORTH VE ENDOBUTTON TEKNİĞİ İLE CERRAHİ TEDAVİSİ

Kazım Solak, Zafer Orhan, Mehmet Arıcan, Z. Okan Karaduman, Serkan Özkan
Düzce Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Akromiyoklaviküler çıkıklar omuz çevresi çıkıklarının %12'sini oluşturmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre beş kat daha fazla görülmektedir. Akromiyoklaviküler eklem genel olarak iki bağ tarafından stabilize edilir. Akromiyoklaviküler bağlar yatay stabiliteden, korakoklaviküler bağlar dikey stabiliteden sorumludur. Akromiyoklaviküler çıkıkları tip I, II, III, IV, V ve VI olarak sınıflandırılır. Tip I ve II çıkıklar konservatif olarak tedavi edilirler. Tip III çıkıklarda ek olarak korakoklaviküler bağlar da yırtılmıştır. Tip III çıkıklar için genel kabul görmüş bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte, cerrahi tedavi daha çok genç, aktif ve fiziksel olarak ağır iş yapan hastalarda uygulanmaktadır. Bu çalışmada, Tip III akromiyoklaviküler çıkıklarında korakoklaviküler spongiöz vida ve endobutton tekniği ile tespit yapılan hastaların sonuçları değerlendirildi.

YÖNTEM

Bizim çalışmamızda akromiyoklaviküler eklem çıkığı nedeniyle 8 hasta (5 erkek, 3 kadın; ort. yaş 32; dağılım 16-48) cerrahi olarak tedavi edildi. Rockwood sınıflamasına göre tüm hastalarda tip III çıkık vardı (Resim 1-2). Hastaların ek patolojileri yoktu. Yaralanma 4 hastada sağ, 4 hastada sol taraftaydı; 5 hastada baskın koldaydı. Çıkıkların üçü düşme, biri spor yaralanması, dördü trafik kazası sonucu meydana gelmişti. Hastaların üçü endobutton tekniği (Resim 3), beşi ise modifiye bosworth tekniği ile opere edildi (Resim 4). Ameliyat sonrası dönemde omuz 3 hafta immobilize edildi. Cerrahi sonrası birinci günde pandüler egzersiz başlandı. 3 hafta sonra pasif ve aktif egzersiz başlandı.

BULGULAR

Endobutton ameliyatı sonrası bir hastada (% 12.5) tekrar çıkık görüldü. Bu hastada ameliyat tekrarlanarak tespit spongiöz vida ile yapıldı. Ameliyat sonrasında omuz dört hafta omuz kol askısında tespit edildi. Bu hastanın takibinde redüksiyonda 4 mm'lik kayıp oluştu. Hastanın omuz hareketleri tamdı. İlk sekiz hafta omuz seviyesi üzerindeki hareketlere izin verilmemesine rağmen, takiplerde hiçbir hastada hareket kısıtlılığı sorunu olmadı. Hiçbir hastada omuz ağrısı yoktu. Ortalama Constant skoru 95 (dağılım 92-100) bulundu. Sonuçlar 5 hastada (%62.5) mükemmel, iki hastada (%25) iyi bulundu. Hiçbir olguda kötü sonuç alınmadı. Bir hastada (%12.5) redüksiyonda 4 mm kayıp meydana geldi. Radyografik olarak, subluksasyon olan bir hasta hariç tüm hastalarda akromiyoklaviküler eklem dizilimi normaldi. Hiçbir hastada eklem dejenerasyonu, ossifikasyon gözlenmedi. Tüm hastalarda omuz hareketleri ağrısız ve tamdı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Akromiyoklaviküler eklem çıkıklarında birçok cerrahi prosedür tarif edilmiştir. Genel olarak cerrahi tedavi seçeneklerine bakıldığı zaman, bunların iki grupta toplandığı görülür: korakoklaviküler bağın primer tamiri veya korakoklaviküler bağın rekonstrüksiyonu. Akromiyoklaviküler eklem tespiti vida, K-teli veya plak ile yapılmıştır. Ancak, bu tekniklerde enfeksiyon, akromiyoklaviküler eklem artrit, implant yetmezliği veya migrasyonu gelişebilir. Spongiöz vida ile tespit, uygulama kolaylığı, düşük komplikasyon oranı ve düşük akromiyoklaviküler eklem artrit oranı ile, yeterli omuz fonksiyonlarının sağlanmasında etkili bir yöntemdir. Bu tekniğinin bir kısıtlaması, vida çıkarılması için ikincil bir girişime ihtiyaç duyulmasıdır. Korakoklaviküler vidanın mekanik performansı orijinal bağın mekanik performansına en yakın olanıdır. Endobutton tekniği ise uygulaması kolay, yeterince sağlam, akromiyoklavikular eklem anatomik hareketine izin veren, ikincil bir cerrahiye gerek duyulmayan bir tekniktir. Fakat başarısını görmek için yeterince çalışma yoktur.

TALUS OSTEOKONDRAL LEZYONU OLAN İKİ OLGUDA OTOLOG OSTEOKONDRAL DOKU TRANSFERİ VE NANO YAPILI MULTILAYER BİYOMİMETİK SKAFOLD UYGULANMASI

İstemi Yücel, Kazım Solak, Mehmet Arıcan, Cemal Güler, İshak Balık
Düzce Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Eklemlerde meydana gelen osteokondral defektlerin çoğu şişlik, ağrı gibi çeşitli sorunlara neden olan erken dejeneratif değişikliklere yol açabilir. Ağırılık taşıyan yüzeylerin tam kat defektlerinin tedavisi sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Patogenezinde travma sonucu eklem kıkırdığında ve subkondral kemikte destrüksiyon vardır. Talus osteokondral lezyonları (TOL) ayak bileğinde ağrı ve hareket kısıtlılığı yapar. Cerrahi tedavisinde artroskopik mikro drilleme, mikrokirik, osteokondral otogreff transferi (mozaikplasti tekniği), otolog kondrosit implantasyonu gibi teknikler uygulanabilir. Son zamanlarda osteokondral lezyonların tedavisinde nano yapılı biyolojik yapıya benzeyen, üç katmanlı materyallerde (NKMBS) kullanılmaya başlanmıştır (Resim 1).

YÖNTEM

Biz çalışmamızda TOL' u olan iki kadın hastayı tanımladık. Her iki hastanın da, burkulma sonrası talus medialde lezyonu ve buna bağlı ayak bileği ağrısı vardı. Birinci hasta 35 yaşında ve sol TOL' u vardı (Resim 2). Hastaya mozaikplasti tekniği ile dizin yük binmeyen kısmından alınan osteokondral otogreff transferi yapıldı (Resim 3) İkinci hasta 30 yaşında ve sağ TOL' u vardı (Resim 4). Hastaya doküman mühendisliği ürünü olan nano yapılı, üç katmanlı biyomateriyal uygulandı (Resim 5).

BULGULAR

Fizik muayenesinde birinci hastanın sol ayak bileğinde palpasyonla ağrısı vardı. Eklem hareket açıklığı tamdı, fakat dorsifleksiyon ağrılıydı. Manyetik rezonans görüntülemesinde talus eklem yüzünde osteokondral lezyon alanı olduğu görüldü. İkinci hastanın sağ ayak bileğinde basmakla ağrısı vardı. Eklem hareket açıklığı tamdı. Direk grafi ve manyetik rezonans görüntülemesinde talus eklem yüzünde osteokondral lezyon alanı vardı (Resim 6).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Talus osteokondral lezyonlarının etyolojisi tam olarak aydınlatılmamıştır. Olguların hepsinde travma anamnezinin bulunmaması nedeniyle birçok yazar, hastalığı genel avasküler nekroz etyolojisi içinde değerlendirmiştir. % 43' ü talusun lateralinde, % 57 ise talusun medialinde görülür. Lateral lezyonların çoğu travmaya sekonder olduğu için genellikle semptom verirler ve erken artrit gelişir. Medial lezyonların çoğu travmaya sekonder değildir, bu nedenle daha az semptom verirler. Cerrahi tedavisinde artroskopik mikro drilleme, mikrokirik, osteokondral otogreff transferi (mozaikplasti tekniği), otolog kondrosit implantasyonu gibi teknikler uygulanabilir. Mozaikplasti, çapı 10 mm'nin üzerinde ve özellikle kistik evre III-IV lezyonu olan 14-55 yaş arası hastaların tedavisinde, önerilmektedir. En iyi sonuçlar travma sonrası olan olgularda ve tek greft ile kaplanan defektlerde beklenebilir. Mozaikplasti tekniğinin dezavantajı donör saha problemlerine bağlı ağrı, dejeneratif değişiklikler ve fibrozis gelişebilir. Osteokondral lezyonlarda bir diğer tedavi yönteminde nano yapılı, üç katmanlı materyallerdir. NKMBS vücut tarafından kabul edilen, herhangi bir immün yanıt oluşturmayan, biomimetik bir maddedir. Kendine özgü kimyasal bileşimi ve yapısı tam bir biomimetik iskele yapısı sağlar. En üst tabaka olan kıkırdak tabakası, %100 tip I kollajenden oluşan, pürüzsüz bir yüzeye sahiptir. Orta tabaka tide mark tabakası %60 tip I kollajen ve %40 hidroksiapatit yapılı bir birleşiminden oluşur. En alt tabaka subkondral kemik tabakayı taklit eder. %30 Tip I kollajen ve %70 HA karışımından oluşur. Kıkırdak dokusu lezyonlarının tedavisinde histolojik, biyomekanik ve işlevsel açılardan hiyalin kıkırdak özellikleri gösteren ideal dokuların elde edilmesine yönelik yeni yaklaşımlar üzerinde yürütülen deneysel ve klinik çalışmalar yoğun olarak sürdürülmektedir.

SINIKÇI MÜDAHALESİ SONRASI İHMAL EDİLMİŞ SOL ÖN KOL ÇİFT KEMİK KIRIĞI VE SAĞ OMUZ KIRIKLI ÇIKIĞI OLGUSU

Savaş Güner, Mehmet Ata Gökalp, Seyyid Şerif Ünsal, Mehmet Fethi Ceylan, Uğur Türктаş
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı VAN

GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda sinikçi tarafından yapılan kırık ve çıkık sonrası manipülasyonlara sık rastlanmaktadır. Bu ehil olmayan kişiler tarafından yapılan uygunsuz müdahaleler hastalarda bazen telafisi olmaya sekillere neden olmaktadır. Kliniğimizde bu sekillere sık rastlamaktayız. Sinikçi müdahalesi sonrası ihmal edilmiş ön kol çift kemik kırıklı ve sağ omuz kırıklı-çıkıklı bir hastayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

57 yaşında kadın hasta 20 yıl önce düşmeye bağlı sol ön kolda kırık oluşmuş ve sonrasında sinikçi müdahalesi görmüş. Sağlık kuruluşuna herhangi bir başvurusu olmamış. 4 yıl önce de düşme sonrası sağ omuzda kırıklı çıkık gelişmiş tekrar sinikçi tarafından müdahale edilmiş şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine 2 ay sonra başvurduğu hastanede ameliyat önerilmiş fakat hasta ve yakınları tarafından operasyon kabul edilmemiş.

BULGULAR

Hasta polikliniğimize her iki kolunu kullanamama, şiddetli dirsek ve omuz ağrısı ve başkalarının desteği olmadan günlük ihtiyaçlarını yapamama şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol dirsekte patolojik hareket, deformite ve hareketle ağrısı mevcuttu. Sağ omuzda apolet belirtisi mevcut ve omuz hareketleri ileri derecede kısıtlı ve ağrılıydı. Hastanın çekilen radyografisinde sol ön kol proksimal 1/3 de çift kemik kırığına bağlı psödoartroz ve sağ omuz eklemi çıkık ve baş deforme görünümdeydi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sinikçi müdahalelerine ülkemizde ve özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgemizde halen sık rastlanmaktadır. Sinikçi müdahaleleri sonrası amputasyonlara kadar varan ciddi sekiller görülmektedir. Halkımızın bu tür istenmeyen sonuçların önlenmesi amacıyla ciddi anlamda bilgilendirilmesi ve sağlık kuruluşlarına başvurması konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

DİZ EKLEMİNDE SİNOVYAL KONDROMATOZİS KARIŞABİLEN KAVERNÖZ HEMANJİOM OLGUSU

Savaş Güner, Mehmet Ata Gökçalp, Seyyid Şerif Ünsal, Mehmet Fethi Ceylan, Hacı Önder Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Sinovyal hemanjiomalar; nadir olarak rastlanan, sinovyal yerleşimli, ve diğer eklem içi yapılara, bursalara ve musküler alanlara yayılabilen damarsal kökenli iyi huylu lezyonlardır. Pigmente villonodüler sinovit ön tanısıyla ameliyat ettiğimiz ve histopatolojik tanısı sinovyal hemanjiom olarak rapor edilen olguyu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

Yirmibir yaşında erkek hasta 9 yıl önce başka bir merkezde diz eklemde kitle nedeniyle cerrahi müdahale görmüş. Sonrasında tekrarlayan diz ağrıları, şişlik, kitle ve uyluk ve bacakta atrofi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.

BULGULAR

Hastanın yapılan muayenesinde diz eklem seviyesinde yaygın, yumuşak kıvamlı ve yer yer düzensiz sınırlı sert kıvamlı kitleler mevcuttu. Eklem hareket açıklığı 90 derece olup ekstansiyonu tamdı. Sol uyluk ve bacakta sağa göre 3 cm atrofi mevcuttu. Hastanın çekilen radyografisi normal, MRI da ise sinovyal kondromatozis ön tanısı mevcuttu. Hastaya diz eklemi total sinoviyektomi planlandı. Eksize edilen doku histopatolojik incelemegönderildi ve sonucu kavernöz hemanjiom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kavernöz hemanjiom damarsal yapıların mevcut olduğu vücudun tüm bölümlerinde görülebilir. Diz eklem içinde ve pigmente villonodüler sinovit ile birlikte görünümü nadirdir. Pigmente villonodüler sinovit ve sinovyal kondromatozis ayırıcı tanısında kavernöz hemanjiomda gözönünde bulundurulmalıdır.

BİLATERAL TOTAL DİZ ARTROPLASTİSİ UYGULANAN OSTEOARTRİTLİ HASTALARDA REHABİLİTASYON PROGRAMININ KAS GÜCÜ VE YÜRÜME HIZINA ETKİSİ

Yıldız Analay Akbaba¹, İpek Yeldan², Nejat Güney³, Hayrettin Kesmezacar⁴
¹İ.Ü., Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
²İ.Ü., Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
³İ.Ü., Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul
⁴İstanbul Bilim Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Bilateral total diz artroplastisi (TDA) uygulanan osteoartrit (OA)'li hastalarda rehabilitasyon programının kas gücü ve yürüme hızına etkisini değerlendirmek ve sonuçları sağlıklı bireylerle karşılaştırmak amacı ile çalışmamızı planladık.

YÖNTEM

Çalışmaya 50-85 yaş aralığında 3 grup dahil edildi. Grup 1 ve Grup 2 bilateral TDA uygulanan OA'li kişilerden oluşturularak; ilk 1 aylık süre içinde aynı egzersiz programları fizyoterapistin denetim sıklığı değiştirilerek uygulandı. Gruplara sonraki 1 ay için ev egzersiz programı verilerek program tamamlandı. Grup 3 ise sağlıklı kişilerden oluşturuldu (n=20). Grup 1'e (n=20) haftada 2 seans fizyoterapi uygulandı. Grup 2'ye (n=20) 2 haftada 1 seans fizyoterapi uygulandı ve haftada 1 telefonla aranarak egzersiz programına uyumları, egzersiz yaparken ya da egzersiz seansı sonrasında hissedilen şikayetleri kontrol edildi. Grup 1 ve 2 preoperatif dönemde, postoperatif 1. ve 2. ayda değerlendirildiler. Grup 3, 1 kez değerlendirmeye alındı. Çalışmamızda alt ekstremitte kas gücü ölçümü manuel kas testi ile yapılırken, yürüme hızı kadans ile değerlendirildi.

BULGULAR

Preoperatif dönemde kas testi ve kadans ölçümlerinde 3 grup arasında kontrol grup lehine anlamlı fark gözlemlendi. Sağ bacak 1. ay değerlendirmesinde diz ekstansiyon ve fleksiyon kas gücünde kontrol grubu lehine anlamlı farkın devam ettiği görüldü (p=0,00). 2. ayda her 2 grubun kas gücü değerlendirmelerinin çoğu sağlıklı grup değerlerinin üstüne çıktı. Sol bacak için diz ekstansiyon kas gücü ölçümünde 1. ay değerinde kontrol grubunun üstünlüğü gözlenirken, 2. ayda her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Diz fleksiyon kas gücü ölçümünde 1. ay değerinde kontrol grubunda anlamlı üstünlük devam etti (p=0,01). 2. ayda Grup 1 lehine anlamlı yükseliş görüldü ancak kontrol grubu değerlerine ulaşamadığı görüldü (p=0,00). Kalça abduksiyon kas gücü ölçümünün 2. ay değerlendirmesinde her iki egzersiz grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı iyileşme elde edildi (p=0,00). Kadans değeri her 2 grupta da 1. ve 2. ayda artış gösterdi. 2. ayda iki grubun da değerlerinin kontrol grubuna yaklaştığı gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda bilateral TDR uygulanan OA'li hastalarda fizyoterapist kontrolünün daha yoğun olduğu rehabilitasyon programının uygulanması ile postoperatif erken dönemde kas gücü ve yürüme hızı değerlendirmelerinde daha olumlu sonuçlar elde edildiği, sonuçların sağlıklı kontrollerin değerlerine ulaştığı gözlenmiştir.

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA MEDİAL YAKLAŞIMLA AÇIK REDÜKSİYON TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Tülin Türközü, Savaş Güner, Mehmet Fethi Ceylan, Uğur Türkteş, Mehmet Ata Gökcalp
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada gelişimsel kalça displazisi tedavisinde uygulanan medial yaklaşımla açık redüksiyon yönteminin erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM

Kliniğimizde 2007–2011 yılları arasında gelişimsel kalça displazisi tanısı alan ve medial yaklaşımla opere edilen hastalar retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya alınan 19 hastanın 28 kalçası dâhil edildi. Ortalama operasyon yaşı 12,1 (3–18) ay ve ortalama takipsüresi 18,6 (6–48) ay olarak gözlemlendi. Ameliyat öncesi ve son kontrollerindeki asetabular indeks açı ölçümleri yapılarak asetabular indeks düzelme yüzdesi hesaplandı. Avasküler nekroz varlığı Kalamchi-MacEwen, klinik değerlendirme Modifiye McKay ve radyolojik değerlendirme Severin kriterlerine göre yapıldı.

