

**13. ULUSAL
EL VE ÜST EKSTREMİTE
CERRAHİSİ KONGRESİ**

**2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU
KONGRESİ**



23-26 MAYIS 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & CONVENTION CENTER

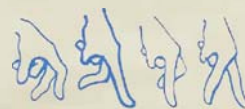
PROGRAM KİTABI & BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.turkelkongre2012.com



TÜRK EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ DERNEĞİ

EL TERAPİSTLERİ DERNEĞİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



13. ULUSAL EL CERRAHİSİ KONGRESİ



23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & CONVENTION CENTER, GAZİANTEP

**PROGRAM KİTABI
&
BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI**



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



İÇİNDEKİLER

13. ULUSAL EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

ÖNSÖZ	7
KURULLAR	9
BİLİMSEL PROGRAM	11-16
SERBEST BİLDİRİ ÖZETLERİ	17-66
POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ	67-140

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

ÖNSÖZ	143
KURULLAR	145
BİLİMSEL PROGRAM	147-149
SERBEST BİLDİRİ ÖZETLERİ	151-159
POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ	161-176
STAND PLANLARI	179-181
INDEX	183-



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



13. ULUSAL EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



ÖNSÖZ



Değerli meslektaşlarımız,

23-26 Mayıs 2012 tarihleri arasında Gaziantep Dedeman Otel ve Konferans Merkezi'nde gerçekleştireceğimiz 13. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi'nin programını duyurmaktan büyük mutluluk duyuyoruz. Her zaman olduğu gibi El Terapistleri Derneği ile birarada yapacağımız bu toplantının el cerrahi camiası için eğitici, eğlenceli ve başarılı geçmesi için çalışma içindeyiz.

Bilimsel programda güncel ve tartışmalı konu olan ekstremitte transplantasyonlarına geniş yer verilmiştir. Yurt içi ve yurt dışı katılımcıların katkılarıyla hazırlanan konferans, panel, eğitim kursu gibi çalışmalar ile doyurucu bir bilimsel program gerçekleştirilecektir.

Bu kongrede Alman El Cerrahi Derneğinin katkılarıyla 25 Mayıs Cuma tarihinde bir Alman günü düzenledik. Programda göreceğiniz gibi günü konularında dünyaca ünlü Alman cerrahlar kompleks travma, doğuştan anomaliler, Dupuytren, el bilek kırıkları ve instabiliteleri gibi çeşitli konularda tecrübelerini bizlerle paylaşacaklar. Oldukça yoğun olan programa rağmen fikir alışverişi için tartışma sürelerini geniş tutmaya çalıştık. Özellikle problemli doğuştan anomaliler için Dr Habenicht'le ayrı bir seans planlanmış olup, bütün katılımcılar özellikli vakalarını getirip tartışmaya davetlidirler.

Bu arada sosyal programın üyelerimize ve eşlik edenlere cazip geleceğini tahmin ediyoruz. Kongre süresince eşler için her gün Gaziantep içinde tarihi ve ilginç yerlere geziler düzenlenecektir. 24 Mayıs akşamı Zeugma Müzesinde açılış kokteyli, 25 Mayıs'ta ise Gaziantep mutfağından oluşan bir gala yemeği verilecektir. 26 Mayıs Cumartesi- 27 Mayıs Pazar tarihleri arasında kaçırılmak istemeyeceğiniz bir güneydoğu Anadolu turu düzenlemiş bulunmaktayız. Sosyal programda ayrıntılarını bulacağınız bu tur ile Zeugma, Birecik, Halfeti, Şanlıurfa, Göbeklitepe, Mardin gibi çok ilginç yerleri görme fırsatı olacaktır.

Sevgi ve saygılarımızla...

Dr. Sait Ada

Türk El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi
Derneği Başkanı

Dr. Ömer Erçetin

13. Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi
Kongre Başkanı



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



KURULLAR

TÜRK EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU LİSTESİ

BAŞKAN

DR. SAİT ADA

II. BAŞKAN

DR. HAYATİ DURMAZ

GENEL SEKRETER

DR. SERDAR TÜZÜNER

ÜYELER

DR. MUSTAFA HERDEM
DR. UFUK NALBANTOĞLU
DR. DR. MEHMET ALP
DR. ATAKAN AYDIN

II. BAŞKAN

DR. SİNAN ADIYAMAN

SAYMAN

DR. BERKAN MERSA

13.ULUSAL EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
DÜZENLEME KURULU

KONGRE KOORDİNATÖRÜ

DR. SAİT ADA

13.ULUSAL EL VE ÜST EKSTREMİTE
CERRAHİSİ KONGRE BAŞKANI

DR. ÖMER ERÇETİN

2.ULUSAL EL REHABİLİTASYONU
KONGRE BAŞKANI

FZT. FİRDEVS KUL

KONGRE SEKRETERİ

DR. MUSTAFA HERDEM

ONUR KONUĞU

DR. ASIM GÜZELBEY

KONGRE BİLİMSEL SEKRETERYASI

DR. ÖMER ERÇETİN
DR. MUSTAFA HERDEM
DR. ATAKAN AYDIN
DR. UFUK NALBANTOĞLU
FZT. FİRDEVS KUL

KONGRE SAYMANI

DR. BERKAN MERSA

YEREL KOMİTE

DR. MEHMET SUBAŞI
DR. ARİF TÜRKMEN
DR. MEHMET MUTAF
DR. HUSEYİN TOKER

KONGRE BİLİMSEL KURULU

DR. METİN AKINCI
DR. EMRE AKSU
DR. TAŞKIN ALTAY
DR. SİNAN SİRRI BİLGİN
DR. ERCAN ÇETİNUS
DR. METİN ESKANDARI
DR. EFTAL GÜDEMEZ
DR. HAKAN GÜNDEŞ
DR. TUFAN KALELİ
DR. İBRAHİM KAPLAN
DR. NACİ KOSTAKOĞLU

DR. ERSİN NUZUMLALI
DR. OĞUZ ÖZDEMİR
DR. MUSTAFA ÖZKAN
DR. KAHRAMAN ÖZTÜRK
DR. ADNAN SEVECAN
DR. ERHAN SÖNMEZ
DR. SERDAR TUNCER
DR. ARİF TÜRKMEN
DR. YILDIRIM TÜRK
DR. LEVENT YALÇIN
DR. MEHMET YILDIZ



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



BİLİMSEL PROGRAM



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



13. ULUSAL EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ PROGRAMI

23 MAYIS 2012 ÇARŞAMBA

16.00-18.00 AİLE MECLİSİ

18.00-19.00 Ulusal Kongre Açılış Töreni

Dr. Ömer Erçetin (13.Ulusal El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi Başkanı)
Fzt. Firdevs Kul (2. Ulusal El Rehabilitasyonu Kongresi Başkanı)
Dr. Mehmet Subaşı (Totbid II. Başkanı)
Dr. Ramazan Kahveci (Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Başkanı)
Dr. Sait Ada (Türk El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Derneği Başkanı)
Dr. Ünal Kuzgun – Sağlık Hukuku ve Deontolojik Sorunlar
Dr. Asım Güzelbey (Gaziantep Büyükşehir Belediye Başkanı)

24 MAYIS 2012 PERŞEMBE

07.00-07.45 SABAH KAHVALTISI I

Distal Radius Kırıkları Tedavisinde
Siz Ne Yapıyorsunuz?
Dr. Cemil Yıldırım Türk,
Dr. Kahraman Öztürk

SABAH KAHVALTISI II

Skafoit Kırıkları Tanı ve Tedavisi
Dr. Eftal Güdemez,

08.00-08.45 EĞİTİM KURSU

El Bileği ve Dirsek Artroskopisi
Temel Yaklaşım
Oturum Başkanı; Dr. Fahir Demirhan
Dr. Mustafa Özkan,
Dr. Mehmet Demirtaş

EĞİTİM KURSU II

Metakarp ve Falanks Kırıkları Güncel Yaklaşım
Oturum Başkanı; Dr. Oğuz Özdemir
Dr. Kadir Bacakoğlu, Dr. Murat Kayalar

09.00-10.00 PANEL I

Fleksör Tendon Yaralanmaları
Oturum Başkanları; Dr. Ömer Erçetin - Dr. Serdar Tunçer
Fleksör tendon kesilerinde modern cerrahi yaklaşım - Dr. İbrahim Kaplan
Fleksör tendon tamirinde istenmeyen sonuçların önlenmesi - Dr. Metin Akıncı
Fleksör tendon kesilerinde postoperatif rehabilitasyon - Fzt. Gülden Edis

10.00-10.30 KONFERANS I

Karpometakarpal Eklem Artrozu tedavisinde Literatür ışığında planlama
Oturum Başkanları; Dr.Mehmet Yıldız - Dr. Burak Şener
Dr. Levent Yalçın

10.30-11.00 ARA

11.00-12.10 PANEL II

Major Replantasyon ve Transplantasyon
Oturum Başkanları; Dr. Oğuz Polatkan

Major Replantasyon ve uzun dönem sonuçları - Dr. Fatih Parmaksızoğlu
Türkiyede Transplantasyon - Dr. Ömer Özkan
Lyon Transplantasyon Deneyimi – Dr. Aram Gazarian
Hand Transplant in Congenital Absence? – Dr. Aram Gazarian

12.10-12.30 PANEL TARTIŞMA

12.30-13.30 GENTEK WORKSHOP



12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



13.30-14.30 PANEL III

Sinir Yaralanmalarında Son Gelişmeler
Oturum Başkanları: Dr. Aydın Yüçetürk - Dr. Tufan Kaleli
Periferik sinir yaralanmalarında görüntüleme yöntemleri
Dr. Tulgar Toros
Periferik sinir yaralanmalarında zamanlama ve endikasyonlar
Dr. Nazım Karalezli
Güncel tamir yöntemleri (sinir transferleri, kondoitlerin kullanımı vs.)
Dr. Akın Üzümcügil
Sinir Yaralanmalarında Rehabilitasyon - Fzt. Çiğdem Ayhan

14.30-15.30 PANEL IV

Obstetrik Brakial Pleksus
Oturum Başkanları; Dr. Hüseyin Bayram - Dr. Ercan Çetinus

Tanı ve tedavi algoritması - Dr. Sinan Bilgin
Erken tedavi - Dr. Gürsel Leblebicioğlu
Geç tedavi - Dr. Yüksel Özkan
Rehabilitasyon - Fzt. Deran Oksay

15.30-16.00 ARA

16.00-17.00 SERBEST BİLDİRİLER / 1. OTURUM (BABİL SALON)

Oturum Başkanları ; Dr. Kadir Ertem - Dr. Arif Türkmen
SS-001 / SS-005 / SS-015 / SS-019 / SS-025 / SS-031 / SS-037 / SS-043

17.00-18.00 SERBEST BİLDİRİLER / 2. OTURUM (BABİL SALON)

Oturum Başkanları ; Dr. Metin Erer - Dr. İrfan Ayan
SS-003 / SS-009 / SS-013 / SS-021 / SS-028 / SS-033 / SS-039 / SS-048

16.00-17.00 SERBEST BİLDİRİLER / 1. OTURUM (SÜMER SALON)

Oturum Başkanları ; Dr. Taçkın Özalp – Dr. Mustafa Özkan
SS-002 / SS-008 / SS-014 / SS-020 / SS-026 / SS-032 / SS-038 / SS-044

17.00-18.00 SERBEST BİLDİRİLER / 2. OTURUM (SÜMER SALON)

Oturum Başkanları ; Dr. Semih Takka - Dr. Levent Küçük
SS-004 / SS-010 / SS-016 / SS-022 / SS-027 / SS-034 / SS-040 / SS-047

18.30-22.00 AÇILIŞ KOKTEYLİ

25 MAYIS 2012 CUMA TÜRK ALMAN GÜNÜ

* Toplantı dili Türkçe - İngilizce (Simultane tercüme yapılacaktır) .

08.15-09.00 Türk Alman Günü Açılış ve Plaket Töreni

09.00-09.30 KONFERANS

Complex injuries in the hand
Oturum Başkanı: Dr. Türker Özkan - Dr. Erhan Sönmez
Konuşmacılar; Dr. Ayan Gülgönen - Dr. Ricarda Boettcher

09.30-10.45 PANEL

Dupuytren
Oturum Başkanı: Dr. Cihangir Tetik
PIP-joint in Dupuytren's contracture - Dr. Ulrich Lanz
Revision surgery in Dupuytren's disease - Dr. Jörg Von Schoonhoven
Needle fasciotomy in Dupuytren's contracture - Dr. Martin Richter
Treatment of Dupuytren's disease with collagenase - Dr. Günter Ricardo

10.45-10.50 Tartışma

10.50-11.00 ARA



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



- 11.00-12.30** Doğuştan El Anamaneleri
Oturum Başkanları; Dr. Atakan Aydın - Dr. Ajlan Kasabalıgil
Ray reconstruction in congenital malformations - Dr. Rolf Habenicht
Distraction treatment in congenital hand and forearm malformations - Dr. Max Mann
Case presentations
- 12.30-13.30** **ÖĞLE YEMEĞİ**
- 13.30-14.20** **1.OTURUM**
Oturum Başkanları; Dr. Ahmet Karaoğuz - Dr. Muhittin Şener
- 13.30-13.45** Results of Hand Reconstruction in tetraplegia - Dr. R. Böttcher
- 13.45-13.55** Tartışma
- 14.55-14.10** Endoscopic treatment of Cubital Tunnel Syndrome - Dr. Peter Hahn
- 14.10-14.20** Tartışma
- 14.20-14.30** **ARA**
- 14.30-15.00** **2.OTURUM**
Oturum Başkanları; Dr. Hayati Durmaz - Dr. Halil Bekler
Complex intraarticular fractures of the distal radius - Karl Pommersberger
- 15.00-15.10** Tartışma
- 15.10-15.25** Percutaneous stabilisation of proximal phalanx shaft fractures with a new compression wire
Dr. Alexander Zach
- 15.25-15.30** Tartışma
- 15.30-15.45** Proksimal Interphalangeal joint artroplasty - Dr. Martin Lautenbach
- 15.45-15.50** Tartışma
- 15.50-16.05** First Results of Unconstrained PIP TACTIS Prosthesis. Overview (Multicentral) After 100 Implanted Prosthesis - Dr. Ulrich Fabian
- 16.05-16.10** Tartışma
- 16.10-16.30** **ARA**
- 16.30-17.30** **SERBEST BİLDİRİLER / 1.OTURUM (BABİL SALON)**
Oturum Başkanları; Dr. Murat Uzel
SS- 007 / SS-012 / SS-017 / SS-023 / SS-029 / SS-035 / SS-041 / SS-045
- 16.30-17.30** **SERBEST BİLDİRİLER / 1.OTURUM (SÜMER SALON)**
Oturum Başkanları; Dr. Ersin Nuzumlalı – Dr. Mustafa Özkan
SS-006 / SS-011 / SS-018 / SS-024 / SS-030 / SS-036 / SS-042 / SS-046
- 19.00-23.00** **GALA YEMEĞİ**



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



26 MAYIS 2012 CUMARTESİ

07.00-07.45 SABAH KAHVALTISI III

Parmak Ucu Yaralanmaları
(Tedavi ve Takip Sorunları)
Dr. Haluk Özcanlı - Dr. Hüsrev Purisa

SABAH KAHVALTISI IV

Kontraktürde Atelleme
Fzt. Beray Keleşoğlu

08.00-08.45 EĞİTİM KURSU III

Oturum Başkanı; Dr. Abdullah Keçik
El Yumuşak Doku Defektlerinde Flep
Seçimi
Dr. Ferit Demirkan - Dr. Ali Emre Aksu

EĞİTİM KURSU IV

Oturum Başkanı: Dr. Sinan Adıyaman
Tuzak Nöropatilerde Güncel Sorunlar
Dr. Serdar Tüzüner,
Dr. Metin Eskandari

09.00-10.00 PANEL V

Dirsek İnstabilitesi
Oturum Başkanları ; Dr. Ahmet Ekin - Dr. Hayati Öztürk
Dirsek Biyomekaniği ve basit çıkıkların tedavisi - Dr. Arel Gereli
Medial ve Lateral Dirsek İnstabilitesi Tanı ve Tedavisi - Dr. Şadan Ay
Kompleks Dirsek Çıkıkları Tanı ve Tedavisi - Dr. Ufuk Nalbantoğlu

10.00-10.30 ARA

10.30-11.30 İLGİNÇ VAKA TARTIŞMALARI

Oturum Başkanı: Dr. Yalçın Ademoğlu - Dr. Berkan Mersa
Konuşmacılar; Dr. Şadan Ay - Dr. Haluk Özcanlı - Dr. Sinan Engin - Dr. Arel Gereli - Dr. Serdar Tunçer -
Dr. Ömer Berköz - Dr. Burak Şener - Dr. Fatih Kabakaş

11.30-12.15 BİLDİRİ VE POSTER ÖDÜLLERİ

12.30 KAPANIŞ



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SERBEST BİLDİRİ ÖZETLERİ



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





SS-001

UÇ YAN MİKROVASKÜLER ANASTOMOZDA KONTİNÜ HORIZONTAL MATTRESS DİKİŞ TEKNİĞİ: DENEYSEL ÇALIŞMA

Hakan Başar¹, Tolga Kaplan¹, İslam Çalışkan¹, Cihangir Tetik²

¹Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Sakarya

²Academic Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji, İstanbul

Amaç

Bu randomize kontrol gruplu çalışma ile uç-yan mikrovasküler anastomozun başarı oranını artıracak yeni bir dikiş tekniği geliştirmek amaçlanmaktadır.

Metod

36 Sprague-Dawley sıçanı kapalı zarf usulü ile 12'li gruplar halinde 3 gruba ayrıldı. Çalışma sol ana karotis arterine sol eksternal juguler venin uç-yan olarak anastomoz edilmesini modeline uygun olarak yürütüldü. Çalışma grubunda uç-yan mikrovasküler anastomoz Kontinü Horizontal Mattress dikiş tekniği ile yapılırken kontrol gruplarında Basit Aralıklı dikiş tekniği ve Basit Kontinü dikiş tekniği ile yapıldı. Cerrahi sonrası değerlendirme anastomoz süresi, sızıntı, damar açıklığı, anevrizma gelişimi ve histolojik (ışık mikroskopu ve elektron mikroskopu) değerlendirme ile yapıldı.

Sonuç

Uç-yan mikrovasküler anastomoz süresi Kontinü Horizontal Mattress dikiş tekniği için $19,91 \pm 1,50$ dakika, Basit Kontinü dikiş tekniği için $19,25 \pm 1,13$ dakika ve Basit Aralıklı dikiş tekniği için $29,41 \pm 1,78$ dakika olarak bulundu. Cerrahi sonrası sızıntı değerlendirilmesi açısından bakıldığında Kontinü Horizontal Mattress grubunda kontrol gruplarına göre anlamlı derecede iyi sonuçlar alındı. Damar açıklığı; erken dönem 5. ve 15. dakikada her üç grupta da %100 iken, 14. gün kontrollerinde Kontinü Horizontal Mattress dikiş tekniğinde %100, Basit Aralıklı dikiş tekniğinde %58,3, Basit Kontinü dikiş tekniğinde %75'di. 14. günkü anastomoz kontrollerinde Basit Aralıklı dikiş tekniği grubunda 4 anastomozda, Basit Kontinü dikiş tekniği grubunda 3 anastomozda anevrizma görüldü. Kontinü Horizontal Mattress dikiş tekniği grubunda ise anevrizma görülmedi. 14. gün kontrollerinde alınan örneklerinin ışık mikroskopisi incelemelerinde Kontinü Horizontal Mattress dikiş tekniği ile yapılan uç-yan anastomozlarda iplik parçacıklarına karşı oluşan granulom ve fibröz bağ doku artışı kontrol gruplarına göre çok daha az bulundu. Anastomoz bölgesinde daralma kontrol gruplarına göre çok daha azdı. Elektron mikroskopisi incelemelerinde her üç grupta da anastomoz hattında endotel bütünlüğünün olduğu görüldü. Kontinü Horizontal mattress dikiş tekniği ile yapılan anastomozlarda anastomoz hattında dikiş materyali görülmedi ve kontinü dikiş olmasına rağmen lümende daralma saptanmadı.

Tartışma

Bu çalışma ile anastomoz süresi kısa, anevrizma riski çok az olan, tromboz oluşumunda önemli risk faktörü olan intralaminer suture materyalinin görülmediği kesintisiz damar akımının sağlandığı yeni bir dikiş tekniği geliştirilmiştir. Ayrıca kontinü dikişlerde görülen bir problem olan kese-ağız oluşumu Horizontal Mattress teknik ile ortadan kaldırılmıştır.

Anahtar Kelimeler

Basit Aralıklı dikiş tekniği, Basit Kontinü dikiş tekniği, Kontinü Horizontal Mattress dikiş tekniği, Uç-yan mikrovasküler anastomoz



SS-002

SIÇANLARDA OLUŞTURULAN SİYATİK SİNİR KESİSİ MODELİNDE PRP (PLATELET RICH PLAZMA) VE TETANUS TOKSİNİNİN SİNİR İYİLEŞMESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ELEKTROFİZYOLOJİK (EMG) VE KAS GÜCÜ ANALİZİ İLE GÖSTERİLMESİ

Hüseyin Günay¹, Levent Küçük¹, Oytun Erbaş², Erhan Coşkunol¹
¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir
²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı

Amaç

Trombositten zengin plazmanın (platelet rich plazma-PRP) içinde bulundurduğu PDGF(platelet derive growth faktör) ile, tetanus toksininin retrograd taşınım ve sinir soma modulator etkileri ile sinir rejenerasyonu artırıcı etkileri olabileceği hipotezi kurulmuş ve olası etkiler periferik sinir kesisi modelinde gösterilmeye çalışılmıştır.

Gereç-Yöntem

18 adet sıçana biceps femoris kası diseke edilerek, her iki siyatik sinir popliteal seviyenin 1 cm proksimalinden kesildi. Cerrahi mikroskop altında siyatik sinir 10/0 monoflaman dikiş ile uç uca perinöral tamir edildi.

Siyatik kesisi yapıp tamir edilen sıçanlar daha sonra 3 gruba ayrıldı. (n=6)
1. grup sıçanlara süngerimsi malzemeye emdirilen PRP, tamir edilen siyatik sinir kenarına yerleştirildi, 2. grup sıçanlara tetanus toksoidi (TT) tamir edilen siyatik sinir çevresine uygulandı, 3. grup sıçanlara (kontrol) 1 ml/kg izotonik NaCl IP uygulandı.

12 hafta sonra sağ ve sol siyatik çentikten supramaksimal yanıt oluşturacak şekilde uyarı verilip 2-3 interdijital kastan (ID) ve gastroknemius(GK) kasından EMG kaydı yapıldı. BKAP (Bileşik kas aksiyon potansiyeli) amplitüdü ve latans süreleri değerlendirildi. Ayrıca kas gücü tırmanma düzeneğinde ölçüldü.

Bulgular

PRP verilen sıçanlarda GK (14.01 ± 5.02 mV), ID (0.85 ± 0.54 mV) BKAP amplitüdü ve tırmanma açısı (63.6 ± 0.89 derece), kontrol grubu GK (5.78 ± 2.39 mV), ID (0.24 ± 0.42 mV) BKAP amplitüdü ve tırmanma açısına (38.33 ± 2.58 derece) göre anlamlı artmıştır. PRP verilen sıçanlarda GK latansı (1.08 ± 0.05 ms), kontrol grubuna göre (1.27 ± 0.07 ms) anlamlı kısalmıştır.

TT verilen sıçanlarda GK (11.62 ± 4.71 mV), ID (1.43 ± 1.31 mV) BKAP amplitüdü ve tırmanma açısı (61.6 ± 1.67 derece), kontrol grubu GK, ID BKAP amplitüdü ve tırmanma açısına göre anlamlı artmıştır.

Sonuç

TT ve PRP aksonal rejenerasyonu arttırarak GK ve ID' den yazdırılan BKAP amplitüdünde ve kas gücünde artma oluşturmuşlardır. Bu ajanlar periferik sinir kesilerindeki motor kazanımın arttırılmasında ümit verici olabilirler. Devam eden çalışmamızda bu ajanların spesifik etki mekanizmaları histolojik ve moleküler yöntemlerle aydınlatılmaya çalışılacaktır.

Anahtar Kelimeler

Sinir iyileşmesi, tetanoz toksini, deneysel cerrahi



SS-003

DOĞUMSAL BRAKİAL PLEKSUS FELÇLİ HASTALARDA LATİSSİMUS DORSİ – TERES MAJOR TENDON (LD-TM) TRANSFERİ SONRASI OMUZUN İÇE ROTASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çiğdem Bircan¹, Gökhan Meriç³, Selmin Gülhabar¹, Özlem El¹, A. Kadir Bacakoğlu²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi El Cerrahisi Blim Dalı, İzmir

³T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş

LD-TM tendon transferi omuz abduksiyon, elevasyon, dış rotasyonunu güçlendirmek amacıyla yapılır. Temelde iç rotasyonu arttırmayacağı gibi olumsuz da etkileyebilir. Olumsuz etkilenme; dış rotatorların güçlenmesi ve anterior gevşetmeyle iç rotatorun zayıflaması nedeniyle olabilir. Çalışmamızın amacı LD-TM transferinin iç rotasyon üzerine etkilerini araştırmaktır.

Tek cerrah tarafından yapılan 26 LD-TM tendon transferinin yeterli takip süresi olan ve iç rotasyonun yeterli değerlendirildiği 19' u çalışmaya dahil edilmiştir. 8 'in de anteriordan gevşetme (pectoralis major ± subscapularis gevşetmesi) yapılmıştır. Ortalama takip süreleri 37.1± 24.4 aydır. Gevşetme yapılan hastaların ortalama yaşları 12.6 ± 2.2, yapılmayanların ise 6.8± 3.8'dir. Gevşetme yapılanlarda Mallet iç rotasyon skoru tedavi öncesi 3.0± 0.9 iken tedavi sonrası 2.87± 0.83, gevşetme yapılmayanlarda tedavi öncesi 2.36 ± 0.67 tedavi sonrası 2,45± 0.82 olarak bulunmuştur. Tüm hastalarda abduksiyon, dış rotasyon, Gilbert skorları tedavi öncesine göre tedavi sonrasında istatistiksel anlamlı artmış, iç rotasyon skorları istatistiksel fark göstermemiştir. 19 hastanın Mallet iç rotasyon skorları değerlendirildiğinde, 14 hastada değişme olmazken, 3'ünde iyileşme 2'sinde kötüleşme olmuştur. Gevşetme yapılanlarla yapılmayanların karşılaştırmasında da istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Sonuç

LD-TM tendon transferi omuz abduksiyonunu, elevasyonunu ve dış rotasyonunu yapılandırırken, hastaların iç rotasyonları erken dönemde azalmakta, rehabilitasyon süreci sonunda ameliyat öncesine dönebilmektedir. Hastalarda omuzun erken dönemlerde adduksiyon ve iç rotasyona gitmesi adduksiyon-iç rotasyon kontraktürü ile birlikte glenohumeral eklem ilişkisini bozduğundan anterior gevşetmeler yapılır. Anterior gevşetmelerde özellikle omuzun önemli iç rotatoru olan supskapularisin gevşetilmesi iç rotasyon kontraktürünü engellerken aktif iç rotasyonun fonksiyonunu olumsuz etkileyebilir. Hasta grubumuzda subscapularisden çok pectoral gevşetme yapılmış olması, belirgin bir iç rotasyon fonksiyon azalması yaratmamış olabilir. Yaş grupları açısından da iki grup arasında fark vardır. LD-TM transferinin erken yaşlara çekilmesi anterior gevşetme gereksinimini azaltır, hem subskapularisi fonksiyonunu düşürmeden hem de gerekirse pectoralis majorun korunarak aynı veya başka bir seansta iç rotator olarak transferini mümkün kılabilir. Doğumsal brakial plexus felçli hastalarda omuz iç rotasyon fonksiyonlarının korunması ve/veya restorasyonu önemli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Doğumsal brakial plexus felci, latisismus dorsi ters major transferi, anterior gevşetme, iç rotasyon



SS-004

ZONE 2 FLEKSÖR TENDON KESİLERİNDE CERRAHİ SONRASI DORSAL BLOK ATEL KULLANIMI OLMAKSIZIN ERKEN AKTİF HAREKETE OLANAK VEREN TANSİYON BAND DİKİŞ TEKNİĞİ

Hakan Başar¹, Volkan Erğan¹, Emre Bal¹, Cihangir Tetik²

¹Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Sakarya

²Academic Hospital, Ortopedi ve Travmatoloji, İstanbul

Amaç

Zone II fleksör tendon yaralanmalarında en önemli sorun olan adezyon ve eklem hareket kısıtlılığının engellenmesi için günümüzde kullanılan dikiş tekniklerinden daha dayanıklı ve kontrolsüz harekete olanak verebilen yeni bir dikiş tekniği geliştirmek.

Metod

5 taze insan kadavrasının heriki elinin 2,3,4.parmakları ve bir taze kadavranın sağ elinin 2 ve 4.parmakları heriki gruba eşit olarak dağıtıldı. Heriki grupta FDP tendonu zone 2'de transverse olarak kesildi ve öncelikle Modifiye Kessler dikiş tekniği ile onarıldılar. Takiben Tansiyon Band dikiş tekniğinde çift iplikli 1PDS ile tansiyon band etkisi için A1 makaranın 1cm proksimalinden FDP tendonunun volar yüzü kilitleyici şekilde kavrandı. Daha sonra 1PDS tüm makaralar altından geçirilerek distal falanksın orta kısmından dorsale geçirilerek düğme üzerinde bağlandı. Cerrahi sonrası progresive artan kuvvet uygulandı ve fleksiyon-ekstansiyon hareket siklusu yaptırılarak dikişte kopma ve anlamlı boşluk oluşumu değerlendirildi. 20N kuvvete ulaşıldığında dikiş tekniklerinin kontrolsüz erken aktif harekete dayanıklılığını değerlendirmek için 20N'luk kuvvetle parmaklara 1000 kez fleksiyon ve ekstansiyon hareketi yaptırıldı. Bu hareket siklusu sırasında yine dikişte kopma ve onarım bölgesinde anlamlı boşluk oluşumu değerlendirildi.

Sonuç

Modifiye Kessler dikiş tekniği kullanılan grupta 8 tendonda ortalama $16,7 \pm 0,12$ N'luk kuvvetle anlamlı boşluk oluştu. Diğer 8 tendonda ise kontrolsüz aktif hareket için gerekli olan 20N'luk kuvvette kopma veya anlamlı boşluk oluşmadı. Fakat kontrolsüz erken aktif hareket siklusuna bu 8 tendon dayanmadı. Bu gruptaki 16 tendonun ortalama kopma veya anlamlı boşluk oluşma değerleri ise $18,37 \pm 1,89$ N'dur. Tansiyon Band+Modifiye Kessler dikiş tekniği kullanılan grupta tendonların hepsinde 20N'luk kuvvette ve kontrolsüz erken aktif hareket siklusu sonrasında da onarım bölgesinde anlamlı boşluk veya kopma görülmedi. Bu 16 tendonda anlamlı boşluk oluşumu ve Modifiye Kessler dikişinde kopma ortalama $98,43 \pm 0,47$ N'luk bir kuvvetle olmaktadır. Heriki gruptaki parmakların makara sistemlerinde biyomekanik değerlendirme sonrası yırtılma saptanmadı.

Tartışma

Tansiyon Band dikiş tekniği; kontrolsüz erken aktif harekete ve günlük hayatta sıkça kullanılan ani yakalama hareketine dayanıklı bir dikiş tekniğidir. Bu sayede hem dorsal blok atel uygulaması yapılmayarak eklem hareket kısıtlılığı hem de rehabilitasyon sırasında tendona uygulanan kuvvet artırılarak tendonun çevre dokularla adezyonu önlenecektir.