BULGULAR

Çalışmada preoperatif ve postoperatif asetabular indeks değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Severin radyolojik kriterlerine göre değerlendirildiğinde 9 (% 32,1) kalça çok iyi, 9 (% 32,1) kalça iyi, 7 (% 25,0) kalça orta ve 3 (% 10,7) kalça ise kötü olarak tanımlandı. McKay klinik kriterlerine göre değerlendirildiğinde ise 22 (% 78,6) kalça çok iyi, 6 (% 21,4) kalça iyi olarak değerlendirildi. Opere edilen 28 kalçadan 25 inde (% 89,3) femur başında avasküler nekroz görülmezken, üç (% 10,7) kalçada femur başı avasküler nekroz görüldü. Kalamchi-McEwen'e göre iki kalçada Tip 1, bir kalçada ise Tip 4 düzeyinde avasküler nekroz gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Gelişimsel kalça displazili olguların tedavisinde kullanılan medial yaklaşımla açık redüksiyon, 18 ay altı çocuklarda klinik ve radyolojik olarak tatmin edici ve düşük avasküler nekroz oranları nedeniyle tercih edilebilecek başarılı bir yöntem gibi gözükmektedir.

OLGU SUNUMU: ANTİEPİLEPTİK İLAÇ KULLANIMINA SEKONDER BİLATERAL COLLUM FEMORİS STRES KIRIĞI

Bariş Gülenç, Kerim Sarıyılmaz, Okan Özkunt, Fevzi Birşik, Fatih Dikici, Önder Yazıcıoğlu
İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Antiepileptik ilaçların osteoporotik etkileri uzun zamandır bilinmekte ve bu etkileri üzerine çalışmalar yapılmaktadır. Osteoporotik etkisi bilinen en önemli antiepileptik ilaç fenitoin olmakla beraber diğerlerinin de benzer etkileri mevcuttur ve zaman zaman patolojik kırıklar ile de klinikte karşımıza çıkmaktadır. Bahsedeceğimiz olguda uzun dönem karbamazepin kullanımı mevcut olan bir hastamızda sekonder osteoporoz sonrası oluşan bilateral femur boynu stres kırığı tanısı ve tedavisinden bahsedeceğiz.

YÖNTEM

Olgunun ameliyat öncesi çekilen röntgen BT ve MRG görüntülemelerinde her iki femur boynu medial korteksinde kırık hattı izlenmiş olup çekilen kemik yoğunluk ölçümünde ciddi osteoporozu olan hasta nöroloji ve iç hastalıkları osteoporozu açıklayacak başka bir sebep bulamaması nedeniyle antiepileptik kullanımına sekonder bilateral femur boyun kırığı tanısı konularak her iki kalçasına yönelik dinamik kalça civisi ameliyatı yapılarak tedavi edilmiştir.

BULGULAR

Hastanın ameliyat sonrasında nöroloji tarafından günlük 900 mg-gün olan karbamazepin dozu düşürüldü ve ameliyat öncesi femur boynunda -3 olan T skoru nedeniyle osteoporoz tedavisi düzenlendi. Hastanın operasyon sonrası ağrıları tamamiyle kesilmiş olup güncel işine tekrar geri dönmüştür.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Antiepileptik ilaçlar osteoporotik etkileri bilinmekle beraber bu etkileri genellikle subkliniklidir. Nadir görülmeyle beraber bu ilaçlar patolojik kırıklar ile de klinikte karşımıza çıkmaktadır. Fenitoin kullanımında daha sık karşımıza çıkan bu durumun karbamazepin ve diğer antiepileptik ilaçlar da olabileceği de akılda bulundurulmalıdır.

OLGU SUNUMU: MULTİPL MYELOM'DA NADİR GÖRÜLEN BİR TUTULUM ALANI: RADIUS ŞAFTI

Barış Gülenç, Fevzi Birşik, Onur Tunalı, Turgut Akgül, Mehmet Çakmak
İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Multipl Myelom, plazma hücre kökenli bir malignite olup ortopedistlerin sıklıkla kemik tutulumları ile beraber klinikte karşılaştığı bir hastalıktır.

Multipl myelom hastalarının %70'inde kemik tutulumu ve buna bağlı ağrı ve patolojik kırık oluştuğu bililmektedir. Vertebra ve kotlar, multipl myelomun kemik tutulumun en sık görüldüğü bölgelerdir. Bununla beraber uzun kemikler ve humerus da tutulabilmektedir. Bu olguda multipl myelomda çok nadir görülen bir yerleşim olan radius shaft tutulumu ve patolojik kırığı olgusundan bahsedeceğiz.

YÖNTEM

Multipl Myelom tanılı ve proksimal femur bölgesindeki tutulum nedeniyle opere olan ve radyoterapi alan hasta yeni başlayan sağ önkol bölgesinde ağrısı nedeniyle hastanın çekilen röntgen ve tomografilerinde radius shaftında litik lezyon ve patolojik kırığı izlenmiştir.

BULGULAR

Hastaya öncelikle gecici tespiti yapıldı sonrasında tedavi amaçlı lokal radyoterapisi yapıldıktan sonra internal tespit yapıldı. Sonrasında hastanın ağrı şikayeti tamamiyle gerilediği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Multipl myelom'da kemik tutulumları ortopedi ve onkoloji hekimlerinin güncel hayatında çok sık karşılaşılan bir durum olup sık görülen vertebra ve uzun kemikler gibi lokalizasyonlardaki lezyonlarda ortak tedavi düzenlenmektedir.

Multipl myelom'un sistemin bir hastalık olduğu ve bu sık görülen lokalizasyonlar dışında da distal ekstremitelerde ağrı hatta patolojik kırık ile karşımıza çıkabileceği bilinmelidir.

BASİT KEMİK KİSTİNE SEKONDER ANTERİOR İNFERİOR İLİAK SPİNE AVULSİYON KIRIĞI

Mehmet Elmadağ, Hasan Hüseyin Ceylan, Kerem Bilsel, İbrahim Tuncay
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

Anterior inferior iliak spine (AİS) avulsiyon kırıkları nadir yaralanmalardandır. Literatürde rectus femoris kasının ani kasılması ile gelişen birçok vaka bildirilmişken, AİS lokalizasyonlu basit kemik kisti nedenli non-travmatik kırık bildirilmemiştir. Bu çalışmamızda alışlagelmişin dışında bir avulsiyon kırığı vakasını ele almayı hedefledik.

YÖNTEM

14 yaşında erkek çocuk sağ kasık bölgesinde bir haftadır devam eden ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Detaylı bir fizik muayene sonrası direk grafi çekildi. Ağrının lokalize olduğu bölgede AİS orjinli 8*25*16 mm boyutlarında bir basit kemik kisti saptandı. Detaylı radyolojik inceleme amaçlı bilgisayarlı tomografi ve MR incelemeler yapıldı. Kırık lojuna uyan bölgede düzgün sınırlı kemik kisti ile uyumlu görüntüler elde edildi. Anamnezde herhangi aşırı bir aktivite yada travma olmayışı ve radyolojik görüntüler kırığın basit kemik kisti zemininde geliştiği kanaatini oluşturdu. Kırık fragmanların etrafında herhangi bir kalsifikasyonun olmayışı ve koleksiyon görüntüsü olmaması bizi malignite ve enfeksiyon ihtimallerinden uzaklaştırdı. Hastamıza biyopsi yapılmadan konservatif tedavi planlandı.

BULGULAR

Takiplerde normal kırık iyileşmesi bulguları izlendi. Hastamızı konservatif olarak izledik ve bir yılı aşan takipleri sonucu herhangi bir kısıtlılık kalmadan klinik ve radyolojik iyileşme sağlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

AİS iliak kristinin anteriorunda lokalize apofizdir ve avulsiyon kırıkları görülebilmektedir. Avulsiyon kırıkları en sık adolesan dönemde görülmektedir. çünkü bu yaş grubunda quadriceps kasılma gücü fiz gücüne oranla en fazla olduğu dönemdir. Bizim vakamızda olduğu gibi bu kırıkların kistik zeminde de gelişebildiği unutulmamalıdır. Ewing sarkomu, osteosarkom gibi malign prosesler yada enfeksiyöz süreçler göz önünde tutulmalıdır.

KİFOSKOLYOZUN CERRAHİ OLARAK DÜZELTİLMESİNİ TAKİBEN GELİŞEN BROWN-SEQUARD SENDROMU

Mehmet Elmaadağ, Hasan Hüseyin Ceylan, Necdet Demir, İbrahim Tuncay
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

Brown-Sequard sendromu, medulla spinalisin tek taraflı yaralanması sonrası lezyon seviyesinin altında, lezyonla aynı tarafta motor güçsüzlük ve derin duyu kaybı, lezyonun karşı tarafında ağrı ve ısı duyusunun kaybı ile karakterize nörolojik bir durumdur. En sık sebep spinal travmalar olmak üzere, medulla spinalisin radyasyon nekrozu, spinal metastazlar, multipl skleroz ve enfeksiyonlar diğer etiyolojik nedenlerdir. Literatürde skolyoz cerrahisi sonrası gelişen Brown-Sequard Sendromu olguları çok nadir bildirilmiştir. Bu çalışmamızda skolyoz cerrahisi sonrası korreksiyon bölgesinde medulla spinalisin dolaşımının bozulması sonucu gelişen Brown-Sequard Sendromu olgumuzu paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM

21 yaşında erkek hastanın yapılan preoperatif muayenesinde skolyozu ve dorsal bölgede kifozu mevcuttu. Radyolojik incelemelerde torakal seviyede, açıklığı sağa bakan, Cobb açısı 30 derece ölçülen skolyozu ve 80 derece dorsal kifozu vardı. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hastaya T4-L1 seviyelerini içine alan posterior enstrümantasyon yapıldı. Postoperatif dönemde hastada sol tarafta düşük ayak ve sağ alt ekstremitde ağrı ve ısı duyusu kaybı gelişti. Olası bir kök hasarının tespiti için hastamıza postoperatif birinci gün bilgisayarlı tomografi çekildi ve vidaların pedikülde lokalize olduğu görüldü. Postoperatif üçüncü gün MR inceleme yapılarak nöral dokuların tamamen intakt olduğu teyit edildi. Semptomatik tedavi amaçlı hastamıza iki gün boyunca intravenöz kortikosteroid infüzyonu uygulandı ve ayak fleksiyon kontraktürünü engellemek amacıyla sol alt ekstremiteye PAFO uygulaması yapıldı. Postoperatif beşinci günde sol ayak bileği dorsifleksiyonu nispeten geri kazanıldı ancak sağ alt ekstremitedeki ağrı ve ısı duyusu kaybı devam etti. Hasta postoperatif altıncı günde taburcu edildi.

BULGULAR

Hastamızın poliklinik kontrollerinde fizik tedavi desteğiyle postoperatif altıncı ayda düşük ayağın tamamen normale döndüğü görüldü. Hastanın duyu kusuru bir yıllık takip sonucu halen düzelmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Skolyozun cerrahi tedavisi sonrasında en korkulan komplikasyon nörolojik hasar gelişmesidir. Sık olmamakla beraber hem hasta hem de cerrah için büyük problemlere yol açabilir. En sık nedeni fark edilmemiş spinal kord sıkışmasıdır. Bununla beraber transpediküler vidaların kanal içine olan malpozisyonu, çengel ve rodların spinal kanala deplasmanı, hiperkorreksiyona bağlı olarak spinal kord dolaşımının bozulması da nörolojik hasara neden olabilmektedir. Nörolojik hasarlanma Adam-Kiewicz arterlerinin tıkanması ya da spazmı sonucu olabileceği gibi medulla spinalisin aşırı gerilmesine de bağlı da olabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi elektif şartlarda yapılan skolyoz cerrahisi sonrası gelişen Brown-Sequard sendromu sık görülmemektedir. MacDonald ve arkadaşlarının çalışmasında sıklık %0.48(1/206) olarak bildirilmiştir. Günümüzde bu nörolojik komplikasyonları önlemek amacıyla teşhis için iki yöntem vardır; Stagnara'nın uyandırma testi ve spinal kord monitorizasyonu. Heriki yöntemde de yalancı pozitiflik olabilmektedir. Fakat cerrahin medikolegal güvenliğinin sağlanması açısından monitorizasyonun yapılması ve not edilmesi önem teşkil etmektedir.

P -21

SINIKÇI MÜDAHALESİ SONRASI GELİŞEN AMPÜTASYON OLGUSU

Savaş Güner, Abdurrahim Gözen, Mehmet Fethi Ceylan, Mehmet Ata Gökalp, Necip Güven, Hacı Önder Yüzücü Yil Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Kırık ve çıkık tedavileri eski zamanlardan günümüze kadar çok değişik yöntemlerle tedavi edilmektedir. Sınıkçı müdahaleleri ise günümüzde modern tıbbın gelişmesine rağmen geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde halen bir tedavi yöntemi olarak görülmekte ve ciddi sakatlıklara yol açmaktadır. Bu yazıda sınıkçı müdahalesi gören ve ampütasyon operasyonu uygulanan tibia kırıklı çocuk hastayı sunduk.

YÖNTEM

6 yaşında erkek hasta acil servise üç gün önce başlayan sağ ayakta morarma şişme ve aşırı ağrı sebebi ile başvurdu. Hastanın yapılan muayanesinde sağ bacağın bir bez parçası ile sıkıca sarıldığı ve ayak ile bacakta kompartman sendromu geliştiği görüldü.

BULGULAR

Hastanın çekilen radyografilerinde ise sağ tibia cisimde fissür tarzında non deplase kırık olduğu görüldü. Hastanın alınan detaylı hikayesinde 3 gün önce oynarken düşme sonrası köyde bir sınıkçı kadına götürüldüğü ve burada bir bezle sıkıca sarıldığı öğrenildi. Hasta acil olarak fasiotomi için opere edildi ve takiplerinde ön ayağın nekroza gittiği görüldü. Hastaya chopart amputasyonu yapıldı ve takiplerinde ekinus deformitesi gelişmesi üzerine aşıloplastisi yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sınıkçı müdahaleleri modern tıbbın son derece gelişmesine rağmen bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de halen ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Halkın bilinçsiz tıbbi uygulamalara karşı her türlü basın, medya, yayın kuruluşları ve eğitim-öğretim kurumları vasıtası ile ciddi anlamda bilgilendirilmesi ve uyarılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tibia kırığı, sınıkçı müdahalesi, kompartman sendromu, ampütasyon

DİZ ARTROSKOPİSİNDE TROMBOPROFİLAKSİ; NE ZAMAN?

Hasan Hüseyin Ceylan¹, Hatice Sözgen², Mehmet Erdil¹, Kerem Bilisel¹, İbrahim Tuncay¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

Diz artroskopisi sonrası gelişen pulmoner embolizmin sıklığı konusunda ülkemizde net kayıtlar yoktur. Nispeten daha az invazif ve masum gibi algılanan diz artroskopisi vakalarında bu komplikasyonun gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

YÖNTEM

67 yaşında bayan hastaya meniskopati tanısıyla artroskopik menisektomi yapıldı. Postop erken rehabilitasyona başlanan hasta ikinci gün cerrahi salahlık ile taburcu edildi. Hastamız ameliyatın dördüncü günü akşamı nefes darlığı gelişmesi üzerine acil servise başvurdu. Yapılan muayenede nefes almada güçlük, taşikardi ve huzursuzluk dikkati çekmekteydi. BT inceleme ile bilateral pulmoner arter dallarında emboli ile uyumlu dolum defektleri saptanan hasta pulmoner embolizasyon tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırılarak tedaviye başlandı. Dokuz günlük antitrombotik tedavi sonrası klinik düzelmeye sağlanan hasta oral kumadin tedavisine geçilerek taburcu edildi.

BULGULAR

Hastanın kayıtları incelendiğinde turnike süresi 35 dk, toplam ameliyat süresi 50 dk olarak kaydedildi. Hastanın ileri yaşta olması ve kadın olması haricinde pulmoner emboli kliniğine neden olabilecek herhangi bir komorbid hastalığı yoktu. Hastaya preoperatif ya da postoperatif tromboprofilaksi uygulanmadığı belirlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

2011 yılında yapılan bir retrospektif araştırmada 418,323 diz artroskopi vakasının 117'sine (10,000 artroskopiye 2.8) postoperatif pulmoner emboli saptanmıştır. Yaş ve ameliyat süresinin pulmoner emboli üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptanmıştır ($p < 0.001$). Kadın cinsiyetin riski 1,5 kat ($p = 0.03$), kanser hikayesinin ise üç kat artırdığı tespit edilmiştir ($p = 0.05$). Yaş, cinsiyet, cerrahi/turnike süresi, malignite hikayesi ve komorbid hastalıklar emboliye yatkınlığı artırabilmektedir. Hastaların özellikleri göz önünde bulundurularak ileri yaş gibi risk faktörleri olan hastalarda tromboprofilaksi ihmal edilmemelidir. Çok seyrek de olsa bu tür komplikasyonların gelişebileceği konusunda hasta bilgilendirilmeli ve onam alınmalıdır.

TÜRKÇE İNTERNET SİTELERİNDE KALÇA ÇIKIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLERİN KALİTESİ

Fatih Küçükdemir¹, Hasan Hüseyin Ceylan¹, Mehmet Küçükkoç², Selçuk Uzuner²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Hastalıkları A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de internet gittikçe daha fazla önem kazanan bir bilgi kaynağı haline gelmektedir. Ülkemizde 2011 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre hanelerin internet erişim oranı %30 seviyesinin üzerindedir. Ülkemizdeki internet kullanıcılarının yarısına yakını sağlıkla ilgili bilgilere web üzerinden ulaşmaktadır. Ayrıca sağlık konularında bilgi almak için internete başvuran kullanıcıların yaklaşık %64'ünün kararları internetten elde ettiği verilerle değişmektedir. Çalışmamızda internette doğumsal kalça çıkığı hakkında sunulan Türkçe bilgilerin güvenilirliğini standardize edilmiş bilimsel yöntemlerle değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

"Kalça çıkığı" terimi Türkiye'de en sık kullanılan üç arama motoru olan Google, Yahoo ve Bing üzerinden tarandı. Her arama için arama sonuç listesindeki ilk 10'ar sıradaki site tespit edildi, aynı olan siteler, konuyla ilgisi olmayan siteler ve profesyonellere hitap eden akademik içerikli siteler elendi. Geriye kalan siteler bilgi içeriklerine göre Greene ve ark.'nin yöntemiyle, AAOS'un hazırladığı hasta bilgilendirme formu esas alınarak hazırlanan formdaki alt başlıklarda bilgi içeriğine göre puanlandı. Siteler, hazırlanan standart forma göre içerdikleri her başlık için 1 puan, bahsetmediği konu için de 0 puan verilerek toplamda 26 puanlık bir anket üzerinden değerlendirildi.