Anahtar Kelimeler

Fleksör tendon rehabilitasyonu, Tansiyon Band dikiş tekniği, Zone II fleksör tendon kesisi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-005

KAYNAMAYAN SKAFOİD KIRIKLARINDA VASKÜLERİZE GREFT CERRAHİSİ YAPILAN HASTALARIMIZDA ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Kadir Ertem, Metehan Özen, Emre Ergen, Mustafa Karakaplan

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Amaç

Skafoid karpal kemikler içinde en sık kırılan kemiktir. Tanı almayan skafoid kırıklarında yüksek oranda yanlış kaynama veya kaynamama görülmektedir. Bu çalışmada kaynamayan skafoid kırığı olan 15 hastaya 1.-2. İnterkompartmantal arter pediküllü vaskülerize kemik grefti ve kompresyon vidası ile tedavi edilen olguların erken dönem sonuçlarını irdelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem

Çalışmada kaynamayan skafoid kırıklı ortalama yaşı 27,6 olan(16-42 y) 15 hasta(1 Bayan,14 erkek) değerlendirildi. Travma ile cerrahiasındaki ortalama süre 3.3 yıl(4 ay-20 yıl).Bu hastalara 1.-2. İnterkompartmantal arterle birlikte radiustan alınan 1x0.5 cm lik vaskülerize blok kemik greft hazırlanmış olan skafoiddeki kırık fragmanları arasına yerleştirilerek tümü yivli kompresyon vidası ile osteosentez yapıldı. Hastalar post op ortalama 4 hafta uzun kol, 4 hafta kısa kol atelde takip edildi. Haftalık grafilerle kaynamaları değerlendirildi. 8.haftada koronal, sagittal ve aksiyel kesitlerle tomografi çekilip kortikal iyileşme görüldükten sonra başparmak destekli splint takılarak hastalara fizik tedavi ve rehabilitasyon önerildi.

Bulgular

Bütün hastalarda ortalama 2.5 ayda (2ay-3 ay) kaynama görüldü. Hastaların ortalama 18 aylık takibinde (3ay-3 yıl) 15 hastanın 13ü eski işine döndü. Hastaların ortalama Mayo skoru değeri 73 (25 - 100) olarak hesaplandı.Hastalarda enfeksiyöz komplikasyon görülmedi.

Çıkarımlar

Kaynamayan skafoid kırıkları tedavi edilmedikleri takdirde karpal kollaps ve dejeneratif artrite ilerleyebilir. Kaynamayan skafoid kırıklarında ana tedavi hedefi iyileşmeyi sağlamak, kollapsı ve karpal kemik deformitelerini engelleyerek el bileği artriti gelişimini önlemektir.Cerrahi tedavi için vaskülerize ve nonvaskülerize greftler ile internal tesbit uygulanabilir.6 ayı geçmiş kaynamayan skafoid kırıklarının cerrahi tedavilerinde avasküler nekroz olup olmadığına bakılmaksızın vaskülerize greft ve vida ile tesbit yapıldı.Tüm olgularda %100 kaynama görüldüğünden bu tedavinin başarılı olduğunu düşünüyoruz. Bu yöntemin tek dezavantajı ameliyat süresinin daha uzun olmasıdır.

Anahtar Kelimeler

Skafoid nonunion, vaskülerize greft, osteosentez



SS-006

DE QUERVAİN HASTALIĞINDA FARKLI ENJEKSİYON TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: KADAVRA ÇALIŞMASI

Cüneyt Mirzanlı¹, Kahraman Öztürk², Cem Zeki Esenyel³, Semih Ayanoğlu³, Yunus İmren⁴, Süheyla Aliustaoğlu⁵

¹Eyüp Devlet Hastanesi, İstanbul

²Baltalimanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, El Cerrahisi Eğitim Kliniği, İstanbul

³Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁵Adli Tıp Kurumu, İstanbul

Giriş-Amaç

El bileğinin ağırlı bir patolojisi olan De Quervain stenozan tenosinovitinde, steroid enjeksiyonları sık uygulanan tedavi seçeneklerinden birini oluşturur. Bu çalışmada amaç, 75 taze kadavranın 150 el bileğinde 3 farklı enjeksiyon tekniği kullanılarak, el bileği 1. ekstansör kompartmanına injekte edilen boyanın kompartman içerisindeki dağılımının değerlendirilmesi ve ekstansör pollicis brevis tendonu için ayrı bir kompartman/septum varlığının araştırılmasıdır.

Gereçler-Yöntem

Çalışma öncesi Adli Tıp Enstitüsü Etik Komitesinin onayı alındı ve karşılaştırma için 25 taze kadavranın 50 el bileği her bir teknik için kullanıldı. 1. teknikte abduktör pollicis longus (APL) ve ekstansör pollicis brevis (EPB) tendonları palpe edilerek, radial stiloid çıkıntı distalinden önkol aksına doğru 30 derece açı ile girilip, cilt, ciltaltı geçildikten sonra, iğne önkola paralel hale getirilerek ekstansör kompartman altına 1 cc boya enjekte edildi. (Fig.1) 2. teknikte APL tendonu palpe edilip, APL tendonu üzerinden girilerek, tendonu örten ekstansör retinakulum altına enjeksiyon yapıldı. (Fig.2) 3. teknikte ise EPB tendonu palpe edilip EPB tendonu üzerinden girilerek, tendonu örten ekstansör retinakulum altına enjeksiyon yapıldı. (Fig.3) İnjeksiyonlardan sonra, 1. ekstansör kompartman diseke edilerek, boyanın APL ve EPB tendonları etrafındaki dağılımı araştırıldı.

Sonuçlar

Tüm kadavra el bileklerinin % 72' sinde boya hem APL hemde EPB tendonlarını içeren tek bir kompartmanda dağılım gösterirken, % 28' inde ekstansör pollicis brevis tendonu için ayrı bir kompartman/septum gözlemlendi ve boyanın tek bir kompartmana bulaştığı görüldü. Bu el bileklerinde APL/EPB tendonları için boya dağılımı her bir kompartman için %14 olarak saptandı.

Tartışma-Çıkarımlar

El bileği 1. dorsal kompartmanında farklı anatomik farklılıklar bildirilmiş olup, bunlar EPB için ayrı bir kompartman/septum ve APL için çoklu sliplerdir. Bu varyasyonlar etyolojide önemli bir rol oynamaktadır. De Quervain tenosinovitinde, steroid enjeksiyonlarının olası septum varlığı nedeniyle her iki kompartmana ulaşmasının, başarılı bir sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar ışığında enjeksiyonun, septum varlığı göz önünde tutularak, her bir tendon üzerinden ayrı ayrı yapılmasının daha uygun olduğu sonucuna varılmıştır. (Fig.4) Bu yöntemin, maliyet ve bulunabilirlikteki güçlük açısından USG klavuzluğu altında enjeksiyona alternatif bir teknik olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

De Quervain hastalığı, ekstansör pollicis brevis tendonu, el bileği 1. ekstansör kompartmanı, enjeksiyon, kadavra, septum



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-007

PERONEAL SİNİR YARALANMALARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Yusuf Gürbüz, Tahir Sadık Sığün, Murat Kayalar, Tulgar Toros, Kemal Özaksar, Yalçın Ademoğlu
Elmikrocerrahi Ortopedi ve Travmatoloji(EMOT) Hastanesi, İzmir

Giriş

Peroneal sinir, alt ekstremitte sinir yaralanmaları içinde en sık yaralanan periferik sinirdir. Peroneal sinir onarımlarının temel amacı, ayak bileği dorsifleksiyonun geri kazanılmasıdır.

Amaç

Siyatik bifurkasyondan sonra oluşan peroneal sinir yaralanmalarında uyguladığımız cerrahi tedavi yöntemlerinin klinik ve fonksiyonel sonuçlarının geriye dönük değerlendirmesini amaçlanmıştır.

Hasta-Yöntem

1992 - 2009 yılları arasında, peroneal sinir onarımı uygulanan 35 hasta (31 erkek, 4 kadın) değerlendirildi. Yaş ortalaması 22,14 (dağılım; 5-46)dü. Sinir yaralanması 27 hastada açık (%77), 8 hastada kapalı (%23).oluşmuştu. 32 hastaya(9 hastaya ucuca,23 hastaya sural sinir grefti ile)cerrahi onarım, 3 hastaya nöroliz uygulandı.Ortalama sinir grefti uzunluğu 5,95 cm(dağılım, 2-15 cm)di.İyileşme sonuçlarında,tibialis anterior ve peroneal kaslar için İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi (BMRC) sistemi,koruyucu duyu değerlendirmesi için Semmes-Weinstein monofilaman testi uygulandı.M3 ve üstü hastalar yeterli ve tam iyileşme, Grup 3 ve altı hastalar ise koruyucu duyu iyileşmiş olarak değerlendirildi.Ortalama 36,9 (dağılım, 13-96) ay takip sonrasında, son kontrol muayenesi yapılan, 1 yıldan fazla takipli 29 hastanın iyileşme sonuçları değerlendirildi.

Sonuçlar

Yirmidokuz hastanın 22'sinde(%75) yeterli ve tam geri kazanım saptandı. Greftli sinir tamiri uygulanan ve ortalama 39,3 ay takip süreli 19 hastanın 15'inde, ucuca sinir tamiri uygulanan ve ortalama 30,1 ay takip süreli 7 hastanın 4'ünde yeterli ve tam iyileşme saptandı.Nöroliz uygulanan 3 hastanın 3'ünde tam iyileşme gözlemlendi.(Tablo1) Onarım sonrası iyileşme gözlenmeyen 7 hastanın 3'üne PTT'unun ayak dorsoline transferi uygulandı.Duyu değerlendirmesi yapılan 20 hastanın 16'sında (>=Grup 3) koruyucunun duyunun geri döndüğü saptandı.

Çıkarımlar

Peroneal sinirin açık yaralanmaları daha sık gözlenir. Sinir tamiri sırasında sinirin anatomik özelliklerinden dolayı sıklıkla sinir grefti kullanılır. Tamir sonrası en iyi iyileşme nöroliz yapılan hasta grubunda elde edilir. Ucuca tamir(4/7) ve sinir greftlemesi (15/19)sonrasında iyi sonuçlar elde etmek mümkündür. Çalışmamızda 29 hastanın 22'sinde(%75) peroneal sinir tam ve yeterli iyileşmiştir.Bu nedenle; peroneal sinir iyileşme sonuçlarının diğer periferik sinirlerden herhangi bir farkı yoktur.

Anahtar Kelimeler

Peroneal sinir cerrahi/yaralanma/onarım, sinir grefti, sinir iyileşmesi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-008

İNRAARTİKÜLER DİSTAL RADIUS KIRIKLARININ EKSTERNAL FİKSATÖR VE VOLAR KİLİTLİ PLAKLA TEDAVİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Mert Kumbaracı¹, Levent Küçük², Levent Karapınar¹, Cengizhan Kurt³, Erhan Coşkunol²

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Bergama Devlet Hastanesi, İzmir

Amaç

İntraartiküler uzanımlı instabil distal radius kırıklarında uygulanmış olan açık redüksiyon- volar kilitli plakla tesbit ve eksternal fiksator tedavilerinin radyolojik ve fonksiyonel sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem

İnstabilite kriterleri taşıyan, AO sınıflama sistemine göre C grubunda yer alan, yandaş yaralanması olmayan, açık yarası olmayan, eksternal fiksator veya açık redüksiyon – volar kilitli plakla tedavi edilmiş distal radius kırıklı hastalar çalışmaya dahil edildi. Volar plak grubunda 34 hasta vardı. Ortalama takip süresi 24.5 aydı. Eksternal fiksator grubunda 35 hasta mevcuttu ve ortalama takip süresi 49.6 aydı. Fonksiyonel değerlendirme için el bileği hareket genişliği, kavrama gücü, Gartland-Werley ve PRWE skorlama sistemleri kullanıldı. Radyolojik değerlendirme için standart AP ve lateral el bileği grafilerinde volar tilt, radial inklinasyon, radial uzunluk, ulnar varyans ve intraartiküler basamaklanma ölçümleri kullanıldı.

Bulgular

El bileği hareket genişlikleri volar plak grubunda tüm parametrelerde daha iyi olmasına rağmen aradaki fark yalnızca fleksiyon ve pronasyon değerlerinde anlamlıydı. Radyolojik olarak yalnızca radial inklinasyon değerlerinde anlamlı fark mevcuttu. Gartland-Werley ve PRWE skorlarına göre iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Volar plak grubunda eksternal fiksator grubuna göre daha az sayıda komplikasyona rastlandı.

Çıkarımlar

Çalışma grubumuzda sadece radial inklinasyon, fleksiyon ve pronasyon değerlerinde istatistiksel anlamlı farklar elde edilse de volar plak grubunun sonuçları daha tatminkardır. Bununla beraber bahsedilen yöntemlerden birinin diğerine göre belirgin üstünlüğünün olduğunu söylemek mümkün değildir.

Anahtar Kelimeler

Fiksator, kilitli plak, radius



SS-009

PARMAK UZATMALARINDA EKSTERNAL FİKSATÖRÜN ERKEN ÇIKARILMASI İÇİN YENİ BİR YÖNTEM: YİVLİ K-TELİ İLE İNTERNAL FİKSASYON

Fatih Parmaksızoğlu¹, Eren Cansü², Mehmet Bekir Ünal³, Yener İnce⁴

¹Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Universal Hospital Çamlıca, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç

Parmak kayıplarında parmakların kallus distraksiyon yöntemiyle uzatılması hastalara fonksiyonel ve estetik bakımdan katkıda bulunan bir tedavi metodudur. Dezavantajlarından biri eksternal fiksatörün uzun zaman taşınmasıdır. Bu süre bazı hastalarda 4 ayı geçebilmektedir. Travmatik parmak amputasyonlarında eksternal fiksatör kullanarak yaptığımız uzatmada tedavi konforunu arttırmak için fiksatörün erken çıkarılmasına imkan veren tekniğin sonuçları değerlendirildi.

Yöntem

Eski uygulamada, uzatma sonrası eksternal fiksatör kemikte yeterli konsolidasyon oluşuncaya kadar tutulurken, yeni uygulamada distraksiyon ile istenilen uzunluk elde edildikten hemen sonra eksternal fiksatör çıkarılarak özel olarak yaptırılan 1,5 mm. çapında yivli K-teli intramedüller olarak kullanıldı (Resim 1). Bahsedilen yöntem travmatik parmak amputasyonu geçiren sekiz hastanın 11 parmağına uygulandı. Tüm hastalarda uzatma için unilateral mini eksternal fiksatör kullanıldı. Eksternal fiksatörün mini schanz vidaları skopi kontrolünde perkütan olarak tatbik edildikten sonra mini insizyon ile kemiğe subperiosteal osteotomi uygulandı. Osteotomi sonrası 10 günlük bekleme periodunu takiben günde 2 kere yarımsar tur çevrilerek günde 1 mm.lik hız ile uzatma yapıldı (Resim 2). Hedeflenen boya ulaşıncaya eksternal fiksatör çıkarılarak 1,5 mm. çapında yivli K-teli skopi kontrolü altında perkütan intramedüller olarak yerleştirildi (Resim 3). Konsolidasyon tamamlandıktan sonra K-teli dijital blok anestezi ile parmak ucundan yapılan mini kesi ile poliklinik şartlarında çıkarıldı.

Sonuçlar

Hiçbir hastada kaynama sorunu görülmemiş, tüm parmaklar belirtilen yeni kallus distraksiyon yöntemi ile başarılı bir şekilde uzatılmıştır. Parmaklarda istenen uzama sağlandıktan sonra kemikleşmenin tamamlanmasına kadar gereken bekleme süresinde uzatma cihazının çıkarılarak pozisyonun intramedüller konan yivli K-teli ile sağlanmasında pozisyon kaybı oluşmamıştır. Fragmanlar arasında kollaps gelişmesi ve buna bağlı olarak uzatmanın kaybı görülmemiştir. Sonradan gelişen herhangi bir açılma veya rotasyon tespit edilmemiştir. Fiksatörün erken çıkarılması sayesinde fizyoterapiye erkenden başlanılmış ve hasta elini günlük hayatında daha aktif ve rahat kullanmaya başlamıştır.

Çıkarımlar

Tarif ettiğimiz bu yeni yöntem parmak uzatmanın başarılı ve güvenilir sonuçlarını daha da arttıran basit bir uygulamadır. Parmak uzatma yapılacak hastalar için akılda bulundurulması gereken kolay ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Eksternal fiksatör, K-teli, parmak rekonstrüksiyonu, parmak uzatma, travmatik parmak amputasyonu



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-010

EVRE 2 VE EVRE 3 KIENBÖCK HASTALIĞINDA DİSTAL METAFİZER RADİUS KISALTMA OSTEOTOMİSİ İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Serdar Toker¹, Harun Kütahya², Ali Güleç², Burak Kaçır², Onur Bilge², Hasan Metineren²

¹Meram Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD; El Ve Üst Ekstremitte Cerrahisi BD

²Meram Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD; El Ve Üst Ekstremitte Cerrahisi BD

Amaç

Evre 2 ve 3 Kienböck hastalığı için tatbik edilen distal radius kısaltma osteotomisi ve distal volar plak ile fiksasyon tatbiki ile gerçekleştirilen eklem seviye eşitleme tedavisinin orta-uzun dönem klinik ve radyolojik sonuçlarını değerlendirmek

Yöntem

2005-2011 yılları arasında Kienböck hastalığı tanısı alan 29 hastadan distal radius kısaltma osteotomisi yapılan 22 hasta ile çalışma planlandı. 22 hastadan son kontrolleri yapılabilen 15 hasta çalışmaya alındı. 13 erkek, 9 kadın hasta mevcuttu ve ortalama yaş 29.14 yıl (14-46) idi. 14 sağ, 8 sol taraf tutulumu tespit edildi. Şikayetlerin süresi ortalama 15.5 ay (1-96) idi. Direkt radyografi ile evreleme gerçekleştirildi. Buna göre 9 hasta Evre 2, 3 hasta evre 3A ve 10 hasta Evre 3B olarak değerlendirildi. Hastaların tamamına distal radius osteotomisi ile seviye eşitleme miktarı kadar kemik rezeksiyonu ve akabinde volar radius plağı ile fiksasyon tatbik edildi. Birinci, 2.,3.ve 6.ay fizik muayene ve direkt radyografi ile hastaların takibi yapıldı. Hastalar, ortalama 39 ay (6-67) takip edildi. Hastaların son muayenelerinde her iki el kavrama gücü, fleksiyon-ekstansiyon, radial-ulnar deviasyon dereceleri, karpal yüksekliğin ameliyat öncesi ve sonrası oranları, ameliyat öncesi ve sonrası radial varyans değerleri kaydedildi.

Bulgular

Son muayenede hastaların hiçbirinde ağrı şikayeti yoktu. El dinamometresi ile yapılan kavrama gücü testinde ortalama kavrama gücünün 27.4 kg olduğu, bu değer sağ tarafta yaklaşık 40 kg olduğu tespit edildi. Tedavi edilen tarafta ortalama fleksiyonun 55, ekstansiyonun ise 43 derece olduğu, ortalama radial deviasyonun 18 ve ulnar deviasyonun ise 35 derece olduğu görüldü. Radyolojik değerlendirmede ameliyat öncesi ortalama -2.5 mm olan radial varyansın -0.14 mm'ye düştüğü, karpal yükseklik oranının ortalama 1.29 olduğu tespit edildi. Hastalarımızda tedavi süresince herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Çıkarımlar

Kienböck hastalığında, özellikle Evre 2'den Evre 3B'ye kadar olan vakalarda distal radius kısaltma osteotomisi ve distal volar plak ile fiksasyon tatbiki ile yapılan seviye eşitleme tedavisinin güvenilir, sonuçlarının klinik ve radyolojik olarak başarılı olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler

Kienböck hastalığı, radial kısaltma osteotomisi, eklem seviye eşitleme



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-011

ÜST EKSTREMİTE YILAN ISIRIKLARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Arif Turkmen, Ömer Berberoğlu, Mustafa Nihat Koç, Emine Ayla Gökçe, Hasan Kütükoğlu

*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç

Yılan ısırığı, çiftçiler gibi dış mekanda çalışanlarda sık rastlanan bir durumdur ve değişken morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır (1-3). Yılan ısırıklarının tedavisi özellikle acil hekimlerinin ilgi alanı olmakla birlikte, plastik cerrahlar kompartman sendromu veya nekroz geliştiğinde ve defekt kapatımı aşamasında görev üstlenmektedir (4,5). Bu bildiride yılan ısırıklarının erken ve geç dönem tedavisini gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem

2008-2011 yılları arasında hastanemiz acil servisine, yaş ortalaması 32 olan 31 erkek, 20 kadın, toplam 51 hasta başvurdu.

Bulgular

Tüm hastaların acilen ısırılan ekstremitelerinin immobilizasyonları sağlandı ve tetanoz profilaksileri yapıldı. Bütün ısırılan hastaların vital bulguları en az 4 saat monitorize edilerek izlendi. Lokal veya sistemik semptom gelişmeyen hastaların 20 ' si antibiotik tedavisi ile 4 saat sonunda taburcu edildi. 31 hasta gözlem altında tutuldu. 14 hastada kompartman sendromu benzeri semptomlar gelişti. 17 hastada takipleri boyunca ısırık yerinde ve distalinde dolaşım problemlerine sekonder parsiyel ve total nekrozlar gözlemlendi. Oluşan defektler, 8 hastada greftleme, 6 hastada reverse dorsal dijital arter ada flebi, 16 hastada dorsal interosseous metakarpal flebi ve 1 hastada ise çapraz parmak flebi ile onarıldı.

Çıkarımlar

Yılan ısırıkları için farklı sınıflandırma sistemleri bulunmasına karşın, ekstremitelerde ısırıkları için özgün bir sınıflandırma sistemi mevcut değildir. Bu nedenle biz, klinik deneyimlerimiz doğrultusunda, salt ekstremitelerde bulguları ile başvuran hastaları 3 farklı grupta incelemekteyiz. Grup 1, sadece ağrı ve ısırık izi ile başvurup lokal reaksiyon bulguları olmayan hastaları içerir oral antibiyotik, tetanoz profilaksisi ve immobilizasyon sağlanarak taburcu edilirler. Grup 2 hastalar, ısırık yerinde hafif ödem ve morarma ile başvuran hastaların 24 saat süre ile takip edilmeleri gerekir. Grup 3 hastalarda ekstremitelerde belirgin olarak şiş ve soğuktur, hareket kısıtlılığı mevcuttur ve periferik nabızlar çoğunlukla alınamaz. Yılan ısırığı sonucu eldeki nekrotik dokuların debridmanı sonrasında oluşan defektin rekonstrüksiyonu el cerrahisinde uzmanlaşmış hekimlerce yapılmalıdır. Bu bildiri ile yılan ısırıklarında plastik cerrahinin yaklaşımını meslektaşlarımıza hatırlatmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler

Kompartman sendromu, parmak defektleri, yılan ısırması



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-012

TRIANGULAR FİBKOKARTİLALJ KOMPLESİNİN PERİFERİK (PALMER TİP 1B) YIRTIKLARINDA ARTROSKOPİK TAMİR SONUÇLARININ FONKSİYONEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

İsmail Bülent Özçelik, Berkan Mersa, Atakan Aydın, Fatih Kabakas, Hüsrev Purisa
İst-El El Cerrahi Mikrocerrahi Gurubu

Amaç

Triangular fibrokartilaj kompleks (TFKK) hasarlanması el bileği ulnar taraf ağrıları ve distal radioulnar eklem instabilitesinin başlıca nedenlerindendir. Bu çalışmada artroskopik olarak onarılan TFKK periferik (Palmer tip 1B) yırtıklarının tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma planı

TFKK periferik (palmer tip 1B) yırtığı nedeniyle 2007-2012 seneleri arasında dışarıdan içeriye teknik ile artroskopik tamir uygulanan 29 hasta (20erkek, 9 bayan, ortalama yaş: 28,4 [Dağılım: 19-42]) değerlendirildi. Tüm hastalarda konservatif tedavi ile sonuç alınamayan el bileği ağrısı ve hareket kısıtlılığı mevcut olup yırtık tanısı MRG (magnetik rezonans görüntüleme) ile doğrulanmıştı. Hastaların şikayet başlama zamanları ile operasyon arasında geçen süre ortalama 12.7 ay (Dağılım: 4-46) ay, ameliyat sonrası ortalama takip süresi ise 8.6 (Dağılım: 4-27) aydı. Fonksiyonel değerlendirmede "Türkçe QuickDASH" ölçeği ve VAS (Görsel analog skala) kullanıldı. Ameliyat öncesi ve takip dönemine ait veriler istatistiksel olarak kıyaslandı.

Bulgular

Ameliyat öncesi ortalama 20.45 (Dağılım: 9,09-38,63) olan Quick-DASH semptom skorlarının, ameliyat sonrasında ortalama 4.33'e gerilediği (Dağılım: 2,27-9,09) saptandı. Ameliyat öncesi VAS değerleri ortalama 6.53 (Dağılım: 4,5 -8,2) olup, ameliyat sonrası bu değer 1.48 (Dağılım: 0,3 - 3,1) olarak bulundu. Sonuçlar arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark mevcuttu ($p<0.001$).

Çıkarımlar

TFKK yırtıkları hastaların gerek iş gerekse günlük yaşam fonksiyonlarını kısıtlayan bir patolojidir. Periferik tip (Palmer tip 1B) yırtıklarda artroskopik tamir yöntemi ile ameliyat öncesi şikayetlerin anlamlı olarak giderilmesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler

TFKK, El bileği, palmer tip1b



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-013

FALANKS KIRIKLARINDA AÇIK YERLEŞTİRME VE K TELİ TESPİTİ- AÇIK YERLEŞTİRME VE PLAK VİDA TESPİTİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ali Turgut, Yüksel Özkan, Alpaslan Öztürk, Namık Şahin, Ahmet Murat Aksakal, Bülent Avcu

*Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç

Falanks kırıklarında plak vida uygulamak için yapılabilecek göreceli geniş cerrahi açılımın fonksiyonel sonuçlar üzerine olan etkisinin nispeten daha az açılım gerektiren K Teli ile tespit yöntemi ile karşılaştırılması.

Hastalar ve Yöntem

Hastanemizde 2009 ve 2011 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen 33 eklem ile ilişkisiz el falanks kırıklı hasta çalışmaya alındı. Kırıkların 19'una açık redüksiyon ve K Teli tespiti, 14'üne açık redüksiyon ve plak-vida tespiti yapıldı. Tüm hastalara ameliyat sonrası 10 gün intrinsek artı pozisyonunda alçı ateli uygulanıp, K telleri 6. haftanın sonunda çıkarıldı. K Teli grubunda bulunan 19 hastanın 15'i erkek, 4'ü bayan iken plak vida grubu 10 erkek ve 4 bayandan oluştu. K Teli grubunun ortalama yaşı 35 (16-61) idi, bu hastalar ortalama 16 ay (5-38) takip edildiler. Plak- vida grubunun ortalama yaşı 32 (19-60), ortalama takip süresi de 15 ay (6-26) idi. Plak-vida uygulanan hastaların 12'sinde ilk falanks kırıkken 2'sinde orta falanks kırıktı. K Teli grubunda; 14 hastada ilk falanks, 4 hastada orta falanks ve 1 hastada son falanks kırıktı. Hastaların son kontrollerinde gonyometre ile etkilenen parmaklarının toplam hareket açıklığı ölçüldü. Tüm hastalara çabuk DASH puanlama sistemi sorgulandı. Değerler Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi ile analiz edildi.

Sonuçlar

K Teli grubunda Toplam Eklem Hareket Açıklığı değeri ortalama 216° (160°-260°) olarak ölçüldü. Buna göre 9 mükemmel, 7 iyi, 3 orta sonuç elde edildi. Plak-vida grubunda ise bu değer ortalama 237° (180°-260°) olarak ölçüldü. Buna göre 5 mükemmel, 8 iyi, 1 orta sonuçla karşılaşıldı. İki grup arasında hareket açıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p < 0,87$). K Teli grubundaki hastaların ortalama çabuk DASH puanı 6,9 (0-13,6) iken bu değer plak-vida grubunda 5,6 (0-11,4) idi.

Çıkarımlar

Her ne kadar plak-vida grubunda sonuçlar daha iyi gibi görülse de iki yönteminde sonuçları birbirine yakın olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler

Falanks, K Teli, Plak-vida



SS-014

KARPAL TÜNEL CERRAHİSİ YAPILAN HASTALARIN MIZAÇ ÖZELLİKLERİNİN CERRAHİ SONRASI MEMNUNİYET ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Mert Karaduman¹, Mehmet Armangil², Sırrı Sinan Bilgin²

¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi El Cerrahisi Bilim Dalı

Amaç

Literatür incelendiğinde, ameliyat edilen olguları mizaçlarına göre ayırarak, elde edilen sonuçları olgu üzerinden değil de mizaç üzerinden değerlendiren herhangi bir psikobiyolojik klinik çalışma yoktur. Bu çalışma, açık karpal tünel gevşetme cerrahisi yapılmış olan 171 hastanın cerrahi sonrası klinik sonuçlarının ve memnuniyet derecesinin, hasta mizacı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Kliniğimizde 2009-2011 yılları arasında açık karpal tünel gevşetmesi yapılmış 171 hasta değerlendirildi. Olguların TEMPS-A testiyle baskın mizacı belirlendi. Mizaç belirlemesi sonrasında 1.Anksiyöz mizaç, 2.Baskın mizacı olmayan, 3.Depresif mizaç, 4.Siklotimik mizaç, 5.İrritabl mizaç, 6.Hipertimik mizaç olmak üzere 6 mizaç grubu oluştu. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde Boston Skalasına göre hastaların semptomatik ve fonksiyonel açıdan değerlendirmeleri ile PEM Hasta Tatmini Memnuniyet Skalasına (1) göre ameliyat sonrası dönemdeki memnuniyeti tespit edildi. Baskın mizacı olmayan 60 hastadan oluşan grup ile 111 hastadan oluşan diğer 5 grup birbirleriyle karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlar (2) Wilcoxon-Mann-Whitney, ki-kare, Kruskal-Wallis testleri ile istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular

Depresif ve anksiyöz mizaca sahip hasta gruplarındaki Boston Skorları ve PEM Skorları değerlerinin, baskın mizaca sahip olmayan grupla karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı ($p<0,005$). Depresif ve anksiyöz hasta grubunun cerrahi sonrası memnuniyeti, baskın mizacı olmayan hasta grubuna göre anlamlı olarak daha azdı.(2) Boston Semptomatik Skala değerlendirilmesinde depresif ve anksiyöz grubun, mizacı baskın olmayan gruptan daha iyi durumda olduğu anlaşıldı.(3) Boston Fonksiyonel Skala değerlendirilmesinde; anksiyöz grubun en az fayda gördüğü, depresif mizacı olan grubun median değerinin anksiyöz gruptan ve mizacı baskın olmayan gruptan yüksek olduğu yani fonksiyonel faydalanım bakımından, bu iki gruba göre daha iyi durumda olduğu görüldü. (1-4)

Çıkarımlar

Uygulanan açık cerrahi gevşetmede cerrahin deneyimi, cerrahi tekniğin uygunluğu sonucu etkileyen önemli faktörleri oluştursa da fonksiyonel iyileşme ve hasta memnuniyetine etki eden bir diğer önemli faktörün; kişinin mizaç özellikleri olabileceği gösterilmiştir. Özellikle depresif ve anksiyöz mizaca sahip hastalarda ameliyat sonrası dönemdeki hasta memnuniyeti diğer mizaç türlerine göre daha az tatmin edici olmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Cerrahi memnuniyet, karpal tünel sendromu, mizaç, TEMPS-A



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-015

METAKARP VE FALANKS KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE PERKÜTAN VİDA TESPİTİ

Arel Gereli, Ufuk Nalbantoğlu, Barış Kocaoğlu, Metin Türkmen
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD

Amaç

Metakarp ve falanks kırıklarında geleneksel uygulamalara ek bir seçenek olarak kapalı düzeltme ve perkütan vida tespiti uygulamasını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem

Eylül 2008 ve Mart 2010 yılları arasında metakarp ve falanksların kaymış ve kararsız kırığı nedeniyle kapalı düzeltme ve perkütan vida ile tespit uygulanan 19 hasta ileriye dönük olarak takip edildi. 18-60 yaş arası hastalar çalışmaya alınırken birinci parmak ve metakarp kırıkları, açık kırıklar ve aynı uzuvda başka yaralanması olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların ameliyat sonrası üçüncü ve 12. aydaki kontrolleri değerlendirildi. Nesnel değerlendirme amacıyla toplam aktif eklem hareket aralığı (TAEHA) ölçümü yaralı metakarp ve parmak grubu için yapılarak sağlam taraf ile karşılaştırıldı. Kavrama güçleri sağlam taraf ile karşılaştırıldı. Öznel değerlendirme için QuickDASH ölçeği kullanıldı. Radyolojik değerlendirme ile dizilim ve kaynama süresi gözlemlendi. İşe veya günlük yaşama dönüş süresi ve artsorunlar kayıt edildi.

Bulgular

Onbeş hasta (2 kadın, 13 erkek; ortalama yaş 36 (18-56)) çalışma grubunu oluşturdu. Dokuz hastada proksimal falanks kırığı, 6 hastada metakarp kırığı vardı. Kırıklar 9 hastada oblik, 3 hastada spiral ve birer hastada transvers, parçalı ve T şekilli idi. Üç hastada eklem içi uzanım vardı. On hasta mini/mikro vidalarla, 5 hasta ise mini delikli vidalarla tedavi edildi. Hastaların yaralı parmak grubunda 3. aydaki ortalama TAEHA $226 \pm 30,1^\circ$ bulundu ve sağlam taraftaki aynı parmak grubunun %86,8 ine ulaşmıştı. Ortalama kavrama gücü 31 ± 8 kg, QuickDASH puanı $3,4 \pm 6,6$ bulundu. Hastaların tamamı 3. ayda kırık öncesi işe/günlük yaşamlarına dönmüşlerdi (ortalama $1,5 \pm 0,7$ ay). Onikinci aydaki ortalama TAEHA $242 \pm 24,5^\circ$ bulundu ve sağlam taraftaki aynı parmak grubunun %93,1 ine ulaşmıştı. Ortalama kavrama gücü 37 ± 9 kg, QuickDASH puanı $1,2 \pm 3,1$ bulundu. Radyolojik kaynama ortalama $7,2 \pm 1,4$ haftada elde edildi. Bir hastada vida giriş yerinde granülom, 1 hastada parmakta hafif rotasyon saptandı.

Çıkarımlar

Metakarp ve falanksların kaymış ve kararsız kırıklarında kapalı düzeltme ve perkütan vida tespiti erken dönemde fonksiyonel kullanımı en az hasar ile sağlayan güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Falanks, kanüllü vida, kırık, metakarp



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-016

DİRSEK KIRIKLI ÇIKIKLARI İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN KORONÖİD UÇ KIRIKLARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Ufuk Nalbantoğlu, Arel Gereli, Umut Akgün, Mustafa Karahan
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, İstanbul

Amaç

Koronoid uç kırığı (Regan-Morrey tip 1) ile birlikte olan kötü üçleme tipi dirsek kırıklı çıkıklarında tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Çalışmamızın amacı tip 1 koronoid uç kırığının kötü üçleme yaralanmalarında sonuca etkisini araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem

Posterior dirsek çıkığı, radius başı kırığı ve tip 1 koronoid uç kırığı bulunan 13 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Ortalama yaş 46,9 (33-70), ortalama takip süresi 42,6 ay (17-84 ay) bulundu. Sekiz hastada Mason tip 2 radius başı kırığı varken 5 hastada tip 3 kırık mevcuttu. Regan-Morrey sınıflamasına göre tüm hastalarda tip 1 koronoid kırığı mevcuttu. Tedavide tüm hastalara kapalı/açık reduksiyon, radius başının plak/vida ile tespiti ve lateral bağ tamiri uygulandı. Koronoid uç kırığına yada anterior kapsüle müdahale edilmedi. Son kontrolde hastaların dirsek eklem hareket aralığı ölçüldü. Nesnel değerlendirme Mayo dirsek değerlendirme sistemi ile yapıldı. Dirsek ekleminde artroz Broberg Morrey değerlendirme sistemi ile evrelendirildi.

Sonuçlar

Ameliyat sırasında ve sonrası takipte yapılan muayenelerde dirseklerde çıkma eğilimi yada tekrar çıkık saptanmadı. Son kontrolde dirsek fleksiyon-ekstensiyon aralığı ortalama 116° (90-140°), ortalama fleksiyon 133° (110-140°), ortalama ekstensiyon kaybı 16° (0-40°) bulundu. Ortalama önkol rotasyon aralığı 123° (110-140°) bulundu. Ortalama Mayo dirsek değerlendirme puanı 90,3 (75-100) bulundu. Son kontrolde on hastada evre 1, üç hastada evre 2 artroz saptandı. Bir hastaya takibin 6. ayında radius başında kaynamama nedeniyle radius başı eksizyonu uygulandı. Bir hastada ise müdahale gerektiren heterotopik ossifikasyon gözlemlendi.

Tartışma

Cerrahi olarak tedavi edilmeyen tip 1 koronoid uç kırıkları, dirsek kırıklı çıkıklarında sonucu olumsuz etkilememektedir. Bu hastalarda dirsek reduksiyonu, radius başının sıkı tespiti ve lateral bağ yapılarının onarımı başarılı sonuç almak için yeterlidir. Regan-Morrey tip 1 koronoid uç kırığı ile birlikte görülen dirsek kırıklı çıkıkları kötü üçleme dahilinde değerlendirilmemelidir.

Anahtar Kelimeler

Dirsek, kırıklı çıkık, kötü üçleme, koronoid kırığı



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-017

RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE PERKÜTAN DELİKLİ VİDA TESPİTİ

Ufuk Nalbantoğlu, Arel Gereli, Barış Kocaoğlu, Metin Türkmen
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, İstanbul

Amaç

Eklemi ilgilendirmeyen kaymış ve kararsız radius distal uç kırıklarında geleneksel uygulamalara ek bir seçenek olarak kapalı düzeltme ve perkütan delikli vida tespiti uygulamasını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem

Mart 2007 ve Mart 2010 yılları arasında radius distal uç kırığı (AO tip A 2,3) nedeniyle kapalı düzeltme ve perkütan delikli vida ile tespit uygulanan 25 hasta ileriye dönük olarak takip edildi. 18-60 yaş arası hastalar çalışmaya alınırken aynı uzuvda başka yaralanması olanlar ve iki taraflı kırıklar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların ameliyat sonrası ikinci ve 12. aydaki kontrolleri değerlendirildi. Elbileği eklem hareketleri ve kavrama güçleri sağlam taraf ile karşılaştırıldı. Nesnel değerlendirme için Gartland Werley ölçeği, öznel değerlendirme için QuickDASH ölçeği kullanıldı. Radyolojik değerlendirme palmar açılanma, radial uzunluk, radial eğim ve ulnar varyans ölçümleri ile yapıldı. İşe veya günlük yaşama dönüş süresi ve artsorunlar kayıt edildi.

Bulgular

Yirmi hasta (11 kadın, 9 erkek; ortalama yaş 38,7 (18-60)) çalışma grubunu oluşturdu. Hastaların 2. aydaki ortalama elbileği fleksiyonu $56,7 \pm 14,3^\circ$, ekstensiyonu $54 \pm 14,2^\circ$, pronasyonu $69,5 \pm 10,1^\circ$, supinasyonu $63,7 \pm 8,7^\circ$, ulnar deviasyonu $17,2 \pm 8,3^\circ$, radial deviasyonu $6,2 \pm 5,1^\circ$ ve kavrama gücü $11,5 \pm 7,6$ kg bulundu. Sırasıyla normal tarafın %72,68,86,81,61,39 ve 38 ine ulaşılmıştı. Hastaların %70 i 2. ayda kırık öncesi işe/günlük yaşamlarına dönmüşlerdi (ortalama $1,8 \pm 0,9$ ay). Ameliyat sonrası 12. ayda ise ortalama elbileği fleksiyonu $73 \pm 8,7^\circ$ ($p < 0,01$), ekstensiyonu $74 \pm 8,9^\circ$ ($p < 0,01$), pronasyonu $81 \pm 7,1^\circ$, supinasyonu $72,5 \pm 7,6^\circ$ ($p < 0,01$), ulnar deviasyonu $28 \pm 5,7^\circ$, radial deviasyonu $15,5 \pm 3,5^\circ$ ($p < 0,05$) ve kavrama gücü $26,2 \pm 9$ kg bulundu. Sırasıyla normal tarafın %91,91,98,91,93,86 ve 84 üne ulaşılmıştı. 12. aydaki Gartland Werley ölçeği ortalama $1,2 \pm 1,7$, QuickDASH puanı $2,2 \pm 4,2$ bulundu. Hastaların her iki kontrol arasındaki ortalama radyolojik palmar açılanma kaybı $1,5 \pm 3,5^\circ$, radial uzunluk kaybı $0,4 \pm 0,6$ mm ($p < 0,05$), radial eğim kaybı $0,15 \pm 0,4^\circ$ ve ulnar varyanstaki değişim $0,6 \pm 1$ mm ($p < 0,05$) bulundu. Hastalarda artsorun görülmedi.

Çıkarımlar

Eklemi ilgilendirmeyen kaymış ve kararsız radius distal uç kırıklarında kapalı düzeltme ve perkütan delikli vida tespiti erken dönemde fonksiyonel kullanımı sağlayan güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Kanüllü vida, Kırık, radius distal, perkütan tespit



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-018

DİSTAL RADIUS KIRIKLARINDA SIKLIKLA KULLANILAN SINIFLAMA SİSTEMLERİNİN GEÇERLİLİK VE TEKRAR EDİLEBİLİRLİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Levent Küçük¹, Mert Kumbaracı², Hüseyin Günay¹, Levent Karapınar², Oğuz Özdemir¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İzmir

Amaç

Distal radius kırıklarının sıklıkla kullanılan Universal, AO, Fernandez-Jupiter ve Frykman sınıflama sistemlerinin değerlendiriciler arasındaki geçerlilik ve zaman içerisinde tekrar edilebilirlik özelliklerinin değerlendirilmesi.

Yöntem

El bileğinde yer değiştirmiş kırığı olan 50 hastaya standart AP ve lateral grafiler 2 grup değerlendirici tarafından, en az 2 ay zaman aralığıyla ikişer kez değerlendirildi. Birinci grup en az 5 yıllık tecrübeye sahip 10 ortopedi ve travmatoloji uzmanından oluşurken ikinci grup uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılı içerisinde olan 10 ortopedi ve travmatoloji asistanından oluşmaktaydı. Değerlendiricilerin kendi içindeki ve değerlendiriciler arasındaki uyum absolute agreement testi ile değerlendirildi. Cronbach's alpha değerleri Landis ve Koch sistemine göre değerlendirildi.

Bulgular

Uzman grubunda geçerlilik değerlendirildiğinde en yüksek uyum Universal sınıflamasında bulunurken, en düşük uyum Frykman sınıflamasında bulundu. Asistan grubunda ise geçerliliğin en yüksek olduğu sınıflama AO iken en düşük olduğu sınıflama Universal'di. Ortalama uyum değerleri göz önüne alındığında tüm sınıflama sistemlerinde uzman grubunun değerlerinin daha yüksek olduğu tesbit edildi. Sınıflama sistemlerinin tekrar edilebilirlik özelliği değerlendirildiğinde tüm sistemlerde mükemmel uyum elde edildi.

Çıkarımlar

Araştırılan tüm sınıflama sistemlerinde kişiler arası geçerlilik ve kişinin kendi içerisindeki tutarlılığı iyi-mükemmel aralığında bulunmuştur. Bununla birlikte özellikle uzman doktor değerlendirme grubunda Universal sınıflamasının sonuçları daha tatminkardır.

Anahtar Kelimeler

Distal radius, tedavi, teşhis



SS-019

KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA CHOW TEKNİĞİ İLE ENDOSKOPİK GEVŞETME: 42 OLGUNUN SONUÇLARININ HASTA BAZLI DEĞERLENDİRİLMESİ

Erkal Bilgiç¹, Orhan Balta¹, Ferhat Taş¹, Bora Bostan¹, Ünal Erkorkmaz², Taner Güneş¹
¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Tokat
²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Tokat

Giriş

Karpal tünel sendromu en sık karşılaşılan tuzak nöropatidir. George Phalen tarafından popüler hale getirilen karpal tünelin açık olarak gevşetilmesi uzun yıllar standart cerrahi tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Okutsu ve arkadaşlarının 1989 yılında endoskopik gevşetmeyi tanımlamasından sonra tedavide endoskopik yöntemler ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada Chow'un tarif ettiği çift portal tekniğine sadık kalınarak tedavi edilen hastaların sonuçları hasta bazlı değerlendirme sistemi aracılığı ile değerlendirilmiştir.

Yöntem ve hastalar

Çalışmaya konservatif tedaviye yanıt alınamamış, karpal tünel sendromunun varlığı EMG ile teyit edilmiş, Nisan 2004 ile Ocak 2012 tarihleri arasında iki ayrı merkezde ameliyat edilmiş 33 hastanın 42 eli dahil edildi. Hastalar tarafından ameliyattan önce ve ameliyat sonrası 1., 3., 6. aylar ile son kontrollerinde doldurulmuş olan Boston Karpal Tünel Anketi (BKTA) kullanılarak sonuçlar retrospektif olarak değerlendirildi. BKTAnın geçerlilik ve güvenilirlik analizi için Cronbach Alfa katsayısı, ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirmeler arasındaki istatistiksel farklılık için bağımlı iki örneklem t testi kullanıldı. Hastaların 30'u kadın, 3'ü erkek olup ortalama yaşları 51,98±13,06 (27-78) yıl idi. Tutulum 11 hastada sol, 13 hastada sağ elde iken 9 hastada bilateral idi.

Sonuçlar

Ortalama takip süresi 26,45 (1-82) ay idi. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizine göre Cronbach Alfa katsayıları fonksiyonel kapasite ölçeği (FKÖ) için 0,83 ve semptom şiddet ölçeği (SŞÖ) için 0,77 olarak hesaplandı. FKÖ ve SŞÖ yönünden ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirmeler arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Hastaların yaşları ile ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki bulunmadı. Sonuçlar tablo-1'de gösterilmiştir.

Tartışma

Standart açık yöntemle %7-20 arasında başarısızlık bildirildiği göz önünde alınırsa, hastaların şikayetlerinde belirgin iyileşme sağlayan, daha az skar hassasiyeti oluşturan ve erken rehabilitasyona izin veren endoskopik karpal tünel gevşetme ameliyatı tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmelidir. Maliyet ve özel eğitim gerektirmesi dezavantajlarıdır.

Anahtar Kelimeler

Endoskopik, gevşetme, karpal, tünel, sendromu



SS-020

RADİUS DİSTAL UÇ VOLAR PLAK UYGULAMALARINDA VİDA UZUNLUĞU NE KADAR OLMALIDIR?

Aydın Yüçetürk

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç

Radius distal uç kırıklarının volar plak-vida tesbitiyle tedavileri giderek yaygınlaşmakta, vidaların uzun olmasına bağlı ekstansör tendon yaralanmaları artmaktadır. Bu çalışmada erişkin yaş grubunda MRI görüntülerinden yapılan ölçümlerle radius distal uç volar vida uygulama bölgesinden dorsal kompartmanlara olan uzunlukların gerçek boyutlarını bulmak amaçlanmıştır.

Yöntem-Gereçler

Değişik nedenlerle el-bilek MRI çekilmiş epifiz plağı kapanmış 20 erkek ve 21 kadında MRI görüntüleri incelemeye alınmıştır. Plak-vida uygulama bölgesi radius distal uç ön-arka ve lateral ölçümleri, aksial planda lister tüberkül yüksekliği (LT), 2.kompartman ECRL (2ECRL) ve ECRB (2ECRB), 3. kompartman EPL (3EPL), 4. kompartman EDC (4EDC) olarak 5 bölgenin vertikal yükseklik ölçümleri değerlendirilmiştir. Plak distal deliklerinden vidaların kemik aksına dikey konulması esas alınmıştır. Kadın ve erkeklerde tüm ölçümler sonrası her kompartmanın ortalama vida boyları saptanmış vede LT yüksekliğiyle ortalama fark tüm kompartmanlar için hesaplanmıştır.

Bulgular

Değerlendirilen 41 MRI'nın 21'i kadın, 20'si erkektir. Kadınlarda yaş 20-64 (ortalama 40.5 yaş), 14'ü sağ 7'si sol el-bileğidir. Erkekler 20-62 yaş (ortalama 42.5) 13'ü sağ, 7'si sol el-bileğidir. Kadınlarda LT 18.2-27.3mm (ort.20.8mm), 2ECRL 10.6- 4.3mm (ort.13.0mm), 2ECRB 13.7-17.9mm (ort.16.6mm), 3EPL 14.8-19.2mm (ort.18.2mm), 4EDC 13.9- 8.0mm (ort.17mm) Erkeklerde LT 20.1-27.3mm (ort.23.7mm), 2ECRL 11.1- 7.4 mm (ort.15mm), 2ECRB 13.9-21.9mm (ort.18.9mm), 3EPL 16.9-23.3mm (ort.20.9mm), 4EDC 15.4-22.7mm (ort. 19.4mm) Lister tüberkülü (LT) ile kompartmanlar arası yükseklik farkı değerlendirildiğinde ise, kadınlarda 2ECRL 5.9-9.4mm (ort.7.8 mm), 2ECRB 2.6-5.8mm (ort.4.2 mm), 3EPL 0.4-5.7mm (ort.2.6mm), 4EDC 1.8-5.2mm (ort. 3.8 mm). Erkeklerde 2ECRL 6.7-10.7mm (ort. 7.9 mm), 2ECRB 1.9-7.2mm (ort. 4.6 mm), 3EPL 0.7-4.8mm (ort. 2.7mm), 4EDC 2.4-5.8mm (ort. 4.1 mm) dir.

Sonuçlar

Radius distal uç kırıklarında volar plak uygulamalarında ekstansör tendon yaralanmalarının önlenmesinde özellikle EPL ve EDC tendonlarının korunması için 3.-4. kompartmanlar bölgesine yönelik konulan ulnar taraf vidaları skopi ya da çekilen yan grafide lister tüberkül üst kısmından 4 mm kısa konulduğunda bu tendonların yaralanma riski minimumdur..

Anahtar Kelimeler

Radius, kırık, volar plak



SS-021

ÜST EKSTREMİTE TÜMÖR REZEKSİYONLARINDA VASKÜLARİZE FİBULA GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYON SONUÇLARIMIZ

Bülent Erol¹, Cihangir Tetik², Eren Cansü¹, Onur Başçı³, Emrah Çalışkan¹, Ömer Sofulu¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Acıbadem Hastanesi Maslak, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

³Doğubeyazıt Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ağrı

Amaç

Ekstremitte koruyucu cerrahi, günümüzde ortopedik onkolojide uygun şartlar sağlandığında tercih edilen bir yöntemdir. Tümör biyolojisinin iyi anlaşılması, etkin sistemik kemoterapi ve biyomateryallerdeki gelişim, rekonstrüktif mikrocerrahi gibi cerrahi tekniklerin de gelişimi ile biraraya geldiğinde, ekstremitte yerleşimli kemik tümörü olan hastalar, ekstremitte koruyucu cerrahi ile %90-95 oranında başarıyla tedavi edilmektedir. Kliniğimizde üst ekstremitte yerleşimli kemik tümörlerinde geniş cerrahi rezeksiyon sonrası oluşan kemik defekte vaskülarize fibula grefti (VFG) ile biyolojik rekonstrüksiyon uyguladığımız hastaların fonksiyonel ve radyolojik erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi.

Yöntem

2005-2011 yılları arasında üst ekstremitte yerleşimli selim/habis kemik tümörlerine yönelik ekstremitte koruyucu cerrahi gerçekleştirilen 5 hastaya biyolojik rekonstrüksiyon uygulandı. Hasta grubunun (1E/4K) cerrahi sırasındaki yaş ortalaması 14.6 (aralık, 5-35) idi. Patolojik tanılar, 3 Ewing sarkomu, 1 kondrosarkom (yüksek-gradlı) ve 1 anevrizmal kemik kistini içerdi. Humerus (4) ve radiusun (1) diafiz ve metadiafizleri rekonstrükte edilen bölgeleri oluşturdu. Ewing sarkomlu tüm hastalara neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi uygulandı. Cerrahi işlem tümörün geniş cerrahi sınırlarla rezeksiyonunu, takiben oluşan defektin VFG ile rekonstrüksiyonunu ve internal tespiti içerdi (Resim 1, 2). Olguların çoğunluğunda defektin büyüklüğü nedeni ile masif VFG'ne ihtiyaç duyuldu [ortalama rezeksiyon: 12.8 cm, ortalama VFG uzunluğu: 15.6 cm]. Eklem hareket açıklığı egzersizlerine postoperatif erken dönemde başlandı. Takip, klinik değerlendirme, Musküloskeletal Tümör Cemiyeti'nin (MSTS) ekstremitte fonksiyonu skorlaması, ve radyolojik (x-ray, gerektiğinde BT) inceleme ile yapıldı; ortalama takip 30 aydı (aralık, 12-60 ay).

Bulgular

Hastaların 6. ay radyolojik kontrollerinde hastaların tümünde kaynama gözlemlendi. 12. ay radyolojik kontrollerinde hastaların tümünde kaynama ve greftin kalınlaşmaya başladığı gözlemlendi (Resim 3). MSTS ekstremitte fonksiyon değerlendirme sistemine göre ortalama MSTS skorları 12. ayda %90 (aralık %70-100) olarak ölçüldü.

Çıkarımlar

Ekstremitte koruyucu cerrahide, vaskülarize fibula grefti ile tümör rezeksiyonu sonrası oluşan masif kemik defektlerine rekonstrüksiyon seçeneği, tümöre bağlı prognozu kötüleştirmeden hayat kalitesini geliştiren ve tercih edilmesi gereken bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Üst ekstremitte tümörleri, ekstremitte koruyucu cerrahi, biyolojik rekonstrüksiyon, vaskülarize fibula



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-022

KÜBİTAL TÜNEL SENDROMUNDA YERİNDE GEVŞETME VE ÖNE TRANSFER SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Yusuf Gürbüz¹, Levent Küçük², Bakytbek Kerekulov¹, Selçuk Yalçınkaya², Kemal Özaksar¹, Oğuz Özdemir²

¹Elmikrocerrahi Ortopedi ve Travmatoloji(EMOT) Hastanesi,İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı,İzmir

Giriş

Kübital tünel sendromu, ikinci sıklıkta gözlenen sinir kompresyon nöropatisidir.Konservatif tedavinin başarısız olduğu hastalarda en uygun cerrahi işlem hakkında literatürde henüz fikir birliği yoktur.

Amaç

Klinik olarak kübital tünel sendromu (McGowen Evre II ve III) tanısı almış hasta gruplarında, uygulanan öne transfer ve yerinde gevşetme ameliyat yöntemlerinin, klinik ve fonksiyonel sonuçlarının geriye dönük olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem

2006-2011 yılları arasında, kübital tünel sendromu nedeniyle öne transfer uygulanan, 16 hasta (ortalama yaş, 46.1; takip süresi,34.6 ay), yerinde gevşetme uygulanan 15 hasta (ortalama yaş,41.3;takip süresi,13.5 ay) çalışma grupları olarak belirlenmiştir. Öne transfer grubunda 11 hasta McGowen Evre 3, 4 hasta Evre 2, yerinde gevşetme grubunda ise 11 hasta McGowen Evre 3, 5 hasta McGowen Evre 2 olarak değerlendirildi. Preoperatif bütün hastalar Semmes-Weinstein monofilaman testleri yapıldı. Ameliyat sonrası klinik sonuçlar, Modifiye Bishop ve Akahori fonksiyonel değerlendirme sistemlerine göre değerlendirildi. Son kontrollerinde tüm hastalara Quick DASH anketi yapıldı.

Sonuçlar

Her iki grup arasında klinik sonuçlar ve Quick DASH skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Öne transfer grubunda 15 hastanın 12'sinde, yerinde gevşetme grubunda 16 hastanın 11'inde Akahori sınıflamasına göre iyi ve mükemmel sonuç elde edildi. Ameliyat öncesi ve sonrası Semmes-Weinstein monofilaman testleri arasında azalmalar her iki grupta da anlamlıydı. Yerinde gevşetme grubunda 3 hastada ameliyat sonrasında kas atrofi devam etmekteydi.

Çıkarımlar

Kübital tünel sendromlu, Mc Gowen, Evre II ve III hastalarda uygulanan öne transfer ve yerinde gevşetme operasyonlarının klinik ve fonksiyonel sonuçları arasında fark saptanmamıştır.Her iki cerrahi yöntemde, EvreII ve III hastalarda güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler:

Kubital tunel sendromu, öne transfer, yerinde gevşetme



SS-023

SERT DİRSEK OLGULARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Kahraman Öztürk¹, Erdem Özden¹, Bilal Demir², Ahmet Utku Gürün¹, Murat Demiroğlu¹

¹Baltalimanı Kemik Hastalıkları EAH, El Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Baltalimanı Kemik Hastalıkları EAH, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç

Dirsek ekleminde intrensek, ekstrensek veya her ikisinden birden kaynaklanan etiyolojik sebeplerle kontraktürler gelişebilir. En sık travma sonrasında sert dirsek gelişir. Kliniğimizde cerrahi tedavi uyguladığımız sert dirsek olguları ile ilgili tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem

Kliniğimizde 2003 – 2011 yılları arasında, fonksiyonel dirsek eklem hareketlerinde kayıp olan 18 hastanın (6 kadın, 12 erkek) 19 dirseği ameliyat edildi. Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası eklem hareket açıklıkları ölçüldü. Hastalar hızlı DASH (kol, omuz ve el için engellilik skoru) ve Mayo dirsek değerlendirme formları ile değerlendirildi.

Bulgular

Yaş ortalaması 31.2 (16-50), ortalama ameliyat öncesi fleksiyon ve ekstansiyon hareket aralığı 39 derece (0-75) ve ortalama takip süresi 2,5 yıl (altı ay ila dokuz yıl arasında) idi. Etiyolojide altı hastada kompleks dirsek çevresi kırığı, dört hastada humerus alt uç kırığı, bir hastada olekranon kırığı, üç hastada izole radius başı kırığı, iki hastanın üç dirseğinde kafa travmasına bağlı miyozitis osifikans, bir hastada sinovial kondromatozis ve bir hastada sinovit vardı. Ameliyat sonrası hastalara birinci günde pasif eklem hareket egzersizleri başlandı. Fleksiyonda ortalama 32 derece, ekstansiyonda ortalama 35 derece artış elde edildi. Hızlı DASH skorları ortalama 22 (6,8 ila 63,6 arasında) olarak saptandı. MAYO dirsek değerlendirme formuna göre ilk kırık cerrahi tedavisi sonrasında enfeksiyon gelişen bir hastada kötü sonuç, üç hastada orta sonuç, 13 hastada iyi sonuç, bir hastanın her iki dirseğinde de mükemmel sonuç elde edildi.

Tartışma ve Sonuç

19 dirseğin 14'ünün etiyolojisi dirsek çevresi kırığına bağlı geçirilmiş bir ameliyattı. Sert dirsek gelişimini önlemenin, sert dirsek ile uğraşmaktan daha iyi sonuçlar vereceğini akıldan çıkartmamak gereklidir. Bunun için ameliyat endikasyonu olan dirsek çevresi kırıklarında stabil tespit ve iyi bir kanama kontrolü yapıp, minimal immobilizasyon ile erken rehabilitasyona başlamak en önemli basamaktır. Yine de her dirsek travması olan hastaya sertlik gelişebileceği bilgisi önceden verilmelidir. Eklem sertliğini önleyici temel bilimleri ilgilendiren araştırmalar gelecekte önem kazanacaktır.

Anahtar Kelimeler

Sert dirsek, kapsülektomi, kontraktür



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-024

TRANSOLEKRANON TİPİ DİRSEK KIRIKLI ÇIKIKLARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Arel Gereli, Ufuk Nalbantoğlu, Barış Kocaoğlu, Metin Türkmen
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, İstanbul

Amaç

Nadir görülen transolekranon tipi dirsek kırıklı çıkıklarında tedavi yaklaşımını ve sonucu etkileyen etmenleri ortaya koymak.

Hastalar ve Yöntem

Olekranon kırığı ile birlikte dirsek çıkığı görülen 11 hasta geriye dönük incelendi. Çalışma grubunda 8 erkek 3 kadın vardı. Ortalama yaş 48,5 (33-73), ortalama takip süresi 59,3 ay (19-96 ay) bulundu. Yedi hastada 2 parçalı olekranon kırığı varken 4 hastada çok parçalı kırık vardı. Tüm hastalarda ulnotroklear ilişki bozulmuştu. Sekiz hastada eşlik eden radyus başı kırığı da mevcuttu. Bu hastaların yedisine plak ve vidalar ile tespit uygulandı. Bir hastada radyus başı protezi kullanıldı. Dokuz hastada olekranon ve troklear çentik plak vida sistemleri ile yapılandırıldı. Bu hastalarda takipte tekrar çıkık görülmedi. Olekranonda iki parçalı kırık bulunan 2 hasta tel germe yöntemi ile ameliyat edilmişti. Bu hastalara takipte görülen tekrar çıkık nedeniyle plak vida sistemi ile yapılandırma uygulandı. İkinci ameliyat sonrası bu hastalarda tekrar çıkık görülmedi. Son kontrolde hastaların dirsek eklem hareket aralığı ölçüldü. Nesnel değerlendirme Mayo dirsek değerlendirme sistemi ile yapıldı. Dirsek ekleminde artroz Broberg Morrey değerlendirme sistemi ile evrelendirildi.

Sonuçlar

Son kontrolde dirsek fleksiyon-ekstensiyon aralığı ortalama 112° (70-140°), ortalama fleksiyon 128° (100-140°), ortalama ekstensiyon kaybı 15,4° (0-30°) bulundu. Ortalama önkol rotasyon aralığı 142,7° (120-160°) bulundu. Ortalama Mayo dirsek değerlendirme puanı 90,4 (70-100) bulundu. İki hastada cerrahi müdahale gerektiren heterotopik ossifikasyon gelişti. Son kontrolde dört hastada evre 1, dört hastada evre 2 ve iki hastada evre 3 artroz saptandı.

Tartışma

Transolekranon tipi dirsek kırıklı çıkıklarında temel sorun troklear çentiğin kemik bütünlüğünün bozulmasıdır. Bu duruma dirseğin anterior kemik desteğinin bozulduğu radyus başı kırığı da çoğu kez eşlik eder. Kararlı bir dirsek eklemi elde etmek için troklear çentik ve radyus başı gibi dirseğin kemik desteklerinin güçlü bir şekilde yapılandırılması yeterlidir. Olekranon kırığı basit iki parçalı bile olsa mutlaka plak vida tespiti gibi güçlü sistemlerle onarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Dirsek, kırıklı çıkık, transolekranon



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-025

FLEKSÖR TENDON YARALANMALARINDA TENDON PROTEZİ İLE REKONSTRÜKSİYON

Arif Turkmen, Saffet Ulutaş, Mustafa Nihat Koç, Mehmet Koray Çelebi, Hasan Kütükoğlu
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç

Fleksör tendon yaralanmalarında tendon protezler ile fleksör kılıf oluturulması yaygın olarak yapılmaktadır. Travma nedeniyle oluşan defektli tendon yaralanmaları, pulley kaybı, birlikte birçok yumuşak doku ve kemik yaralanmaları protez uygulaması için endikasyon oluşturmaktadır. Ancak protez uygulamasında hasta seçimi, planlama ve endikasyonların doğru belirlenmesi gereklidir. Kliniğimizde protez uygulanarak iki aşamalı tendon rekonstrüksiyonu yaptığımız hastalarla ilgili tecrübelerimizi sunmak istiyoruz.

Yöntem

Kliniğimize 2001-2011 tarihleri arasında cerrahi olarak iki aşamalı tendon rekonstrüksiyonu yapılan yaşları 2 ile 55 arasında (ortalama yaş 28.4) olan 44 hasta (31E,13K) değerlendirildi. Tendon yaralanmaları 27 hastada zon 2 de, 17 hastada zon 3 de idi. Hastalardan 7 tanesi spontan tendon rüptürü 10 tanesi elde crush yaralanma 19 tanesi dış merkezde başarısız operasyon geçirmiş veya post operatif rüptüre olmuş hastalardı. 12 hasta başka merkezde suture edilmiş fakat tendon kesisi atlanmış daha sonrada fonksiyon kaybı nedeniyle başvurmuş hastalardı.