BULGULAR

'Kalça çıkığı' terimi ile arama yapıldığında Google'da 141.000, Yahoo'da 49.600 ve Bing'de 46.800 sonuç bulundu. Ulaşılan sonuçlar içinde üç ayrı arama motorunda en sık tıklanan ilk 10 site tüm içeriğiyle kopyalandı. Toplamda üç ayrı motorla ulaşılan 30 site- incelemeye alındı. Farklı arama motorlarında çıktığı halde aynı olan (9 site), konuyla ilgisi olmayan (3 site) ve profesyonellere hitap eden akademik içerikli (4 site) olan siteler elendikten sonra geriye 14 site kaldı. Bu 14 sitenin oluşturulan standart formla yapılan içerik puanlaması sonucu sitelerin ortalama puanı 26 üzerinden 13.5 (min:5, maks:22, SD:5.02) olarak belirlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

İnternetin gittikçe daha fazla başvurulmuş bir bilgi kaynağı haline gelmesi, bu kaynaktan edinilen bilginin içeriğinin doğruluğu tartışmasını da beraberinde getirmektedir. İnternetin doğası gereği tüm içeriğinin denetlenmesi ve düzeltilmesi de mümkün değildir. Bu durum bilgiye ulaşmak amacıyla interneti kullanan çok sayıda kullanıcı açısından oldukça olumsuz sonuçlara yol açabilir. Literatürde, sağlık konularında internette verilen yanlış bilgilerin hastalar tarafından uygulanması sonucu ölümler dahi rapor edilmiştir. Çalışmamızın sonucunda içeriği Türkçe olarak hazırlanmış internet sitelerinde 'kalça çıkığı' konusunda arama motorlarında en çok başvurulmuş sitelerin çoğunluğunun eksik bilgiler içerdiği belirlenmiştir. Bilgi güvenilirliğini arttırmayı hedefleyen çeşitli uygulamalar veya akreditasyon sistemlerinin Türkçe web siteleri için de geliştirilmesi konusunda gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

KOMPLEKS DİSTAL TİBİA KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİF PLAK OSTEOSENTEZ VE SİRKÜLER EKSTERNAL FİKSATÖR İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Mehmet Erdil¹, Yunus İmren², Hasan Hüseyin Ceylan¹, Tunay Erden¹, Gökçer Uzer¹, Gökhan Polat³, Kerem Bilsel¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

²Üsküdar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ

Pilon tibia kırıklarının tedavisi günlük uygulamada değişkenlik göstermektedir. Tedavide ki temel amaç anatomik eklem yüzeyi rekonstruksiyonudur. Eşlik eden yumuşak doku hasarı enfeksiyon riskini arttırmakla birlikte kanlanmayı azaltmakta ve kırık hattında nonunion ile sonuçlanabilmektedir. Çalışmamızın amacı pilon tibia kırıklarının tedavisinde minimal invazif kilitle plak ile sirküler eksternal fiksatör uygulamalarımızın retrospektif olarak karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM

Ocak 2007 ile Eylül 2011 tarihleri arasında 41 kapalı pilon tibia kırığı kliniğimizde minimal invazif plak yada eksternal fiksatör kullanılarak tedavi edildi. Kilitli plak grubunda 21 hasta ve eksternal fiksatör grubunda ise 20 hastamız vardı. Kadın/erkek oranı 7/34 idi. 16 hastada eşlik eden vertebra, el bileği, dirsek ve kontrateral kalkaneus kırığı saptandı. Pilon tibia kırıklarının sınıflandırmasında Ruedi ve Allgover sınıflandırması kullanıldı ve bu sınıflamaya göre hastaların yirmiçünde tip b, kalanlarda ise tip c kırık mevcuttu. Tüm operasyonlar aynı cerrah tarafından yapıldı. Cerrahi müdahale süresi yumuşak dokudaki değişkenliklere bağlı olarak 3 ile 11. günler arasında değişmekteydi. Kırık kaynama süresi, komplikasyonlar ve fonksiyonel sonuçların değerlendirilmesinde AOFAS ayak bileği skoru kullanıldı. Skorlar takip süresince düzenli olarak kaydedildi.

BULGULAR

Plak grubunda ortalama kaynama süresi 19,4 (12-26) hafta olarak tespit edildi. Yaş ortalaması 42,4 (17-73) idi. Ortalama takip süresi bu grupta 39,3 (36-51) aydı. Yıllık ortalama AOFAS skoru 87,4, 79,6 ve 77,4 olarak hesaplandı. Plak grubundaki 4 hastaya takiplerinde ikinci bir operasyonla otogreff uygulandı ve dördünde de tam kaynama sağlandı. Hastalar ortalama 25,6 haftada koltuk değneği olmadan tam yükte yürüdü. Eksternal fiksatör grubunda ki tüm hastalarda ikinci bir operasyona gerek duyulmadan ortalama 22,1 (18-24) haftada tam kaynama sağlandı. Hastaların yaş ortalaması 40,7 (18-64) idi. Ortalama takip süresi bu grupta 38,7 (36-49) aydı. Bu grupta yıllık ortalama AOFAS skoru 86,6, 82,1 ve 79,7 olarak hesaplandı. Hastaların desteksiz tam yükte yürüme süresi ortalama 19,3 haftaydı. Takiplerimizde heriki grupta da majör komplikasyona rastlanmadı. Ancak plak grubundaki 4 hastada medial malleol çevresinde yumuşak doku enfeksiyonuna rastlandı. Ayrıca EF grubu hastalarından 13'ünde grade 1-2 ve 3 hastada grade 3 çivi yolu enfeksiyonu görüldü. En son kontrollerinde plak grubunda 8 hastada ve diğer grupta ise 7 hastada post-travmatik artritte rastlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Pilon tibia kırıklarında minimal invazif plaklama ve eksternal fiksatör ile tespitinin yeterli oranda kaynamayı sağladığını ve her iki yöntemin de düşük komplikasyon riski olduğunu düşünüyoruz.

WOMET (THE WESTERN ONTARIO MENISCAL EVALUATION TOOL) 'İN TÜRKÇEYE ÇEVİRİSİ, KÜLTÜREL ADAPTASYONU, GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİLİĞİ

Derya Çelik¹, Murat Demirel², Gamze Kuş³, Mehmet Erdil⁴, Arzu Razak Özdiñçler¹

¹İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi-fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

²Bayındır Hastanesi-Ortopedi Travmatoloji

³İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi- Ortopedi Travmatoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

WOMET (Western Ontario Meniscal Evaluation Tool) özellikle menisküs patolojisi olan hastaların sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş bir diz skorudur. Skor fiziksel semptomlar, spor, iş ve yaşam stili ile duygu durumunu değerlendiren 3 alt parametreden oluşur. Bu çalışmada amacımız WOMET'in Türkçeye çevirisi, kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliğini ortaya koymaktır.

YÖNTEM

WOMET'in Türkçe çevirisi ve kültürel adaptasyonu için 5 adım takip edildi. Skorun orijinal versiyonu, iki kişi tarafından Türkçe'ye çevrildi, iki çeviri (T1,T2) arasındaki farklar, her iki dile de hakim üçüncü bir kişi tarafından incelenerek çevirinin son hali (T12) oluşturuldu. T12 ana dili İngilizce olup Türkçe'ye hakim olan 2 kişi tarafından (B1, B2) İngilizceye çevrildi ve dil uzmanları tarafından incelenerek Türkçe WOMET'in son şekli oluşturuldu. Çalışmaya menisküs patolojisi olan 96 hasta (35 erkek, 61 kadın; ort yaş: 43.68±11.7 dağılım; 23- 71) dahil edildi. Güvenilirlik interrater correlation coefficient (ICC) testi ile ve iç tutarlık ise Cronbach α testi ile hesaplandı. Test-retest güvenilirlik için hastalar 3- 7 gün ara ile WOMET'i iki kez cevapladı. Geçerlilik için hastalardan daha önce Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Lysholm diz skalası ve Short Form-36 (SF-36) anketinin cevaplanması istendi. Veriler normal dağılıma uymadığı için Spearman's korelasyon testi kullanıldı.

BULGULAR

Toplam WOMET skorunun ilk ve ikinci değerlendirmesinde ortalama standart sapma sırasıyla 1077.29± 364.99 ve 1021.25±318.96 (p=0.03) bulundu. Test -retest güvenilirlik toplam skor, fiziksel fonksiyon, spor iş ve yaşam stili ile duygu durumu alt parametreleri için sırasıyla 0.88, 0.87, 0.79 ve 0.84 bulundu. Cronbach's α ise 0.75 bulundu. WOMET ile Lysholm diz skoru arasındaki korelasyon iyi düzeyde bulundu (ρ : -0.47). Womet ile SF-36 alt parametreleri arasındaki korelasyon katsayıları ise zayıf ve iyi olarak saptandı (PF ρ : 0.49, RP ρ : 0.36, BP ρ :0.54, GH ρ :0.23, VT ρ :0.17, SF ρ : 0.47, RE ρ :0.02 MH ρ : -0.20, PCS ρ : -0.55, MCS ρ : -0.05).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkçe WOMET skoru menisküs patolojisi olan hastaların sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir diz değerlendirme skorudur.

İZOLE ARTROSKOPİK BANKART VE KOMBİNE ARTROSKOPİK BANKART & SLAP ONARIMI YAPILAN HASTALARIN PROSPEKTİF KARŞILAŞTIRILMASI

Nuri Aydın¹, Mustafa Aşansu²

¹Üsküdar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Anterior omuz instabilitesi olan hastalarda Bankart lezyonuna ek olarak SLAP lezyonu da olaya eşlik edebilmektedir. Bu çalışmada izole Bankart lezyonu ve SLAP lezyonunun eşlik ettiği Bankart lezyonu olan hastaların fonksiyonel ve tekrar çıkık gelişimi açısından prospektif olarak karşılaştırıldı.

YÖNTEM

2007-2010 yılları arasında takipleri düzenli yapılabilen toplam 36 (24 erkek, 12 kadın) hasta prospektif olarak çalışmaya dahiledildi. Ortalamayaş24(Aralık: 17-44), ortalamatakipsüresi38ay(Aralık: 24-60ay)idi. Hastalaraşezlong pozisyonunda artroskopik Bankart onarımı yapıldı. Cerrahi işlemlerde 5 hastada 2.8 mm ve 31 hastada 3.5 mm düğümsüz PEEK Anchor kullanıldı. Bankart lezyonuna SLAP lezyonunun eşlik ettiği hastalar Grup 1 (10 hasta), izole Bankart lezyonu olan hastalar Grup 2 (26 hasta)olarak sınıflandı. Hastalar Constant ve Rowe Skoru ile takip edildiler.

BULGULAR

Grup 1’de 1 hastada, Grup 2’de 2 hastada tekrar çıkık gelişti. Grup 1 ortalama postoperatif Constant skoru 96, Rowe skoru 86 idi. Grup 2 de postoperatif Constant skoru 94, Rowe skoru 84 idi. Her iki Grup arasında Constant, Rowe ve tekrar çıkık gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bankart lezyonuna SLAP lezyonunun eşlik ettiği durumlarda yapılan artroskopik tamir sonuçları izole Bankart lezyonu sonuçlarıyla aynı bulunmuştur. SLAP lezyonunun eşlik etmesi hastanın prognozunu fonksiyonel ve tekrar çıkık gelişmesi açısından etkilememektedir.

NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: SALMONELLA SEPTİK ARTRİTİ

Halil Burç¹, Tolga Atay¹, Yakup Barbaros Baykal¹, Vecihi Kırdemir¹, Ahmet Özmeriç²
¹Süleyman Demirel Üniversitesi Ortopedi Ve Travmatoloji AD
²Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi

AMAÇ

Salmonella septik artriti nadir görülen bir bakteriyel artritir. Bağışıklık sisteminin zayıfladığı, hiposplenizm ile birlikte ve artmış hemoliz ile giden hastalıklar gibi yatkınlığın arttığı durumlarda özellikle görülmektedir. Biz bu olgu ile literatürde çok nadir görülen ve kolaylıkla atlanabilen bu duruma dikkat çekmek istedik.

SONUÇLAR

Hastamız 73 yaşında bayan hastadır. Hastanın öz geçmişinde hipertansiyon ve diyabet mevcuttur. Hikayede 6 ay önce düşme dışında bir özellik yoktur. Hastamız ilk olarak başka bir hastanenin dahiliye kliniğinde her iki dizde ağrı, yürüme güçlüğü ve genel durum düşüklüğü nedeni ile takip edilmiş. Hastanın yapılan WBC 12.43, CRP 136.69 mg/dl, Brucella (Rose Bengal) negatif, ASO 73 IU/ml, ANA negatif ve RF 16.9 IU/ml gelmesi üzerine ampirik antibiyoterapi başlanmış. Yapılan tedaviye sonuç alınamaması ve şikayetlerinin artması üzerine hastanemiz romatoloji ve fizik tedavi kliniğine sevk edilmiş. Hastanın hastanemize başvurusunda WBC 14.8, CRP 35.2 mg/dl, sedimantasyon 50mm/st bulunmuştur. Her iki dizdeki dejeneratif değişiklikler ve effüzyon için hasta fizik tedaviye alınmış ve 1 doz diprosan amp uygulanmış. Hastanın tüm batinı USG sonucunda bir patoloji tespit edilmemiştir. Hastanın genel durum düşüklüğü nedeni ile altta yatan bir karsinom durumunu ekarte etmek için yapılan tarama testleri negatif olarak geldi. Hastanın dizinde şişliğinin artması üzerine tarafımızdan konsültasyon istendi. Hastanın sağ dizine tanısal amaçlı artroskopi uygulandı. Artroskopisinde hafif düzeyde sinovyal hipertrofi dışında bir patolojiye rastlanmadı. Bu sefer artroskopiden yaklaşık iki hafta sonra hastanın sol dizinde eritem, ısı artışı ve effüzyon oluşması üzerine aseptik koşullarda ponksiyon uygulandı. Alınan materyal bulanık renkli ve pürülan vasıftaydı. Direkt gram boyamada bol lökosit görülmesi üzerine hastaya artroskopi yardımı ile eklem lavajı uygulandı. Alınan materyalin kültür sonucunda salmonella gelmesi üzerine hastaya 6 haftalık ciprofloksasin tedavisi başlandı. Salmonellanın alt grubunun belirlenmesi için kültür materyali referans laboratuvar olan Refik Saydam Hifzissihha Merkezine gönderildi ve serogrup D olarak belirlendi. Hastaya antibiyoterapi süresince fizik tedavi uygulanarak eklem hareket açıklığı korundu. Hastanın kontrollerinde şikayetlerinin gerilediği ve genel durumunun düzeldiği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Septik artrit salmonella bakteriyemisinin nadir bir sonucudur. Literatüre bakıldığında salmonellosis ile ilgili birçok derlemede görüme sıklığı %1 den daha az olarak bildirilmektedir. Genelde gelişmekte olan ülkelerde görülen salmonella septik artriti çoğunlukla çocukları etkilemektedir. Salmonella septik artritinin fonksiyonel sonuçları diğer suçlar ile karşılaştırıldığında daha olumlu prognoza sahiptir.

Salmonellanın eklemde yaptığı harabiyete bakıldığında, kendini reaktif artrit veya septik artrit olarak gösterebilir. Genellikle altta yatan bir problemin hastayı zayıflatması ile meydana geldiği bu durumun tanısı konulması esnasında tekrarlayan kültürlerin yapılması gerekebilir. Hastamızın yapılan ilk değerlendirmeleri esnasında klinik durumun reaktif artrit olarak başlayıp takiben septik artrit tablosuna döndüğünü gözlemledik. Bu nedenle tekrarlayan aseptik ponksiyon ve kültürlerin tanı konulmasında önemli olduğunu düşünmekteyiz.

DİZ ÇEVRESİNİ ETKİLEYEN MAYIN YARALANMASI İÇİN İLİZAROV SİRKÜLER EKSTERNAL ÇERÇEVE KULLANILARAK ALT EKSTREMİTE KURTARMA CERRAHİSİ

Bahtiyar Demiralp¹, Cengiz Yıldırım², Yüksel Yurttaş³, Engin İlker Çiçek⁴, Mustafa Başbozkurt³

¹Özel Medipol Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi, İSTANBUL

³GATA Askeri Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ANKARA

⁴Gölcük Asker Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi, Gölcük, KOCAELİ

AMAÇ

Yirmidört yaşında erkek hastada İlizarov eksternal sirküler çerçeve kullanılarak yapılan ekstremite kurtarma cerrahisinin tedavi sonuçları sunuldu.

YÖNTEMLER

Bu yazıda, dizi ile mayına basma sonucu sol distal femur ve sol proksimal tibiada 22 cm kemik kaybı ve diz çevresinde geniş yumuşak doku hasarı gelişen erkek hastada İlizarov eksternal sirküler çerçeve kullanılarak yapılan ekstremite kurtarma cerrahisinin tedavi sonuçları sunuldu.

SONUÇLAR

Hasta son cerrahiden sonra 3. yıl içindedir ve ayak ve dizinde tam artrodez mevcuttur. Alt ekstremitede 2 cm. uzunluk farkı vardır. Kemik ve yumuşak dokuda enfeksiyon bulunmamaktadır. Hasta günlük işlerini yardım almadan tek başına yapabilmektedir. Hasta, uzun bir tedavi sürecine rağmen, nihai olarak dizini hareket ettiremede rekonstrükte edilmiş ekstremitesi ile oldukça memnun ve mutlu olduğunu ifade etmektedir.

TARTIŞMA

Ekstremitte kurtarma cerrahisi, çoğu travma merkezinde ciddi yaralanmalarda primer tedavi olarak amputasyonun yerini almıştır. Ancak, ekstremitte rekonstrüksiyonu veya amputasyonu sonrası uzun-dönem sonuçlar tam olarak değerlendirilmemiştir. Ciddi bir şekilde yaralanmış ekstremitteyi ampute etme kararı, geri dönüşümsüz olarak, zordur ve önemli ölçüde vücut görüntüsünü ve hastayı etkiler. Ekstremitte kurtarma cerrahisi, öncelikle amputasyon riski yüksek olan yüksek-enerjili ekstremitte yaralanmalı hastalarda göz önünde bulundurulmalıdır.

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİNDE PELVİK OSTEOTOMİLERDE OSTEOTOMİ ARALIĞINA FEMORAL SEGMENTAL GREFTİN KULLANIMI: KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Cemil Ertürk, Mehmet Akif Altay, Uğur Erdem Işık
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

AMAÇ

Gelişimsel kalça displazisinde (GKD) asıl amaç konantrik redüksiyonun sağlanmasıdır. Büyük çocukların tedavisinde, pelvik osteotomilere ek olarak femur başında avasküler nekroz gelişime riskini engellemek için femoral kısaltma kullanılmaktadır. Pelvik osteotomide, iliak krestin ön kısmından hazırlanan trikortikal iliak greft (TİG) osteotomi aralığına yerleştirilmektedir. Buna karşın, greft yerleşiminde ve greftin kısmi kollapsıyla ilgili bir takım sorunlar bildirilmiştir. Ayrıca, iliak apofizin sıyrılması sırasında abduktör kasların orijin yerleri de değişmektedir. Bu nedenle birçok çalışmada iliak greft hazırlanması yerine, değişik allogreft kullanımı araştırılmıştır. Ancak bu greftlerin biyolojik uyumunun yanında, immünolojik red ve az da olsa hastalık taşıma riski bulunmaktadır. Bizde bu çalışmamızda, çocukların pelvik osteotomilerinde iliak kemikteki greft sahasındaki potansiyel büyüme sıkıntılarını gidermek ve cerrahi yöntemin genişliğini azaltmak için femoral kısaltma sırasında çıkartılan femoral segment grefti (FSG) kullandık. Bu çalışmadaki amacımız, pelvik osteotomilerde FSG greftin kullanılmasının yanında, osteotomi aralığına yerleştirilen TİG ve FSG'lerin kemiksel iyileşmelerini karşılaştırmaktır.

YÖNTEMLER

Toplam 124 kalça çalışmaya alındı. 63 kalçanın pelvik osteotomi aralığında FSG kullanırken, 61 kalçada TİG kullanıldı.

FSG grupta, 63 kalça ve 13 erkek ile 50 kız (ortalama yaş 4.58± 11.3, dağılım:2-9 yıl) bulunuyordu. Bikini insizyonu kullanılarak 36 kalçaya Salter osteotomisi, 27 kalçaya ise Pemberton osteotomisi uygulandı. Femoral kısaltma sonrasında elde edilen femoral kemik segment ölçülerek motorlu testere ile osteotomi aralığına uygun biçimde kama şeklinde kesildi (Resim 1 a-b). Salter osteotomisinde iki adet K teli ile tespit yapıldı. Tellerden biri femoral segment greftin ön korteksin önünden geçirildi. Diğeri ise korteks içi boyunca geçirildi. Osteotomi aralığı kaynadıktan sonra K teller çıkarıldı (Resim 2 a-c). Pemberton osteotomisinde ise K teller kullanılmadı. Bu grupta, iliumdan greft hazırlanmadığı için iliak kanat çok az ayrıldı (Resim 3 a-b). TİG grupta, 61 kalça ve 14 erkek ile 47 kız (ortalama yaş 4.58± 11.3, dağılım:2-10 yıl) bulunuyordu. Otuzdört kalçaya Salter osteotomisi ve 27 kalçaya Pemberton osteotomisi uygulanmıştı. Bu grupta Smith-Petersen yaklaşımı uygulandı ve aynı taraf iliak kanattan TİG hazırlandı. Her iki grubun klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi sonucunda; ortalama ameliyat içi ve sonrasındaki kan kaybı, ameliyat süresi ve greftin kaynama süresi değerlendirildi.

SONUÇLAR

Ortalama izlem süresi, FSG grubunda 34.6± 11.3 ay iken, TİG grubunda ise 62.0± 28.6 ay idi. Klinik değerlendirmede, yara iyileşmesi sorunu, osteotominin kaynamaması, greft pozisyonunda kayma ya da enfeksiyon saptanmadı. Radyolojik değerlendirmede asetabular indekste; ameliyat öncesi, erken ameliyat sonu ve son izlemde her iki grup arasında bir fark yoktu (p>0.05). FSG grubunda, ortalama kan kaybı (p<0.05) ve ameliyat süresi daha düşük (p<0.001) olmasına karşın, greft kaynama süresi artmıştı (p<0.001) Tablo 1.

TARTIŞMA

Femoral kemik segment pelvik osteotomilerde osteotomi aralığında, osteokondüktif amaçla kullanılabilir. İliak kemik stoğunun korunmasının yanında, donör sahada ek sorunlar ve yerel kan kaybını azaltması gibi üstünlükleri bulunmaktadır. Bu nedenle femoral kısaltmadan sağlanan FSG'lerin atılmayıp, TİG yerine seçenek olarak kullanılmasını önermekteyiz.

Tablo 1. İki grubun özelliklerinin karşılaştırılması

Gruplar	Sayı	Ortalama	Standart sapma	Mann-Whitney U testi	P değeri
Yaş (yıl)					
FSG grup	63	4.58	1.55	987.00	<0.001
TİG grup	61	3.37	1.65		
Kan kaybı (ml)					
FSG grup	63	171.66	22.96	1413.50	<0.05
TİG grup	61	182.29	23.97		
Ameliyat süresi (dakika)					
FSG grup	63	114.68	17.98	1000.00	<0.001
TİG grup	61	130.98	15.67		
Greft kaynama süresi (ay)					
FSG grup	63	3.82	0.68	958.50	<0.001
TİG grup	61	3.19	0.40		

Tablo 1

HEMOFİLİ NEDENLİ AYAK BİLEĞİ OSTEOARTROZUNUN TOTAL AYAK BİLEĞİ ARTROPLASTİSİ İLE TEDAVİSİ

Barış Yılmaz¹, Baran Kömür², Mehmet Şevki Uyanık³, Nurettin Heybeli⁴

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

²Özel Vital Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul.

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji BD, Edirne

⁴Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Edirne

AMAÇ

Hemofili olgularında ayak bileği eklemi ileri evre artropatisinin tedavisinde altın standart artrodez olmuştur. Bu hastalıkta kalça ve diz artroplasti uygulamalarının olumlu ve uzun takipli sonuçlarına karşılık, ayak bileği artroplastisi literatürde henüz kısa takipli olgu serileri olarak yer almaktadır. Bu olgu sunumunun amacı, hemofilik ayak bileği osteoartritinin tedavisinde alternatif bir yöntem olan ayak bileği artroplastisini tartışmaya açmaktır.

YÖNTEMLER

Hemofili A tanısı nedeni ile takip ve tedavi altında olan hastamızda ileri evre sekonder osteoartrit gelişmesi nedeni ile her iki tedavi yöntemi de açıklandı. Olgu hematoloji bölümümüz tarafından 2011 yılı cerrahiye hazırlık klavuzundaki öneriler eşliğinde hazırlandı. Kısıtsız, üç komponentli, semet-siz ayak bileği protezi ile total ayak bileği replasmanı uygulandı. Operasyon öncesi ve sonrası ikinci yılındaki klinik sonuçları subjektif ayak skorlamasına ve Maryland Ayak Skoruna göre değerlendirildi.

SONUÇLAR

Takip süresi 24 ay olan 29 yaşında erkek olguda uygulanacak cerrahi girişim hemofilide cerrahiye hazırlık tanı ve tedavi kılavuzuna göre büyük cerrahi girişim olarak değerlendirildi. Operasyon öncesi faktör düzeyi hemostaz için hedef düzeyine getirildi. Operasyondan sonra 14. güne kadar faktör düzeyleri önerilen hedef düzeylerinde tutuldu. Operasyon öncesi 40 puan olan subjektif ayak skoru operasyon sonrası 85 puan, operasyon öncesi 33 puan olan Maryland Ayak Skoru operasyon sonrası 90 puan olarak bulundu ve her iki skorlamaya göre de mükemmel klinik sonuç elde edildi.

TARTIŞMA

Ayak bileği artroplastisi ile özellikle romatoid ve travmatik nedenle ayak bileği osteoartritinin tedavisinde ümit verici takip sonuçları elde edilmektedir. Hemofili artropatisi adı verilen fibrotik eklem kontraktürleri ile görülen çoklu eklem dejenerasyonu rekürren hemartrozlara sekonder olarak görülmektedir. Hemofili eklemleri etkilediğinde, ortaya ağır bir kronik artropati çıkar. Bu durum sadece cerrahi tekniği zorlaştırmaz aynı zamanda elde edilen sonuçları da olumsuz etkileyebilir. Hemofili hastasında, ayak bileği artroplastisi uygulamamızın erken dönem fonksiyonel sonucu yüz güldürücüdür. Bu uygulama benzer durumdaki olgular için, tecrübesi olan merkezlerde ve seçici olarak uygulandığında başarılı sonuçları ile literatürdeki yerini alacaktır.

EPİLEPTİK NÖBETLERİN KIRIK TESBİTİ ÜZERİNE OLUMSUZ ETKİSİ

Savaş Güner, Mehmet Ata Gökalp, Seyyid Şerif Ünsal, Mehmet Fethi Ceylan, Uğur Türктаş
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Epileptik nöbet geçiren hastalarda gelişen omuz kırığı iyi bilinen bir komplikasyon olmasına rağmen uzun kemik kırıkları nadir görülmektedir. Düşme sonrası femur cisim kırığı gelişen ve intramedüller tesbit yaptığımız hastada konvulzyonlar nedeniyle kırık tesbitini korumakta güçlük çektiğimiz ve ek kırıkların olduğu bir vakayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

Onyediyedi yaşında mental retardasyon ve epilepsi öyküsü olan kadın hasta düşme sonrası sol femurda cisim kırığı gelişmesi üzerine açık reküsiyon ve intramedüller çivileme ile tesbit yapıldı.

BULGULAR

Ameliyat sonrası 15. günde epilepsi atağı sonrası şiddetli kalça ağrısı ve yürüyememe şikayetiyle acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayene ve grafi kontrolü sonrası sol femurda basoservikal kırık saptandı. Hastaya acil cerrahi panlanarak intramedüller tesbit materyali çıkarılıp femur boynu 3 adet spongioz vida ile ve cisime ise plak vida ile osteosentez yapıldı. Pelvipedal atelle tesbit desteklendi. Hasta taburcu edildikten 10 gün sonra yine epilepsi atağı sonrası uylukta deformite ve ağrı şikayetiyle tekrar acil servise başvurdu. Yapılan fm ve radyografi sonrası sol femur boynundaki tesbit vidaların tamamen yerinden çıktığı ve yumuşak dokuda serbest olarak durduğu ayrıca cisim kırığının proksimalini tutturucu plağın vidalarında gevşeyip çıktığı izlendi. Ek olarak femur trokanter majör ve minörüne içine alan yeni kırık hatlarının olduğu gözlemlendi. Hastanın tüm tesbit materyalleri çıkarıldı. Kırığın çok parçalı olması nedeniyle tesbit için eksternal fiksator uygulandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Epilepsili hastalarda kırık tesbitinin sağlamlığı yanında tesbitin korunması ve rüksiyonun sürdürülmesi önemlidir. Bunun için hastanın antiepileptik tedavisini düzenli alması ve sık kontrollerinin yapılması ve hastalığın akibeti ve refraktür hakkında doktorun uyanık olması, hasta ve yakınlarının iyi bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

ROTATOR MANŞET YIRTIKLI OLGULARDA CERRAHİ TEDAVİ SONRASI OMUZ-KOL ASKISI KULLANIMI KARDIAK RİTİM ÜZERİNDE ETKİLİ MİDİR?: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Mehmet Kerem Canbora¹, Özkan Köse², Ufuk Gürkan³, Atilla Polat¹, Şevki Erdem¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği, İstanbul

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği, Antalya

³Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Rotator manşet sorunları son yıllarda daha çok tanınmakta ve cerrahi tedavi edilmektedir. Sıklıkla oturur pozisyonda uygulanan cerrahi tedavi sonrasında olguların hemen tümünde omuz-kol askısı kullanılmaktadır. İlerleyen yaş, karotis sinus hipersensitivitesinde önemli bir risk faktörüdür. Bu çalışmada rotator manşet yırtığı nedeniyle cerrahi tedavi edilen ileri yaşta olgularda omuz kol askısı kullanımının, kardiyak ritim üzerindeki etkileri holter moniterizasyonu ile prospektif olarak araştırıldı.

YÖNTEM

Kasım 2011 ile Aralık 2012 tarihleri arasında 50 yaş ve üzerinde rotator manşet yırtığı olan, normal sinus ritmi olan 39 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgu demografileri, vücut kitle endeksi ve eşlik eden hastalıklar kayıt edildi. Tüm olgular ameliyat öncesi Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) sınıflandırmasına göre skorlandı ve kayıt edildi. Ameliyat öncesinde olguların 24 saatlik Holter EKG moniterizasyonu ile ritim değişiklikleri kayıt edildi. Ameliyat sonrası ilk 15 gün içerisinde 48 saatlik holter moniterizasyonu tekrarlandı. Holter EKG dataları analizinde ortalama kalp hızı, pause süresi değerlendirildi. 3 saniyeden uzun pause görülmesi ve kalp hızının <40 bpm olması anlamlı bradikardi olarak körleme yöntemiyle araştırmacılar tarafından onaylandı. Olgular aylık periyotlar şeklinde 8 hafta süre takip edildi ve çarpıntı, hipotansiyon, asistoli, bradikardi, senkop ve/veya presenkop açısından sorgulandılar.

BULGULAR

Tüm olgular ortalama 7,9 (7-9) hafta takip edildiler. En sık (%68,7) eşlik eden hastalıklar hipertansiyon ve diabetes mellitus olarak saptandı. Olguların % 15,6'sı ASA 1, % 37,5'inde ASA 2 ve %46,5'inde ASA 3 olarak saptandı. Ortalama kalp hızları ameliyat öncesi 81, 75 (65-112 arası) vuruş olarak, ameliyat sonrası 85, 00 (69-109 arası) vuruş olarak saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına (p=0.001) karşın klinik olarak anlamlı değildi. Ameliyat öncesi ve sonrası yapılan holter EKG moniterizasyonunda hiçbir olguda anlamlı bradikardi (>3 sn pause süresi) saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Karotis sinus hipersensitivitesi ileri yaşta görülür ve özellikle oturur pozisyonda rastlantısal mekanik manüplasyonlarla tetiklenebilir. Riskli olgularda omuz kol askısı mekanik noktasal bası ile karotis sinüsü tetikleyebilir. Bu varsayım ile riskli popülasyonda ameliyat öncesi ve sonrası Holter EKG moniterizasyonu ile omuz kol askısı kullanımının oluşturabileceği kardiyak ritim değişiklikleri araştırıldı. Sonuç olarak artroskopik omuz cerrahisi sonrası omuz kol askısı kullanımı ile karotis sinüs indüksiyonu birlikteliği saptanmamıştır. Hernekadar omuz kol askısı güvenli bir tespit cihazı olsa da, karotis sinus hipersensitivitesi bakımından riskli olgular ameliyat sonrası, oluşabilecek mekanik bası konusunda haberdar edilmeli ve eğitilmelidir.

TIRNAK BATMASI CERRAHİSİNDE KOZMETİK SONUÇLAR VE HASTA MEMNUNİYETİ

Ali Utkan, Çağrı Örs, Cem Cüneyt Köse, Ahmet Serhat Genç, Mehmet Emin Uludağ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji B Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ

Ayak tırnak batması, iş gücü ve konfor kaybına neden olan ve farklı cerrahi tekniklerle tedavi edilen ve genellikle yeterince önemsenmeyen bir rahatsızlıktır. Rekürrens olmaması veya komplikasyon gelişmemesi cerrahi başarı olarak düşünülse de, özellikle genç kadın hastalarda kozmetik sonucun iyi olmaması hastalarda memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı tırnak batması cerrahisinde kliniğimizde uyguladığımız yöntemin kozmetik sonuçlarının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Kliniğimizde tırnak batması cerrahi tedavisi Winograd tarafından tarif edilen tekniğin modifikasyonu olan parsiyel tırnak eksizyonu sonrası elektrokoter ile matrisektomi şeklinde uygulanmaktadır. Bu çalışmaya Ocak 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında ameliyat edilen hastalardan, en az on altı ay sonra tekrar ulaşılabilen 44 erkek, 30 kadın, toplam 74 hasta çalışmaya katılmıştır. Cerrahi esnasında proksimal insizyon skarından kaçınılmış fakat batan tırnak, tırnak matriksinden eksize edilemezse 5-10mm'lik proksimal insizyon yapılmıştır. Cerrahi sonrası hasta memnuniyeti, kozmetik sonuçları, komplikasyon oranları ve cerrahi sonrası hastalardaki kısıtlamalar değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Toplam beş hastada komplikasyon gelişti. İki hasta rekürrens nedeniyle altı ay içinde tekrar ameliyat edildi ve son kontrollerinde iyi kozmetik sonuç bildirdi. Üç hastada yumuşak doku enfeksiyonu gelişti ve oral antibiyotik ile tedavi edildi. Bu hastalardan biri kozmetik olarak iyi, biri kabul edilebilir ve biri kötü sonuç bildirdi. Tüm hastalardan altmış yedisi (%91) iyi kozmetik sonuç, üç (%4) hasta kabul edilebilir, dört (%5) hasta ise kötü kozmetik sonuç bildirdi. Yirmi (%27) hastaya proksimal insizyon yapılmış olup 4 (%20) hasta kötü kozmetik sonuç bildirdi. Proksimal insizyon yapılmayan hastalarda ise sadece iki orta kozmetik sonuç olup, kötü sonuç saptanmadı. Kötü kozmetik sonuç bildiren hastaların tümü yirmi dört yaş altı kadın hastaydı ve hepsi proksimal insizyon skarından ve dar, asimetrik tırnak dan şikâyetçiydi. Hastaların dört tanesi kozmetik kaygılarla kullandığı ayakkabı modellerinde kısıtlaması yaşadıklarını bildirdiler.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ayak tırnak batması cerrahi tedavisinde parsiyel tırnak eksizyonu sonrası elektrokoter ile matrisektomi düşük komplikasyon oranı ve yüksek hasta memnuniyetinin yanı sıra yüksek oranda iyi kozmetik sonuçları ile uygun bir cerrahi prosedürdür. Özellikle genç kadın hastaların kozmetik sonuçları beğenmedikleri göz önüne alınarak hasta bilgilendirilmeli ve mümkünse proksimal insizyon skarından kaçınılmalıdır.

OS LUNATUM'UN İZOLE KIRIĞI

Tuhan Kurtulmuş, Necdet Sağlam, Gürsel Saka, Cem Coşkun Avcı, Muhammed Abughalwa
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Lunatumun izole kırığı oldukça nadirdir ve genellikle yüksek enerjili travma sonrası ortaya çıkar. Karpal kemik kırıkları içerisinde görülme sıklığı %0.5-6.5 oranındadır. Genellikle diğer karpal kemik kırık ve bağ yaralanmaları eşlik eder. Muayene ve radyolojik incelemenin yetersiz yapılması sonucu kolaylıkla gözden kaçabilir. Bu yazıda Teisen sınıflamasına göre tip 1 (voler uç) izole kırığı olan hastanın konservatif tedavisi sonrası el bileği fonksiyonları değerlendirildi.