Bulgular

Hastalar postoperatif 1. ve 2. seansta erken dönemde fizik tedavi polikliniğine yönlendirildi. 3 hasta tendon protezi enfeksiyon bulguları görüldüğü için çıkartıldı. 2. seans yapılan hastalardan 8 hastaya tendon yapışıklığı nedeniyle tenoliz operasyonu yapıldı. 3 hasta fizik tedaviye hiç gitmemiş ve eklem sertliği oluşmuştu. Sonuçlar strickland formülüne göre sınıflandırıldığında 20 hastada çok iyi 12 hastada iyi 5 hastada orta 4 hastada kötüydü.

Çıkarımlar

Cerrahi olarak tüm faktörleri göz önüne alarak aşamalı tendon protezini uygulayıp uygulamayacağına karar vermelidir. Ancak, bu kararını verirken tenoliz de dahil üç kez ameliyat edilecek bu parmağın ameliyata yanıtının ne olabileceğini iyi öngörmelidir. Hastaların sosyo kültürel seviyelerine göre fizik tedavinin önemi çok iyi anlatılmalı, fizik tedavi uygulanmazsa sadece ameliyatın başarılı olamayacağı belirtilmelidir bu nedenle hastaların takipleri iyi yapılmalıdır. Hasta ve yakınlarına en az iki ameliyat olacağı ve en aşağı 6 aylık bir süreç gerekeceği bildirilmeli. Bu nedenle tedavide hasta ve yakınlarıyla kooperasyon en önemli faktör. Travma veya daha önceki cerrahi girişimler ile bozulan pulleylerin rekonstrüksiyonu 1. Seansta yapılmalı, 2. Seansta sadece tendon grefti konmalı. (4,5). Bunun yanı sıra tendon kesilerinin atlanmaması için acil serviste görev yapan hekimlere el muayenesi iyi öğretilmeli.

Anahtar Kelimeler

El yaralanmaları, Hunter protez, Tendon onarımı



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-026

ÜST EKSTREMİTE MİNÖR REPLANTASYON VE REVASKÜLARİZASYON UYGULAMALARININ KLİNİK SONUÇLARI

Seyfullah Doğan¹, Kadir Ertem², Mustafa Karakaplan², Haldun Topgöl²

¹Şırnak Silopi Devlet Hastahanesi

²İnönü Üniversitesi Malatya

Amaç

Üst ekstremitelerde minör replantasyon ve revaskülarizasyon uygulanan hastaların klinik sonuçlarının değerlendirilmesi.

Yöntem

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 2008-2011 tarihleri arasında üst ekstremitelerinde travma sonucu total veya subtotal amputasyon oluşan 30 hastanın 35 parmağı ameliyat edildi. Hastaların ortalama yaşları 26(2-60) idi. Total ampute 15 hastanın 15 parmağına replantasyon, ve subtotal ampute 15 hastanın 20 parmağına revaskülarizasyon yapıldı. Tedavi edilen tüm hastaların erken dönem sonuçları ile ortalama 17 ay (6 ay – 3.5 yıl) izlenen 28 hastanın 30 parmağı retrospektif olarak incelenip literatürle karşılaştırıldı.

Bulgular

Erken dönem sonuçlar incelendiğinde, yaşama oranları; replantasyon yapılan parmaklarda %93,3, revaskülarizasyon yapılan parmaklarda %80; zon 2 seviyesindeki yaralanmalarda %66,6, zon 3 seviyesindeki yaralanmalarda %92,3; giyotin tipi yaralanmalarda %100, ezilme- avülsiyon tipi yaralanmalarda %68,8 olarak bulunmuştur. Yaralanma şekillerine göre fonksiyonel sonuçlar değerlendirildiğinde, giyotin tipi kesi ile yaralanan olguların %89,9'unda çok iyi-iyi, ezilme ve avülsiyon tipi kesi ile yaralanan olguların %33,3'ünde çok iyi-iyi sonuç bulundu.

Çıkarımlar

Minör replantasyon ve revaskülarizasyon uygulamaları teknik olarak zor ve donanımlı ekip gerektirmekle beraber sonuçlar yüzgüldürücüdür.

Anahtar Kelimeler

Replantasyon, Revaskülarizasyon, Subtotal Amputasyon, Total Ampütasyon



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-027

Akut Fonksiyonel Alçılama Tekniği ve Bu Yöntemle Tedavi Ettiğimiz Humerus Cisim Kırıklı Hastaların Klinik Sonuçları

Faruk Akyıldız¹, Mahir Mahiroğulları², Hasan Turğut³, Üzeyir Tırmık⁴, Selami Çakmak², Selahattin Özyürek⁵

¹Malatya Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Malatya

²Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi Servisi İstanbul

³Siirt asker Hastanesi Ortopedi servisi Siirt

⁴Merzifon Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Amasya

⁵İzmir Asker Hastanesi Ortopedi Servisi İzmir

Giriş

Humerus cisim kırıkları tüm kırıkların % 1-3'ünü oluşturmaktadır. Omuz ekleminin geniş hareket kapasitesi, kabul edilebilir kısalmaların fonksiyonel problem oluşturmaması nedeniyle bu kırıkların büyük bir çoğunluğu cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilebilmektedir.

Humerus cisim kırıklarının cerrahi dışı tedavilerinde: askı alçısı (hanging cast), U ateli, abduksiyon cihazı, kol askıları, uzun kol alçıları, olekranondan geçen iskelet traksiyonları gibi birçok yöntem tarif edilmiştir. Humerus cisim kırıklarında fonksiyonel alçılama hastanın durumu izin veriyorsa ilk hafta içerisinde başlanması önerilmiştir. Eğer hemen fonksiyonel alçı veya breysleme yapılacaksa yukarıda sayılan diğer tespitlerden herhangi birisi ile geçici tespit yapılabileceği bildirilmiştir. Bu geçici tespit yöntemlerinden hanging cast ve uzun kol alçısı kırık uçlarında distraksiyon yapmakta ve kaynama problemleri oluşturmakta, U alçı ateli omuz ve dirsek hareketlerine izin vermemekte ve eklem sertliğine neden olmaktadır. Biz bu çalışmamızda, konservatif tedavinin uygun görüldüğü humerus cisim kırıklı hastayla karşılaşıldığı anda yapılan fonksiyonel alçılamanın tekniğini tarifleyerek etkinliğini ortaya koymayı amaçladık.

Hasta ve Yöntemler

2006-2012 yılları arasında humerus cisim kırığı nedeniyle başvuran 42 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların tamamında ilk tedavide akut fonksiyonel alçılama yapılmış, değerlendirme için Hunter fonksiyonel skorlama sistemi kullanılmıştır.

Sonuç

Ortalama takip süresi 25,12 ay (15-69 ay) idi. 4 hastaya redüksiyon kaybı nedeniyle cerrahi tedavi uygulandı. Kalan 38 humerus kırığında ortalama 13,12 haftada (8-23,2) kaynama elde edildi. Hunter kriterlerine göre 35 hastada mükemmel (G5), 3 hastada iyi (G4) sonuçları alındı. Ortalama 7,12 dereceli (1-23) varus-valgus açılanması ortalama 7,05 derece (1-24) ön-arka açılanma gelişti.

Çıkarımlar

Humerus cisim kırıklarında akut fonksiyonel alçılama tedavi sonuçlarının mükemmel sonuçlar alınabilecek etkin bir tedavi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Breys, humerus cisim kırıkları, fonksiyonel tedavi, kırık iyileşmesi kırık tespiti/yöntem.



SS-028

PERİFERİK SİNİR SCHWANNOMALARI CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Ahmet Atilla Abdioğlu¹, Mehmet Yıldız², Kubilay Ersin Türkmen¹, Murat Özcan¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, El Cerrahisi Dalı, Trabzon

Amaç

Periferik sinirlerin en sık görülen tümörlerinden olan schwannomalar genel olarak nadir görülen, iyi huylu ve yavaş büyüyen tümörlerdir. Bu çalışmanın amacı K.T.Ü. Farabi Hastanesi Ortopedi kliniğinde 14 yıllık bir dönemde ameliyat yapılan ve schwannoma tanısı alan 15 olgunun incelenmesi ile elde edilen sonuçların sunulmasıdır.

Yöntem

Kliniğimizde 21 Ocak 1996 ile 14 Aralık 2010 tarihleri arasında tanı alan 15 olgu geriye dönük bir biçimde incelenmiştir. Cerrahi olarak; Uygun cilt kesisinin ardından mikrocerrahi teknikle tümöre ulaşıp, tümör ortaya konduktan sonra epinöryum açılmıştır. Tümör kapsülü dışındaki fasiküller sağlam kalacak şekilde ayrıldıktan sonra tümöre giren fasiküller tümörle birlikte eksize edilmiştir. Bulgu: Serimizde yaşları 16 ile 85 arasında değişen (ortalama 42.75), 10'u erkek (%66.66), 5'i bayan (%33.33) 15 olgu, 16 tümör nedeniyle ameliyat edilmiştir. Tümörlerin sinirlere göre dağılımı; median 3 (%18.75), ulnar 3 (%18.75), radyal 2 (%12.5), sural 1 (%6.25), siyatik 1 (6.25), dijital 6 (37.5) şeklinde belirlendi. Bir olguda median sinir ve dijital sinirden birer adet tümör eksize edilmiştir. 1 olgu tetik parmak nedeniyle ameliyata alınmış, sinirde görülen kitle, ameliyat esnasında eksize edilmişti. Ameliyat öncesinde olguların 14'ünde(%93.33) palpe edilebilen kitle, 11'inde(%73.33) Tinel işareti, 10'unda (%66.66) şişlikle birlikte ağrı, 4'ünde(26.66) sinir duyu alanında hipoestezi, 2'sinde(%13.33) kuvvet kaybı mevcuttu. 1 olgu daha önceden başka bir merkezde aynı nedenle ameliyat edilmişti. Ortalama takip süresi 8 yıl 3 aydır. Olguların takiplerinde ağrının; 8'inde(%80) kaybolduğu, 1'inde(%10) azaldığı, 1'inde(%10) değişmediği belirlenmiştir. Ağrısının postoperatif dönemde arttığını belirten bir hasta olmamıştır. Takiplerinde sinirlerin uygun duyu alanlarında 3 hastada hipoestezi olduğu, klinik ve fizik muayeneden şüphe duyulan yada belirlenen herhangi bir nüks olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çıkarım

Schwannoma tümörlerinin en az nörolojik defisitle çıkarılabilmesi için mikrocerrahi teknik uygun şekilde kullanılmalıdır. Bu tümör, serimizde %66.66 oranında şişlik ve ağrı belirtileri ile birlikte karşımıza çıkmıştır. Muayenede Tinel işareti çoğunlukla (%73.33) pozitifdir. Ayrıca serimizdeki hastalarda, erkekler kadınlardan 2 kat daha fazla sıklıkta yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler

Schwannoma, periferik sinir schwannomaları, tinel işareti



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-029

DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ ETYOLOJİSİNE YENİ BAKIŞ (DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜNÜN TÜRKİYE TOPLUMUNDAKİ ETYOLOJİK ANALİZİ)

Gülçin Nujen Ayçiçek Çardak, Mehmet Ersin Gönüllü, Gaye Taylan Filinte, Tayfun Aköz
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Amaç

Dupuytren kontraktürü, palmar fasya ve dijital uzantılarının nedeni bilinmeyen, progresif fibrozisi ile karakterize hastalıdır. Bu çalışma ile, Dupuytren kontraktürünün ülkemizdeki etyolojik farklılıklarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod

Çalışmaya, 2004-2010 yılları arasında, dupuytren kontraktürü nedeniyle kliniğimize başvuran 73 hasta dahil edilmiştir. Hastalar, yaş, cinsiyet, tutulum lokalizasyonu, meslek ve eşlik eden hastalıklar açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular

Kadın/Erkek oranı 14/59 (ortalama 1/4), yaş ortalaması 60.1, bilateral tutulum oranı %43 olarak saptanmıştır. Bilateral tutulum kadınların %73 ünde görülürken, erkeklerde % 36 olarak saptanmıştır. Tek taraflı tutulumda, anlamlı olmayan sağ el dominansı görülmüştür. Hastalarda yaklaşık %58 oranında D4, %44 oranında D5, %15 oranında D3, % 3 oranında D2 ve %1.4 oranında D1 tutulumu saptanmıştır. MP eklem hastaların %95'inde etkilenmiş, PIP eklem %60'ında etkilenmişken, % 5 inde DIP eklemde kontraktür saptanmıştır. 49 hastada sigara kullanımı, 36 hastada hipertansiyon, 33 hastada tekrarlayan el travmasına, 7 hastada diyabet, 3 hastada karaciğer hastalığı, 2 hastada alkol kullanımı, 1 hastada epilepsi, 1 hastada plantar fibromatozis ve 1 hastada romatoid artrit öyküsü saptanmıştır.

Sonuç

Çalışmanın sonuçları birçok açıdan ilgi çekicidir. Birçok çalışmada, bilateral tutulum, erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. (Erkeklerde % 59, kadınlarda %43). Ancak çalışmamızda bu oran kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. (Erkeklerde %36, kadınlarda %71) Klasik kitaplar ve geniş çalışmalar, parmakların tutulum sıklığını D4, D5, D1, D3 ve D2 olarak verirken, çalışmamızda sıralama D4, D5, D3, D2 ve D1 olarak bulunmuştur. Literatürdeki geniş bir çalışmada, %39 oranıyla HT, %34 oranıyla alkol kullanımı, %22 oranıyla sigara, %21 oranıyla DM, %3 oranıyla epilepsi ve %1 oranıyla plantar fibromatozis saptanmıştır. Çalışmamızda ise eşlik eden hastalıklar, sırasıyla, %67 sigara kullanımı, %50 HT, %10 DM, %4 karaciğer hastalığı, %3 kronik alkol kullanımı, %1,4 epilepsi ve plantar fibromatozis saptanmıştır. El işçiliği birçok kaynakta risk faktörü olarak verilmiş ancak, sık görülen etyolojik faktörler arasında sayılmamıştır. Hastaların %45' inin el işçisi olması diğer dikkat çekici bulgulardandır.

Anahtar Kelimeler

Dupuytren kontraktürü, etyoloji, türkiye toplumu



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-030

GLOMUS TÜMÖRÜ CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Kubilay Erşin Türkmen¹, Mehmet Yıldız², Ahmet Atilla Abdioğlu¹, Kerim Öner¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı, Trabzon

Amaç

Glomus tümörü genellikle el parmaklarında (%75) görülen normalde kan basıncı ve ısı regülasyonunda görev alan glomus cisimciğinden köken alan; keskin ağrı, soğuk intoleransı ve noktasal hassasiyetle karakterize, elin nadir (%1-5) görülen tümörlerindendir.

Bu çalışmadaki amacımız glomus tümörlerinde tanı ve tedavi sonuçlarımızı değerlendirmektir.

Yöntem

Kliniğimizde 1993-2012 (19 yıl) yılları arasında glomus tümörü nedeniyle opere edilen 30 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların operasyon öncesi şikayetleri ve fizik muayene bulguları ile operasyon sonrası komplikasyon ve nüks açısından incelendi.

Bulgu

Vakaların 20'si kadın, 10'u erkekti. Yaş ortalaması 40,7. Yaş dağılımı (22-65). 17 hastada sağ el, 13 hastada sol el. Ortalama izlem süresi 7 yıl. En sık görülen semptom ağrı (%100). Noktasal hassasiyet (%68). Parmakta şişlik. Tırnakta deformite (%45). Kemik erozyonu (%60). Soğuk intoleransı (%60). Tırnakta renk değişikliği (%80). Yakınmaların başlangıcı ile ameliyat arası geçen süre ortalama 2,4 yıl (6ay- 12 yıl)

Çıkarım

Glomus tümörü küçük çapta bir tümör olması, inspeksiyon bulgusunun nadir oluşu, bazen ağrının proksimale yayılım göstermesi nedeni ile olguların teşhisinde gecikme veya tanı konulamaması nedeni ile hastaların bir kısmı farklı nedenlere yönelik cerrahi geçirmektedirler. Parmakta keskin ağrı şikayeti ile gelen hastalarda glomus tümörü mutlaka akla gelmelidir. Kliniğimizde glomus tümörü nedeniyle opere edilen hastaların operasyon sonrası takiplerinde şikayetleri belirgin oranda azalmıştır. Sadece 2 vakada aynı parmak lokalizasyonunda nüks tespit edilip tekrar eksplore edilmiştir. Komplikasyon gelişmemiştir. Tırnak yatağında lokalize tümörlerin eksplorasyonu sonrası tırnak yatağı onarılmış ve takiplerde tırnağı tekrar düzgün olarak çıktığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler

Glomus tümörü, noktasal hassasiyet, tırnakta şekil bozukluğu



SS-031

HUMERUS DİSTAL DİAFİZ KIRIKLI HASTALARIN AKUT FONKSİYONEL ALÇILAMA KLİNİK SONUÇLARI

Faruk Akyıldız¹, Mahir Mahiroğulları², Hasan Turğut³, Mesih Kuşkucu²

¹Malatya Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Malatya

²Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi Servisi İstanbul

³Siirt Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Siirt

Giriş

Humerus distal cisim kırıkları tüm humerus kırıklarının % 7,5'ini oluşturmaktadır. Bu kırıkların tedavisi günümüzde hala tartışmalı bir konudur. Humerus distal kamalı spiral kırıkların, kırık hattından açılanarak kaynadığı ve bu açılanmanın varus-valgus yönünde fazla olduğunu belirten yazarlar daha çok cerrahi tedaviyi tercih etmişler. Buna karşı bu açılanmaların kabul edilebilir olduğunu ve fonksiyonel açıdan problem oluşturmadığını belirten kimi yazarlarda konservatif tedavinin iyi bir seçenek olduğunu vurgulamışlar. Biz bu çalışmamızda, humerus distal diafiz kırıklı hastalara uyguladığımız akut fonksiyonel alçılamanın etkinliğini, radyolojik ve fonksiyonel sonuçları kıyaslamalı değerlendirerek ortaya koymayı amaçladık.

Hasta ve Yöntemler

2006-2012 yılları arasında humerus distal cisim kırığı nedeniyle başvuran 20 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların tamamında ilk ve nihayi tedavide akut fonksiyonel alçılama yapıldı. Kırık çizgisine göre 14 hasta spiral bölge kırığıyken, 6 hastada kamalı spiral distal bölge kırığı tespit edildi. Tam kaynama sonrası grafiler üzerinden anteroposterior ve varus-valgus açıları ölçüldü. Kaynama süreleri arasındaki farklılıklar tespit edildi. Fonksiyonel değerlendirme için Hunter fonksiyonel skorum sistemi kullanıldı.

Sonuç

Ortalama takip süresi 25,12 ay (15-69 ay) idi. 14 humerus basit spiral distal bölge kırığı (12-A1.3) ortalama 13,94 (8-23,28) haftada kaynama elde edilirken, 6 spiral kamalı distal bölge kırığı (12-B1.3) 13,39 (8,52-16,14) haftada kaynama elde edildi. Hunter kriterlerine göre 19 hastada mükemmel (G5), 1 hastada iyi (G4) sonuçları alındı. Humerus basit spiral distal bölge anteroposterior nihayi açılanması ortalama 6,64 derece (0-24), varus-valgus açılanması ortalama 4,85 derece (1-10) olarak tespit edildi. Humerus spiral kamalı distal bölge kırığı ortalama 10 derece (4-19) varus-valgus açılanması, ortalama 9,66 derece (3-19) ön-arka açılanma tespit edildi.

Çıkarımlar

Humerus distal diafiz bölge kırıklarından spiral kamalı kırıklar, spiral kırıklara göre daha yüksek anteroposterior ve varus-valgus açılanmayla iyileşmektedir. Bu açılanma farkı kabul edilebilir sınırlardadır. Biz bu kırıkların tedavisinde akut fonksiyonel alçılama tekniğinin mükemmel sonuçlar alınabilecek etkin bir tedavi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Humerus distal cisim kırıkları, fonksiyonel tedavi, humerus kırığı/ tedavi



SS-032

ELDE TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYONU

Gökhan Meriç¹, Levent Küçük², Erhan Coşkunol², Vildan Avkan Oğuz³, Burçin Tuna⁴, A. Kadir Bacakoğlu⁵

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi El Cerrahisi Bilim Dalı

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi El Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş

Tüberküloz elde sık görülen enfeksiyonlardan değildir. Ancak ülkemiz koşullarında akla getirilmesi gerekli bir enfeksiyon çeşididir. İki ayrı kliniğe 1997-2012 arasında başvurarak el ve el bileğinde tüberküloz enfeksiyonu tanısı alan ve tedavi gören 6 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalardan 5'i erkek 1'i bayandır. Tüm hastalara cerrahi tedavi yapılmıştır. Hastaların tanı zamanında ortalama yaşı 52.3 'tür (34-69). Hastalardan genç olan 2 (34-39 yaş) tanesi verem savaş dispanserlerinde laborant ve hizmetli olarak görev yapmıştır. Hastaların 4 'ün de klinik tablo volar el bileği fleksörlerini ilgilendiren tenosinovit şeklinde, 1 hastada 2. Parmak fleksör tenosinovit şeklinde, 1 hastada da ekstensör tenosinovit ve karpal eklem tutulumlu sinovit ve osteomyelit şeklindeydi. Kemik eklem tutulumu olan bu hastada yerleşim interkarpal ve karpometakarpal eklem bölgesinde idi, bu hastada ek olarak süperenfeksiyon da vardı. Fleksör tenosinovitli iki hastada median sinir nöropatisi bulguları vardı. Tüm hastalar patolojik, mikrobiyolojik olarak tüberküloz tanısı aldılar. Hiçbir hastada atipik mikobakteri enfeksiyonuna rastlanmadı. Hastalar cerrahi tedavi sonrası tıbbi tedavi gördüler. 1 hasta hariç, tedavileri tamamlanan hastaların min. 3 yıllık geç takiplerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Rekürrens olmadı. El fonksiyonları normale döndü. 1 hastanın tıbbi tedavisi halen sürmektedir. Tüberküloz enfeksiyonu elde atipik bir enfeksiyondur. Klinik olarak enfeksiyon kliniğinden çok abartılı kronik sinovit, tenosinovit şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Tanı şüphe etmekten geçmektedir. Cerrahi öncesi mutlaka radyolojik (Xray ve MR) inceleme yapılmalıdır. Hastalara cerrahi öncesi veya sonrası akciğer grafisi, PPD testi, rutin hemogram ve biyokimya tetkikleri yapılabilir. Önemli olan cerrahi sırasında hem mikrobiyoloji, hem spesifik ekim, hem de patoloji için yeterli doku örneği almaktır. Patoloji sıklıkla kültürleri beklemeden diğer laboratuvar bulgularıyla erken anti tüberküloz tedaviye başlamayı sağlarken, mikrobiyolojik kültürler mikobakteri türü ve süper enfeksiyonlar hakkında net bilgi verir. Cerrahi olarak tedavisi radikal sinovektomidir. Hastalarımızın tümünde cerrahi ve tıbbi tedavi kombinasyonu başarılı sonuç vermiştir. Kronik abartılı, gürültülü sinovit nedeniyle izlenen hastaların olası tanılarında tüberkülozun ülkemiz koşullarında akla getirilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler

Tüberküloz, tenosinovit, sinovit, el, el bileği



SS-033

PROKSİMAL SIRA KARPEKTOMİLİ HASTALARDA FONKSİYONEL SONUÇLAR

Fahir Demirkan¹, Nuray Akkaya², Semih Akkaya¹, Çağdaş Yörükoğlu¹, Oğuzhan Gökalp¹, Füsün Şahin²

¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

²Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Amaç

Proksimal sıra karpektomili hastalarda ağrı, fonksiyonel durum, mobilite, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem

Hastaların ameliyat öncesi tanıları:Skafoid nonunion ve dejeneraf artrit 1, Skafoid proksimal parçada avasküler nekroz 3, Geç Perilunat çıkık 3, Lunat avasküler nekrozu 7 Karpal kemiklerde defekt 1 şeklindeydi. Postoperatif Ağrı, Görsel Analog skala (GAS, 0-ağrı yok, 10-dayanılmaz ağrı) ile, hastaların memnuniyet düzeyleri GAS (0-hiç memnun değil, 10-çok memnun) ile, el bileği eklem hareket açıklığı standart gonyometre ile (Hareket arkı= Fleksiyon+ ekstansiyon açısı), el kavrama gücü Jamar dinamometre (opere taraf /non-opere taraf)x100) ile değerlendirildi. Üst ekstremitte fonksiyonel değerlendirme için Q-DASH ve Mayo-el bileği skoru, yaşam kalitesi için Kısa form-36 (KF-36) kullanıldı.

Bulgular

Operasyon sonrası geçen süre $20,6 \pm 16,4$ (6-56) ay, yaş ortalaması $41,4 \pm 16,6$ (19-77) yıl olan, 11 erkek (%68,8), 5 kadın (%31,3) hasta değerlendirildi. İki (%12,5) hastada Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) geliştiği saptandı. Ortalama fizik tedavi seans sayısı $16,7 \pm 9,4$ (0-30) idi. Hastaların memnuniyet GAS'ı $8,4 \pm 2,1$ ile iyi, istirahat ağrısı $0,8 \pm 0,9$, aktivite ağrısı şiddeti $2,3 \pm 2,2$ gibi düşük düzeydeydi. Ameliyatlı tarafta el kavrama gücü sağlam tarafın yaklaşık %82'siydi. Ameliyat sonrası fleksiyon-ekstansiyon arkında ($95,3 \pm 26,3^\circ$, $30-125^\circ$) ameliyat öncesine ($51,3 \pm 30,5^\circ$, $0-110^\circ$) göre anlamlı iyileşme olduğu saptandı. Fizik tedavi seans sayısının el kavrama gücü yüzdesi ile ilişkili olduğu saptandı. Q-DASH skorları $13,4 \pm 16,5$ puanla oldukça iyi ve Mayo skorları $80,0 \pm 19,4$ puanla iyi düzeydeydi. Yaşam kalitesi-Ağrı alt skorunun aktivite ağrısı, Q-DASH ve Mayo-el bilek skoru ile ilişkili olduğu saptandı. Çok değişkenli lineer regresyon analizinde komplikasyon varlığının, fonksiyonel durumu (Q-DASH, Mayo el bilek skoru) bağımsız olarak belirleyen tek değişken olduğu saptandı.

Çıkarımlar

Proksimal sıra karpektomi sonrası el bileği eklem hareket açıklığında iyileşme olmakta, iyi düzeyde kavrama gücü ve fonksiyonel durum sağlanmakta, uygulanan fizik tedavi seans sayısının artması daha iyi el kavrama gücü ile sonuçlanmakta iken, operasyon sonrası gelişebilen KBAS komplikasyonu fonksiyonel durumu olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler

Proksimal sıra karpektomi, fonksiyonel durum, Kienböck hastalığı, Skafoid nonunion, Perilunat Çıkık



SS-034

FALANKS AVÜLZİYON KIRIKLARINDA FARKLI BİR CERRAHİ TESPİT YÖNTEMİ

Yiğit Erdağ, Halil İbrahim Bekler, Mehmet Kezer, Ruhat Tanlı, Murat Özşahin, Engin Eceviz
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İSTANBUL

Amaç

Avülziyon kırıklarının tespitinde farklı bir cerrahi tespit yöntemi ve sonuçların incelenmesi amaçlandı.

Yöntem

Kliniğimize başvuran falanks avülziyon kırıklı 15 hastanın 8 tanesi 1. proksimal falanks basisi ulnar taraf avülziyonu (gamekeeper thumb), 4 tanesi 2. proksimal falanks ulnar taraf avülziyonu, 3 tanesi 5. proksimal falanks radial taraf avülziyonuydu. Hastaların hepsine açık redüksiyon ile tariflenen cerrahi tespit yöntemi uygulandı takipleri ve sonuçları değerlendirildi.

Bulgular

Olguların hepsinde avülziyon fraktürünün olduğu yere volar insizyonla ulaşıldı. Avülziyon fraktürü bağlı olduğu yumuşak dokular korunarak redükte edildi ve fragmanın tam ortasından bir adet kirschner teli ile tespit edildi. Kirschner teli karşı ciltten çıkarıldı ve ucu bükülerek kesildi. Kirschner telinin fragman tarafı 3mm kadar dışarıda bırakıldı. Kırık hattının 1 cm distalinden kirschner teline paralel ve aynı düzlemde falanks drillendi. Açılan drill yolundan 1 adet 2 numara PDS suture loopu korunarak geçirildi ve karşı ciltten çıkartıldı. Loop 3 mm lik tele takıldı ve karşı cilde bir adet pull out suture ile sabitlendi. Hastalar ortalama 5 haftalık takip sonunda poliklinik şartlarında önce kirschner teli ardından da pull out suture aynı taraftan çekilerek tespitleri sonlandırıldı.

Çıkarımlar

Avülziyon kırıkları tespitinde tarif edilen cerrahi teknik ile avülze parçanın vertikal ve rotasyonel stabilitesinin sağlandığı ve kullanılan materyallerin çıkartımının oldukça basit olduğu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler

Avülziyon, falanks, stabilize



SS-035

AKROMİOKLAVİKULER EKLEM ÇIKIĞI CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Sedat Yeniocak, Necdet Sağlam, Gürsel Saka, Tuhan Kurtulmuş, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Akromioklavikuler(AC) eklem çıkığı genellikle omuz üstüne düşme ve spor yaralanması sonucu oluşur.Cerrahi tedavide AC eklem redüksiyonu ve tespiti, korakoklavikuler vida tespiti, korakoklavikuler bağ tamiriveya bunların birklikte yapılması gibi seçenekler yayınlanmıştır.Biz bu yazımızda AC eklem açık redüksiyonu ve tespiti ile kapsül tamiri yaptığımız hastaların klinik ve radyolojik sonuçlarını sunuyoruz.

Yöntem

Hastanemizde 2006-2011 tarihleri arası omuz AC eklem çıkığı tanısıyla 16 hastaya cerrahi tedavi uygulandı.Son kontrolleri yapılabilen 10 hasta (8 erkek, 2 kadın) değerlendirildi.Erkeklerin (4'ü sağ, 4'ü sol omuz) ortalama yaşı 48.4 (33-64), kadınların(2'si sağ omuz) ortalama yaşı 47.5(39-56) idi. Rockwood sınıflamasına göre 9 hastada tip3, 1'hastada tip2 AC çıkığı mevcuttu.Tip 2 çıkığı olan hastada aynı zamanda korakoid kırığı da mevcuttu.Cerrahi tedavide 8 hastaya AC ekleme disk eksizyonu yapmadan açık redüksiyon ve akromiondan klavikulaya doğru gönderilen 2 adet K teli ile tespit yapıldı.Hastalardan 2'sine de hook plak uygulandı.K telleri daha ortalama 52 gün sonra çıkarıldı.Hastalar ortalama 30 ay(12-68 ay) takip edildi.

Bulgular

Hastalardan 1'inde ek olarak korakoid kırığı(constant skoru 100), 1'inde de sağ krus çift kırık+kalkaneus kırığı ek yaralanmaları(constant skoru 77, dört ay sonra omuzundan ameliyat edilmişti) mevcuttu.Bu ek yaralanmalı ve geç başvuran hastanın orta dönem takiplerinde nüks meydana geldi. K teli ile osteosentez yapılmış 8 hastanın constant skoru ortalaması 92.5, hook plak ile osteosentez uygulanmış 2 hastanın constant skoru ortalama 76 bulundu.

Çıkarımlar

AC eklem çıkığı Rockwood sınıflamasına göre, Tip1 ve 2 genellikle konservatif, Tip 4, 5, 6 cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Tip 3 tedavisi tartışmalıdır.Cerrahi tedavi olarak çok çeşitli yöntemler kullanılabilir.Biz daha çok açık redüksiyon+ K teli ile tespit ve kapsül tamiri yöntemini kullandık.Hook plak kullandığımız 2 hastada çok iyi sonuç alamadık.Bu iki hastada hareket kısıtlılığı ve subakromial sıkışma sendromu gelişti. Bazı komplikasyonlarla karşılaşılmasına rağmen,*açık redüksiyon+K teli ile tespit sonrası kapsül tamiri* yapılan hastalarda yeterli fonksiyonel sonuç alınabilir.Bu yöntemin ucuz,etkili ve kolay olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Akromioklavikuler eklem, omuz, çıkık, hook plak



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-036

ERİŞKİNLERDE EKLEMİ İLGİLENDİREN İNSTABİL RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI: VOLAR KİLİTSİZ VE KİLİTLİ ANATOMİK PLAKLA TESPİT YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sancar Serbest¹, Engin Kesgin², Hacı Bayram Tosun³, Halil Gökçe¹, Hüseyin Bayram⁴

¹Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği

²Yüksekova Devlet Hastanesi Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği

³Çankırı Devlet Hastanesi Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği

⁴Özel Ortopedia Hastanesi Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Eklemi ilgilendiren instabil radius distal uç kırıklarının cerrahi tedavisinde volar girişimle uyguladığımız kilitsiz ve kilitli anatomik plakla tespit yöntemlerinin sonuçları karşılaştırmalı olarak değerlendirildi.

Gereç-Yöntem

Çalışmamızda 2005 ile 2009 arasında AO sınıflandırmasına göre C grubunda yer alan 35 distal radius kırıklı hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Grup 1'deki 13 hastaya volar kilitsiz plak, Grup 2'deki 22 hastaya volar anatomik kilitli plak uygulandı.

Bulgular

Gartland ve Werley klinik değerlendirme kriterlerine göre Grup 1'de % 86 mükemmel-iyi, % 14 orta sonuç; Grup 2'de % 77 mükemmel-iyi, % 23 orta sonuç alındı. Stewart radyolojik değerlendirmesine göre mükemmel-iyi sonuç Grup 1'de % 100, Grup 2'de % 91 olarak bulundu.

Sonuçlar

Radius distal uç kırıklarının eklemi ilgilendiren kompleks kırıklarının kilitsiz veya kilitli anatomik volar plaklarla tedavisinden iyi fonksiyonel sonuçlar alınmış, geç dönemde iki yöntem arasında fonksiyonel ve radyolojik sonuçlar yönünden fark bulunamamıştır. Ancak, kilitli anatomik plaklar distalde çok sayıda ve düşük profilli vida içerdiği için daha iyi radyolojik düzelme sağlamak ve sıkılıkları nedeniyle erken harekete izin vermektedir.

Anahtar Kelimeler

Radius distal uç kırıkları, kilitli plak, kilitli anatomik plak, kilitsiz plak, internal tespit



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-037

PERİLUNAT KIRIKLI ÇIKIKLARIN RADYOLOJİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Adnan Kara, Ramazan Erden Ertürer, Haluk Çelik, Ali Şeker, Mehmet Mesut Sönmez, İrfan Öztürk
Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç

Bu çalışmada perilunat kırıklı çıkık nedeni ile ameliyat edilen hastaların kırık tipleri, radyolojik ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Planı

Perilunat kırıklı çıkık tanısı ile 2001-2011 yılları arasında ameliyat edilen 16 hastanın (3 kadın, 13 erkek; ortalama yaş 36,8; dağılım 18-51) 17 el bileği geriye dönük olarak değerlendirildi. Üç hastada volar perilunat kırıklı çıkık, 13 hastada dorsal perilunat kırıklı çıkık mevcuttu. On hastada çıkıkla beraber skafoïd kırığı görülürken; altı hastada radial stiloid kırığı, iki hastada kapitatum kırığı, iki hastada triquetrum kırığı, iki hastada pisiform kırığı, bir hastada trapezoideum kırığı değişik kombinasyonlarda çıkığa eşlik ediyordu. Yaralanmalar 15 hastada yüksekte düşme, bir hastada ezilme yaralanması sonrası meydana gelmişti. Hastalar yaralanma sonrası ortalama 1,4 günde ameliyat edildi. Altı hastada kapalı redüksiyon ve K teli ile osteosentez yapılırken, yedi hastada açık redüksiyon ve skafoïd kırığı için acutrak vida ile osteosentez, 3 hastada açık redüksiyon ve K teli osteosentez uygulandı. Bu girişimlere ek olarak iki olguda anchor yardımıyla skafolunat bağ tamiri yapıldı. İki olguda da girişimlere eksternal fiksator eklendi. Hastaların fonksiyonel sonuçları Mayo el bileği skoru ile değerlendirilirken, radyolojik sonuçlar için ise artroz, skafolunat açığı ve skafolunat ayrışma miktarı değerlendirildi. Ortalama takip süresi 3,64 yıl (dağılım 8 ay-10 yıl) idi.

Sonuçlar

Takip dönemi sonunda Mayo skoru değerleri ortalama 61,7 (dağılım 25-90) olarak bulundu. Mayo skoruna göre beş hastada mükemmel, beş hastada iyi, üç hastada orta, üç hastada kötü sonuç elde edildi. Beş hastada radyokarpal ve midkarpal eklemlerde dejeneratif değişiklikler, üç hastada 2 mm'nin üzerinde skafolunat ayrışma, 3 hastada da skafoïd psödoartrozu geliştiği görüldü. Skafolunat açığı ortalaması normal el bileklerinde 51 derece, yaralanmış el bileklerinde 58,5 derece olarak ölçüldü.

Çıkarımlar

Perilunat kırıklı çıkıklar nadir görülen yüksek enerjili el bileği yaralanmalarıdır. Değişik tiplerde ve farklı karpal kemik kırıklarıyla beraber olan bu yaralanmalarda değişik yöntemlerle uygun karpal dizilim ve stabilizasyon sonrasında başarılı klinik sonuçlar elde etmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler

El bileği, Kırıklı çıkık, Perilunat, Skafoïd kırığı



SS-038

FULKERSON-WATSON EKSTRAARTİKÜLER LİGAMAN REKONSTRÜKSİYON TEKNİĞİ UYGULANAN KRONİK DİSTAL RADYULNAR EKLEM İNSTABİLİTELİ HASTALARIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Faruk Akyıldız¹, Mahir Mahiroğulları², Hasan Turğut³, Üzeyir Tirmik⁴, Selahattin Özyürek⁵

¹Malatya Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Malatya

²Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi Servisi İstanbul

³Siirt Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Siirt

⁴Merzifon Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Amasya

⁵İzmir Asker Hastanesi Ortopedi Servisi İzmir

Giriş

El bileğinin 150 derecelik aksiyel rotasyonu için proksimal ve distal radyoular eklem birliktede hareket etmesi gerekir. Distal radyoular eklem (DRUE) stabilitesi, eklem geometrisi ve radyoular bağlar sayesinde sağlanır ve triangular fibrokartilaj kompleks (TFKK) bu stabilitede önemli rol oynar. Genellikle travma sonrasındaki akut dönemde instabiliteye yol açan lezyonun saptanması mümkün olmamaktadır. Kronik dönemde ise DRUE instabilitesi mevcut hastalarda hayatı etkileyecek düzeyde ağrı, hareketlerde kısıtlanma, sıkma gücünde azalma şikâyetleri gözlenir. Biz bu çalışmamızda, kronik DRUE instabilitesi tespit edilip, Fulkerson -Watson ekstraartikuler ligaman rekonstrüksiyon uygulanan hastaların erken dönem sonuçları incelenerek bu tekniğin etkinliğini ortaya koymayı amaçladık.

Hasta ve Yöntemler

Ekim 2011-Nisan 2012 tarihleri el bilek ağrısı, hareketlerde kısıtlılığı, sıkma gücünde azalma şikâyetleriyle polikliniğimize müracaat eden hastalardan, muayene, standart radyografiler ve manyetik rezonans görüntülemeyle (MRG) kronik distal radyoular çıkığı tespit edilen 4 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamına bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri standart yapıldı. Sigmoid oyuğun yeterli olduğu bu hastalara Fulkerson -Watson ekstraartikuler ligaman rekonstrüksiyon uygulandı. 3 hastada palmaris longus otogrefti kullanılırken, 1 hastada palmaris longus bulunmaması üzerine tensor fascia lata otogrefti kullandık. Değerlendirmede Quick-DASH, visuel analog skorlaması (VAS) ve el bileği MRG kullanıldı. Stabilite değerlendirmesi için piyano tuşu bulgusuna bakıldı.

Sonuç

Ortalama takip süresi 4,75 ay (4-6) idi. Operasyon öncesi Quick-DASH skoru ortalama 43,18 (31,81-63,63) iken operasyon sonrası ortalama 10,99 (6,81-15,9) tespit edildi. Operasyon öncesi VAS skoru ortalama 7,5 (6,7-8,2) iken, operasyon sonrası 2,5 (1,6-3,4) tespit edildi. Operasyon öncesi 4 hastada piyano tuşu bulgusu mevcutken, operasyon sonrasında hiçbir hastada bu bulgu tespit edilmedi.

Çıkarımlar

Takip süremizin kısa ve vaka sayımızın az olmasına rağmen uygun endikasyonlarda, Fulkerson-Watson tarafından tariflenen ekstraartiküler ligaman rekonstrüksiyon tekniği, DRUE instabilitesi olan olgularda el bileği stabilitesinin sağlanmasında tatminkar sonuçlar alacağımız kolay ve etkili bir teknik olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler

Distal radyoular eklem, instabilite, ligaman rekonstrüksiyonu



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-039

EL YERLEŞİMLİ ENKONDROMLARIN TEDAVİSİNDE GREFT SEÇENEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hayati Öztürk¹, Umut Hatay Gölge², Cengiz Işık³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı /Sivas

²Yüksekova Devlet Hastanesi /Hakkâri

³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi/Bolu

Amaç

El yerleşimli enkondromların küretaj sonrası kavitenin otogreft veya allogreft ile doldurulduğu olguların sonuçları ve kullanılan greft seçenekleri değerlendirildi.

Çalışma planı

13 yıllık sürede enkondrom tanısı ile 31 hasta(12 erkek,19 kadın, ort. Yaş 25, dağılım 11-58) ameliyat edildi. Küretaj sonrası kavite 17 hastada iliak kanattan alınan otogreft ile ondört hastada da allogreft olarak DBM kullanıldı. Tüm olguların histolojik tanısı kesinleştirildi. Radyografilerdeki bulguları Tordai sınıflamasına göre fonksiyonel sonuçlar ise Enneking'in skorlama sistemine göre değerlendirildi. İzlem süreleri otogreft grubunda ortalama 6,5 yıl (dağılım 2ay-14yıl) allogreft grubunda ise 1 (dağılım 2ay-2yıl) yılı.

Sonuçlar

Otogreft kullanılan grupta, elin tam kavrama gücüne kavuşması ortalama 52 gün, konsolidasyon süresi ise 42 günde elde edildi. Allogreft kullanılan grupta ise bu süreler 52 ve 43 gün idi. Otogreft grubunda fonksiyonel sonuçlar, 9 hastada (%53) çok iyi mükemmel, 8 hastada (%47) iyi bulundu. Radyografik değerlendirmede, Tordai sınıflamasına göre 11 hasta (%64,7) grup I'de, 6 hasta (%35,3) grup II'de yer aldı. Allogreft grubunda ise fonksiyonel sonuçlar 7 hastada (%50) mükemmel çok iyi, 5 hastada (%35,7) iyi, 2 hastada (%14,3) kötü bulundu. Tordai sınıflamasına göre, 8 hasta (%57,1) grup I'de, 4 hasta (%28,6) grup II'de, 2 hasta (%14,3) grup III'te yer aldı. Otogreft grubunda sadece bir olguda nüks ve komplikasyon görüldü.

Çıkarımlar

El yerleşimli enkondromların tedavisinde otogreft veya allogreft olarak DBM uygulamalarının başarısı arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler

Enkondrom, El, Küretaj, Otogreft, Allogreft



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-040

SKAFOİD NONUNİON HASTALARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Ahmet Salduz, Önder Murat Hürmeydan, Murat Korkmaz, Fevzi Birişik, Hayati Durmaz
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fak., Ortopedi ve Travmatoloji ABD

Giriş

Skafoid kemiği proksimal ve distal sıra kemikleri arasında bağlantıyı sağladığından el bileği fonksiyonu için kritik bir role sahiptir. Tanı gecikmesi ve skafoid kemiğinin retrograt bir kan dolaşımına sahip olması gibi sebeplerden dolayı skafoid nonunionları sık görülmektedir. Skafoid nonunionlarında birçok cerrahi yöntem tanımlanmıştır. Avasküler olmayan kollaps gelişmemiş nonunionlarda perkutan vida tespiti, kollaps gelişmiş nonunionlarda normal anatominin sağlanması ve kırık fragmanlarının kaynatılması için vaskülarize olmayan radius distali veya iliak kanattan alınan greft ile grefonaj ile iyi sonuçlar alınabilmektedir. Çeşitli vaskülarize kemik greftleri de bu tür kırıklarda kullanılmaktadır. Kurtarıcı prosedürler olarak radius stiloid eksizyonu ve proksimal sıra eksizyonu yapılabilmektedir.

Hastalar ve Metod

2002-2010 yılları arasında kliniğimizde yapılan 3 kadın 26 erkek toplam 29 skafoid nonunion hastasına yapılan cerrahi işlemler değerlendirildi. Yaş ortalaması 39 (21-67) yıl idi. Ortalama takip süresi 57 ay (18- 120 ay) idi. 4 hastaya sadece grefonaj (Matti-Russe ameliyatı), 20 hastaya da volar insizyon ile grefonaj ve vida ile tespit (Herbert (Zimmer), acutrack (Acumed), scarf vidaları kullanıldı) ameliyatı yapıldı. Kurtarıcı işlem olarak 3 hastaya radius stiloid eksizyonu ve 2 hastaya dorsal insizyon ile proksimal sıra eksizyonu yapıldı. Hastaların ortalama kırık ile ilk ameliyat tarihi arasında 43 (3-180) ay olduğu izlendi. 4 hastanın daha önce dış merkezlerde geçirilmiş ameliyat öyküsü vardı. Hastaların başvurusundaki ve son kontrollerindeki röntgen bulguları, el bileği hareket açıklığı, kavrama gücü, VAS ve DASH skorları değerlendirildi. 12 hastada proksimal, 11 hastada orta, 7 hastada distal skafoid kırığı mevcuttu.

Sonuçlar

Yirmi dokuz hastanın son kontrollerinde çekilen röntgenlerinde 3 hastada kaynamanın olmadığı izlendi. 2 hastada artrozik değişiklikler görüldü. Preop DASH score 41 postop 19.4 ve ortalama preop VAS skoru 5.4 postop 2 idi. Preop ortalama kavrama gücü 38,2 iken postop 74.8 olarak ölçüldü.

Çıkarımlar

Skafoid nonunionlarda tedavi seçeneğinin belirlenmesinde kırık konfigürasyonu belirleyicidir. Uygun cerrahi tedavi seçeneğinin belirlenmesiyle birlikte radyolojik ve klinik olarak belirgin düzelme sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: skafoid, nonunion, cerrahi tedavi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-041

PARMAK UCU YARALANMALARINDA TERS AKIMLI HOMODİJİTAL FLEP KULLANIMI

Mehtap Karamese, Malik Abacı, Ahmet Akatekin, Tuğba Gün, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç

Parmak ucu ve pulpa defektleri, travmatik el yaralanmalarının en sık rastlanan sonuçlarından birini oluşturmaktadır. Elin fonksiyonel kapasitesini korumak amacıyla pulpa rekonstrüksiyonu ciddi öneme sahiptir.

Yöntem

Çalışmaya Temmuz 2010 ile şubat 2012 tarihlerini içeren süre zarfında yapılan 8 Ters akımlı homodijital flep olgusu dahil edilmiştir. Hastaların defektleri genellikle iş kazası ve ezilme yaralanmaları sonucu meydana gelmişti (Figür 1). Yaş ortalaması 32 idi. Dijital Allen testi ile her iki dijital arterin sağlamlığı test edildi. Flep, defekt alana kadar yapılan S-insizyonla Grayson ve Cleland ligamanları arasında diseke edildi. Pedikül flebin proksimal ucundan kesilerek flep nörovasküler ada şeklinde midfalanks ortasına kadar diseke edildi ve interdijital konneksiyonları koruyacak şekilde taşınarak defekt alana adapte edildi (Figür 2). Bu şekilde bir dijital arter sakrifiye edilmiş olup flebin kan akımı kontralateral arterden sağlanmış oldu. Cilt, pedikülün üstünde primer onarıldı. Flep donör alanı, tam kalınlıkta hazırlanan deri grefti ile onarıldı (Figür 3).

Bulgular

Olguların tamamında kemik yapılar korunarak onarım uygulandı. Olgularda arteriyel veya venöz herhangi bir dolaşımsal komplikasyon gözlenmedi. Enfeksiyon gelişimi gözlenmedi. Hastalarda fonksiyonel kazanım tam olarak sağlandı. Flep donör alanında estetik açıdan kabul edilebilir sonuçlar elde edildi.

Çıkarımlar

Parmak ucu, elin önemli bir fonksiyonel bölümü olup aynı zamanda travmaya en açık kısmıdır. Parmak ucu yaralanmalarında tanımlanmış birçok cerrahi teknik literatürde mevcuttur. Parmak ucu yaralanmalarında kemik uzunluğu azaltılmadan yeterli yumuşak doku desteği sağlamak amacıyla ters akımlı homodijital flep uygun seçeneklerden birisidir². Flebin travma zonu dışında olması önemli avantajlarından biridir. Flebin inervasyonu için karşı taraf dijital sinirin uygun dallarından birisi flebin sinirine anastomoz edilebilir³. Diğer konvansiyonel yöntemler ile karşılaştırıldığında zaman ters akımlı homodijital flep, pulpa ve parmak ucu defektlerini onarmada alternatif yöntemlerden biri olarak önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Parmak ucu yaralanmaları, homodijital, ters akımlı flep



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-042

MADELUNG DEFORMİTESİNDE DÜZELTİCİ RADIUS VE ULNA OSTEOTOMİ SONUÇLARI

Ahmet Salduz, Önder Murat Hürmeydan, Murat Korkmaz, Necmettin Turgut, Hayati Durmaz
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD

Giriş

Madelung deformitesi el bileği ve elde ağrı ve fonksiyon azalmasına sebep olan fiz kapanması sonucu oluşan bir deformitedir. Bu çalışmada bu hastalarda yaptığımız düzeltici osteotomi sonuçları değerlendirildi.

Hastalar ve Metod

2005-2010 yılları arasında kliniğimizde ameliyat edilen ortalama yaşı 19,5 (16-23) yıl olan 3 kız 1 erkek 4 hasta 5 el bileği çalışmaya alındı. Radiusa deformite düzeltici kapalı kama osteotomisi ve ulnaya kısaltma ameliyatı yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası eklem hareket açıklıkları, VAS ve DASH skorları değerlendirildi. Ortalama takip süresi 59 (22-74) ay idi.

Sonuçlar

Preop ortalama VAS ve DASH skorları sırasıyla 5,7 ve 52,3 iken post op 1,25 ve 24,75 e geriledi. Hastaların el bileği dorsifleksiyonu ortalama preop 45 iken post op 74 dereceye yükseldi. Radial deviasyon ortalama preop 20 derece iken 35 dereceye yükseldi.

Çıkarımlar

Ortalama 5 yıllık takibi olan hastaların ağrı ve hareket açıklıklarında düzelme olmakla birlikte daha uzun dönem sonuçları bilinmemektedir. İleri derecede deformite ve ağrı şikayeti olan hastalar için ulnaya kısaltma ve radiusa düzeltici osteotomi iyi bir seçenek olarak önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Madelung, deformite, El bileği, Osteotomi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-043

Pediatric Yaş Grubunda Yüksek Enerjili El Yaralanmaları- 5 Yıllık Deneyim

Arif Turkmen, Emine Ayla Gökçe, Mustafa Nihat Koç, Ömer Berberoğlu, Mehmet Koray Çelebi
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç

Bir kentin bulunduğu coğrafya, o kentteki yaşam şartlarını, toplumsal alışkanlıkları belirlediği ölçüde, hastalıkların etyolojisinde de önemli rol oynamaktadır. Bizler de, özellikle çocuk yaş grubunda yüksek enerjili el yaralanmaları ile kliniğimizde tedavi edilen hastalarda bu gerçeğe sıklıkla yüzleşmekteyiz. Burada, son 5 yıl içerisinde yüksek enerjili el yaralanması (kıyma makinesi, traktör kayışı gibi) nedeniyle kliniğimizde tedavisi yapılan hastaların belirlenmesi ve coğrafi koşullar ile hastalıkların etyolojisi arasındaki ilişkiye dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem

Ocak 2007-Aralık 2011 arasında elini et makinesine, traktör kayışına kaptırma sonucu kliniğimizde tedavi edilen hastalar geriye dönük incelendi.

Bulgular

5 yıl içerisinde, yaşları 1 ile 15 arasında (ortalama 6) toplam 61 hasta (44E, 17K) yüksek enerjili el yaralanması nedeniyle kliniğimize yatırıldı. 61 hastanın 18'inde kıyma, 1'inde fıstık makinesine, 11'inde hıvara, 31 hastadaysa traktör kayışına-motorsiklet zincirine kaptırma sonucu yaralanma gerçekleşmişti. Elini makineye kaptıran 31 hastanın 25'i izinsiz olarak çalıştırıldıkları işyerlerinde, kalan 6'sı ise kendi iş yerlerinde bu kazayı geçirmişti. 31 hasta, ellerini kendilerine veya komşularına ait traktörün kayışına veya motorsikletin zincirine rastlantısal kaptırma sonucu yaralanmıştı. Kaybedilen uzuv (parmak) sayısı kıyma makinesi-hıvara ile yaralananlarda ortalama 3, traktör kayışı-motorsiklet zinciri ile yaralananlarda ortalama 2 idi.

Çıkarımlar

Hastalarımızdaki yaralanmaların, maalesef o yaş grubuyla alakalı olmayan (iş kazası/ dikkatsizlik) durumlarda ortaya çıkması, bizlerin bölgenin sosyokültürel yapısını irdelememize neden olmaktadır. Bir bölgedeki hasta profili, bölgenin sosyokültürel gelişmişlik düzeyini yansıtmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Amputasyon, El yaralanması, Yüksek enerjili yaralanma



SS-044

KAPALI HUMERUS CİSİM KIRIĞINA EŞLİK EDEN RADİAL SİNİR LEZYONLU HASTALARIN KLİNİK SONUÇLARI

Faruk Akyıldız¹, Mahir Mahiroğulları², Hasan Turğut³, Selahattin Özyürek⁴, Hakan Şimşek⁵, Üzeyir Tırmık⁶

¹Malatya Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Malatya

²Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi Servisi İstanbul

³Siirt Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Siirt

⁴İzmir Asker Hastanesi Ortopedi Servisi İzmir

⁵Kasımpaşa Asker Hastanesi Beyin Cerrahi Servisi İstanbul

⁶Merzifon Asker Hastanesi Ortopedi Servisi Amasya

Giriş

Uzun kemik kırıkları sonrası en sık karşılaşılan sinir lezyonu humerus cisim kırıklarına eşlik eden radial sinir felcidir. Bu çalışmada, klinik sonuçlar ve literatür eşliğinde, radial sinir felcinin eşlik ettiği humerus cisim kırıklarının tedavi algoritmasının tanımlanması amaçlanmıştır.

Hasta ve Yöntemler

2006-2012 yılları arasında toplam 52 kapalı humerus cisim kırığı olan hastalardan, radial sinir felcinin eşlik ettiği 8 hasta (%15.38) çalışmaya dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 23.84 yıl (21-33) idi. Takip süresi ortalama 10,42 ay (6-15) idi. Hastaların 7'sinde başvuru anında radial araz mevcutken, 1'inde fonksiyonel alçı sonrasında iyatrojenik radial sinir yaralanması gelişti. Akut fonksiyonel alçılama sonrası radial araz gelişen 1 hastaya radyal sinir dekompresyonu, epinöroliz ve kırık için internal fiksasyon uygulandı. 7 hastaya primer akut fonksiyonel alçılama ile, radial el bileği ortezi takıldı. B vitamin kompleksi oral başlandı. 1 hasta 10. ayında 1. parmak dorsalinde duyu kaybı nedeniyle, diğer bir hasta 4. ayında, 2. parmak metakarpofalangeal ekstansiyonu 2/5 oranında yapamaması nedeniyle radial sinire dekompresyon ve epinöroliz yapıldı. 5 hastada farklı zamanlarda spontan regresyon gerçekleşti. Sinir motor regresyonu Lovett'in manuel kas kuvvetiyle, duyu regresyonu monofilaman duyu testiyle değerlendirildi. Bütün hastalara 4. haftada elektronöromyografi standart yapıldı.

Sonuçlar

Manuplasyon sonrası radial sinir lezyonu olan hastanın ameliyat sonrası 6. ayında duyusu tam olarak dönmüşken, motor fonksiyonları 3/5 oranında dönmüştü. 4. ayda cerrahi uygulanan hastada motor fonksiyonları 11. ayda regrese olmuştu. 10. ayda cerrahi uygulanan hastada duyu tam olarak 13. ayda regrese oldu. Konservatif takip edilen 5 hastada ortalama 3,2 ayda (2,5- 4,2) motor tam regresyon gerçekleşti. 2 humerus orta diafiz kırığına eşlik eden radial sinir regresyonu sırasıyla 3,7 ve 4,2 ayda gerçekleşti.

Çıkarımlar

Kapalı humerus cisim kırıklarına eşlik eden radial sinir yaralanmalarında spontan regresyon için beklenmesi gerektiği, motor ve duysal fonksiyonları geri dönmeye başlamış ama tam regresyon göstermeyen vakalarda, klinik değerlendirmenin önemli olduğu, gerekirse geç dönemde eksplorasyon yapılarak fonksiyonların tam olarak geri dönebileceğini değerlendirilmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Humerus cisim kırıkları, Radial sinir, Holstein ve Lewis kırıklar



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-045

ELİN TÜMÖRLERİ VE TÜMÖR BENZERİ OLUŞUMLARININ TEDAVİSİNDE KLİNİK SONUÇLARI

Hasan Turğut¹, Osman Rodop¹, Faruk Akyıldız¹, Selami Çakmak¹, Selahattin Özyürek²

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İSTANBUL

²Mevki Asker Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İZMİR

Amaç

Vücutta fark edilen bir kitle kötü huylu olma olasılığı nedeniyle toplumda genellikle endişeyle karşılanır. El ve el bileği yerleşimli yumuşak doku ve kemik kökenli tümörlerin çoğu iyi huyludur. Tanı ve tedavileri özen gerektiren bu lezyonlarla ilgili çalışmaların çoğu geriye dönük incelemeler ve küçük vaka serilerden oluşmuştur. Bu çalışmada elin tümör ve tümör benzeri oluşumlarının retrospektif olarak tanı ve tedavisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod

Bu çalışmada el ve el bileği yerleşimli tümörlerin sıklık, cins, yerleşim, dağılım özellikleri, fonksiyon, nüks ve tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Bu amaçla GATA H.E.H. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda 01.01.2004-31.05.2011 tarihleri arasında el tümörü veya tümör benzeri oluşumu nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilen 115 olgudan histopatolojisi sonuçlanan 88 olgu retrospektif olarak incelendi. El olarak el bileğinden aşağısında kalan kısım tanımlandı. Çalışmamızdaki 88 olgunun % 25' i kadın (22), % 75'i erkek (66) ve yaş ortalaması 36,1 (en küçük 16 yaş, en büyük 82 yaş) olarak saptandı.

Bulgular

Lezyonların toplam % 98,6'sı iyi huylu olmak üzere, olguların% 32.95'i iyi huylu yumuşak doku tümörleri, % 27.27'si iyi huylu kemik tümörü, %38.64'u tümör benzeri lezyonları, % 1.14'ü kötü huylu tümör olarak dağılım göstermekteydi. Patolojilerin % 20.45 ganglion, %17.05 enkondrom, %11.36 vasküler tümörler, % 6.82 tendon kılıfı dev hücreli tümörü, %4.55 osteoid osteoma, %4.55 epidermal kist, %35,22 diğer tümör ve tümör benzeri oluşumları olarak raporlandı.

Çıkarımlar

El ve el bileği tümörlerinin çoğunda tanı basit bir fizik muayene ve radyolojik işlemle konulabilir. Tedavide temel tümör ve el cerrahisi kurallarına uymak gerekir. İyi huylu tümörlerin çoğunda tedavi eksizyonel biyopsidir. Bazen rekonstrüktif girişimler gerekebilir. Kötü huylu tümörlerde tedavi multidisipliner yaklaşımla planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Elin tümörleri, tümör benzeri oluşumlar, tedavi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-046

ÇEKİÇ PARMAK DEFORMİTESİNDE CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Ali Güleç, Harun Kütahya, Burkey Kutluhan Kaçıra, Onur Bilge, Serdar Toker, Mustafa Yel
Konya Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya

Giriş

Çekiç parmak deformitesi yaygın bir yaralanmadır ve ekstansiyon eksikliğiyle sonuçlanan, genellikle ekstansiyonda parmak ucunun doğrudan darbe alması sonrası fleksiyona zorlanması ya da parmakta distal interfalangeal(DİF) eklemin laserasyonu sonucu oluşur. Yaralanma tendonun kesilmesi, distal falanks kırığı sonucu olabilir ve splintleme veya cerrahi olarak tedavi edilebilir.

Metod

Ocak 2006- Ocak 2011 yılları arasında 53 çekiç parmak deformitesi kliniğimizde tedavi edildi. 41 hasta (açık yaralanması olmayan) konservatif metodlarla (plastik ve alüminyum stack splintleme) tedavi edildi. 16'sında başarılı sonuç elde edildi. Konservatif tedaviden fayda görmeyen 25 hasta ve açık yaralanması olan 12 hasta cerrahi olarak tedavi edildi.

Sonuçlar

Çalışmaya 38 çekiç parmak deformitesi olan 37 hasta(25 erkek, 12 kadın, 30.8 yaş ortalaması ve 2-64 yaş aralığı) dahil edildi. Crawford kriterlerine göre 30 hasta (%81.1) mükemmel, 4 hasta (%10.8) iyi, 2 hasta (%5.4) orta ve 1 hasta (%2.7) kötü sonuç olarak değerlendirildi. 1 hastada yüzeysel enfeksiyon, 1 hastada cilt nekrozu ve 1 hastada rekürren deformite oluştu.

Tartışma

Çekiç parmak deformitesi minör yaralanma gibi görünmesine rağmen hastaların dörtte birinde yaralanmanın 6 haftalık dönemde işgücü kaybına neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca travmadan itibaren spor gibi aktivitelerden kaçınılmalıdır. Biz bu çalışmada açık yaralanması olan ve kapalı yöntemlerden fayda görmeyen çekiç parmak deformitesi olan hastaları cerrahi olarak tedavi ettik. Açık redüksiyon ve K teli tespiti etkili ve kolay metoddur.

Anahtar Kelimeler

Çekiç parmak, mallet kırığı, k tel tespit



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-047

KARPAL TÜNEL SENDROMU VE EŞLİK EDEN SİNOVİYAL PATOLOJİLER

Cihangir Tetik, Metin Uzun

Acibadem Maslak Hastanesi Ortopedi Bölümü

Giriş

Karpal Tünel Sendromu; median sinirin, fleksör retinakulum altında sıkışması sonucu meydana gelmektedir. Sıklıkla kadınlarda gözükmetedir. Tanısı EMG ve klinik olarak konmakla beraber, nadiren MRI da kullanılmaktadır. Tedavisinde el bilek atelleri, nsaid, fizik tedavi gibi konservatif yöntemler uygulanmakta; ileri evrelerinde ise cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

Amaç

Karpal tünel sendromu nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız olgularda, tünelden geçen fleksör tendon kılıflarından oluşabilen sinoviyal patolojileri ortaya koymak.