YÖNTEM

Sportif aktivite sırasında yere düşme sonrası sol el bileğinde ağrı ve şişlik yakınmaları olan 34 yaşındaki erkek hasta değerlendirildi. El bileği anteroposterior ve lateral grafileri ve bilgisayarlı tomografi çekildi. Tedavide kısa kol istirahat ateli kullanıldı. Son kontrol muayenesi travmadan 10 ay sonra yapıldı. El bileği hareket açıklığı, karpal instabilite, nonunion ve avasküler nekroz olup olmadığına bakıldı.

BULGULAR

Hastanın muayenesinde sol el bileği hareketlerinde ağrıya bağlı azalma ve voler yüzde ödem tespit edildi. El bileği anteroposterior ve lateral grafilerinde ilk değerlendirmede kemik patolojisi gözlenmedi. Ağrısının şiddetli olmasını açıklamaya yardımcı olmak ve karpal instabilite açısından çekilen bilgisayarlı tomografide lunatumun voler polünde deplase olmayan kırık hattı gözlemlendi. Kısa kol ateli uygulandı. Altıncı haftada ateli çıkartıldı. Kırık hattında palpasyonda ağrı oluşmadı. Onuncu ay kontrolünde el bileği anteroposterior ve lateral grafilerle birlikte manyetik rezonans görüntüleme uygulanan hastada nonunion ve avasküler nekroz gözlenmedi. El bileği hareketleri tüm planlarda tamdı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Os lunatum'un izole kırıkları muayenenin yetersiz yapılması ve radyolojik tetkiklerinin iyi değerlendirilmemesi sonucu kolaylıkla gözden kaçabilir. El bileğinde kronik ağrı, avasküler nekroz veya nonuniona bağlı instabilite gelişebilir. Bunun sonucu olarak el bileği ekleminde fonksiyon kaybı ortaya çıkar. El bileği travması olan hastalarda muayenenin yeterli yapılarak, düz radyografi bulgularıyla hastanın kliniğinin uyuşmadığı durumlarda ileri radyolojik tetkikler kullanılmalıdır.

ÖN KOLDA MULTİPL YABANCI CİSİMLE BAŞVURAN OLGU

Savaş Güner, Abdurrahim Gözen, Mehmet Fethi Ceylan, Mehmet Ata Gökcalp, Uğur Türkteş
Yüzücü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Yabancı cisim batması ortopedik aciller arasında sıkça karşılaşılan bir durumdur. Fakat ekstremitelerde multiple yabancı cisim batması nadirdir. Bu yazıda ekstremitelerde kronik multiple yabancı cisim batması olan psikotik rahatsızlığı olan bir hastanın tanı ve tedavisini değerlendirdik.

YÖNTEM

18 yaşında bayan hasta ailesi ile birlikte polikliniğe sol ön kolda yabancı cisim batması ve sonrasında ağrı şikayeti ile başvurdu. Ailesinin yanında alınan hikayesinde tam olmamakla beraber 1 ay önce iğne batması tanımlamaktaydı.

BULGULAR

Hastanın fizik muayenesinde sol ön kol fleksor ve ekstansor yüzde krutlanmış çok sayıda iğne giriş deliği izi mevcuttu. Çekilen radyografilerinde sol ön kolda radius ve ulna etrafında multiple kısa iğne ile uyumlu yabancı cisim imajı mevcuttu. Hastanın hikayesi ailesi yanında olmadan tekrar alınca bütün iğneleri kendisinin bilerek batırdığını ifade ettiği görüldü. Bunun üzerine hasta psikiyatri polikliniğine yönlendirildi ve burada psikoz tanısı aldığı ve buna yönelik tedavi düzenlendiği öğrenildi. Hastanın aşırı rahatsız eden yabancı cisimlerden birkaç tanesi de cerrahi olarak çıkarıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ekstremitelerde yabancı cisim imajları çeşitli sebeplerle karşımıza çıkabilmektedir. Psikoz hastası toplumda çok çeşitli şekillerde prezante olabilmektedir. Bunlardan biri de kendine zarar vermedir. Multiple yabancı cisim ile başvuran hastalardan iyi bir anamnez alınmasının oldukça önemli olduğu görülmektedir.

POTT HASTALIĞI SEKELİ OLARAK GELİŞEN İLERİ DERECE KİFOZ OLGUSUNA YAKLAŞIM

Mehmet Elmadağ, Hasan Hüseyin Ceylan, Deniz Kara, İbrahim Tuncay
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

Tüberküloz etiyojisinde mycobacterium tuberculosis'in olduğu yaygın, sık görülen bir hastalıktır. Vertebral kolon tüberkülozuna bağlı spinal deformiteler genellikle ihmal edilmiş veya tedavi edilmemiş olgularda gelişmekte ve klinik olarak kötü sonuçlara neden olabilmektedir. Bu deformitelerden en sık görüleni ileri derece kifoz gelişimidir. Bu çalışmamızda kliniğimize başvuran ve ileri derecede kifoz deformitesi olan Pott hastasını ele almayı hedefledik.

YÖNTEM

36 yaşındaki bayan hasta sırt, bel ve bacaklarda ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Sırtındaki şekil bozukluğunun uzun süredir var olduğunu bildiren hastanın son bir yıldır devamlı bacak ağrısı ve nefes almakta zorlanma şikayetleri belirginleşmişti. Hasta anamnezinde 14 yaşındayken geçirilen akciğer tüberkülozu dikkati çekmekteydi. Ayaktan tedavisi süren hastanın sırtında gelişen bir abse sonrası hastaya yatarak tedavi önerilmiş fakat hasta yakınları tedaviyi reddederek tamamen takipten çıkmıştı. Birkaç ay sonra gelişen pürülan akıntı ile tekrar hastaneye başvurmuş fakat medical tedavi ile akıntı kesilince kontrolleri ihmal etmişti. Radyolojik incelemede torakolomber bölgede 96 derecelik bir kifoz ve C7-S1 vertebraları arasında 3,3 cm horizontal kayma saptandı. T5 ila T11 segmentleri arasında tüm vertebra gövdelerinin ankiloze ve destrükte olduğu görüldü. Hastamıza T1-L4 seviyelerini içine alacak şekilde posterior füzyon ve laminektomi yapıldı.

BULGULAR

Hastanın semptomları postoperatif iki hafta içinde geriledi ve klinik olarak rahatlama sağlandı. Perioperatif ve herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlanmamakla birlikte postoperative süreçte de enfeksiyon gelişmedi. Hastamızın bir yıllık takipleri sonunda günlük hayatına ağrısız şekilde devam edebildiği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Vertebra tüberkülozu tedavi edilmediği takdirde ciddi sekel bırakabilen bir hastalıktır. Literatürde Pott Hastalığı vakalarının %20 (10-60)'sinde nörolojik semptomların izlendiği belirtilmiştir. İlerlemiş olgularda deformiteyi düzeltmek çok riskli olmakla birlikte tedavinin hedefi semptomları rahatlatmaktır.

ARTROSKOPİK ROTATOR MANŞET TAMİRİ SONRASI PROKSİMAL HUMERUSTA PSEUDOMONAS OSTEOMİYELTİ

Nuri Aydın¹, Evrim Şirin²

¹Üsküdar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

²Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ

Artroskopik işlemler genelde enfeksiyon insidansı az olan ve güvenli kabul edilen girişimlerdir. Artroskopik ameliyatlardan sonrası bazı enfeksiyon olayları bildirilmiş olmasına rağmen proksimal humerusun pseudomonas osteomyeliti bildiğimiz kadarıyla daha önce rapor edilmemiştir.

YÖNTEM

59 yaşında bir erkek hasta sağ omuzda şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Hastanın sedimentasyon ve CRP değerleri yüksek beyaz küresi normal sınırdıydı. Radyografi ve MR görüntüsü kronik osteomyelit ile uyumluydu. Hastaya 2 yıl önce artroskopik çift sıra rotator kılıf tamiri sonrası gelişen enfeksiyon nedeniyle artroskopik eklem debridmanı yapılmıştı. Bu dönemde hastada Paeruginosa üremiş ve 3 ay siprofloksasinle tedavisi sonucunda sedim ve CRP değerleri normale dönmüştü. Hastaya mevcut kronik osteomyelit tanısıyla açık debridman uygulandı. Kalan 2 adet ankor çıkartıldı, başınçlı yıkamanın ardından humerusun meduller kavitesi antibiyotikli (gentamisin + teikoplanin) zincirle dolduruldu.

BULGULAR

Alınan örneklerden herhangi bir üreme gerçekleşmedi. Patolojik tanı kronik osteomyelit ile uyumluydu. Ampirik olarak intravenöz piperacillin ve tazobactam tedavisi başlandı. Postoperatif dördüncü hafta CRP normal değerine döndü. Hastanın omuz ağrısı yatıştı ama omuzun tam hareket açıklığı henüz sağlanamadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Pseudomonasa bağlı yara enfeksiyonları genelde cerrahi aletlerin kontaminasyonu sonrası gelişir. Giriş çıkış kanüllerinde, shaver uçlarında doku parçalarının kalması bu mikroorganizmaların sterilizasyon prosedürlerinin üstesinden gelmesine yol açabilir. Aslında erken bir enfeksiyon artroskopik olarak tedavi edilebilir ve tatminkar sonuçlar alınabilir. Ama bu vakada olduğu gibi bazı nadir durumlarda katastrofik bir osteomyelit gelişebilir ve daha radikal girişimler gerekli olabilmektedir.

GÜNCEL BİR İNTERTROKANTERİK FEMUR ÇİVİSİ OLAN TRİGEN İNTERN UYGULAMALARIMIZDAN ÇIKARDIKLARIMIZ

Ali Utkan, Çağrı Örs, Asım Ciliz, Cem Cüneyt Köse, Remzi Can Fakioğlu
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji B Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada biri lag vidası diğeri ise lineer kompresyon yapmayı sağlayan kompresyon vidası olmak üzere iki adet sefoloservikal vida sistemi içeren, lineer kompresyon ve rotasyonel stabilite sağlayan yeni bir intertrokanterik antegrad femur çivisi olan Trigen İntertan ile tedavi edilen femur trokanterik bölge kırıklı hastalardan elde ettiğimiz veriler incelenmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışmaya femur trokanterik bölge kırığı nedeniyle İnterTan ile tedavi edilen 16'sı erkek, 6'sı kadın toplam 22 hasta dâhil edilmiştir. Hastaların ortalama takip süresi 125 gündür (105-175 gün). Hastaların hepsinde basit düşme sonrası kırık gelişmiş olup, hastalara acil müdahale sonrası iskelet traksiyonu geçilmiş, ameliyatta traksiyon masası kullanılmamıştır. Kırıklar OTA/AO Sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası ve poliklinik takiplerinde çekilen grafilerde redüksiyon kalitesi ve implant pozisyonu (Baumgaertner), Tip Apeks Mesafesi (TAM), Boyun Cisim Açısı (BCA), Sinh İndeksi (Sl), Foster Radyolojik Değerlendirmesi (FRD) ve kaynama bulguları incelenmiştir. Operasyon süresi ve skopi kullanım süresi kaydedilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 71,6 yıldır (58-88 yıl). Hastaların oniksinin sağ, onunun sol tarafta kırıkları mevcuttu. Sadece bir hastaya açık redüksiyon uygulandı. OTA/AO sınıflamasına göre 8 hasta A1 (6 hasta A1.2, 2 hasta A1.3), 14 hasta A2 (2 hasta A2.1, 4 hasta A2.2, 8 hasta A2.3) kırık tipindedir. Ortalama cerrahi süremiz (cilt kesisinden yara kapamasına kadar) 37,2 dakika (15-65 dakika) ve ortalama toplam skopi kullanımı 40 saniyedir (30-65 saniye). İki hastada 125°, yirmi hastada 130° açılı 20 cm'lik implant kullanıldı. Lag vidası ortalama 93,9 mm (85-100 mm) ölçülmüş olup, lineer kompresyon vidası Lag vidasından 5 mm kısadır. Hastaların redüksiyon kalitesi 20 hastada iyi, 2 hastada kabul edilebilir tespit edilmiştir. Lag vidasının baş ve boyundaki pozisyonu değerlendirildiğinde ön-arka ve yan grafide 16 hastada orta-orta, 6 hastada ise anterior-superior pozisyonda tespit edildi. BCA'sı ön-arka grafide ortalama 129,7° (127,5°-137,3°), yan grafide 169,4° (158,2°-177,2°) ölçülmüştür. TAM'si ortalama 22,7 mm (18-27mm) ölçülmüş, sadece 1 hastada TAD >25mm ölçülmüştür. FRD' sine göre 20 hasta çok iyi, 2 hastada iyi sonuç mevcuttu. Radyolojik takiplerde redüksiyon kaybı, implant yetmezliği, kollaps ve kaynama gecikmesi tespit edilmedi. Tüm hastalarda 3. aydaki kontrollerinde (45-90 gün) klinik ve radyolojik kaynama izlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Traksiyon masası kullanılmamasına rağmen, İnterTan ile tedavi ettiğimiz hastalarda lineer kompresyon ve rotasyonel stabilite ile mükemmele yakın redüksiyon elde edilmiş olup, takiplerde redüksiyon kaybı olmadan tam kaynama sağlanmıştır.

ÇOCUKLUK VE ADÖLESAN YAŞ GRUBUNDA DİRSEK KIRIKLI ÇIKIKLARINA YAKLAŞIM: MECBURİ HİZMET TECRÜBESİ

Göksel Dikmen¹, Can Eren Ünlü¹, Murat Şirikçi¹, Kerim Sarıyılmaz²

¹Ağrı Devlet Hastanesi

²Mardin Devlet Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada amaç mecburi hizmet şartlarında çalışan genç ortopedi uzmanları olarak, yüksek enerjili travma sonucu oluşan ve nadir görülen çocukluk ile adölesan çağında oluşan dirsek kırıklı çıkık hastalarına uyguladığımız tedavileri yöntemlerini ve klinik sonuçlarını irdelemektir.

YÖNTEM

Çalışmaya dirsek kırıklı çıkığı olan ve cerrahi yöntemle tedavi edilen 8 hasta (7 erkek, 1 kız; ort yaş: 10,5 dağılım;2-16) alındı. Dirsek çıkıklarına medial kondil kırığı (n=5), medial ve lateral kondil ile birlikte trohlea kırığı (n=1), lateral kondil (n=1) eşlik etmekteydi, radius başı ve olekranon kırığı hiçbir hastada tespit edilmedi. Bir hastada operasyon öncesi unlar sinir arazi mevcuttu. Hastalara operasyon öncesi planlama için 3D BT incelemesi yapıldı. Tüm hastalarda açık redüksiyon uygulandı, medial kondil kırığı eşlik edenlerde posteromedial insizyon, lateral epikondil kırığında lateral insizyon, medial lateral kondil kırığında posterior insizyon kullanıldı. Tespit tekniklerinde medial kondil kırığı olan 3 hastada ve medial lateral kondil kırığı olan hastada kirschner telleri, diğer iki hastada kanüle kompresyon vidası, lateral kondil kırığında expandable vida ve kanüle vida ile osteosentez yapıldı. Osteosentez sonrası tüm hastalar skopi altında dinamik olarak instabilite muayenesi yapıldı. Dikişleri alındıktan sonra ortalama 15 gün sonra aktif hareket başlandı. Sonuçlar Mayo dirsek performans skorlama sistemi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Ortalama izlem süresi 10,5 ay (dağılım;5-24 ay) idi. Medial kondil kırığı olan 4 hastada eklem içi fragman mevcuttu, 1 hastada 5 mm fazla deplasman ve instabilite vardı. Lateral kondil kırığı tespit edilen hastanın travmasının 2 hafta önce olmuştu ve sınırlı tespit uygulanmıştı. Medial kondil kırığı olan hastaların tümünde unlar sinir arazi yaratmamak ve osteosentez kalitesini arttırmak için transpozisyon yapıldı. Hastalarda Mayo skoruna göre 75 puan ve üzeri (ortalama 89) iyi ve çok iyi sonuç elde edildi. Medial ve lateral kondil kırığı olan hastada 15 derece ekstansiyon kaybı mevcuttu. Geç cerrahi uygulanan lateral kondil kırıklı hasta dahil diğer hastalarda son kontrollerinde tam hareket açıklığı mevcuttu ve instabilite yoktu.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çocukluk çağı dirsek kırıklı çıkıklı hastalarda eğer eklem içi fragman ve redüksiyon sonrası instabilite varsa tespit tekniği ne olursa olsun açık redüksiyon gerekmektedir. Adölesan çağda epikondilden kopan parçanın büyüklüğüne göre kanüle vida çeşitleri ile osteosentez yapılabilir. Çoklu yaralanması olan eklemi de içine alan kırıklı çıkıklarda sonuçlar kötü olmaktadır. Bu yaralanmalarda kollateral ligaman yaralanması sıklıkla eşlik etmemektedir.

YİNELLENEN KONTAK SPOR AKTİVİTESİ VE AYAK BİLEĞİ İNVERSİYON YARALANMASI SONRASI İZOLE PERONEAL KOMPARTMAN SENDROMU: OLGU SUNUMU

Göksel Dikmen, Murat Şirikçi, Can Eren Ünlü
Ağrı Devlet Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Kruris kompartman sendromu genellikle travmatik olarak anterior kompartman veya kruris çoklu kompartmanlarında görülmektedir. İzole peroneal kompartman sendromu ise daha az bilinen ve ağırlı bacakla ile gelen hastada kolaylık gözden kaçabilecek ve genellikle düşünülmeyen bir tanıdır. Bu olgu sunumunda 3 gün üst üste halı saha maçı yapan ve ayak bileği inversiyon yaralanması olan 17 yaşında bir erkek hastada izole lateral peroneal kompartman sendromu teşhis şekli, tedavi ve takibi sunulmaktadır.

YÖNTEM

Hasta tarafımıza sağ bacakta ağrı, ayak bileğinin oynatamama ve bacak lateral tarafı ile ayak dorsusunda şişlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın hikâyesinde kontak spor aktivitesini 3 gün üst üste yaptığı ve sonuncusunda ayak bileği inversiyon yaralanması olduğu anlaşıldı. Hastada fibuler sinir arazi mevcuttu ve aktif dorsifleksiyon mevcut değildi, yüzeysel peroneal sinir duysal alından hipoestezisi mevcuttu. Kompartman basıncı ölçümü teknik sebeplerle yapılamadığı için MRİ ile acil değerlendirme yapıldı. MRİ sadece lateral kompartmanda peroneal kaslar boyunca ödem ve hematoma tespit edildi. Hasta acil olarak dekompresyon yapılmak amacıyla fasyotomi yapılmak üzere operasyona alındı. Fasyotomi lateral kompartman üzerinde 3 seviyede; fibuler sinir dallandığı bölgede, 1/3 orta kısımda ve ayak bileği 5 cm proksimali olmak üzere ayrı cilt insizyonları kullanılarak, fakat sağlam cilt altı bölgeleri altından fasyatomiler birleştirilecek şekilde yapıldı. Fasyotomi sonrasında orta kısımda peroneus longus kasında yırtık olduğu ve kısmi nekroza giderek direkt olarak cilt dışına çıktığı tespit edildi. Distal kısımda ise muskulotendinöz bileşkede hematoma tespit edildi. Debridman ve fibuler sinir gevşetme sonrası cilt sahaları açık bırakıldı. Günlük debridmanları takiben cilt katları 6. günde kapatıldı. İlk operasyon ve sonrasında ayak bileği nötral pozisyonda (90°) tutacak kısa bacak atel ile takip edildi ve elevasyon uygulandı.

BULGULAR

Hastanın takip süresi 4 ay idi. Sıralı debridmanlar sonrasında peroneus longus kası kaybedildi. Yüzeysel peroneal duysusu operasyon öncesinde ve operasyon sonrasında ilk haftada olmamasına rağmen operasyon sonrası 3. Haftada geri döndü. Birinci ve 2. parmakta aktif tam dorsifleksiyon olmamasına rağmen operasyon sonrası 5. Haftada primatif dorsifleksiyon hareketleri döndü. Hasta günlük iş aktivitelerine 2. Ayda geri döndü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hasar şiddeti ile ilişkilendirilemeyen ağrı ve lateral kompartman şişliği olan hastalarda izole lateral kompartman sendromu göz önünde bulundurulması gereken önemli bir klinik tablodur. Ayak bileği inversiyon yaralanmasına eşlik eden yinelenen kontak spor aktivitesi varlığı diğer vaka sunumlarında da bildirilmiştir ve akılda tutulması gereken önemli hikâye bulgusudur. Kesin tanı kompartman basınç ölçümüyle yapılmaktadır, fakat teknik yetersizlikler durumunda klinik şüphe ve MRİ ile tanıya ulaşılmalı, teşhis zamanı gecikmesine rağmen acil dekompresyon ameliyatı yapılmalıdır.

P - 41

ATEŞLİ SİLAH YARALANMASINA BAĞLI OSTEOMYELIT OLGULARINA ADLİ TIBBİ BAKIŞ: 3 OLGU SUNUMU

Muhammet Demir, Harun Akkaya, Uğur Çom, Pınar Bakır
İstanbul Adli Tıp Kurumu

AMAÇ

Adli tıbbi yaklaşımlarda osteomyelit; ateşli silah yaralanmaları sonucu kemik kırıklarına bağlı olarak oldukça sık izlenen, tedavi ve iyileşme süresi uzun, dolayısıyla organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi açısından 18 ayı geçkin bir sürede değerlendirilen, hatta sepsis gibi "yaşamsal tehlike" de arz edebilen ciddi bir komplikasyon olarak görülmektedir. TCK mad 86-87 gereğince savcılık kanalıyla yaralanmanın(travmanın) adli tıbbi raporlanması istenmektedir. TCK 87.mad 1-a ve 2-b' de "yaralanmanın organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması yada yitirilmesi niteliğinde olup olmadığı" hususu yer almaktadır. İyileşmesi uzun süreçler alan bu olgularla, adli tıbbi raporların daha kısa sürede ve sağlıklı bir şekilde düzenlenmesi amaçlanmış, yargı süresinin de kısalmasına katkı yapacağı düşünülmüştür.

OLGU

Ateşli silah mermi çekirdeğinin vücuda isabeti sonucu tibia ve fibula kemiklerinde parçalı kırıklar meydana gelen 3 farklı olguya değinilmiştir. 3 olgu da acil olarak operasyonlara alınmış, kısa bir zamanda ise yara yerlerinden akıntı şikayetleriyle başvurdukları sağlık kuruluşlarında osteomyelit tanısı konulmuştur. 3 olgu da bir dizi ortopedik operasyonlar geçirmiş, osteomyelit için aylarca antimikrobiyal tedavisi almışlardır.

SONUÇLAR

Sunulan 3 olguda da olay tarihinden 18 ay geçmesine rağmen halen osteomyelit tedavileri devam ettiği için ekstremite lerde meydana gelen kırıkların "organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması yada yitirilmesi" yönünden muayeneleri tedavi bitimine ertelenmiştir. Türkiye' deki yargı sisteminde bir adli raporun tamamlanması için uzun süreler beklemekten se, rapor tanımı için hazırlanan "rehber" de revizyonları yapılarak enfeksiyon bulgularının dayer almasını önermekteyiz.

TARTIŞMA

2005 yılında yürürlüğe giren yeni TCK'da yer alan düzenlenecek adli raporlar için hazırlanan rehberde; şahsın yaralanmasının organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi niteliğinde olup olmadığı açısından olay tarihinden en az 18 ay sonra, hastanın tedavisinin bitiminde yapılacak muayene ile kanaate varılır. 18 aylık süre uzun görünse de rehber hazırlanırken bilhassa nörolojik durumlar için en uygun süre olarak seçilmiştir. Sunulan olgular ateşli silah yaralanmasına bağlı kemik kırığı meydana gelen ve daha sonra osteomyelit gelişen vakalar olup her bir vakanın uzun süreçler alan adli raporlarının düzenlenmesinde ortaya çıkan zorlukların çözülmesi için neler yapılabileceği ve çözüm yolları tartışılmıştır.

BİLATERAL 4. PARMAKTA BRKİ METAKARP OLGUSU

Savaş Güner, Mehmet Ata Gökçalp, Mehmet Fethi Ceylan, Seyyid Şerif Ünsal, Uğur Türkteş
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğuştan metakarp ve metatars kısalığının görülme sıklığı 1/1000'den azdır. Kadınlarda erkeklere göre 5 kat daha fazla görülür ve sıklıkla (%72) iki taraflıdır. En sık 4. parmak tutulur. Kliniğimizde bilateral 4.metakarp kısalığı olan erkek hasta olgusunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

Metakarp kısalığında kozmetik olarak kötü görünmesi ve dominant elin kullanımı sırasında yorulmaya neden olduğu için cerrahi müdahale ile uzatılması gerekebilir.

BULGULAR

24 yaşında erkek hasta polikliniğimize elinde şekil bozukluğu, ağrı ve güç kaybı şikayetiyle başvurdu.Hastanın yapılan muayenesi ve çekilen radyografisi sonucu bilateral brakimetakarpı olduğu görüldü. 4. metakarpta 1.5 cm lik kısalık mevcuttu.Hastanın kısalığının 1 cm den fazla olması nedeniyle distraksiyon osteogenesis yöntemiyle uzatılması planlandı.Hastaya ekstenal fiksator yardımlı uzatma önerildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Brakimetakarp tedavisinde akut ve tedrici uzatma yöntemleri mevcuttur. Metakarp kısalığının fazla olması ve akut uzatmayla damar ve sinirde patoloji gelişebilme ihtimaline karşı daha güvenli olan tedrici uzatmayı tercih ettik.

OSTEOİD OSTEOMAYI TAKLİT EDEN KRONİK OSTEOMİYELİT OLGUSU

Ozan Beytemür¹, Mehmet Ali Baran¹, Alican Barış², Ümit Seza Tetikkurt¹, Serdar Yüksel¹, Mehmet Akif Güleç¹
¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Osteoid osteoma sıklıkla genç erkeklerde görülen benign neoplazmadır. Lezyon, sklerotik kemik ile çevrili santral nidustan oluşur. Kortikal veya kansellöz kemikte oluşabilir. Salisilatlarla cevap veren gece ağrısı tipiktir. Bu sunumda sekestre kemik dokusunun nidus ile benzerlik gösterdiği, osteoid osteomayı taklit eden kronik osteomiyelit olgusunu literatürü gözden geçirerek sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

28 yaşında erkek hasta 6 aydır sol dirsekte ağrı nedeni ile fizik tedavi polikliniğince takip edilmiş. Tedaviye dirençli lateral epikondilit düşünülerek MR inceleme yapılmış ve tarafımıza sevk edilmiştir. Yapılan fizik muayenesinde sol dirsek hareketleri doğal. Özellikle önkol proksimalinde aktivite ile artan, ancak istirahatte de devam eden ağrı şikayeti mevcut. Laboratuvar incelemesinde WBC:9,7/mm³, Sedimentasyon, 1 saat 15mm/saat, CRP:6,8mg/L idi. Yapılan direkt grafi, bilgisayarlı tomografi, Manyetik rezonans, Sintigrafi tetkikleri neticesinde osteoid osteoma ön tanısı ile ameliyat kararı verildi.

BULGULAR

Genel anestezi altında, pnömatik turnike uygulanarak sol dirsek anterolateral insizyonla radius proksimaline ulaşıldı. Skopi kontrolünde nidus olduğu düşünülen bölgeye ulaşıldı. Osteotom yardımı ile lezyonun üzerindeki kortikal kemik kaldırıldı. Nidus olduğu düşünülen bölge küret yardımı ile kürete edildi. Ancak lezyonun altında osteoid osteomada olduğu gibi kortikal kemik görülmedi. Medüller kemiğe küretaj işlemi uygulandığında kahverengi, bulanık renkte enfeksiyon ile uyumlu doku görüldü. Hem patolojik inceleme hem de mikrobiyolojik inceleme için örnekleme yapıldı. Medüller bölgedeki dokular kürete edildi. Bol yıkama sonrası katlar dren altında kapatıldı. Yapılan patolojik inceleme sonucu kronik osteomiyelit tanısı konuldu. Mikrobiyolojik inceleme neticesinde kültürde üreme saptanmadı. 6 hafta ampirik antibiyotik tedavisi uygulandı. Hastanın ameliyat sonrası 5. aydaki yapılan kontrol muayenesi ve laboratuvar bulguları normal idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Osteoid osteoma sıklıkla genç erkeklerde görülür. Yine sıklıkla Kortikal kemiği tutmakla beraber kansellöz kemikte de görülebilmektedir. Bu zamana kadar malign dönüşüm hiç bildirilmemiştir. Lezyon, etrafı sklerotik kemik ile çevrili, küçük, santral nidustan oluşur. Salisilatlarla cevap veren gece ağrısı tipiktir. Tedavi seçenekleri arasında medikal tedavi, radyofrekans ablasyon tedavisi ve açık cerrahi tedavi bulunmaktadır. Açık cerrahi tedavide nidusun tamamen çıkarılması ve kavitenin burr ile yeniden kürete edilmesi gerekir. Osteoid osteomanın bilgisayarlı tomografi incelemesinde özellikle intrakortikal, dış ve iç yüzey ile devamlılığın omaması, ve yuvarlak nidusun görülmesi önemlidir. Bizim olgumuzda lezyonun dış yüzey ile zaman zaman devamlılığının olduğu, nidusa benzer lezyonun yuvarlak olmadığı dikkati çekmektedir. MR incelemede ise lezyonun etrafında genellikle homojen bir ödem (T2 sekanslarda) görülmektedir. Yine bizim olgumuzda T2-Spair incelemede lezyonun etrafındaki ödem olarak değerlendirilen parlaklığın heterojen olduğu görülmektedir. Bu nedenle nidusun iç ve dış yüzey ile devamlılığının olduğu, MR incelemede heterojen parlaklığın olduğu olgularda ayırıcı tanıda mutlaka kronik osteomiyelit düşünülmalıdır.

SOL EL 3. PARMAKTA KONDROMİKSOİD FİBROM OLGUSU

Ozan Beytemür, Mehmet Öncü, Ümit Seza Tetikkurt, Oktay Adanır, Muhammed Zeki Gültekin, Mehmet Akif Güleç
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Kondromiksoid fibrom kıkırdak kökenli nadir bir tümördür. Tüm kemik tümörlerinin %1'inden azını oluştururlar. Genellikle uzun kemiklerin metafizinde, en sık da proksimal tibiada görülmektedir. Bu sunumda nadir bir lokalizasyon olan sol el 3. parmak proksimal falankstaki kondromiksoid fibrom olgusunu literatürü gözden geçirerek sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

On yaşında erkek hasta sol el 3. parmak proksimal falanksta şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. 8 ay önce düşme sonrası kırık öyküsü mevcut. Fizik muayenede sol el 3. parmak proksimal falanksta şişlik, ve proksimal interfalangeal eklemden 10 derece fleksiyon kısıtlılığı mevcut idi. Yapılan laboratuvar incelemesinde özellik saptanmadı. Radyolojik inceleme neticesinde sol el 3. parmak proksimal falanksın tamamını içeren, korteksi ekspansiyon eden litik lezyon mevcut idi. Hastanın klinik şikayetlerinin olması nedeni ile ameliyat kararı verildi. Radyolojik olarak kesin bir ön tanı olmaması, sintigrafide yüksek tutulum olması ve lezyonun agresif olması nedeni ile önce biyopsi yapılması planlandı.

BULGULAR

Önce sol el 3. parmak proksimal falanks dorsalinden longitudinal insizyonla girilerek açık biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu kondromiksoid fibrom tanısı konuldu. 2. seansta genel anestezi altında sol el 3. parmak proksimal falanks üzerinden longitudinal insizyonla girildi. Ekstansör tendon split olarak ikiye ayrıldı. Kemiğe ulaşıldıktan sonra dorsal yüzden longitudinal silindirik bir kemik pencere açıldı. Küret ile lezyonun tamamı kürete edildi. Lezyonun el kemiklerinde olması ve korteksin ekspansiyon olarak incelenmesi nedeni ile burr kullanılmadı. Bol yıkama sonrası adjuvan tedavi olarak Argon koteri ile lezyonun duvarları koterize edildi. Daha sonra spongioz allogreft ile grefonaj uygulandı. Kısa kol atel uygulandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kondromiksoid fibrom ilk defa 1948 yılında Jaffe ve Lichtenstein tarafından 8 olguda tanımlanmıştır. Kondromiksoid fibromlar tüm kemik tümörlerinin %1'inden azını oluştururlar. En sık uzun kemiklerin metafizlerinde, özellikle de proksimal tibia da görülürler. El kemikleri oldukça nadir bir lokalizasyon yeridir.

Eneking evreleme sitemine göre evre 3 lezyonlardır. Radyolojik olarak genellikle uzun kemiklerin metafizinde litik, iyi sınırlı lezyonlardır. Diğer kıkırdak kökenli lezyonlardan genellikle tümör içi kalsifikasyon olmaması nedeni ile ayrılır. Ancak mikroskopik düzeyde kalsifikasyon bulunabilir. Tedavi, rezeksiyon veya genişletilmiş küretaj, adjuvan tedavi ve kemik greftlemesidir. Nüks oranı %20 civarındadır. Sarkomatöz değişiklikler nadirdir.

Sonuç olarak el kemiklerinde litik, korteksi ekspansiyon eden ve tümör içinde kalsifikasyon olmayan lezyonlarda kondromiksoid fibrom düşünülmelidir ve tedavisinde, lezyonun agresif yapısı nedeni ile lokal adjuvanlar kullanılmalıdır.

İLİAK KANATTA İATROJENİK KRONİK OSTEOMİYELİT OLGUSU

Savaş Güner, Abdurrahim Gözen, Mehmet Fethi Ceylan, Uğur Türkteş, Mehmet Ata Gökcalp
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Osteomyelit, sıklıkla ilerleyici kemik destrüksiyonu ve yeni kemik oluşumu yapabilen ve zor tedavi edilen inflamatuvar bir kemik hastalığıdır. Bu çalışmada iliak kanat otogrefti ile tedavi edilmiş tibia pilon kırıklı hastada gelişen iatrojenik iliak kanat osteomyelit olgusunu sunmayı planladık.

YÖNTEM

25 yaşında erkek hasta sol spina iliaka anterior superior anteriorunda ağrı ve akıntılı yara nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde 11 yıl önce yüksekte düşme sonrası sol ayak bileğinde pilon kırığı olduğu ve yapılan cerrahi sırasında sol iliak kanattan otogreft kullanıldığı öğrenildi. Hasta 5 yıl önce iliak kanattaki greft alınan bölge üzerinde ağrı ve akıntı olması üzerine dış merkeze başvurduğu ve debridman ve antibiyoterapi uygulandığı öğrenildi. Tedavi sonrası 6. ayda yeniden akıntı başladığı ve o zamandan beri akıntısının devam ettiği öğrenildi.

BULGULAR

Hastanın fizik muayenesinde sol SİAS anteriorunda akıntılı fistül ağzı ve iliak krest üzerinde yaklaşık 8 cm lik skar izi mevcut idi. İliak kanat üzerinde palpasyonla ağrı ve hassasiyeti mevcuttu. Hastanın laboratuvar bulguları (biokimya, hemogram, C-reaktif protein, ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR)) normal olarak gözlendi. Fistül ağzından alınan sürüntü örneğinde üreme olmadı. Direkt radyografik muayenesinde iliak kanat üzerinde santral radyolusen alan ve lokal sklerotik alan görüldü. İliak kanattaki enfekte ve nekrotik alanların debridmanı ve fistülektomi operasyonu uygulandı. Kemik fragmandan alınan materyaller mikrobiyolojik ve patolojik olarak değerlendirildi. Gram boyamada mikroorganizma saptanmadı ve kültürde üreme olmadı. Histopatolojik incelemede kortikal ve spongios kemik doku osteomyeliti tanısı kondu. Hastaya üç hafta sefazolin (6gr/gün) ve (gentamisin 160 mg/gün) sonrasında 3 hafta ciprofloksasin (1.5gr/gün) ve sulperazon (2gr/gün) tedavisi uygulandı. Hastanın son kontrolünde klinik laboratuvar bulgularının normal olduğu ve akıntının durduğu gözlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bazı cerrahların primer kırığın tedavisine odaklanıp otojen greft alma prosedürünü yeteri kadar önemsemediğini düşünüyoruz. İliak kanattan otogreft alınması prosedüründe iatrojenik osteomyelitten kaçınmak için sterilizasyona maksimum derecede dikkat edilmesi gerekmektedir.

NADİR RASTLANAN AYNI PARMAKTA EŞ ZAMANLI İKİ EKLEM ÇIKIĞI (PEDIATRİK OLGU)

Mehmet Ali Uysal

Beyşehir Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, KONYA

GİRİŞ VE AMAÇ

El parmak çıkıkları arasında aynı parmakta her iki eklemi ilgilendiren çıkıklara nadiren rastlanmaktadır. Literatürdeki olgu örneklerinde ilgili sakatlıkların 14 yaşında bir olgu dışında tamamını yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Olgumuzda 12 yaşında erkek hastanın el dördüncü parmağına tekme darbesi sonrası hiperekstansiyon tipi yaralanma ile proksimal interfalangeal (PIP) ve distal interfalangeal (DIP) eklemlerde eş zamanlı oluşan çıkıkları kapalı redükte ederek ve erken harekete izin vererek mükemmel yakın sonuç elde ettik.