Materyal – Metod

2009-2011 tarihleri arasında KTS nedeniyle ameliyat edilen ve sinoviyal hipertrofi görülen 12 kadın hastanın 15 el bileğinden alınan sinoviyal örnekler değerlendirildi. Tanı; 10 hastada EMG incelemesi ile, iki hastanın EMG normal olmasına rağmen klinik olarak konuldu. MRI tetkiki, hiçbir hastamıza uygulanmadı. Hiçbir hastada romatolojik hastalık tanısı konmamış ve romatolojik olarak şüpheli semptom sorgulamasında herhangi birşey saptanmamıştır.

Sonuç

Tüm hastalar ortalama bir yıl süresince takip edildi. Hastalarda tüm şikayetler geçti. Cerrahi sırasında, tüm olgularda fleksör tendon grubunda sinoviyal hipertrofi olduğu görüldü. Patolojik incelemede: iki hastada fibrohyalinize nodülasyon, bir hastada tendon kılıfından kaynaklı fibrom, 12 örnekte ise reaktif sinovit saptanmıştır.

Çıkarımlar

KTS nedeniyle ameliyat edilen hastalarda, kanaldan geçen tendonların sinoviyal dokusunun değerlendirilip, parsiyel sinoviektomi yapılması; hem KTS ye neden olan sinoviyal problemlerin ortadan kaldırılmasına, hem de median sinir üzerindeki basıncın dahada azaltarak tekrar oranlarını azaltacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler

Median sinir, sinovya, sıkışma, karpal tünel



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SS-048

EL TÜMÖRLERİ İLE 10 YILLIK KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Arif Turkmen, Saffet Ulutaş, Mustafa Nihat Koç, Ömer Berberoğlu
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç

El ve el bileği yerleşimli yumuşak doku ve kemik kökenli tümörlerin çoğu benignidir. Tanı ve tedavileri özen gerektiren bu lezyonlarla ilgili çalışmaların çoğu geriye dönük incelemeler ve küçük serilerden oluşur. Bu çalışmada son 10 yılda el ve el bileği yerleşimli kitle ile kliniğimize başvuran hastalarda malign ve benign tümörleri sıklık, cinsiyet, yerleşim ve tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem

Kliniğimize 2001–2011 yılları arasında elde kitle ile başvuran, yaş aralığı 13-78 olan 73 olgu incelendi. Çalışmamızdaki 73 olgunun 41 tanesi erkek 32 tanesi kadındı. Lezyonların 37 tanesi metacarpofarengal eklem distalinde 10 tanesi metacarpofarengal eklem ile el bileği arasında volar yüzde 11 tanesi metacarpofarengal eklem ile el bileği arasında dorsal yüzde 15 tanesinde el bileği ve el bileği proksimalindeydi.

Bulgular

Patolojik inceleme sonucu kitlelerin 17 tanesi skuamoz hücreli kanser, 14 tanesi vasküler malformasyon, 24 tanesi ganglion tümör 4 tanesi glomus tümörü 7 tanesi tendon dev hücreli tümörü. 2 tanesi kondrom 1 tanesi malign melanom 1 tanesi epitelioid sarkom 2 tanesi keratoakantom 1 tanesi de nörofibrom idi. Tedavide 1. parmak distal falanks yerleşimli bir malign melanom olgusunda, interfalangeal eklem seviyesinden amputasyon yapıldı. Tenar bölge yerleşimli epitelioid sarkom olgusuna 1. ve 2. parmakların ray amputasyonu önerildi ancak hasta tedaviyi reddetti. 8 SCC vakasından biri, hipotenar bölge yerleşimli idi ve hastaya 5. parmak el bileği seviyesine kadar amputasyon yapıldı. 4 hastada parmak yerleşimli SCC mevcuttu, bu hastaların her birine lezyon yerleşiminin hemen proksimalindeki eklem seviyesinden amputasyon yapıldı. Biri 3. diğeri 5. parmak metakarpofalangeal eklem üzeri yerleşimli SCC'si olan 2 hastaya ray amputasyon yapıldı. Postoperatif dönemde hastaların tümü Onkoloji ABD'na konsülte edildi. Ortalama 4 yıllık takip süresince elde malign tümör nedeniyle tedavi ettiğimiz hastalardan birinde nüks gelişti.

Çıkarımlar

El ve el bileği yerleşimli tümörlerinin çoğunda tanı, basit bir fizik muayene ve radyolojik inceleme ile konulabilir. Yumuşak doku kitlelerinde radyografi yararlı olabilir. Benign tümörlerin çoğunda tedavi eksizyon ve oluşan defektin rekonstrüksiyonundan ibarettir. Malign tümörlerde tedavisinde multidisipliner yaklaşım şarttır.

Anahtar Kelimeler

Üst ekstremité tümörleri, Yassı hücreli karsinom, Yumuşak Doku Tümörü



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-001

TERS AKIMLI RADİYAL ÖN KOL FASİYA FLEBİ İLE EL DEFECTİ ONARIMI

Mehtap Karamese, Ahmet Akatekin, Malik Abacı, Tuğba Gün, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç

Elde yumuşak doku defektleri genellikle travma sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, yanıklar, tümör eksizyonları, enfeksiyonlar ve konjenital malformasyonlar da yumuşak doku eksiklikleri yaratabilirler. El, vücutta yumuşak doku eksikliğinin fonksiyonel açıdan en az tolere edilebildiği bölgelerden birisidir. Bu nedenle, elde bir yumuşak doku eksikliği ortaya çıktığında bunun, fonksiyonel geri dönüşü en iyi ve en hızlı şekilde sağlayacak yöntemle rekonstrükte edilmesi gerekir. Hem fonksiyonel geri dönüş, hem estetik sonuçları açısından eldeki yumuşak doku defektlerinde ters akımlı radyal arter ön kol fasiya flebi iyi bir rekonstrüksiyon seçeneğidir.

Yöntem-Gereçler

Elde travma sonucu tendonları açıkta kalan 5 hastaya TARÖFF uygulandı. Cerrahi yöntemde, Allen testi yapılarak elin vaskülarizasyonu değerlendirildi. Defekte uygun planlama ve flep dizaynının ardından cilt iki yana deri grefti kalınlığında açıldı. Fasyal plana ulaşıldıktan sonra fasya flebi dizaynı yapıldı. Radial arter trasesi boyunca ilerlenerek pedikül uzatıldı. Elde edilen fasiya flebi cilt altından tünelize edilerek defekt alana adapte edildi. Fasya üzerine kısmi kalınlıkta deri grefti konuldu. Donör alan primer kapatıldı.

Bulgular

Olguların hiç birinde total flep nekrozu ve radial arterin bağlanmasına ait elde dolaşım bozukluğu görülmedi. Postoperatif 15. günde cilt grefti tamamen adapte oldu. Flep donör alan cildinde iskemi görülmedi. Kozmetik açıdan tatminkâr sonuçlar elde edildi.

Çıkarımlar

Eldeki doku defektlerinin onarımı için primer onarımdan serbest fleplere kadar geniş bir spektrumda rekonstrüksiyon seçenekleri mevcuttur. Lokal flepler ile kapatılamayan özellikle avuç içi ve el sırtı gibi alanlarda uzak veya serbest flepler kullanılabilir. Fasiyokutan olarak kaldırılan radyal ön kol ada flebi geç dönemde hastalar tarafından zor tolere edilen donör alan morbiditesi oluşturmaktadır. Donör alanda tendonların cilt greftine yapışması ve greftin iyileşme problemleri dezavantaj olarak sayılabilir. TARÖFF ile daha az donör alan morbiditesi ve daha fonksiyonel bir onarım gerçekleştirilmektedir.

Anahtar Kelimeler

Radyal, ön, kol, fasiya, el, cerrahisi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-002

PROPRİOSEPSİYONUN MÜNCHAUSEN SENDROMU DÜŞÜNÜLEN OLGULARIN TANISINDAKİ ÖNEMİ

Nazım Karalezli¹, Ömer Sunkar Biçer²

¹Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD

²Çukurova Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji AD

Giriş

Münchausen sendromu kişilerin dikkati kendi üzerlerine çekmek, bu durumdan çıkar elde etmek amacıyla abartılmış yakınmalar ile sağlık kuruluşlarına başvurmaları olarak bilinir. Tanı koymak bazı durumlarda zor olabilir. Parmakların propriosepsiyonu daha çok eklemler, ardından cilt ve tendonlarda yer alan mekanizmalara bağlıdır. Bu yazıda travma öyküsü ve kliniği arasında uyumsuzluk olan, parmaklarında hareket kısıtlılığı ile başvuran iki olgu bildirilmektedir.

Hastalar ve Yöntem Sağ el beşinci parmağında aktif ekstansiyon kısıtlılığı olan 14 yaşında bayan hasta ile sağ el ikinci parmağında aktif fleksiyon kısıtlılığı olan 20 yaşında erkek hasta değerlendirildi.

Bulgular

Muayenede her iki hastanın da pasif hareketlerinin tam olduğu gözlemlendi. Radyolojik incelemelerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastalık taklidi yapma olasılığı nedeniyle ellerini görmeleri engellenen hastalara dijital blok uygulandı. Deformitelerinin düzeldiği, aktif hareketlerinin yapılabildiği gözlemlendi.

Çıkarım

Elin duruş şeklinin değerlendirilmesi ana olarak propriosepsiyona bağlıdır. Görme ve dokunma duyuları, propriosepsiyona yardımcıdır. Özellikle parmaklar gibi lokal anestezinin kullanılmasının kolay olduğu bölgeleri ilgilendiren şikayetleri olan ve hasta numarası yapma olasılığı düşünülen hastalarda propriosepsiyonun ortadan kaldırılarak muayene yapılması bu kişilerin ayırıcı tanısında önemlidir.

Anahtar Kelimeler

Münchausen sendromu, propriosepsiyon, lokal anestezi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-003

PARMAK YARALANMALARINDA HETERODİJİTAL NÖROVASKÜLER ADA FLEBİ KULLANIMI

Mehtap Karamese, Malik Abacı, Ahmet Akatekin, Tuğba Gün, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç

İnsan vücudunda en sık yaralanan bölge el ve parmaklardır. Parmak ucu yaralanmalarının onarımında amaç elin fonksiyonel kapasitesini korumaktır. Bu nedenle parmak ucunun her üç komponentini (kemik, tırnak yatağı, palmar sensöriyel pulpa) de içeren onarımlar yapılmalıdır¹. Parmak ucu onarımında ideal bir teknik, stabil ve sensöriyel bir sonuç sağlamalıdır².

Yöntem

2 yıllık sürede parmak ucu yaralanması nedeniyle opere edilen 6 olguda heterodijital nörovasküler pediküllü flep uygulandı. Olguların yaş ortalaması 45' di. Orta parmak onarımları için flepleri, 4. parmakların radial yüzlerinden, 2. parmak onarımı için de 3. Parmak radial yüzden planlandı. Donör parmakta yapılan dijital Allen testi ile her iki dijital arterin sağlamlığı doğrulandıktan sonra flepler, distal falanks ortasından yeterli oranda cilt adası ile beraber kaldırıldı. Pedikül, ortak dijital artere kadar diseke edildi (Figür 1). Hazırlanan flepler, alıcı alanlara taşınarak adapte edildi. Donör alanlar, tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Alıcı ve donör parmaklarda splint, atel veya artrodez uygulanmadı.

Bulgular

Olgularımızda arteriyel problemler, epidermoliz ve yara yeri enfeksiyonu görülmedi. Donör parmakta parmak ucunda duyu kusuru izlenmedi. Alıcı ve donör alanlarda soğuk intoleransı görülmedi. Fleplerde erken dönemden itibaren duyusal ileti mevcuttu. 1 olguda flepteki ağrı duyusu donör alanda alınıyordu. Sonraki kontrollerde bu durumun düzeldiği görüldü. Hem donör hem de alıcı parmakta iyi kozmetik sonuçlar elde edildi (Figür 2)

Çıkarımlar

Duyusal ve işlevsel açıdan el ve özellikle parmak ucu önemli vücut bölümlerindendir. Yaralanmalarına sık rastlanan parmak ve parmak ucunun onarımı insanın günlük konforunu hatırı sayılır derecede etkilemektedir³. Olgularımızın birinde gözlenen donör alanda flep ağrısı nörojenik adaptasyonun tam oluşmamasına bağlandı. Bu alanda yapılmış geniş vaka serilerinde parmak ucu onarımlarının sensöriyel bir doku ile yapılması önerilmektedir. Bu bilgiler ışığında, elin duyusal açıdan ciddi öneme sahip olan bu bölgesinin, heterodijital nörovasküler pediküllü flep ile onarımının doğru ve uygulanabilir bir yöntem olduğu aşıkardır.

Anahtar Kelimeler

Parmak ucu yaralanmaları, heterodijital, ada flep



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-004

MAJOR AMPÜTASYONLARDA İSKEMİ SÜRESİNİ KISALTMADA KULLANILABİLECEK ETKİLİ BİR YÖNTEM; BESLEME SONDASI

Mehmet Veli Karaaltın, Çetin Duygu, Kemalettin Yıldız, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. İstanbul

Giriş

İskemi süresi, major amputasyonların replantasyon sonuçlarında başarı şansını etkileyen belirleyici faktörlerin başında gelir. Ampütatta ki kas dokusu miktarının fazla miktarda olması kritik iskemi süresini kısaltarak, iskemi-reperfüzyon hasarının gelişme riskini arttırır. Kritik iskemi süresinin aşımı sonrası dokulardaki hücre ölümü ve dolaşım sağlansa dahi iskemi-reperfüzyon hasarı nedeniyle doku nekrozunda belirgin artış görülür. İskemi reperfüzyon hasarının engellenmesi için özellikle ampütatın hipotermik bir ortamda korunması yönünde ortak bir fikir birliği mevcuttur. Replantasyon başarısının artmasında büyük öneme sahip İskemi süresini azaltmak için çeşitli yöntemler denenmiştir. Bizde olgumuzda kemik fiksasyonu öncesi, karşılıklı bir arter ve bir vene geçici besleme sondası konularak ilk bir saat içinde akım sağlanmasının başarıyı belirgin düzeyde arttığını savunmaktayız.

Olgu- metod

Acil servise ön kol ampütasyonu ile başvuran hasta ameliyathaneye alındı. Sterilizasyon sağlandıktan sonra ilk olarak önceden heparinle yıkanarak hazırlanmış olan 30 cm uzunlukta ki 6 numaralı besleme sondası sefalik ven ve ulnar arter lümenine proksimal ve distalde sokularak, 7.0 prolene suture ile damar lümeninin sonda üzerine denk gelen kısmından sirküler şekilde bağlanarak sabitlendi. Klepler kaldırılarak ameliyat başlangıcının ilk 1 saati içinde akım sağlanmış oldu. Hastanın kemik stabilizasyonu ortopedi ekibi tarafından sağlandı. Tüm anatomik yapıları ven ve sinir greftleri de kullanılarak onarıldı. Ameliyat sonrası dönemde fizik tedavi kliniğince sinir stimülasyonu ve aktif, pasif hareketlerle rehabilitasyonu sağlandı. İzlemin 9. ayında hastaya yapılan kol, omuz, el sorunları anketi (quickdash) uygulanarak malûliyeti %59 olarak hesaplandı.

Sonuç

Major ampütasyonların, replantasyon başarı şansını belirgin şekilde etkileyen iskemi süresi ve sonrasında gelişecek olan iskemi-reperfüzyon hasarı gelişimi soğuk iskemi koşulları ile kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Ancak ana hedef dolaşım sağlanana kadar zaman kazanmak ve ampüte dokuyu korumaktır. Bu bağlamda olgumuzda kullanmış olduğumuz besleme sondası ile ameliyatın ilk aşamasında dolaşım basit ve hızlı bir şekilde sağlanarak tüm iskemi ve iskemi sonrası olumsuz süreçlerin önüne geçilerek, replantasyon başarısında belirgin derecede bir artış elde edilebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Major replantasyon, besleme sondası, yöntem, reperfüzyon hasarı



PS-005

ELİN TÜMÖR VE TÜMÖR BENZERİ OLUŞUMLARI-BİR İNSİDANS ÇALIŞMASI

İbrahim Sungur, Ali Akın Uğraş, İbrahim Kaya, Erhan Bayram, Mahmut Ercan Çetinus, Cemal Kural
SB: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Elde çok küçük ve histopatolojik olarak masum kitleler bile ağrı ve fonksiyon bozukluğuna neden olabilirler. Çalışmamızda 4 yıl boyunca ameliyat ettiğimiz olguların literatürle karşılaştırmasını yapmayı ve sıklığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem

2008 ocak-2012 ocak arasında kliniğimizde el tümörü nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilen 53 hasta çalışmaya alındı. Hastaların patoloji raporları arşivden çıkartılarak değerlendirildi.

Bulgular

Ortalama yaş 38.7+-18.8'di (7-96). Hastaların 20 si erkek (%37.7), 33 ü kadındı (%62.3). Olguların 41'i (%77.35) yumuşak doku, 12'si (22.64) ise kemik kaynaklıydı. Kemik kaynaklı 12 tümörün 9'u (% 75) erkek, 3'ü (%25) ise kadındı. 20 erkek hastanın 9'unda (%45) tümör kemik kaynaklı 11'inde (% 55) ise yumuşak doku kaynaklıydı. 33 kadın hastanın 30'unda (% 90.9) tümör yumuşak doku, 3'ünde (%9.09) ise kemik kaynaklıydı. Tümörlerin dağılımı Kikare testi ile değerlendirildiğinde, erkeklerde kemik kaynaklı el tümörü görülme sıklığı (% 45), bayanlara göre (% 9.09) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla bulundu (p=0.030).

Patoloji raporlarına göre tümörler değerlendirildiğinde; 11 (%20.75) dev hücreli tendon tümörü, 7 (% 13.20) glomus tümörü, 7 (% 13.20) ganglion kisti, 5 (% 9.43) enkondrom, 5 (% 9.43) epidermal kist, 3 (% 5.66) osteokondrom, 3 (% 5.66) piyogenik granülom, 2 (% 3.77) basit kemik kisti, 2 (%3.77) kavernöz hemanjiom, 2 (% 3.77) nöral fibrolipom, 2 (% 3.77) şivannom, 2 (% 3.77) anevrizmal kemik tümörü, 1 (% 1.88) malign melanom ve 1 (% 1.88) de adnex tümörü saptandı.

Çıkarımlar

Eldeki fokal kitlelerin en sık sebebi ganglion, en sık görülen selüler solid tümörler ise sırasıyla lipom ve tendon kılıfının dev hücreli tümörüdür. Bizim çalışmamızda ise 7 ganglion kistine karşılık 11 dev hücreli tendon tümörü bulunmuştur. Lipom ise görülmemiştir. Literatürde çok nadir olduğu belirtilmesine karşın bizim çalışmamızda 12 kemik kaynaklı tümörün 2'si (% 16.66) anevrizmal kemik kisti olarak saptanmıştır. Erkeklerde kemik kaynaklı el tümörü görülme sıklığının, bayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler

Anevrizmal kemik kisti, el, tümör, dev hücreli tendon tümörü



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-006

METAKARP BAŞINDAN KOLLATERAL LİGAMAN AVULSİYON KIRIĞININ ARTROSKOPİK TEDAVİSİ

Mehmet Ali Acar, Fatih Durgut, Bahattin Kerem Aydın, Ömer Faruk Erkoçak, Egemen Altan, Hakan Şenaran

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Amaç

Başparmak hariç diğer parmakların Metakarpofalangeal(MP) eklemin avulsiyon kırıkları nadirdir. Bu durum genelde ligamentin yapışma yerinde avulsiyon ile birlikte görülür. Konservatif tedavi sonrası malunion, hareket kısıtlılığı, sıkılık ve ağrı şikayetlerinden dolayı cerrahi tedavi uygulanması gerekir. Bu yazıda 3. parmak Metakarp başından radial kollateral ligaman avulsiyon kırığının artroskopik tedavi sonucu sunulmaktadır.

Vaka

35 yaşında erkek hasta sol elini iş makinesine kaptırması sonucu el sırtında, 3. parmakta hareketlerle ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu hastanın yapılan fizik muayenesi ve tetkiklerinde 3. metakarp eklem hattında avulsiyon tarzında ve 3. metakarp diafizinde kırık olduğu tespit edildi. Lokal anestezi sonrası yapılan muayenesinde MP ekleme unlar deviasyonda instabilitesi vardı. Çekilen el MR ında radial kollateral ligamanın kemik parçayla beraber avulse olduğu görüldü. Hastaya artroskopi yardımlı tespit ve diafiz kırığı içinde mini plak ile tespit düşünüldü. Aksiler blok ve turnike altında 3. parmak metakarpofalangeal eklemlere radial kollateral ligaman rüptürünü teyit amaçlı skopi altında radyoopak madde enjeksiyonu yapıldı. Kollateral yapışma yerinden kaçak teyit edildi. MP ekleme dorsaunlar ve dorsaradial yüzden iki adet portal kullanılarak artroskobik görüntüleme sağlandı avulse kemik parça perkütan K teliyle artroskopi yardımlı tespit edildi. Tespit sonrası metakarpofalangeal eklemin stabil olduğu görüldü. Diafiz kırığı içinde mini plak tespiti uygulandı. Ameliyat sonrası kontrollerinde 4. haftada K teli çekildi ve hareket başlandı. Son kontrolünde hastanın parmakta instabilitesi yoktu ve eklem hareket açıklığı tamdı.

Çıkarımlar

Parmaklarda avulsiyon tarzında bağ yaralanmaları sık görülmemektedir. Literatürde bu tür yaralanmalarda cerrahi tedavinin fonksiyonel sonuçları konservatif tedaviden daha üstün olduğu bildirilmiştir. Bu tür yaralanmalarda artroskopik tedavi yöntemlerinde uzun vaka serileri yoktur. Artroskopi yardımlı tespit, açık tedavi seçeneklerine ek olarak eklemi ilgilendiren yaralanmalarda minimal invazif uygulanabilecek bir tedavi seçeneği olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Artroskopi, Metakarpofalangeal eklem, Radial kollateral ligaman



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-007

ELİN KÜÇÜK EKLEM ARTRODEZİNDE, DOĞRU TESPİT ORYANTASYONUNUN SAĞLANMASI VE OSTEOSENTEZ STABİLİTESİNİN ARTTIRILMASI AMACI İLE VOLAR PLAKANIN KULLANILMASI: CERRAHİ TEKNİK VE ANATOMİK ÇALIŞMA

Murat Sinan Engin¹, Mete Edizer², Ayhan Sönmez¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Bir eklem hareketliliğini korumak her ne kadar üst ekstremité cerrahisinde asli amaç olsa da; hasarlı, deforme veya disfonksiyonel bir eklem için tek tedavi seçeneği artrodez olabilir. Hatta bazı durumlarda, elin işlevselliğini hızlı bir biçimde geri kazandırabilmek için hareketliliğinde her hangi bir sıkıntı olmayan bir eklem füzyon yapmak tercih edilebilir. Elin küçük eklem artrodezinde aksiyal ve longitudinal deformitelerin önlenmesi, en az eklem fonksiyonel açıda tespit edilmesi kadar önemlidir. Kemikler düzgün bir şekilde osteotomize edildiğinde dahi, küçük yapıların tespitindeki milimetrik bir hata, rotasyon ve/veya angulasyon deformitesi ile sonuçlanabilir. Ne var ki, cerrahi sahada halihazırda mevcut bulunan anatomik yapılar, bu tarz komplikasyonların engellenmesi için kullanılabilir.

Yöntem

Volar plaka, metakarpofalangeal ve interfalangeal eklemlerin volar kenarlarını birleştiren, geniş fibrokartilajenöz bir yapıdır. Anatomik bütünlüğünün ve gerginliğinin korunduğu durumlarda, birbirine bağladığı falankların birbiriyle olan longitudinal ve aksiyal ilişkisini muhafaza edebilmekte, fonksiyonel artrodez açısının ayarlanmasına yardımcı olmakta, ve osteosentezin stabilitesine katkı sağlamaktadır. Volar plakanın bu amaçla kullanılabilmesi için eklem yüzeyleri eksize edilirken bütünlüğü korunmalıdır ve zaten kontrakte durumda değilse, eklem boşluğu volar plakayı gergin tutacak ve eklemi istenen fleksiyon derecesine getirecek miktarda kanselöz kemik grefti ile doldurulmalıdır. Bu noktada, kemik tespiti tek dorsal serklaj teli veya plak-vida sistemi ile kolaylıkla yapılabilir (Figürler 1 ve 2). Bu çalışmada, anatomik çalışmamız, cerrahi teknik ve yöreklendirici klinik sonuçlarımız sunulmaktadır.

Sonuç

Volar plaka artrodezi, elin küçük eklemlerinde doğru yönelimli ve stabil füzyonu uzunluk kaybı oluşturmadan sağlayan hızlı, etkili ve pratik bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Artrodez, interfalangeal eklem, volar plaka



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-008

GLOMUS TÜMÖRÜ

Arif Turkmen, Ömer Berberoğlu, Mustafa Nihat Koç, Emine Ayla Gökçe, Saffet Ulutaş
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç

Glomus tümörü (Glomanjiyom, Anjiyomiyonörom) kan akımı ve sıcaklığı kontrol eden ve nöromiyoarteriyel elementler içeren glomus cisimciğinden köken almaktadır¹⁻⁵. El tümörlerinin % 2'sini oluşturur^{4,5}. Klinik triadı ağrı, soğuk intoleransı ve noktasal hassasiyet çok tipik olmasına karşın, genellikle tanısı geciktiği için, önemli ölçüde morbiditeye neden olmaktadır. Burada kliniğimizde karşılaştığımız glomus tümörü vakalarına dair deneyimlerimizi paylaşarak, meslektaşlarımıza bu konuyu hatırlatmak ve tanısı aslında çok kolay konabilen bu hastalığa bağlı morbiditenin azaltılmasına katkıda bulunmayı amaçladık.

Yöntem

2009-2012 yıllarında GAZÜ Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi kliniğimizde glomus tümörü tanısıyla 6 hasta opere edildi. Bunlardan 4'ü kadın, 2'si erkekti ve yaş aralığı 40-55 idi.

Bulgular: Hastaların şikayetlerinin başlangıcından tanı konana kadar geçen süre ortalama 11 aydı (7 ay-28 ay). Hastaların ikisinde x-ray incelemesinde alttaki kemiğin erode olduğu saptandı. Glomus tümörü öntanısıyla opere edildi.

Çıkarımlar

Glomus tümörü nadir görülen benign bir tümör olup, genellikle 20 – 40 yaşları arasında görülür ve her iki cinsiyeti eşit etkilemektedir. Glomus tümörlerinin % 75'i elde lokalizedir¹⁻⁵. Özellikle tırnakların altında olmak üzere, parmakların ve tırnakların distal kısmında bulunan mavi-kırmızı ve asiri derecede yumuşak papüller ve nodüller olarak ortaya çıkar, tırnak dekolorasyonuna ve tırnak yatağı deformitesine neden olur. Glomus tümörlerinde morbidite önemli bir sorundur. Morbiditenin en önemli nedeni, hastalığın tanısının gecikmesidir. Glomus tümörü tanısı öykü ve dikkatli bir fizik muayeneye dayanmaktadır. Öykü ve fizik muayene yetersiz kaldığında, x-ray inceleme ve MR görüntüleme yardımcı olabilir^{1,4}. Tanı geciktikçe, hastanın ağrı nedeniyle yaşam kalitesi belirgin olarak azalmakta, hasta günlük işlerini idame ettirememektedir. Parmak ucunda, tırnak yatağında ağrı şikayetiyle gelen bir hastada glomus tümörü olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır. Böylece hem tanıdaki gecikmenin, hem de tanıya ulaşmak için yapılan gereksiz tetkiklerin önüne geçilmiş olacaktır.

Anahtar Kelimeler

Glomus tümörü, Morbidite, Tanı



PS-009

YENİDOĞANDA KONTRAST MADDE KAÇAĞINA BAĞLI KOMPARTMAN SENDROMU

Egemen Altan, Hakan Şenaran, Bahattin Kerem Aydın, Ömer Faruk Erkoçak, Mehmet Ali Acar,
Selim Safalı

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ ORTOPEDİ ABD

Amaç

Yenidoğanlarda çok nadir olarak opak madde kaçağına bağlı gelişen ön kol kompartman sendromunun klinik olarak tanı ve tedavisi.

Giriş

Kompartman sendromu genellikle erişkinlerde posttravmatik olarak görülmekte olup yenidoğanda çok nadir olarak görülmektedir. Klinik bulgular açısından yenidoğanda bazen tanı koymada zorluklar yaşanabilmesine rağmen erken tanı ve tedavi ile oldukça iyi sonuçlar alınabilmektedir. Bu yazıda bir yenidoğanın akciğer hastalığının tanı ve tedavisi sırasında tomografi çekilirken kontrast madde ekstrevasasyonu sonucu oluşan kompartman sendromu bildirilmiştir. Literatürde yenidoğanda kontrast madde ekstrevasasyonu sonucu oluşan kompartman sendromuna rastlanmamıştır.

Yöntem

23 günlük kız yenidoğan akciğer enfeksiyonu tanısıyla hastaneye yatırılmış ve kontrastlı tomografi çekilmek üzere sol el bilek dorsal yüzüne açılan damar yolundan serumla opak madde verilmek istenmiş, ancak farkına varılmadan sol el-el bilek ve ön kola sıvı kaçağı olarak acil ortopedi konsültasyonu istenmiş. Hastanın fizik muayenesinde huzursuzluk, ağlama başta olmak üzere sol ön kolda ve elde aşırı ödem, elde ekimotik görünüm vardı ve nabızlar alınamıyordu. Kompartman sendromu tanısı koyuldu ve genel anestezi alamadığından aksiler blok altında fasiyotomi yapıldı ve hastada rahatlama sağlandı.

Bulgular

Hastanın ameliyat sonrasında dolaşımı arteriyel Doppler ile gözlendi ve 2. gün çekilen grafisinde ön kol ve el bilekte radyopak maddeye sekonder opasite görünümü devam etmekteydi. 3. günde pansumanı açıldı ve cilt primer olarak kapatıldı. Hastanın 6 aylık takiplerinde hareket ve fonksiyon kaybına rastlanmadı.

Tartışma

Kompartman sendromuna yenidoğanlarda çok nadir olarak rastlanmaktadır. Sıklıkla doğum travmaları ya da anomalilere sekonder olarak bildirilmiştir. Literatürde bahsedilen yenidoğan kompartman sendromları opak madde kaçağına bağlı olmayıp, bizim olgumuzun ameliyat sonrası çekilen grafilerinde opak madde görülebilmektedir. Bu görüntü, klinik olarak rahatlama sağlanmasına rağmen bu bölgedeki intersellüler mesafede ödemin devam ettiğini düşündürmüştür. Erken dönemde tanısı koyulamayan olgularda ileri dönemde sekeller oluşabildiğinden damar yolu kaçaklarının yakından takip edilmesi ve bu durumdan şüphelenilmesi durumunda müdahalenin geciktirilmeden yapılması esası unutulmamalıdır. Sıvı ekstrevasasyonuna bağlı yenidoğan kompartman sendromu dikkatli takip ile önlenebilir bir durum olup erken müdahale ile kalıcı sekeller engellenebilir.

Anahtar Kelimeler

Kompartman sendromu, yenidoğan, fasiyotomi, kontrast madde



PS-010

KRONİK GRANÜLOMATÖZ SİNOVİT(OLGU SUNUMU)

Hayati Öztürk¹, Özhan Pazarcı², Zekeriya Öztemur³, Seyfi Gündüz Tezeren⁴, Okay Bulut⁵

Giriş

Elde kronik granülomatöz sinovit nadir olarak rastlanmaktadır. Elde kronik granülomatöz sinovit olgusu sunulmuştur.