YÖNTEM

12 yaşında erkek hasta futbol maçı esnasında, rakip oyuncu tarafından sağ el dördüncü parmağına tekme darbesi gelmesi sonrası, elinde ağrı ve şekil bozukluğu ile ortopedi ve travmatoloji aciline başvurdu. Acil serviste değerlendirilen hastanın sağ el 4. parmağında merdiven basamağı deformitesi gözlemlendi. Elde açık yarası yoktu. Elde damar ve sinir muayenesi salim olarak tespit edildi. Radyografi incelemelerinde her iki proksimal ve distal interfalangeal eklemlerin eş zamanlı olarak dorsale çıkık olduğu görüldü. (Resim 2a, 2b, 2c). Herhangi bir kırık yada fizyel hasara rastlanmadı. Dijital sinire anestezi ajan enjeksiyonu sonrası, basit longitudinal traksiyon ile her iki eklem çıkığı başarı ile redükte edildi. Her iki eklem stres altında stabil redüksiyonun devamlı idi. (Resim 3a, 3b). Hastaya intrinsik plus pozisyonda atel uygulanarak 1 hafta sonra ağrısı geçince ateli çıkarıldı. Altınca haftada hastanın ağrısız tam parmak hareketlerini geri kazandığı gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

PIP veya DIP eklemlerde oluşan çıkıklara sık olarak rastlanmakla birlikte her iki eklemi aynı anda tutan çıkıklar oldukça nadirdir. Bu tür sakatlanmaya dair ilk bildirinin üzerinden bir dekattan fazla zaman geçmiş olmasına rağmen İngiliz literatürü incelendiğinde az sayıda olguya rastlanmaktadır. (1,2) En sık neden olan sakatlanma mekanizması, parmakta kuvvetli hiperekstansiyon oluşması sonucunda DIP eklemlerde volar kapsül yırtılması ve dorsal çıkık meydana gelmesi ayrıca aynı kuvvetin orta falanksı da etkilemesiyle benzer çıkığın PIP eklemlerde de oluşması şeklindedir. Bu tür sakatlanmalar sıklıkla futbol, voleybol, beyzbol gibi top ile oynanan oyunlarda oluşur. (3,4). Genellikle erkek atletlerde görülür ve en sık olarak da dominant elin ulnar parmakları etkilenir. (5,6). Radyografi PIP ve DIP eklemlerde eş zamanlı dorsal çıkığı gösterir (merdiven basamağı bulgusu). Dislokasyonlara falanks kırıkları veya volar plakta hasarlanma eşlik edebilir. Olguların çoğunda anestezi ile veya anestezi olmadan uygulanan longitudinal traksiyon ile kapalı redüksiyon sağlanır. Bununla beraber açık çıkıklar, eş zamanlı kırık bulunması yada fleksör tendon, volar plak veya ligamentlerde yaralanma olması, yada ihmal edilmiş olgular gibi nadir durumlarda cerrahi tedavi seçeneği gerekebilir. Olgu bildirilerinde yazarlar tedavi seçeneği olarak el- el bilek atelleri ile 2-4 hafta süren immobilizasyon uygulamayı tercih etmişlerdir. (5,6,7) El parmak immobilizasyonu eklem katılığına yol açabilir. Olgumuzda intrinsik plus pozisyonda atelleme ve erken mobilizasyonla normal eklem hareketleri ve eklem fonksiyonlarının tam olarak geri kazanılması şeklinde başarılı tedavi sonucu elde ettik. Bu tür çıkıkların pediatrik yaş gurubunda nadir görülmesinin nedeni, interfalangeal eklem kompleksindeki en zayıf bölge büyüme plağı olduğundan bu tür hasarlanmanın epifizyolize neden olması şeklinde açıklanmaktadır. Aynı parmakta eş zamanlı iki eklem çıkığı nadir görülmektedir. Olgumuz bu tür çıkığın izlendiği literatürdeki ikinci pediatrik vakadır.

KOKSOFEMORAL EKLEMDE SEPTALI SIVI KOLEKSİYONU; KALÇA EKLEMİ BRUSELLOZ OLGUSU

Hasan Hüseyin Ceylan¹, Bahadır Ceylan², Ayşenur Ceylan³, Gökçer Uzer¹, İbrahim Tuncay¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları A.D.

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

Fizik muayene ve radyolojik incelemelere ek olarak dikkatli bir anamnez alınmadığı durumlarda Brusella kaynaklı artrit olgularının tanısı gecikebilmektedir. Kolayca tedavi edilebilen bu olgularda hekimin dikkat edeceği en önemli konu hastanın anamnezidir. Bu çalışmamızda haftalardır süren kalça ağrısı ile kliniğimize başvuran yetişkin erkek Bruselloz olgusu ele alındı.

YÖNTEM

Otuziki yaşındaki erkek hasta sağ kalça ağrısı, yürüyememe, gece terlemesi ve kilo kaybı yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın yakınmaları 6 aydır vardı ve bu süre içinde vücut ağırlığından 6 kg kaybetmişti. Hastanın anamnezinde pastörize edilmeden hazırlanmış peynir tükettiği öğrenildi. Fizik muayenede sağ kalça eklemının hareketleri ileri derecede ağrılıydı ve ağrı nedeniyle hasta yürüyemiyordu. Serum C-reaktif protein düzeyi ve eritrosit sedimentasyon hızı normal bulundu. Periferik kan sayımında lökosit sayısı 8850/mm³ (nötrofil %73.7, lenfosit % 15.5) bulundu. Serum alanin aminotransferaz ve kreatinin düzeyleri normaldi. Sağ koksosfemoral eklemın direk radyolojik incelemesinde patoloji yoktu. Aynı eklemın manyetik rezonans incelemesinde eklem aralığında sıvı artışı ve septalar oluşturan abse formasyonu görüldü. Brusella tüp aglütinasyon testinin 1/320 titrede pozitif bulunması üzerine hastaya Bruselloz tanısı konuldu. Streptomisin (parenteral 1gr/gün), doksisisiklin(oral 200mg/gün) ve rifampisinden (oral 600mg/gün) oluşan kombine tedavi başlandı.

BULGULAR

Streptomisin tedavisi toplam 20 gün verilirken rifampisin ve doksisisikline 12 ay devam edildi. Semptomların altıncı ayın sonuna doğru tamamen kaybolmasına rağmen tedavi protokolü gereğince rifampisin ve doksisisiklin kombinasyonuna 6 ay daha devam edildi. 12.ayda yapılan kalça eklemi radyolojik incelemeleri tamamen normal olarak bulundu. Hastanın kalça eklemi hareket açıklığı diğer sağlıklı kalça ile kıyaslandığında herhangi bir kısıtlılık kalmadı ve ağrısı tamamen geçen hasta günlük hayatına ve işine döndü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Genellikle artrit tablosuyla ortaya çıkan Bruselloz gecikmiş olgularda nadir de olsa eklem içi septalı sıvı koleksiyonu oluşturabilmektedir. Hastanın anamnezi dikkatlice alınırsa Brusella nedenli eklem ağrısı kolayca tanınabilir ve tedavideki gecikmeler yaşanmaz.

OLGU SUNUMU: BİLATERAL PROKSİMAL FİBULA STRES KIRIĞI

Halil Burç¹, Hüseyin Yorgancıgil¹, Yakup Barbaros Baykal¹, Tolga Atay¹, Demir Demirci²
¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Isparta
²T.C.Sağlık Bakanlığı Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

AMAÇ

Stres kırığı, genellikle tekrarlayan yüklenmeler sonrası özellikle askerlerde ve sporcularda görülen bir durumdur. Sıklıkla distal fibulada görülen bu durum, proksimal 1/3'ünde nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilateral görülme olasılığı bir o kadar daha nadirdir. Bu sunum ile nadir görülen proksimal fibula stres kırığına dikkat çekmek istedik.

YÖNTEMLER

Olgumuz 28 yaşında ev hanımıdır. Bir yıldan daha uzun süredir her iki bacağına ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurmuştur. Anamnezde hastanın evinden fazla dışarı çıkmadığı, güneşli ortam ile temasının fazla olmadığı ve ara sıra yaptığı düzensiz yürüyüşler dışında herhangi bir sportif aktivitesi olmadığı öğrenilmiştir. Tetkiklerinde, alkalin fosfataz 175 U/L (30-120 U/L), WBC 6,9, sedimentasyon 17mm/st, Ca 9,44 mg/dl (8,8-10,6 mg/dl), 25 OH Vitamin D3 5µg/L (20-120µg/L) olarak bulunmuştur. Grafillerinde her iki fibula proksimal diafizde düzensizlik görülmüştür. Üç fazlı kemik sintigrafisinde stres kırığı ile uyumlu bulunmuştur. Endokrinoloji kliniği ile yapılan konsültasyon sonrası D vitamini yetmezliğine bağlı stres kırığı tanısı konularak medikal tedavi başlanmıştır. Kontrollerde hastanın şikayetlerinin gerilediği ve radyografik olarak iyileşme saptanmıştır.

TARTIŞMA

Fibula normalde alt ekstremiteye binen yükün % 6,4-16,7'si kadarını taşır. Stres kırığına yatkınlık sağlayan faktörler arasında anoreksia nervoza, yetersiz kalsiyum alımı, steroid kullanımı, genetik faktörler, anormal alt ekstremitte dizilimi, gecikmiş menaj, bayan cinsiyet, beyaz ırk, kemik yapım-yıkımını arttıran bazı hastalıklar, sedanter yaşam, sigara, seks hormon seviyesindeki düşüklük ve düşük kemik kütlesi sayılabilir. Proksimal fibular stres kırığında etiyoloji tam olarak bilinmese de patomekanizmasında iki senaryodan söz edilmektedir. Birincisi tekrarlayan direkt streslere maruz kalmadır. Bu direkt stres sonrası bölgesel ödeme bağlı peroneal sinirde nöropraksi olabilir. İkincisi ise, özellikle askerlerde çömelme pozisyonunda iken yürüme, sıçrama veya koşma halinde proksimal fibulanın makaslama kuvvetlerine maruz kalması ile oluşan indirekt mekanizmadır. Tanı primer olarak hastanın kliniğine dayanır. Bölgesel hassasiyet ve ağrıyı takiben basit radyografik inceleme ve 3 fazlı kemik sintigrafisi tanı koydurucudur. Stres kırığı akut safhada osteosarkom ile karışabilir. Fibular stres kırıklarının birçoğu istirahat, aktivite modifikasyonu ve eksik olan parametrenin yeniden yerine konması ile 6-12 hafta içinde iyileşirler. Literatürde tarif edilmiş cerrahi bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Literatüre bakıldığında bilateral fibula stres kırığı olan 8 vaka bildirilmiştir. Bu hastalarda etyoloji olarak düşük kemik mineralizasyonu ve sportif aktivitelerin olduğu görülmüştür. Matheson ve ark. stres kırığı olan 320 atlet üzerinde yaptıkları bir çalışmada lokalizasyon olarak tibia (% 49,1) ilk sırada yer alırken, fibula (% 6,6) 5.sırada yer almıştır. Bütün stres kırıkları ele alındığında bilateral görülme sıklığı %16,6 olarak bulunmuştur. Stres kırığı tanısı konulurken altta yatan sebepler konusunda dikkatli olunmalıdır. Sadece tekrarlayan bir travma sonrası bu patolojinin olmayacağını, yetersiz kalsiyum alımı ve D vitamini yetmezliğinin stres kırığına neden olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Her ne kadar gerçek insidansı ve patofizyolojisi tam olarak bilinmese de, bilateral proksimal fibula stres kırığı nadir bir patolojidir. Bunun farkında olunması, hekime doğru tanı koymasında ve uygun tedaviyi seçmesinde yardımcı olacaktır.

T9 VERTEBRA SPİNOZ ÇIKINTIDAN KAYNAKLANAN OSTEOKONDROM OLGUSU

Ozan Beytemür, Sever Çağlar, Oktay Adanır, Ender Alagöz, Yaşar Mahsut Dinçel, Mehmet Akif Güleç
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Osteokondromlar en sık görülen iyi huylu kemik tümörleridir. Genellikle uzun kemiklerin metafizlerinde görülürler. Vertebralarda oldukça nadir görülür. Bu sunumda cerrahi olarak tedavi ettiğimiz T9 vertebra spinoz çıkıntidan kaynaklanan osteokondrom olgusunu literatürü gözden geçirerek sunmayı amaçladık.

YÖNTEMLER

9 yaşlık ve ağrı şikayetli ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde T9 vertebra spinoz çıkıntı yaşında kız çocuğu sırtında lateralinde 2x3 cm şişlik mevcut idi. Omurga hareketleri doğal idi. çekilen grafi, BT ve MR incelemeleri neticesinde T9 vertebra spinoz çıkıntidan kaynaklanan osteokondrom saptandı. Hastanın ağrı şikayeti olması nedeni ile ameliyat kararı verildi.

SONUÇLAR

Genel anestezi altında prone pozisyonda yatan hastada T9 vertebra üzerinden longitudinal insizyonla osteokondroma ulaşıldı. Çevre yumuşak doku diseke edilerek osteokondrom açığa çıkarıldı. Osteotom yardımı ile en blok rezeksiyon yapıldı. Yapılan histopatolojik inceleme neticesinde osteokondrom tanısı konuldu. Hastanın 9 aylık takibinde nüks görülmedi.

TARTIŞMA

Osteokondromlar en sık görülen iyi huylu kemik tümörleridir. Gerçek bir neoplazmdan ziyade gelişimsel malformasyonlardır. Genellikle periost içindeki kıkırdak adacıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. En sık uzun kemiklerin metafizlerinde görülmektedir. Vertebra nadir bir lokalizasyon yeri olup (%2) T9 vertebra spinoz çıkıntı literatürde bildirilmemiştir.

Spinal osteokondromlar tüm spinal tümörlerin % 4'ünden azını oluşturmaktadır. Spinal osteokondromların % 50 si ise servikal vertebralarda, özellikle C2 vertebradır. En sık servikal vertebralarda görülmesinin nedeni, bu bölgede daha fazla hareket ve buna sekonder kıkırdakta daha fazla mikrotravma oluşması gösterilmiştir. Tanıda direkt grafi ile %17-20 oranında tanı konulur. İleri görüntüleme tetkikleri ile birlikte değerlendirilmelidir. BT özellikle lezyon ile kaynaklandığı doku arasındaki medullar devamlılığı göstermektedir. MR ise kıkırdak şapkanın kalınlığı, çevre dokuların durumu hakkında ayrıntılı bilgi vermektedir. Spinal osteokondromlar, 2 şekilde değerlendirilir. Soliter osteokondrom ve Multiple herediter ekzositoz ile ilişkili osteokondrom. Malign dejenerasyon soliter olgularda % 1 olguda görülmekte iken multiple herediter ekzositozlu olgularda % 5 oranında görülmektedir. Herediter multiple ekzositozlu olgular daha genç yaş grubunda görülme eğilimindedir ve bunlarda nörolojik semptomlar daha sık görülür. Spinal osteokondromlarda lezyon büyüdüğünde, çevre dokulara baskı yaptığında ve semptomatik olgularda cerrahi tedavi endikedir. Cerrahi tedavi olarak enblok rezeksiyon yeterlidir. Nüks oldukça nadirdir. Nüks %2 oranında olup genellikle, yetersiz eksizezyonla ilişkilidir.

Sonuç olarak osteokondrom en sık görülen iyi huylu kemik lezyonları olup uzun kemiklerin metafizlerinden kaynaklanır. Direkt grafi ile uzun kemiklerin aksine nadiren tanı konulur. Tanıda direkt grafi ile beraber BT ve MR oldukça faydalıdır. Vertebra çok nadir bir lokalizasyon yeri olup T9 vertebra spinoz çıkıntı olgusu literatürde bildirilmemiştir. Semptomatik olgularda cerrahi tedavi endike olup enblok rezeksiyon yeterlidir.

YÜKSEKTEN DÜŞME SONUCU AYAĞA SAPLANAN YABANCI CİSİM OLGUSU

Savaş Güner, Mehmet Ata Gökalp, Mehmet Fethi Ceylan, Seyyid Şerif Ünsal, Hacı Önder
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

İş kazası planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucu meydana gelen, sakatlanmalara ve zarara yol açan bir durum olarak tanımlanmıştır. Düşme sonrası ayağına inşaat demiri saplanan bir iş kazası olgusunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

25 yaşında erkek hasta inşaatından düşme sonrası sağ ayağına inşaat demiri saplanması nedeniyle acil sevi-
simize başvurdu.

BULGULAR

Muayenesinde sağ ayak tabanının midtarsal bölgeden girip ayak dorso-lateralinden çıkan 8 mm çapın-
da inşaat demiri tesbit edildi. Çekilen grafide 5. Metatars başında kırık tespit edildi. Distal nabızlar manuel
alınan hastada damar sinir patolojisi saptanmadı. Demir parçası ayaktan çıkış yerinden kesilerek ayak ta-
banından girdiği yerden çekildi. Yara yeri bol %0.9'lık NaCl solüsyonu ile yıkandıktan sonra 5. Metatars kırığı
için kısa bacak alçı yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Takiplerinde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Ekstremitelerde yabancı cisim ile başvuran her hastaya
öncelikle damar sinir muayenesi yapılmalı ilgili ekstremitenin 2 yönlü grafisi çekilmeli ve tetanoz profilaksisi
ve antibiyoterapi başlanmalıdır.

OLGU SUNUMU: KALÇADA GEÇ TANI ALMIŞ SİNOVYAL KONDRAMATOZİS OLGUSU

Fevzi Birişik, Barış Güleç, Turgut Akgül, Önder Yazıcıoğlu
İstanbul Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Primer sinovyal osteokondromatozis; İntraartiküler serbest cisimler ve sinovyal hiperplaziyle karakterize, seyrek ve selim bir hastalıktır. Mekanik semptomlara yol açar ve tedavi edilmezse dejeneratif artritese sebep olabilir. Bu olgu sunumunun amacı kalçada yapılan artrotomi ile sinovektomi ve serbest cisimlerin çıkarılması tedavisinin sonucunu bildirmektir.

YÖNTEM

Biz bu olguda preoperatif BT görüntülerine dayanarak eklem ve çevresinde tutulumu tespit edilen ve primer kalça sinovyal kondromatozis tanısı konulan olguda anterolateral insizyon ile artrotomi yapılarak sinovektomi ve serbest cisimlerin çıkarılması uygulandı.. Postoperatif dönemde olgu için nüks, osteoartrit gelişimi ve cerrahi komplikasyonlar açısından klinik ve radyolojik olarak takip edildi.