Olgu

46 yaşında erkek, yaklaşık altı aydır sol el ve ön kolda şişlik. Palpasyonla ağrı, hassasiyet, hareket kısıtlılığı, kızarıklık yoktu. Median sinir duyu sahasında duyu kusuru tarifliyordu. Ön kol distal ve 1 parmak fleksör yüzde şişlik mevcuttu. MRI'da Fleksör tendon komşuluğunda sinovyal sıvıda diffuz artış, fleksör tendon komşuluklarında çok sayıda milimetrik boyutlu yağ baskılı sekansta hipointens izlenen nodüler görünümeler mevcuttur.(sinovyal osteokondromatozis? Pigmente villonodüler tenosinovit?)olarak raporlanmıştı. Aksiler anestezi altında turnike eşliğinde volar longigutinal insizyonla girildi. Katlar geçildi karpal tünel açıldı. Tüm tendon kılıflarını tutan ve median siniri bir mebranla sarılı ön koldan 1. parmak fleksör kompartmana doğru uzanım gösteren sinovyal kitle ile karşılaşıldı. Kitle açıldığında içerisinde pring tanesi görünümde multipl parlak beyaz yapılar çıkarıldı. Membranla birlikte kitle çıkarıldı. Patoloji raporu kronik granülomatöz sinovit olark rapor edildi. postoperatif araştırmalarda sistemik granülomatöz hastalık tespit edilemedi. Son kontrollerinde sinir ve tendon muayenesi normaldi.

Tartışma

El ve ön kolda kronik granülomatöz sinovit son derece nadir olarak rapor edilmektedir. Literatürde atipik tüberküloza bağlı median sinir sıkışma bulgularıyla giden olgu sunumları vardır(1). Fleksör tenosinovit yapan nedenler içerisinde sarkoidoz, tüberküloz, pigmente villosinovit yapan olgular tanımlanmıştır(2-3).

Sonuç

Kronik granülomatöz sinovit nadir olarak rastlanmaktadır. Sistemik granülomatöz hastalıklar da araştırılmalıdır. Tedavisi cerrahi eksizyondur.

Kaynaklar

1. Krapohl BD, Kömürcü F, Stöckl-Hiesleitner S, Deutinger M. Flexor tendon synovitis of the hand as first manifestation of atypical tuberculosis. Acta Orthop Belg. 2007 Feb;73(1):111-3.
2. Schumacher O, Dabernig J, Nenadic I, Ingianni G, Cediti C. Severe course of a rare non-tuberculous Mycobacteriosis (M. haemophilum) of the hand - case report and strategic comments. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2008 Oct;40(5):342-7.
3. Chen WS, Chen L. Pigmented villonodular synovitis of flexor tendon sheath at wrist causing pseudo-carpal-tunnel syndrome: report of a case. J Formos Med Assoc. 1990 Jan;89(1):44-6.

Anahtar Kelimeler

El, kronik granülomatöz sinovit, cerrahi eksizyon



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-011

EKSTREMİTE TUTULUMUYLA SEYREDEN NADİR BİR HENOC-SCHÖNLEİN PURPURASI OLGUSU

Erdem Güven¹, Zeynep Hoşbay Yıldırım¹, Ömer Berköz¹, Akın Savaş Toklu², Celal Metin Erer¹

¹İstanbul Tıp Fakültesi, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Tıp Fakültesi, Sualtı Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) etyolojisi tam olarak bilinmeyen, başta cilt olmak üzere gastrointestinal sistem, eklemler, böbrekler ve daha seyrek olarak diğer organların etkilendiği bir lökositoklastik vaskülitir. Genellikle 5 -15 yaş arasında görülür. HSP'li olgularda eklem tutulumu akut artrit ya da artralji şeklinde ortaya çıkmaktadır. HSP'de el tutulumu nadir olarak görülmektedir.

Olgu ve Bulgular

Her iki kol ve bacakta ani başlangıçlı, mor renkli lezyonlar ile başvuran 14 yaşında erkek hastaya HSP tanısı konuldu. Klinik takipte günler içerisinde her iki el parmaklarında özellikle sol el 2.3.4.5. Parmak PIP distalinde derinin tüm katlarını tutan nekrotik bir görünüm oluştu. Alt ekstremitelerde bilek seviyesinde ve her iki ayak parmaklarında multipl koyu nekrotik görünümlü lezyonlar da klinik tabloya eşlik ediyordu. Erken dönemde eklem hareketleri kısıtlı ve oldukça ağrılıydı. Ağrı skoru Vizüel Analog Skala (VAS)'a göre 10'du. Hiperbarik Oksijen tedavisi ile birlikte erken dönemde fonksiyonel pozisyonda atel uygulanarak fizyoterapi programı başlatıldı. Tedavi programı sonunda VAS skoru 0 idi ve eklem hareket açıklıklarında kısıtlılık yoktu.

Tartışma ve Sonuç

HSP, çocukluk çağı en sık görülen vaskülitik hastalığı olmakla birlikte üst ekstremitte tutulumu nadirdir. Üst ekstremitte tutulumunda erken tanı, düzenli pansumanlarla infeksiyonun engellenmesi, hiperbarik oksijen tedavisi ile birlikte erken fizyoterapinin ağrıyı azaltma ve hareket kısıtlılıklarını önlemede etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Henoch-Schönlein purpurası, Fizyoterapi, Hiperbarik Oksijen Tedavisi, Yara Bakımı



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-012

EL KIRIKLARI-BİR İNSİDANS ÇALIŞMASI

İbrahim Sungur, Ali Akın Uğraş, İbrahim Kaya, Erhan Bayram, Mahmut Ercan Çetinus, Murat Yılmaz
S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen el kırıklarının özelliklerini ve dağılımını araştırmak amaçlandı.

Yöntem

61 olgu geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, kırıkların lokalizasyonu, tipi, kırılma şekli, ek yaralanma olup olmadığı ve anestezi şekli araştırıldı. İstatistiksel olarak Ki kare testi ile ikili gruplar arasındaki bağlantılar araştırıldı.

Bulgular

61 hastanın 7 si kadın, 54'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 28.05+-14.56'ydı (2-64 yaş). Travmadan ameliyat oluncaya kadar geçen süre ortalama 12.18 gündü (1-60 gün arası). 7 hastaya lokal anestezi (%11.48), 4 hastaya lokalanestezi+sedasyon (6.56), 19 hastaya rejyonel anestezi (%31.5) ve 31 hastaya genel anestezi (%50.82) uygulanmıştı. Kırıkların 25'i metakarp (%40.98), 17'si proksimal falanks (% 27.87), 16'sı orta falanks (%26.23) ve 3'ü distal falankstaydı (%4.92). 7'si iş kazası (%11.48), 13'ü darp (%21.31), 11'i kapiya sıkışma (%18.03), 24'ü düşme (%39.34), 4'ü spor yaralanması (%6.56), ve 2'si trafik kazası (%3.28) ile oluşmuştu. 8 hastada kırığa eşlik eden tendon damar ya da sinir yaralanması vardı (%13.11). Kırıkların 5'i açık (%8.20), 31'i eklem içi kırıktı (%50.82). İstatistiksel olarak iş kazası ile eşlik eden yaralanma ve açık kırık olması arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0.031$ ve $p=0.001$). İş kazalarının %42.85'inde eşlik eden yaralanma vardı, %57.14'ü ise açık kırıktı. Açık kırık ile eşlik eden yaralanma olması arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu ($p=0.000$). Açık kırıkların %80'inde eşlik eden yaralanma vardı. İş kazası, kapiya sıkıştırma ve spor yaralanması ile eklem içi kırık olması arasında da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu ($p=0.001$). İş kazalarının %85.71'i, kapiya sıkıştırmaların %83.33'ü, spor yaralanmalarının ise %75'i eklem içi kırıktı.

Çıkarımlar

Kırık mekanizması ile açık kırık, eşlik eden yaralanma ve eklem içi kırık oluşması arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ameliyat oluncaya kadar geçen sürenin uzun olması dikkati çekmiştir. Bunun nedeninin de gerek hastaların, gerekse hekimlerin el kırıklarının tedavisinde önceliği konservatif tedaviye vermeleri ve yeteri kadar önemsememeleri olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler

El, kırık, cerrahi



PS-013

BİLATERAL EKSTANSÖR POLLİCİS LONGUS TENDON DİSFONKSİYONU

Arif Turkmen, Hasan Kütükoğlu, Mustafa Nihat Koç, Mehmet Koray Çelebi, Ömer Berberoğlu
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Giriş ve Amaç

EPL tendonu konjenital yokluğu başparmak hipoplazilerine eşlik etmektedir. Ancak sinir harabiyeti olmadan, anatomik ve fonksiyonel açıdan EPL nin fonksiyon görmemesini EPL disfonksiyonu olarak tanımlıyoruz. Yapılan literatür araştırmalarında sadece EPL disfonksiyonu olan hastalara rastlamadık.

Olgu

Kasım 2008 de polikliniğe 15y erkek hasta her iki el başparmağının ucunu kaldıramama şikayetiyle başvurdu.

Fizik muayene

Bilateral başparmakta ekstansiyon kısıtlılığı. Adduksiyonu, fleksiyonu normal. El bileğini ekstansiyona getiriyordu. Herhangi bir travma hikayesi yoktu. Hastada EPL disfonksiyonu mevcuttu. Hastaya yapılacak tedavi anlatıldı ve operasyona hazırlandı.

Bulgular

Hastada EİP tendonunun fonksiyonu tam olarak mevcutken EPL tendonunun fonksiyon görmediği görüldü. Radial sinir seyri esnasında önce ECRL, ECRB, ancaneus, supinatorius, EDC, EDM, ECU, APL, EPL kasını inerve etmekte, en son olarak EİP kasını inerve etmektedir. Yapılan MR ve USG incelemelerinde kasların ve tendonların tamamen normal anatomik lokalizasyon ve yapıda olduğu görüldü.

Operasyon

İlk aşamada hastanın bir parmağı onarılıp sonucuna göre diğer parmak için operasyona karar verildi. GAA da sol el birinci parmak dorsal yüzden insizyon yapıp EPL tendonu bulundu. EPL tendonu distalde insersio noktasına kadar diseke edildi. İntakt olduğu görüldü. 2. parmakta EİP tendonu dorsal ekstansör kompartmanda bulunarak MCP eklem düzeyinde ve CMC eklem düzeyinde yapılan kesiden diseke edildi. EİP tendonu oluşturulan tünelden başparmak ekstansör yüzüne alındı. EİP ÖRGÜ tekniğine uygun olarak (Dört adet örgü suturu) EPL e suture edildi. Cilt kesileri suture edilerek fleksör yüzden başparmak ekstansiyon ve abduksiyonda olacak şekilde atel uygulandı. Post op herhangi bir komplikasyon olmadı. İkinci gün taburcu edildi. 3 Hafta atel uygulandıktan sonra fizik tedavi programına alınan hasta 1. parmağını tam ekstansiyona getiriyordu. 6 ay sonra diğer parmak için operasyon planlandı ve aynı yöntemle operasyon gerçekleştirildi.

Sonuç

Post op hastaya egzersizler önerildi ve 3 hafta atel uygulandı. Atel sonrası fizik tedavi programına alındı. Hastada ekstansiyon hareketi mevcuttu. Herhangi bir komplikasyon olmadı.

Anahtar Kelimeler

Ekstensör pollicis longus tendonu, Konjenital el anomalileri, Tendon disfonksiyonu



PS-014

ELDE METAKARP VE FALANKSTA MELORHEOSTOZİS

Kahraman Öztürk¹, Ümit Selçuk Aykut², Erdem Özden¹, Bilal Demir², Seçil Sezgin Sakızlıoğlu³

¹Baltalimanı Kemik Hastalıkları EAH, El Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Baltalimanı Kemik Hastalıkları EAH, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

³Baltalimanı Kemik Hastalıkları EAH, Radyoloji Bölümü, İstanbul

Amaç

Nadir görülen, benign, ailesel olmayan kortikal kemiğin hiperosteozisi olan Melorheostosis vakasının sunumu.

Yöntem

Ağrı, ekstremitelerde uzunluk eşitsizliği, eklem sertliği, ilerleyici deformiteler ve komşu yumuşak dokularda ossifikasyon ile sonuçlanabilen Melorheostosis hastalığında, radyografide karakteristik sklerotik lezyon ve sintigrafide aktivite artışı ile tanı koyulur. Manyetik rezonans görüntüleme kemik ve yumuşak doku değişikliklerini gösterir.

Bulgular

Travma hikâyesi olmayan 19 yaşında kadın hasta sağ elde çok yavaş büyüyen şişlik ve ağrı şikâyeti ile başvurdu. Fizik muayenede sağ el ikinci metakarpı ile ikinci parmak üzerinde şişlik ve ağrı bulundu. El fonksiyonları normaldi. Radyografide ikinci metakarp diafizinde hafif ekspansiyon yapan, kemik iliğini kaplayan ve ikinci parmak orta falanks radial yarısında sınırları düzenli sklerotik lezyon vardı(Resim 1). Üç fazlı kemik sintigrafisinde aynı lokalizasyonda tutulum artışı saptandı(Resim 2). Manyetik rezonans görüntülemesinde ikinci metakarp ve ikinci parmak orta falanksta T1(Resim 3) ve T2 ağırlıklı yağ baskılı görüntülerde(Resim 4) düşük sinyal intensitesinde lezyonlar ile metakarptaki lezyon komşuluğunda kemik iliği ödemi vardı. Laboratuvar bulguları normal sınırlardaydı. İnsizyonel biyopside sklerotik kortikal ve trabeküler kemik saptandı. Hastaya germe egzersizleri ve anti-enflamatuar ilaç tedavisi verilerek takibe alındı.

Çıkarımlar

Melorheostosis nadir görülen, her iki cinsi de etkileyen, benign hiperosteotik kemik displazisidir. Melorheostosis genel olarak alt ve üst ekstremitenin uzun kemiklerini tutar ve ayrıca el ile ayakta kısa kemikleri de etkiler, nadiren aksiyel iskelette görülür(1,3,4). Genellikle geç adolesan veya erken yetişkinlik yıllarında görülür. Sıklıkla asemptomatiktir ve insidental olarak saptanır(1,3). Yumuşak doku ile kemiği birlikte etkiler ve ağrı, şişlik, kontraktür, eklem hareketlerinde kısıtlanma ve kemik deformiteleri ile sonuçlanabilir. Hiperosteozis ve direk grafilerde damlayan mum bulgusu melorheostozisi gösterir. Nadiren daha ileri görüntüleme tetkiklerini gerektirir(1,3). Ayırıcı tanıda osteomiyelit, osteopetrozis, osteopoikilozis ve osteopati striata, parosteal osteosarkoma düşünülmelidir(4,5). Melorheostozise özgü bir tedavi yoktur. Tedavi semptomatik ve konservatiftir(1,3). Daha komplike vakalarda deforme düzeltilmesi, lezyon küçültülmesi, kontraktür açılması için cerrahi tedavi gerekebilir(6,7). Steroid olmayan anti-enflamatuar ilaçlar ile fizyoterapi gibi konservatif tedbirler üzerinde durulmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Melorheostosis, hiperosteotik kemik displazisi, metakarp, falanks



PS-015

TETİK PARMAKTA AÇIK CERRAHİ GEVŞETME

Harun Kütahya, Ali Güleç, BurKay Kutluhan Kaçıra, Onur Bilge, Serdar Toker, Mustafa Yel
Konya Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya

Amaç

Bu çalışmanın amacı Tetik parmak konservatif tedavisinden fayda görmemiş hastalarda açık cerrahi tedavi sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Metod

Ocak 2006 –Ocak 2011 tarihleri arasında 215 tetik parmak tedavi edildi. Tek doz kortikosteroid enjeksiyonundan fayda görmemiş 152 tetik parmakta (142 hasta (42 erkek (29.6%), 100 kadın (70.4 %)) lokal anestezi altında açık cerrahi gevşetme yapıldı. Hastaların hepsinde A1 puley üzerinde hassasiyet ve çoğunda da nodül mevcuttu. Tetiklenme tüm hastalarda mevcuttu. 75 hastada sağ 77 hastada ise sol eldeydi. Ortalama yaş 40.26. (yaş aralığı 0.7- 79).

Sonuçlar

Tek doz kortikosteroid enjeksiyonun başarı oranı 30.7% (63 hasta 63 tetik parmak). Hastaların %69.3'üne lokal anestezi altında açık cerrahi gevşetme uygulandı. Hastalardan yetersiz gevşetme yapılan 1'i dışında sonuçlar mükemmeldi ve lokal anestezi yada cerrahiye bağlı komplikasyon olmadı. Hastaların hepsinde ağrı geçti. Rekürrens saptanmadı.

Tartışma

Sonuç olarak, lokal anestazi altında tetik parmak açık cerrahi gevşetmesinin etkili, güvenli ve kolay bir teknik olduğunu düşünüyoruz. Konservatif tedavinin başarısız olduğunda, tedavi sürecinde ilk tercih olabilir.

Anahtar Kelimeler

Tetik parmak, tetik başparmak, açık cerrahi gevşetme



PS-016

METAKARPOFALANGİAL EKLEMİN SİNOVYAL KONDROMATOZİSİ

Eren Cansü¹, Mehmet Bekir Ünal², Fatih Parmaksızoğlu³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç

Sinovyal kondromatozis nadir görülen bir hastalıktır. Primer tipi tendon kaynaklı tenosinovyal ile eklem kaynaklı sinovyal olmak üzere 2 farklı formda görülür. Bu hastalığa elde ve el parmaklarında ise daha da nadir rastlanmaktadır. 3. metakarpofalangial eklemde sinovyal kondromatozis nedeniyle cerrahi eksizyon yapılan hasta bildirilerek bu hastalığın nadir görülen yerleşim yerine dikkat çekilmektedir.

Olgu

Sol el 3. Parmağında ağrı, dolgunluk hissi ve hafif hareket kısıtlılığı nedeniyle kliniğimize başvuran 32 yaşındaki erkek hastanın şikayetleri yaklaşık 6 aydır mevcutmuş. Hastanın hikayesinde elini kullanan işçi olarak çalıştığı ve şikayetlerinin elinin üzerine ağır bir cisim düşmesinden kısa bir müddet sonra başladığı öğrenildi. Hemen travma sonrası başvurduğu merkezde radyolojik tetkikleri sonrasında elbilek istirahat ateline alınıp, soğuk uygulama ve NSAİD'ten oluşan konservatif tedaviye başlanmış. Şikayetlerinin tam geçmemesi üzerine yaklaşık 3 ay aralıklarla tedaviye devam edilmiş. İstirahat ettiği zamanlar nispeten rahat olan hastanın şikayetleri elini kullanmakla artmaktaymış. İstenen MR incelemenin raporunda 3. MF eklemden ganglion ile uyumlu olduğu belirtilmekteydi. Lezyon eksize edilerek patolojiye gönderildi.

Sonuçlar

Ameliyat esnasında MF eklem içinden çıkan çok sayıda pirinç tanesi görümlü kitlelerin sinovyal kondromatozis olabileceği düşünülerek tüm kitleler çıkarılarak kısmi sinovektomi uygulandı. Ön tanımlı patoloji tarafından da doğrulandı ve hasta sinovyal kondromatozis tanısı aldı. Hasta 1,5 aylık istirahat ve fizik tedavi döneminden sonra çalışmaya başladı. 1 yıllık takibinde nüks görülmedi.

Çıkarımlar

Nadir görülen bir hastalık olan sinovyal kondromatozise el eklemlerinde daha da nadir rastlanmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi MR incelemede dahi gangliyon gibi başka lezyonlarla karışabilir. El eklemlerinin ağrılı şişliklerinde özellikle altta yatan travma varlığında akıldan bulundurulmalı ve ayırıcı tanıya alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Elde tümör, gangliyon, metakarpofalangial eklem, sinovyal kondromatozis



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-017

ÇOCUKLARDA ZON 2 VE ZON 3 FLEKSÖR TENDON YARALANMALARININ PRİMER TAMİR SONRASI KLİNİK SONUÇLARI

Gazi Huri, Sefa Kılıç, Ömer Sunkar Biçer, Mehmet Ali Deveci, Cenk Özkan, İsmet Tan
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Traavmatoloji ABD, Adana

Amaç

Yetişkenler ile karşılaştırıldığında literatürde çocuk fleksör tendon yaralanmaları daha az ilgi görmüştür. Tendon iyileşmesi çocuklarda yetişkinlerden daha hızlı olmasına rağmen, onarım, immobilizasyon ve işbirliği eksikliği ile zorluklar yaşanmaktadır. Bu çalışmada, zon 2 ve zon 3 fleksör tendon yaralanması nedeniyle kliniğimize başvuran çocuk hastaların Modifiye Kessler yöntemi ile tamir sonrası klinik sonuçlar değerlendirildi.

Yöntem

Bu çalışmada, 3 yıllık dönemde (Haziran 2007-Temmuz 2010) zon 2 ve zon 3 fleksör tendon yaralanması ile başvuran 38 parmak (20 hasta) retrospektif olarak değerlendirildi. 25 parmak zon 2 ve 13 parmak zon 3 de idi. Tüm parmaklar 2 gün içerisinde tamir edildi. Modifiye Kessler tekniğinde (2-strand) 4-0 prolene ile core dikişi, 5-0 prolene ile epitendinoz dikiş kullanıldı. Kontrollü aktif hareket dorsal atel uygulanarak ameliyat sonrası 5 gün içerisinde uygulandı. Hastalar tedavi sonrası 14-52 ay (ort. 23,3) arasında takip edildi. Tedavi sonrası prosimal interfalangeal (PİF) ve distal interfalangeal (DİF) range of motion (ROM) ölçüldü, fonksiyonel sonuçlar Strickland ve QuickDASH skorları ile değerlendirildi.

Bulgular

Strickland formülüne göre, 31 parmakta mükemmel, 6 parmakta iyi, 1 parmakta kötü sonuç elde edildi. Ruptür, enfeksiyon, kompleks ağrı sendromu gibi komplikasyonlara rastlanmadı. DİF eklemden ortalama aktif fleksiyon 42 derece (30-65), PİF eklemden ortalama aktif fleksiyon 93,3 derece (85-100) olarak bulundu. MTF eklemler hareketleri doğal olarak değerlendirildi. Ortalama QuickDASH skoru 6,8 idi.

Çıkarımlar

2-strand fleksör tendon dikişini takiben dorsal atel uygulanarak kontrollü aktif hareket başlanması güvenli bir yöntemdir, tekrar kopmaları engeller ve çocuklarda zon 2 ve zon 3 fleksör tendon yaralanmalarında çok iyi sonuçlar verir.

Anahtar Kelimeler

Çocuk, fleksör, tendon, zon 2, zon 3



PS-018

KÜBİTAL TÜNEL SENDROMUNA NEDEN OLAN, ULNAR SİNİRİN EPİNÖRİUM KAYNAKLI GANGLİYON KİSTİ VE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Mehmet Şükrü Şahin¹, İbrahim Deniz Canbeyli², Gökhan Çakmak¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Alanya

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç

Kübital tünel sendromu karpal tünel sendromundan sonra en sık görülen tuzaklanma nöropatisidir. Ulnar sinirin kübital bölgede tuzaklanmasıyla ortaya çıkan ağrı, uyuşma ve güç kaybı semptomları ile seyreden bir hastalıktır. Etiyolojide tekrarlayıcı zorlama, travma, romatizmal hastalıklar, osteoartrit, bası yapan lezyonlar ve bazı sistemik hastalıklar sayılabilir. Tedavisi konservatif veya cerrahi olarak yapılabilir. Bu çalışmamızda nadir görülen ve ulnar sinir epinöriumundan köken alan gangliyon kistinin neden olduğu kübital tünel sendromlu bir olguyu sunacağız.

Gereç ve Yöntem

41 yaşında kadın hasta 1,5 aydan beri süregelen sol dirsekte ağrı, şişlik 4.ve 5. parmaklara yayılan uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinden 3 yıl önce dirsek travması geçirdiği ve zaman zaman dirsek ağrıların olduğu anlaşıldı. Hastanın klinik muayenesinde sol dirsek hareketlerinin ağrılı ancak tam olduğu, mediyal epikondil çevresinde yaygın hassasiyetinin ve şişlik olduğu saptandı. Dirsek seviyesinde tinel testinin pozitif olduğu saptandı. Travma öyküsü nedeniyle çekilen direkt grafi normaldi. EMG incelemesi kübital tünel sendromu ile uyumluydu. Dirsek USG' inde dirsek mediyalinde 35x13 mm büyüklüğünde gangliyon kisti tespit edildi. Bunun üzerine hastaya operasyon planlandı.

Bulgular

Sol dirseğe klasik mediyal insizyonla girilerek kübital tünele ulaşıldı. Kübital tünelde ulnar sinirin epinöriumundan köken aldığı gözlenen ve sinire bası yapan yaklaşık 6x1 cm boyutlarında kistik yapı görüldü (Resim1). Mikroskop altında ulnar sinir lifleri korunarak kist çıkartılıp (Resim2) tahlile gönderildi. İnstabil olan ulnar sinire anterior transpozisyon yapıldı (Resim3). Patolojik olarak gangliyon kisti tanısı konan hasta, operasyon sonrası önerilerle taburcu edildi. Ameliyat sonrası 1. ayda motor ve duyu semptomların tamamına yakınının geçtiği ve hastanın normal hayatına geri döndüğü gözlemlendi.

Sonuçlar

Gangliyon kistine bağlı periferik sinir sıkışması nadir görülen bir durumdur. Yaptığımız literatür taramasında gangliyon kistine bağlı en sık periferik sinir sıkışması %75 oranında fibula başı seviyesinde peroneal sinir sıkışmasıdır. Ulnar sinirin epinörium kaynaklı gangliyon kistine bağlı kübital tünel sendromu nadir olarak bildirilmiştir. Sinir kılıfından kaynaklanan gangliyon kistlerinin nadirde olsa tuzaklanma nöropatisine neden olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler

Ganglion kisti, kübital tünel, epinörium, tuzaklanma



PS-019

PEDİATRİK HASTADA MONTEGGIA KIRIĞINA BAĞLI RADİAL SİNİR TUZAKLANMASI: OLGU SUNUMU

Kadir Ertem, Mehmet Fatih Korkmaz, Emre Ergen, Metehan Özen, Okan Aslantürk
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Amaç

Monteggia kırıklı çıkığı proksimal ulna kırığıyla radius başı çıkığının kombinasyonudur. Burada 7 yaşında bir hastada Monteggia kırıklı çıkığı sonrası radius başı basısına bağlı gelişen ve cerrahi dekompresyon ile tam iyileşen radial sinir felci olgusu sunulmaktadır.

Yöntem

Sol kol üzerine düşme sonrasında sol dirseğinde ağrı ve hareket kısıtlılığı ortaya çıkan 7 yaşındaki bayan hastanın AP ve lateral röntgenogramlarında Tip 1 monteggia kırığına rastlandı. Muayenede sol üst ekstremitede nörolojik defisite rastlanmadı. Hastaya kapalı redüksiyon ve önkol supinasyonda, dirsek 110 derece fleksiyonda uzun kol ateli uygulandı. Kapalı redüksiyondan bir gün sonra hastanın takiplerinde başparmak ve 2-5. Parmaklarda metakarpofalangial eklemlerde ekstansiyon kaybı ve radial sinir dermatomunda hipoestezi olduğu görüldü.

Hastada nöropraksi tipi yaralanma düşünülerek konservatif takip planlandı. 2 hafta sonraki kontrolünde hastanın radial sinir hasarı sebat ediyordu. Hastaya radial paralizi cihazı önerilerek konservatif gözleme devam edildi. 4. haftada tekrar değerlendirilen hastanın kliniğinde gerileme olmayınca radial sinire eksplorasyon amacı ile opere edildi. Eksplorasyonda radius başının çıkık olduğu, radial sinirin derin ve yüzeyel dallarının radius başı ile ulna arasında sıkıştığı görüldü. Radial sinir için eksternal ve internal nöroliz yapılarak serbestleştirildi. Radius başı redükte edilerek annüler bağ rekonstrüksiyonu uygulandı.

Bulgular

Hastanın post op 9. Aydaki kontrol muayenesinde sol dirsek eklem hareket açıklığı(EHA) 0/120 derece, sağ dirsek EHA 10/ 0/135 dereceydi. Sol önkol pronasyon ve süpinasyonu tamdı. Sol el bileği ekstansiyonu ve fleksiyonu tamdı. Sol el bileği ve elde duysal ve motor tam iyileşme görüldü.

Çıkarımlar

Monteggia kırıklı çıkıkları seyrek yaralanmalardır. Tanı sırasında nörovasküler yapıların dikkatlice değerlendirilmesi gerekir. Literatürde akut sinir hasarı bildirimleri değişkenlik göstermektedir. Sinir felci genellikle kendiliğinden iyileşir ve nadiren eksplorasyon gerekir. Sinir hasarı genellikle radial veya PIN ile ilgili olmakla birlikte ulnar ve median sinir hasarı da görülebilmektedir. Eşlik eden nörolojik patolojiler dikkatle değerlendirilmelidir. Klinik ve elektrofizyolojik olarak sebat eden bir nörolojik defisit varlığında en akılcı yaklaşımın sinir eksplorasyonu olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler

Monteggia, radial sinir tuzaklanması, nöroliz



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-020

DİRSEK BÖLGESİ AĞIR YUMUŞAK DOKU KAYIPLARININ FONKSİYONEL ONARIMI VE 3 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ramazan Hakan Özcan¹, Adem Topkara², Füsün Şahin³, Nuray Akkaya³

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Denizli

²Denizli Devlet Hastanesi

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon A.D. Denizli

Giriş

Dirsek bölgesi yumuşak doku ve kas kayıplarının rekonstrüksiyonu mümkün olan en kısa sürede ve en uygun doku ile fonksiyonel olarak onarılmalıdır. Daha sonra rehabilitasyon ile tedavi tamamlanır.

Olgu

Üç hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tümü ezici yaralanmaya maruz kalmıştı. İki hastanın lezyonu biceps bölgesinde, bir hastada triceps bölgesinde idi. Hastalarda serratus anterior kası, Latissimus dorsi kas-deri flebi ile birlikte alınıp serbest olarak nakledildi. Serratus anterior kası fonksiyon için ve latissimus dorsi kas-deri flebi örtü amaçlı olarak kullanıldı. Transfer den üç hafta sonra rehabilitasyona başlandı.

Hastaların dirsek fleksiyon ve ekstansiyonunda yeterli fonksiyon sağlandı. Bir hastada supinasyon ve pronasyon hareketlerinde % 40 oranında kısıtlılık ile iyileşme oldu.

Dirsek çevresinde özellikle biceps ve triceps kaslarını içeren doku kayıplarında fonksiyonel rekonstrüksiyon için, serratus anterior kasının fonksiyon ve latissimus dorsi kas-deri flebinin örtü amaçlı kullanımı iyi bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler

Dirsek, serratus anterior, latissimus dorsi



PS-021

ÖN KOL VE EL DORSALİNDE SÜRTÜNME YARALANMASI,OLGU SUNUMU

Mustafa Karakaplan, Kadir Ertem, Metehan Özen
inönü üniversitesi tıp fakültesi turgut özal tıp merkezi

Giriş

Friksiyon yaralanmaları motorlu araç ve endüstriyel kazalar neticesinde sık görülmektedir. Motorlu araç kazalarında yaralanma genellikle aracın devrilmesi sonucu ekstremitenin kaporta ve asfalt arasında kalması ile oluşmaktadır.Yaralanmanın derinliğine göre sırası ile cilt, ekstensör tendonlar,kemik ve eklemlerde defektlere neden olmaktadır. Bu çalışmada el ve önkol dorsalinde friksiyon yaralanmalı olgu ve tedavi süreci sunulmuştur.

Bulgu

27 yaşında bayan araç devrilmesi neticesinde non dominant üst ekstremitesinin asfalt ve kaporta arasında kalması sonucunda başvurdu. Yapılan değerlendirmesinde; 2.3.4.5. proksimal falanksalar, el ve ön kol distal 2/3 ekstansör yüzde,cilt, cilt altı ekstansör kas ve tendonlar da yumuşak doku defekti mevcut idi. Radyus ve ulna distalinde yaklaşık 6cm ve ayrıca karpal kemikler, 2.3.4.5. metakarp ve proksimal falankslarda transfers planda dorsal %50 lik kısmını içeren tanjansiyel defekt ve 4. metakarp 2.3.4. parmak proksimal falankslarında kırıkları mevcut idi. İleri derecede kirli olan yaralanma bölgesine bol yıkama ve debritleme yapıldı. Kırıklarına mini vida ve plak ile osteosentez, K telleri ve eksternal fiksatörle geçici sabitleme, ilerleyen günlerde müteakip debritleme yapıldı.