BULGULAR

54 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 yıl bel ve kalça ağrıları nedeniyle nöroşirürji ve fizik tedavi tarafından takip edilmiş semptomatik tedaviye yanıt vermeyen hasta ortopediye yönlendirilmiş. Hastada yapılan inceleme sonrası sinovyal kondromatozis tespit edildi. Hastanın preoperatif Harris Hip Skoru 47.85 ti. hastada postoperatif son kontrolde Harris Hip skoru 87.72 ye yükseldi. Hastanın preoperatif kalça hareket kısıtlılığı tedavi sonrası belirgin düzeldi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ortalama 1,5 yıl postoperatif takip sonrası, Primer sinovyal kondromatozisin tedavisinde sinovektomi ve serbest cisimlerin çıkarılması semptomları etkin şekilde azalttığı tespit edildi. Uygulanan prosedürün güvenilir ve etkin olduğunu gördük

TİBİA ŞAFT KIRIKLARININ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEME YÖNTEMİ İLE TEDAVİSİ

Savaş Güner, Sezai Özkan, Uğur Türkteş, Mehmet Ata Gökalp, Mehmet Fethi Ceylan, Seyyid Şerif Ünsal, Abdurrahim Gözen
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Tibia diafiz kırıkları, uzun kemik kırıkları içerisinde en sık karşılaşılan kırık tipidir. İntramedüller çiviler, giderek artan bir yoğunlukta tibia diafiz kırıklarının tedavisinde kullanılmaktadır. Çalışmamızda kilitli intramedüller çivileme ile tedavi edilen tibia diafiz kırıklarının radyografik ve klinik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine Ocak 2009 ile Aralık 2012 tarihleri arasında tibia diafiz kırığı nedeniyle kilitli intramedüller çivi uygulanmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Radyografik olarak iyileşme, ön-arka ve yan grafilerde hastanın desteksiz olarak yük vermesine izin verecek düzeyde kallus oluşumu ve/veya kırık hattının kaybolması olarak kabul edildi. Klinik iyileşme ise, hastanın kırık bölgesinde ağrısı olmadan tam yük verebilmesi ve günlük aktivitelerine dönebilmesi olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma grubumuzdaki vakaların tümünde intramedüller çivi ameliyatı tedavisi ile kaynama sağlandı. Ortalama kaynama süresi 18,4 hafta olarak gözlemlendi. Ameliyat esnasında 24 hasta statik, 19 hasta statik ve dinamik kilitlendi. Statik kitleme yapılan hastalarımızın beşinde kaynama gecikmesi nedeniyle ameliyattan 3 ay sonra dinamizasyon uygulandı. Hastaların hiçbirinde ameliyat sonrasında yara yerinde enfeksiyon veya implant enfeksiyonu gözlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Tibia shaft kırıklarının tedavi seçiminde uygun hasta grubuna yapılan intramedüller çivi seçeneğinin erken dönemde mobilizasyona izin verilebilmesi, düşük komplikasyon oranı ve kaynama süresinin kısa olması nedeniyle tedavi seçeneğinde altın standart olduğu kanaatindeyiz.

SEPTİK ARTRİT ETİYOLOJİSİNDE SEYREK GÖRÜLEN BİR AJAN: STREPTOCOCCUS DYSGALACTIA

Kerem Bilsel¹, Meryem İraz², Haşan Hüseyin Ceylan¹, Yasemin Akkoyunlu³, Ayşenur Ceylan², İbrahim Tuncay¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji A.D.

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

Streptococcus dysgalactia subspecies *equismilis* (SDSE) primer olarak deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarında bulunur. İlaç kullanıcıları, immünsüpresif ve yaşlı kimselerde ise septik artrit, osteomyelit ve bakteriyemi gibi invazif enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Bu raporda, dış merkezde alınan ponksiyon mayiinde tanımlanamayan gram pozitif kok üreyen ve kliniğimize sevkedilerek tedavisi yapılan bir olgu sunulmuştur.

YÖNTEM

Diz ağrısının üçüncü gününde acil servisimize başvuran 56 yaşındaki bayan hastanın diz ve kruris anteriorunda, inspeksiyonda klinik olarak septik artrit ile pek uyumlu olmayan ve ilk bakışta selülit düşündüren dermal ısı artışı ve kızarıklık mevcuttu. Diz eklemine şişlik, kızarıklık ve efüzyon saptandı. Diz eklemi ponksiyonunda; yoğun içerikli, pürülan görüntüsü olmayan, kokusuz, koyu sarı renkte, yüksek viskoziteli sıvı geldi. Hastanın kliniği ve laboratuvar değerleri septik artritten ziyade artroz alevlenmesi ile uyumlu olarak değerlendirildi. Sinovyal sıvı incelemesinde bol lökosit (98.000/mm³), PMNL ve Gram pozitif koklar görüldü. Sinovyal sıvıdan izole edilen bakterinin gram pozitif zincirli kok olduğu görüldü ve identifikasyonu otomatize sistem VITEK2 ile *Streptococcus dysgalactiae* subspecies *equismilis* olarak tanımlandı. Hastadan gönderilen kan kültürü şişelerinin her ikisinden de aynı bakteri izole edildi.

BULGULAR

Hastamıza i.v. seftriakson ve vankomisin tedavisi başlandı. Parenteral antibiyotik ile klinik düzelme sağlanan hasta yedinci gün cerrahi debridmana ihtiyaç kalmadan taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

SDSE sıklıkla β-hemolitik streptokok olarak adlandırılan piyojenik streptokok grubuna aittir. Literatürde SDSE kaynaklı septik artrit olgusu çok nadirdir. Lancefield grup C ve G streptokok 1980'li yılların ilk dönemlerinde önemli bir insan patojeni olarak ortaya çıkmasına rağmen az sayıda laboratuvar tarafından tür düzeyinde tanımlanabilmektedir. Bu yüzden insanla ilişkili SDSE enfeksiyonlarının sayısı tam olarak bilinmemektedir. Ajan kesin olarak tanındıktan sonra eklem debridmanına gerek kalmadan parenteral antibiyotik ile tedavi edilebilmektedir.

FARE ISIRIĞI SONRASI KEDİ TIRMIĞI HASTALIĞI OLGUSU

Savaş Güner, Mehmet Ata Gökalgp, Seyyid Şerif Ünsal, Mehmet Fethi Ceylan, Uğur Türктаş
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ VE AMAÇ

Kedi Tırımığı Hastalığı Bartonella Hanselae'nin neden olduğu bağışıklık sistemi normal kişilerde lenf nodlarında kronik inflamasyonla seyreden bir enfeksiyondur. Bu yazıda sağ kolda kitle nedeniyle başvuran kedi tırımığı hastalığı tanısı konulan olguyu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

Ondört yaşında kız hasta 2 yıl önce sağ elinin sırt bölgesinden fare tarafından ısırıldığını 1 aydan beridir de sağ kolun iç tarafında kitle olduğunu ve kitlenin giderek büyüdüğünü ifade etti.

BULGULAR

Yapılan fizik muayenesinde sağ kol orta 1/3 medialde 4x3 cm çapında ve sağ aksiler bölgede 2x2 cm çapında solid kitle tespit edildi.yapılan laboratuvar testlerinde sedim değeri 32 olarak tespit edildi, diğer tetkik sonuçları ise normaldi. Çekilen MRI incelemesinde 40x30x25 mm çapında T1A incelemelerinde hipointens T2A incelemelerinde hiperintens görünen kontrast madde tutulumu gösteren solid lezyon ve aksiller bölgede 25mm çapında lenfadenopati görüldü. Hastaya eksizyonel biyopsi planlandı. Yapılan histopatoljik incelemesi kedi tırımığı hastalığı olarak rapor edildi.

TARTIşMA VE SONUÇ

Kolda kitle ve aksiler bölgede lenfadenopatiyle başvuran olguların ayırıcı tanısında tümör,tbc,enfeksiyon hastalıklarının yanında Kedi Tırımığı Hastalığı' da düşünölmelidir.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI

2013



TOTDER
1939

24 - 27 NİSAN 2013
HALIÇ KONGRE MERKEZİ / İSTANBUL

KATKILARINDAN DOLAYI TÜM KATILIMCI FİRMALARA TEŞEKKÜR EDERİZ.

ABDİ İBRAHİM
AĞAOĞLU TIBBİ SAĞLIK
BAYER
BIOMET
BOEHRINGER
BURAK MEDİKAL
BÜYÜKYILDIZ MEDİKAL
CERAMTEC
DEPUY SYNTHES
EMBİL
EUROKİM
FİKSMED
IMPLANCAST
İBRAHİM ETHEM ULAGAY
İLERİMED
KAYAMED
KCI
MAQUET
MEDAPHARMA
MEDEL TIP
MEDIST
MEDİKON
ORTOPRO - ORSEM
OTTOBOCK
PASİFİK
PLATO MEDİKAL
SANOVEL
SEDAM MEDİKAL
STRYKER
TAKEDA
TASARIMMED
TST
UNITED GRUP
ZİMMER

İNDEKS

A

Abdullah Eren 5
Abdullah Göğüş 10
Abdurrahim Gözen 13, 32, 47,
57, 64
Ahmet Alanay 7
Ahmet Aydın Kömür 18
Ahmet Ekin 8
Ahmet Kapukaya 6
Ahmet Özmeriç 38
Ahmet Serhat Genç 45
Akın Uğraş 3, 7
Akın Üzümcügil 8
Aksel Seyahi 6
Ali Alkan 5
Alican Barış 55
Ali Öznur 9
Ali Şehitioğlu 7
Ali Utkan 20, 45, 50
Arel Gereli 3
Arzu Razak Özdiñçler 36
Asım Ciliz 20, 50
Asım Kayaalp 9
Afa Can Atalar 3, 6
Atilla Polat 44
Atilla Sancar Parmaksızoğlu 3
Aydın Yüçetürk 8
Ayşenur Ceylan 59, 65
Azmi Hamzaoğlu 7

B

Bahadır Ceylan 59
Bahtiyar Demiralp 39
Baran Kömür 17, 18, 19, 42
Barış Gülenç 28, 29, 63
Barış Kocaoğlu 3
Barış Yılmaz 17, 18, 19, 42
Bavonratanavech Suthorn 5, 8, 10
Bruce Reider 8, 9
Bülent Atilla 10
Bülent Erdemli 10
Bülent Erol 6
Burak Beksaç 10

C

Çağrı Örs 20, 45, 50
Can Eren Ünlü 51, 52
Cemalettin Aksoy 5, 6
Cemal Güler 23
Cem Coşkun Avcı 46
Cem Cüneyt Köse 20, 45, 50
Cem Esenyel 6
Cemal Kural 3
Cemil Ertürk 14, 16, 40
Cengiz Şen 3, 6
Cengiz Yıldırım 15, 39
Cenk Özkan 6
Cihangir Tetik 8
Cüneyt Şar 7

D

Demir Demirci 60
Deniz Kara 48
Derya Çelik 36
Dietrich Schlenzka 5, 7
Dündar Sabah 6

E

Eftal Güdemez 8
Egemen Ayhan 6
Emel Gönen 9
Emilio Calvo 9, 10
Emre Özden 8
Emre Toğrul 10
Ender Alagöz 61
Engin Eceviz 9
Engin Ilker Çiçek 39
Ercan Çetinus 3
Erdem Aktaş 19
Erhan Basad 9
Evren Atay 17, 18

Evrin Şirin 49

F

Fahri Erdoğan 3, 10
Faik Altıntaş 7
Faik Seçkin 6
Fatih Dikici 3, 7, 28
Fatih Küçükdurmaz 34
Fevzi Birişik 28, 29, 63
Fuat Bilgili 9

G

Gamze Kuş 36
Georg Gradl 10
Gökçer Uzer 35, 59
Gökhan Polat 35
Göksel Dikmen 51, 52
Göksel Şahiner 12
Günhan Karakurum 10
Gürsel Leblebicioğlu 7
Gürsel Saka 46
Güvenir Okçu 10

H

Hacı Önder 32
Hacı Önder 25, 62
Hakan Boya 10
Hakan Kınık 8, 10
Hakan Özsoy 8
Hakan Şenaran 8
Halil Bekler 7, 8
Halil Burç 38, 60
Halil İbrahim Bekler 3
Harun Akkaya 53
Harzem Özger 6
Hasan Bombacı 3, 8, 10
Hasan Hüseyin Ceylan 30, 31, 33,
34, 35, 48, 59, 65
Hatice Sözgen 33
Hayati Durmaz 2, 3, 7
Hayrettin Kesmezacar 6, 26
Hüseyin Arslan 5
Hüseyin Yorgancıgil 60

I

İbrahim Tuncay 30, 31, 33, 48, 59,
65
İ. Metin Türkmen 2, 3
İpek Yeldan 26
İrfan Esenkaya 3, 7
İrfan Öztürk 3, 8
İshak Balık 23
İstemi Yücel 23

K

Kaan Erler 6
Kahraman Öztürk 7
Kazım Solak 12, 21, 22, 23
Kemal Aktuğlu 10
Kemal Durak 10
Kenan Keklikçi 9, 15
Kerem Bilsel 6, 30, 33, 35, 65
Kerem Canbora 6
Kerim Sarıyılmaz 28, 51

L

Levent Eralp 5, 6

M

Mahmut Kömürcü 10
Mark Eidelman 6
Mehmet Akif Altay 14, 16, 40
Mehmet Akif Güleç 55, 56, 61
Mehmet Akif Kaygusuz 3
Mehmet Ali Baran 55
Mehmet Ali Uysal 58
Mehmet Arıcan 12, 21, 22, 23
Mehmet Aşık 9
Mehmet Afa Gökalt 13, 24, 25, 27,
32, 43, 47, 54, 57, 62, 64, 66

Mehmet Çakmak 29
Mehmet Can Ünlü 3
Mehmet Coşkun Öz Saraç 16
Mehmet Demirhan 6, 10
Mehmet Demirtaş 6
Mehmet Elmadağ 7, 30, 31, 48
Mehmet Emin Uludağ 20, 45
Mehmet Erdil 33, 35, 36
Mehmet Fethi Ceylan 13, 24, 25,
27, 32, 43, 47, 54, 57, 62,
64, 66

Mehmet Kerem Canbora 44
Mehmet Kocaoğlu 6
Mehmet Küçükkoç 34
Mehmet Öncü 56
Mehmet Şevki Uyanık 42
Mehmet Şirin Bulut 12, 21
Mehmet Uğur Özbaydar 3, 6
M. Emin Şenocak 8
Meryem İraz 65
Mesih Kuşkucu 15
Metin Küçükkuş 9
Metin Türkmen 10
Mücahit Görgeç 8
Muhammed Abughalwa 46
Muhammed Zeki Gültekin 56
Muhammed Demir 53
Muharrem İnan 5, 6
Muharrem Yazıcı 5
Murat Demirel 36
Murat Hız 6
Murat Şirikçi 51, 52
Mustafa Aşansu 37
Mustafa Başbozkurt 39
Mustafa Bilgili 9
Mustafa Karahan 3, 8, 10
Mustafa Özkan 6, 10
Mustafa Seyhan 8

N

Nadir Özkayın 10
Nadir Şener 3, 8
Necdet Demir 31
Necdet Sağlam 9, 46
Necip Güven 13, 32
Ned Amendola 9, 10
Nejat Güney 26
Nevzat Dabak 6
Nurettin Heybeli 9, 17, 18, 42
Nuri Aydın 37, 49

O

Oğuz Poyanlı 10
Okan Özkunt 28
Oktay Adanır 56, 61
Onur Tunalı 29
Orhan Büyükbecici 16
Osman Güven 6
Osman Rodop 15
Osman Tuğrul Eren 3
Ömer Taşer 10
Önder Aydıngöz 3, 10
Önder Kaya 5
Önder Kılıçoğlu 9
Önder Ofluoğlu 6
Önder Yazıcıoğlu 28, 63
Öner Şavk 10
Özal Özcan 10
Ozan Beytemür 55, 56, 61
Özkan Köse 44

P

Patrick Houvet 8
Phillippe Kopylov 7, 8
Pınar Bakır 53

R

Raci Yanımpapuç 16
Reha Tandoğan 8, 10
Remzi Can Fakıoğlu 50
Remzi Tözün 7, 10

S

Sadiye Murat 14
Saif Ada 8
Salih Marangoz 6
Savaş Güner 13, 24, 25, 27, 32, 43,
47, 54, 57, 62, 64, 66
Scott Wolfe 8
Selami Çakmak 15
Selçuk Uzuner 34
Semih Ayanoğlu 9
Semih Aydoğlu 10
Şenol Akman 6
Sercan Akpınar 6
Serdar Memişoğlu 19
Serdar Orhan 15
Serdar Yüksel 55
Serkan Özkan 22
Sevdegül Karadaş 13
Sever Çağlar 61
Şevki Erdem 44
Seyyid Şerif Ünsal 24, 25, 43, 54, 62,
64, 66
Sezai Özkan 64
Sinan Bilgin 7
Şükri Araç 10

T

Taçkın Özalp 7
Tahir Öğüt 9
Taner Güneş 10
Teoman Benli 7
Tolga Atay 38, 60
Tolga Aydoğ 8
Tolga Tüzüner 3, 9, 10
Tuhan Kurtulmuş 46
Tülin Türközü 27
Tunay Erden 35
Turgay Er 3, 6
Turgut Akgül 29, 63

U

Ufuk Gürkan 44
Ufuk Nalbantoğlu 3, 6, 8
Ufuk Özkaya 8, 10
Ufuk Talu 7
Uğur Çom 53
Uğur Erdem Işıkın 14, 40
Uğur Türktaş 13, 24, 27, 43, 47, 54,
57, 64, 66
Umut Akgün 3, 10
Ümit Seza Tetikkurt 55, 56
Ünal Kuzgun 10
Ünsal Domaniç 7

V

Vecihi Kirdemir 8, 38
Volkan Kortan 5
Von Steffen Osser 5
Vuslat Sema Ünal 3, 5

W

Wolfram Wenz 9

Y

Yakup Barbaros Baykal 38, 60
Yalçın Ademoğlu 7
Yalçın Yüksel 10
Yankı Yazgan 8
Yaşar Mahsuf Dinçel 61
Yasemin Akkoyunlu 65
Yavuz Kabukçuoğlu 2, 3, 10
Yıldız Analay Akbaba 26
Yüksel Yurttaş 39
Yunus İmren 35
Yusuf Yıldız 6

Z

Zafer Orhan 12, 21, 22
Zekerya Okan Karaduman 21
Z. Okan Karaduman 22