Metot

10. günde yumuşak doku örtünmesini sağlamak amacı ile myokutanöz latismus dorsi serbest flebi ve küçük defektler için full thickness cilt grefti yapıldı. Başvurusunda yarası ileri derecede kirli olduğundan kemik defektlerinin rekonstrüksiyonu bir sonraki aşamaya bırakıldı. Bu amaçla özel yapım plak iliak kanattan vaskülarize kemik grefti alınarak distal radyustaki defekt için transfer edildi. Post op 2. ayda radyus ile greft arasında kaynama ve greft ile karpal kemikler arasında füzyon sağlandı. Pronasyon ve supinasyonun etkilenmemesi için ulnaya herhangi bir işlem yapılmadı. Yaralanmanın 5. ayında; Zon 3,4,5,6,7,8 de ekstansör tendonlar ve kaslardaki defekt için,tensor fascia latadan tendon grefti oluşturularak FCU 2,3,4,5 parmaklara ve ECU baş parmağa transfer edildi.

Tartışma ve sonuç

Takibinde ciddi bir komplikasyonla karşılaşmadı. Sağlam ekstremita ile karşılaştırıldığında %50 çimdikleme ve %46 kavrama gücüne sahip olan hasta fonksiyonel ve kozmetik açıdan ekstremitasından memnun idi.

Anahtar Kelimeler

Sürtünme yaralanması, çoklu doku defekti, tedavi süreci



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-022

SAÇ İPLİK TURNİKE SENDROMU

Cenk Melikoğlu¹, Mustafa Sütçü¹, Barış Keklik¹, Aydın Erdemir²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeni Doğan Kliniği, İzmir

Giriş

Uzuvların saç telleri ya da iplik ile sarılarak boğulmaları "saç-iplik turnike" sendromu olarak adlandırılan bir sendroma yol açar. Tanı erken konulmazsa ve doğru tedavi uygulanmazsa bu sendrom, tutulan bölgelerin nekrozu sonrasında kaybı ile sonuçlanabilir. Her iki cinste ekstremitelerin yanısıra cinsel organları da tutabilen bir morbidite sebebidir.

Olgu

2,5 aylık erkek bebek sağ el 1. parmakta kızarıklık, şişlik ve renk değişikliği nedeniyle ailesi tarafından kliniğimize getirildi. Hastanın 2 gündür devamlı huzursuzluk ve ağlama şikayetinin olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ el 1. parmağında proksimal interfalanfgial eklem seviyesinde saç teli dolanmasına bağlı dolaşım problemi olduğu görüldü. Klemp yardımı ile dolaşım problemine neden olan saç teli parmağın etrafından temizlenerek dolaşım rahatlatıldı ve hasta pansumanla takip edildi. Hastanın takiplerinde parmak problemsiz iyileşti, herhangi bir fonksiyonel kayıp gözlenmedi.

Sonuç

Saç- İplik Turnike (SİT) sendromu nadir görülen bir durum olmakla beraber tedavisi erken planlanmadığı takdirde çocuklarda parmak, penis ve kız çocuklarında vulvar yapılarda morbiditelere yol açabilecek ciddi bir durumdur. Post- partum annelerde meydana gelen hormonal dinamikler saç dökülmesini hızlandırmakta ve SİT oluşumuna neden olabilmektedir. Erken tanı ve zamanında müdahale ise ekstremitte kayıplarının önüne geçmektedir.

Bu çalışmada, el baş parmağının tutulduğu, nekroz gelişmeden başarılı bir şekilde tedavi edilmiş bir vaka sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Baş parmak, deprese skar, iplik, nekroz, saç, strangülasyon, turnike, baş parmak



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-023

BAYRAK FLEP VE İSKELETİZE EDİLMİŞ AMPUTAT İLE OSTEOPLASTİK BAŞPARMAK REKONSTRÜKSİYONU

Mehmet Ali Acar, Yunus Kırac, Bahattin Kerem Aydın, Egemen Altan, Ömer Faruk Erkoçak,
Hakan Şenaran

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Amaç

Bu olgu sunumunda travmatik başparmak amputasyonu sonrası replantasyona uygun olmayan ampute uzvun akut rekonstrüksiyonunda kemik stok olarak ampute uzvun ve yumuşak doku örtünümü içinde dorsal metakarpal(bayrak) flebin kullanılmasıyla yapılan osteoplastik başparmak rekonstrüksiyonun sonucu sunulmaktadır.

Olgu

39 yaşında sağ el dominant erkek hasta sol el 1. parmak distal falangeal eklem proksimalinden iş kazası sonrası total amputasyon olarak geldi, yaralanması replantasyona uygun olmadığı için hastaya acil şartlarda baş parmak rekonstrüksiyonu planlandı.

Teknik

Ampute parçanın yumuşak dokuları soyuldu ve bu parça kemik grefti olarak kullanılıp K teliyle tespit yapıldı. 2. parmak dorsal düzeyinde defektif alanı kaplıyacak şekilde flep planlaması yapıldı. Kaldırılan flep distalde başparmağın etrafına sarıldı ve kemik örtünmesi sağlandı. Donör alan el bileği volar bölgeden alınan tam kalınlıkta cilt grefti ile kapatıldı.

Ameliyat sonrası 6. haftada K teli çıkarıldı ve aktif hareketlere başlandı. Son kontrolünde çekilen grafisinde distal falanksta rezolüsyon olmadığı görüldü ve eliyle kavrama yapabiliyordu.

Sonuç

Metakarpofalangial eklem distalinden olan amputasyonlarda fonksiyonel proksimal falanks parçası varsa primer rekonstrüksiyondaki amaçlar; yeterli uzunluk, "web-space" ve stabilitenin sağlanmasıdır. Bu tür amputasyonların rekonstrüksiyonu için lokal fleplerle birlikte uzunluğu sağlamak için kemik grefti (iliak kanat, radius cisminden, veya iskeletize amputat) kullanılarak osteoplastik rekonstrüksiyon yapılabilir. İskeletize amputatla osteoplastik başparmak rekonstrüksiyonu amputatın periostunun sağlam bırakılıp yumuşak dokuların soyulmasıyla ortaya çıkan kemik dokunun greft olarak kullanıldığı bir tekniktir. İliyak kanat veya radiustan alınan greftlere göre uyumluluğu daha iyidir ve donör alan morbiditesi yoktur. Eğer iskeletize greft kullanılacaksa greftin enfeksiyon ve rezorpsiyon yönünden etkilenmemesi için ilk ameliyat sırasında uygulanması bir dezavantajdır.

Anahtar Kelimeler

Başparmak, bayrak flep, osteoplastik rekonstrüksiyon



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-024

BAŞ PARMAK PULPA DEFEKTLERİNDE FONKSİYONEL ONARIM: KİTE FLEP

Mehtap Karamişe, Tuğba Gün, Malik Abacı, Ahmet Akatekin, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Konya

Amaç

Elin fonksiyonunda kritik bir role sahip olan başparmak, el fonksiyonlarının %40-50 sini karşılamaktadır. 1,2 Doku kaybı travma ve malignitelere bağlı meydana gelebildiği gibi, konjenital olarak da gelişebilir. Baş parmak rekonstrüksiyonunda fonksiyonların tam yerine getirilebilmesi amacıyla flepler tercih edilmelidir. Pediküllü flepler, kan akımının iyi olması ve uygulanmasının kolaylığı sebebiyle doku defekti onarımında genellikle tercih edilen yoldur.3 Bu çalışmada, birinci dorsal metakarpal arter (BDMA) – kite flep ile rekonstrüksiyon yapılan vakalar sunulmuştur.

Yöntem

Travma sonrası baş parmak distal falanks seviyesinde doku kaybı olan ve replantasyon endikasyonu olmayan on dört hastada kite- flep ile rekonstrüksiyon uygulandı. Flep, ikinci parmağın proksimal interfalangeal (PIP) eklemine geçmeyecek şekilde planlandı. İkinci metakarp üzerindeki cilt, 1. web dorsumundan dorsal el bileği krizine kadar açıldı (Fig.1). Flebin elevasyonu için radial arterin dorsal dalı bulundu ve BDMA, PIP seviyesinden bağlandı. Pedikül, 1. dorsal interosseus fascia üzerinden süperfisial venler ve subkutan doku ile birlikte diseke edildi. 1. parmak cildi üzerinden parmak ucuna uzanacak şekilde tünel oluşturuldu (Fig. 2). Bu tünelden flep geçirilerek, alıcı alana adapte edildi. Donör alan, tam kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı (Fig. 3).

Bulgu

Radial sinirin duyu dallarını da içeren ve hemen komşuluğundaki parmaktan alınan, uygulaması kolay bu fleple, sensitize ve fonksiyonel bir doku oluşturulmuş oldu. (Fig 4). Donör alan morbiditesi, soğuk intoleransı, hipertrofik skar, nöroma gözlenmedi.

Sonuç

Baş parmak pulpa defektlerin kapatılması için hemen komşuluğundaki parmaktan alınan, sensitize BDMA ada flebi (kite flep) iyi bir seçenektir. Uygulaması kolay olan ve donör alan morbiditesi minimal olan fleple iyi derecede fonksiyonel ve estetik sonuca ulaşılır.

Anahtar Kelimeler

Baş parmak pulpa defekti, kite flep, birinci dorsal metakarpal arter



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-025

NADİR BİR KONJENİTAL ANOMALİ; DİPLOPODİA

Emre Hoccoğlu, Ömer Berköz, Yunus Doğan, Türker Özkan

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Diplopodia, ya da ayak duplikasyonu nadir görülen konjenital anomalidir. Normalden fazla sayıda parmak ile beraber aksesuar metatarsal ve tarsal kemiklerin bulunması ile ayak polidaktililerinden ayrılır.

Olgu

Dört günlük hasta konjenital sol ayak anomalisi ön tanısı ile polikliniğimize refere edildi. Sol ayak duplikasyonu dışında eksternal muayenesinde herhangi bir anomali gözlenmeyen hastanın direk grafisinde ekstra parmakların dışında 3 adet aksesuar metatars ve tarsal kemiklerin olduğu izlendi. Akraba evliliği ve intrauterin teratojen maruziyeti anemnezi bulunmayan olguda risk faktörü olarak ileri anne-baba yaşı (40 yaş üstü) olarak belirlendi. İlk ve tek çocuk olan hasta in vitro fertilizasyon yöntemi ile dünyaya gelmişti. Literatürde diplopodia olgularına sıklıkla konjenital kalp anomalileri -özellikle atrial septaldefekt- eşlik etmektedir. Olgumuzda kardiovasküler sisteme ve diğer sistemlere ait bir anomali saptanmadı. Hastanın genetik incelemesinde herhangi bir genetik sendrom ile ilişkili bulunamadı. Tarafımızdan takip edilen hasta 10 aylık olunca opere edildi. Aksesuar parmaklar, metatarslar ve tarsal kemikler eksize edildi. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta tarafımızdan takip edilmektedir.

Sonuç

Olgumuz çok nadir görülen bir konjenital anomali olan diplopodianın birçok farklı sistemi etkileyebilecek bir anomali olmakla beraber izole olarak da bulunabileceğini işaret etmekte. Bu olgulara yürüme başlamadan önce (18 ay öncesi) müdahale edilerek hastanın normal bir yürümeye sürecini kazanmasına olanak sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Diplopodia, yenidoğan, konjenital, ayak duplikasyonu



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-026

DÜZMECE EL SENDROMU; DERMATİTİS ARTEFACTA

Tuhan Kurtulmuş, Necdet Sağlam, Gürsel Saka, Sedat Yeniocak, Esra Demirel, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Düzmece el sendromu; hastanın klinik tablosu ve laboratuvar testleriyle hastalığın hikayesinin uyuşmadığı, tekrarlayan ve iyileşmeyen lezyonlarla ortaya çıkan bir sendromdur. Biz bu yazıda sosyal, psikolojik sorunları olan ve kendisine zarar vererek bizleri yanıltan hastamızı sunuyoruz.

Yöntem

Parmağına matkap drili batması sonrası kolda şişme, ağrı şikayeti ile gelen 27 yaşındaki erkek hasta kompartman sendromu, nekrotizan fasiit ön tanısıyla takip ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı.

Bulgular

Sağ el 1. parmakta 3 mm'lik krutlu yarası olan hastada, el dorsalinden dirseğe kadar yaygın şişlik, krepitasyon mevcuttu. Isı artışı, kızarıklık yoktu. Laboratuvar testleri normaldi. MR (manyetik rezonans) görüntülemeye önkolda subkutan amfizemi mevcuttu.

İnfeksiyon kliniği ile yapılan konsültasyonda, nekrotizan fasiit düşünülerek İV antibiyoterapi, debridman önerildi. Semptomatik tedavi ile 5 gün sonra cilt altı amfizemi, şişliği tamamen gerileyen hasta taburcu edildi.

10 gün sonra benzer şikayetlerle yeniden acil servise başvuran hastanın el dorsali ve ön kolda cilt altı amfizemi mevcuttu. Nöroloji, enfeksiyon hastalıkları konsültasyonları sonucu nonspesifik tedaviye başlanan hastada bulguların 6. günde gerilemesi üzerine taburcu edildi.

Aynı gün benzer bulgularla tekrar başvuran hasta yeniden yatırıldı. Nonspesifik tedavi ve gözleme alınan hasta 12 gün sonra sorunsuz taburcu edildi.

Ancak 1 gün sonra yeniden benzer şikayetlerle tekrar yatırılan hastaya enfeksiyon hastalıkları kliniğinin ısrarı üzerine, önkolda fasya, kas, cilt altı dokudan biyopsi alındı. Psikiyatri, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları normal olarak değerlendirilen hasta 20 gün sonra iyileşmiş olarak taburcu edildi. 1 ay sonra aynı şikayetle başvuran hastanın elindeki yara debride edildi. İyileşmesi beklenip sütürler alındıktan sonra taburcu edildi. Son yatışında işyeri sahibiyle yapılan görüşmede, araba yedek parçası ürettiklerini, hastanın havalı tabancayla metal kıymıkları temizleme görevinde olduğunu, yakın zamanda borç yüzünden ailesel sorunları olduğunu belirtti. İşyeri sahibiyle hastanın hastalığının etiyolojisini açıklayacak tıbbi araştırmaların sonuçlarının normal olduğu, kendisinin hastayla görüşme yapması önerildi. Hasta aynı şikayetlerle tekrar hastanemize başvurmadi.

Çıkarımlar

Sekonder kazanç sağlama, psikolojik nedenlerden dolayı düzmece hikaye üretip kendine zarar veren hastalar değişik tablolarda ortaya çıkabilmektedir. Bu sendromlar arasında Secretan, Shaft, Munchausen, dermatitis artefacta sayılabilir. Bu sendromlardaki lezyonlar ve psikolojik bozukluklar değişik derecelerde olabilmektedir. İyileşmeyen sık tekrarlayan, hikayesiyle laboratuvar testleri uyuşmayan hastalarda bu sendromlar öntanıda akılda tutulmalıdır. Bu hastalardaki sosyal ve psikolojik sorunların çözülmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler

El, kompartman, sendrom



PS-027

TETİK PARMAĞA YOL AÇAN TENDON TÜMÖRLERİ

Erkal Bilgiç, Orhan Balta, Ferhat Taş, Bora Bostan, Taner Güneş
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

Giriş

El parmaklarında hareket sırasında ses gelmesi, takılma veya kilitlenme ile kendisini belli eden tetik parmak tablosunun en sık rastlanılan nedeni A1 pulley düzeyindeki tuzak tendinopatisi'dir. Tetik parmak tablosuna yol açan diğer nedenler nadir de olsa fleksör tendonun kısmi yırtıkları, volar plate yırtıkları, sesamoid kemik anomalileri, metakarp başı düzensizlikleri, metakarpophalangeal eklem içindeki serbest cisimler ile tendon ve tendon kılıfı tümörleridir. Bu çalışmanın amacı tetik parmağa yol açan iki tümör olgusunu sunmaktır.

Olgu Sunumları

1. Olgu: 75 yaşındaki bayan hasta sağ el baş parmakta 2 yıldır mevcut olan takılma ve kilitlenme şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde baş parmak metakarpophalangeal eklem üzerinde volar yüzde hassasiyet ve palpabl kitle mevcuttu. Hasta Green Sınıflandırmasına göre evre 3A tetik parmak olarak değerlendirildi. Aksiller anestezi ve turnike altında A1 pulley üzerinde transvers insizyon yapıldı. Cilt altı yağ dokusu geçildikten sonra fleksör pollicis longus tendonun volar yüzü üzerine yerleşmiş beyaz-sarı renkli yaklaşık 1x1 cm. boyutlarında kistik kitle ile karşılaşıldı. Kitlenin en blok çıkarılması sonucunda hastanın şikayetleri düzeldi. Takiplerinde nüks gözlenmedi. 2. Olgu: 83 yaşında erkek hasta sol el 4. parmakta 8 aydır mevcut olan takılma şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde 4. parmak metakarpophalangeal eklem üzerinde volar yüzde hassasiyeti mevcuttu. Hasta Green Sınıflandırmasına göre evre 2 tetik parmak olarak değerlendirildi. Lokal anestezi altında proksimal falanks ile metatars başı arasında uzanan z harfi şeklinde insizyon ile girildi. Cilt altı yağ dokusu geçildiğinde yüzeysel fleksör tendon üzerinde tendon kılıfına yapışık, tendon uzun eksenine dik olarak yerleşmiş yaklaşık 2x0,3 cm. boyutlarında multilobüle kistik kitle ile karşılaşıldı. Kitle en blok olarak çıkarıldı. Kalınlaşmış olan A1 pulley gevşetildi. Takiplerinde hastanın takılma şikayeti kayboldu ve nüks görülmedi.

Tartışma

Son zamanlarda el ve el bileği tendonlarının retinakuler kılıflarının daralması nedeni ile mekanik olarak sıkışmasını tarif etmek için tuzak tendinopatisi terimi de kullanılmaktadır. Tetik parmağın en sık karşılaşılan sebebi A1 pulley tendon kılıfının sıkışması olsa da, literatürde bildirilen diğer nadir nedenler konusunda ameliyat öncesi değerlendirme ve ameliyat esnasında dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Fleksör tendon, tetik parmak, tümör



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-028

PARMAK VENLERİNİN TROMBOZU

Serdar Tunçer¹, Levent Yalçın²

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç

Üst ekstremitte venlerinin trombozu genellikle yerel bir travma sonrası görülür. En sık görülen şekli, intravenöz bir girişim sonrası el ya da bilek dorsalindeki venlerinin trombozu olup, parmak düzeyinde ven trombozları daha ender görülmektedir. Literatürde daha önce palmar dijital ven trombozları bildirilmiş olup, dorsal venlerde tromboz bildirilmemiştir. Burada, kliniğimize dorsal ve volar digital ven trombozu ile başvuran hastalar, parmak kitlelerinin ayırıcı tanısında ven trombozlarının hatırlatılması amacıyla sunulmaktadır.

Hastalar ve Yöntem

Parmakta kitle nedeni ile kliniğimize başvuran ve eksizyonel biopsi yapılan hastalardan histopatolojik inceleme sonucunda parmak ven trombozu teşhisi konan üç hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

Sonuçlar

Ortalama yaş 38 olup, hastaların ikisi bayan biri erkekti. Tromboze venler iki hastada dorsal, bir hastada volar yerleşimliydi. Belirli bir travma öyküsü, oral kontraseptif kullanımı, hiperkoagulabiliteye bağlı hastalık anamnezi hiçbir hastada bulunmazken, hastalardan yalnızca biri sigara içiyordu. Ameliyat sonrası erken ya da geç komplikasyon görülmedi. Takip süresi ortalama 8 ay olup, takip süresi içinde nüks görülmedi.

Çıkarımlar

Parmak venlerinin trombozu sıklıkla üç grupta incelenir: 1.hiperkoagulabilite ile birlikte olan durumlar, 2.normal veya ektazik bir damar zemininde gelişmiş ve inflamasyon bulguları göstermeyen trombozlar, 3.Mondor Hastalığı'na benzeyen ve inflamasyon ile seyreden durumlar. Parmak ven trombozları bu açıdan bakıldığında, el kitlelerinin ayırıcı tanısına ek olarak hiperkoagulabilite yaratan hastalıkların da dışlanması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler

Parmak venleri, tromboz, kitle



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-029

POSTAKSİYEL HER KİTLE KOMPLİKE BİR POLİDAKTİLİ OLMAYABİLİR

Cenk Melikoğlu¹, Barış Keklik¹, Mustafa Sütçü¹, Nuray Can², Atakan Aydın³

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Şanlıurfa

³İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

İnfantil miyofibrom çocukluk çağının nadir tümörlerindendir. Kendi kendini sınırlayan lokalize yada yaygın, soliter veya birden fazla olabilir. Genellikle baş boyun ve gövdeyi içermektedir. 1-2 yaşlarında spontan olarak ortaya çıkmaktadır.

Yöntem/Gereç

Kliniğimize doğum sonrasında postaksial bölgede hızla büyüyen pediküllü kistik kitle şikayetiyle başvuran olguda komplike postaksiyel polidaktili olarak düşünülmüştür.

Bulgular

Yapılan eksizyon materyallerinin patolojik incelemesi sonucu yüzeyi çok katlı yassı epitel ile örtülü damar ve düz kas demetlerinden zengin miksoid dejenerasyon alanları içeren fibroepitelyal polipoid lezyon, myofibrom tanısı konmuştur.

Sonuçlar

Sunulan vaka göstermektedir ki post aksiyel bölgede gördüğümüz her pediküllü kitle komplike olmuş bir polidaktili olmayabilir.

Anahtar Kelimeler

Fibroepitelyal polip, polidaktili, yenidoğan, fibromiksoid polipoid proliferasyon



PS-030

KARPAL TÜNEL VE BİLEK GANGLİONU BULGULARI İLE KENDİSİNİ GÖSTEREN TÜBERKÜLOZ TENOSİNOVİTİ OLGUSU

Selma Sönmez Ergün¹, Reşit Burak Kayan¹, Onur Akman¹, İsmail Melih Kuzu¹, Esra Başar Gürsoy², Fatmanur Karaköse³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, İstanbul

Amaç

Son yıllarda tüberküloz insidensinde oluşan yükselmeler nadir görülen tüberküloz olgularında da artışlara neden olmuştur. Bilek fleksörlerini ve radioulnar bursayı tutan tüberküloz tenosinoviti ender görülmektedir. Karpal tünel sendromu ve bilek voler yüzünde ganglion bulgularıyla kendisini gösteren tüberküloz tenosinoviti olgusu sunulmaktadır.

Yöntem

Aksiller blok altında karpal tünel gevşetilmesi ve ganglion ekstirpasyonu uygulandı. Ameliyat esnasında fleksör tendonların kalınlaşmış sinovium ile çevrelenmiş olduğu ve çok sayıda parlak beyaz renkli pirincimsi yapıların varlığı gözlemlendi. Tenosinoviektomiler yapıldı pirincimsi yapılar ortamdaki uzaklaştırıldı. Spesimenler patolojiye gönderildi.

Bulgular

Olgumuz radial ilk üç parmağındaki uyuşukluk, bilek bölgesindeki şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. 2010 yılında çekilen bilek MR'ında karpal kemiklerle radius ve ulnanın distal kısımlarında skleroz ve subkondral erozyonlar, bilek ekleminde sinovial sıvı artışı ve sinovial kalınlaşma saptanmıştı. Başka bir merkezde bu MR bulguları, romatolojik hastalığın bulguları olarak kabul edilip hasta antienflammatuar ilaçlarla tedavi edilmişti. Bu tedaviye rağmen hastanın bilek bölgesindeki şişliğinin daha lokalize hale gelmesi, ağrılarının artarak devam etmesi ve radial ilk üç parmağında oluşan uyuşukluklarının tabloya eklenmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu.

Muayenede sol bileğin ulnovolar yüzünde 3x2.5 cm boyutunda kısmen mobil kitle saptandı. Ağrı bilek hareketleriyle artmaktaydı ve geceleri rahatsız etmekteydi. Phalen testi ve Tinel bulgusu pozitif. Laboratuvar bulguları, göğüs ve sol el-bilek grafileri normaldi. EMG bulguları karpal tünel sendromuyla uyumluydu. Bu bulgulara dayanarak hastaya karpal tünel sendromu ve bilek ganglionu tanısı kondu. Histopatolojik incelemede granülomatöz tenosinovit tanısı konuldu. Ameliyat sonrası dönemde granülomatöz tenosinovitin ayırıcı tanısını koymak için ayrıntılı incelemeler yapıldı. Tüberkülin testinin pozitif gelmesi üzerine dördü antitüberküloz tedavisine başlandı. İlk 2 ayda semptomları gerileyen hastamızın tedavisi ikili antitüberküloz ajanlarla halen sürmektedir.

Çıkarımlar

Olgumuzda da olduğu üzere nonspesifik semptomlar, nonspesifik radyolojik bulgular ve nadir görülmesi tüberküloz tenosinovite yanlış ya da gecikmiş tanı konmasına neden olabilmektedir. Tüberküloz prevelansının yüksek olduğu ülkelerde bu tanıyı akla getirmek ve uygun cerrahi ve medikal tedaviyi kombine etmek başarılı sonuç almayı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler

Tüberküloz, Tenosinovit, Karpal tünel sendromu, Ganglion



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-031

TANSİYON MANŞONUNA BAĞLI ÜST KOLDA BASI YARASI VE LATERAL ARM FASYOKÜTAN FLEPLE REKONSTRUKSİYONU

Kemalettin Yıldız, Reşit Burak Kayan, Selma Sönmez Ergün, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul

Amaç

Bası yaraları genellikle duyu kaybı olgularında kapiller düzeydeki basıncın bir bası nedeniyle aşılması durumunda doku perfüzyonun bozulması sonucunda oluşur. Olgumuz yoğun bakım ünitesinde iken tansiyon manşonun sürekli basınç halinde bırakılması sonucunda üst kol volar yüzde gelişen bası yarası ile kliniğimize başvurdu.

Olgu

Mide kanaması nedeniyle dış klinikte ameliyat edilen ve ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gören 46 yaşındaki erkek hastada tansiyon manşonunun basınçlı halde bırakılması sonucunda sol kol volar yüzde nekroz ve bası yarası gelişmiş. Hastaya kol seviyesinde anterior yerleşimli bası yarasının onarımı için aynı koldan posterior radial kollateral arter bazlı lateral arm fasyokütan flep planlandı. Flebin pedikülü dijital dopler ile lateral epikondilin 10 cm proksimalinde intermusküler septum üzerinde tespit edildi. Flep elevasyonu distalden proksimale doğru sinirler korunarak ve pedikül dahil edilerek gerçekleştirildi. Kol volar yüzdeki nekrotik dokular ve endüryasyon alanları eksize edildi. Oluşan defekte hazırlanmış olan lateral arm ada flebi cilt altı tünelden geçirilerek adapte edildi. Flep döner sahası tam katlı deri grefti ile onarıldı.

Sonuç

Ameliyat sonrasında flepte kısmi veya tam nekroz gelişmedi. Flep döner sahasındaki greftte iyileşme sorunu olmadı. 1,5 yıllık takip süresince hastanın fonksiyonel şikayeti olmadı. Sonuç estetik olarak kabul edilebilir olarak değerlendirildi.

Tartışma

Bası yaraları genellikle paraplejik-paraparezik hastalarda vücut yüzeyine uygulanan basıncın yüksek olduğu özellikle kemik çıkıntıları üzerinde oluşur. Yerleşim olarak sıklıkla iskiyal, trokanter, sakral, topuk, oksipital bölgelerde gelişir. Olgumuzda genç, nörolojik defisiti olmayan bir hastada yoğun bakım şartlarında bir tedavi komplikasyonu olarak kemik çıkıntısı olmayan kol seviyesinde tansiyon manşonun sürekli basınç halinde tutulmasına bağlı bası yarası gelişmiştir. Olgu bu özelliği ile literatürden farklılık arz etmektedir. Oluşan bası yarasının onarımında diğer bası yaraları onarımında sıklıkla kullanıldığı gibi fasyokütan bir flep tercih edilmiştir. Bası yarası lokalizasyonu itibarıyla flepin dolaşımını güvence altına almak amacıyla fasyokütan flep lateral arm ada flebi olarak onarım planlanmıştır. Yoğun bakım ünitesindeki hastalarda diğer olası bası bölgelerinin yanında üst ekstremitenin de göz önünde bulundurulması ve dikkat edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler

Bası yarası, Üst kolda bası yarası, tansiyon manşonu, lateral kol flebi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-032

MİBZER DEMİRİYLE AĞIR ÖN KOL YARALANMASI: OLGU SUNUMU

Mehmet Ali Acar, Abdulkadir Bircan, Ömer Faruk Erkoçak, Bahattin Kerem Aydın, Egemen Altan, Hakan Şenaran

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş

Üst ekstremiteler hem ev hem de iş ortamında sık travmaya maruz kalan vücut yapılarından biridir. Sanayi ve tarımda çalışan kişilerde ağır aletlere bağlı üst ekstremiteler yaralanmaları daha ağır hasarlara neden olmaktadır. Özellikle üst ekstremitelerde arter ve sinir yaralanmaları ciddi fonksiyon bozukluğu, uzuv kaybı veya ölüme neden olabilir.

Olgu

68 yaşındaki erkek hasta Mibzer makinasıyla ekin ekerken kolunu kaptırma sonucunda acil servise 1.5 metrelik Mibzer demiri ön koluna dolanmış şekilde başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde brakial arter yaralanması, median, ulnar ve radial sinir defekti, ön kol fleksör ve ekstansör yüzde geniş cilt ve tendon defekti vardı. Direk grafide radius ve ulna distal 1/3 kırığı vardı. Hasta acil şartlarda ameliyata alındı. Anestezi altında koluna dolanmış olan Mibzer demiri çıkarıldı. Geniş debritleme ve yıkama sonrası kırıkları plak ile tespit edildi. Brakial arter safen ven grefti ile radial ve ulnar arterlere interpoze edildi. Ameliyat sonrası elin dolaşımı vardı. Seri debritlemeler sonunda hastanın yarısı cilt grefti ile kapatıldı.

Sonuç

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, iş güvenliğinin arttırılmadığı yerlerde ağır yaralanmalarla sonuçlanan benzeri kazalar artacaktır. Ciddi üst ekstremiteler yaralanmalarında prognozu belirleyen en önemli noktalar başlangıç travmasının şiddeti, damar sinir yaralanmasının varlığı ve yara özellikleridir. Prognozu etkileyen ve cerrahin kontrolü altında olan diğer faktör yaranın başlangıç tedavisidir ve bu durum titiz bir şekilde yapılacak olan irrigasyon, debritleme ve iskelet stabilizasyonu ile sağlanır.

Anahtar Kelimeler

Arter yaralanması, üst ekstremiteler, yabancı cisim



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-033

TRANS-SKAFOİD, TRANS-STİLOİD, TRANS-TRİQUETRAL PERİLUNAT KIRIKLI ÇIKIK: OLGU SUNUMU

Adnan Kara, Haluk Çelik, Ramazan Erden Ertürer, Ali Şeker, İrfan Öztürk
Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Perilunat kırıklı çıkıklar nadir görülen, çoğunlukla tedavisinde cerrahi girişim gerektiren ağır el bileği yaralanmalarıdır. Dorsal perilunat kırıklı çıkıklar büyük çoğunlukla skafoïd kırıklarıyla beraber görülmektedir. Skafoïd kırığına radial-stiloid ve triquetrum kırığında eşlik ettiği dorsal perilunat kırıklı çıkıklar literatürde nadir olarak yayınlanmıştır. Sol el bileği transskafoïd, trans radial-stiloid, transtriquetral dorsal perilunat kırıklı çıkık nedeniyle açık redüksiyon ve internal tespit uygulandığımız 35 yaşındaki bayan hasta cerrahi teknik, radyolojik ve fonksiyonel sonuçları ile sunuldu.

Olgu

Mart 2010'da merdivenden düşme sonrası sol el bileğinde transskafoïd, transstiloid, transtriquetral perilunat kırıklı çıkık tespit edilen hasta acil olarak ameliyata alındı (Resim 1). Genel anestezi altında sol el bileği dorsalinden yedi cm'lik longitudinal insizyonla girildi. Skafoïd ve lunat kemiğin uygun redüksiyon ve dizilimi sağlandıktan sonra skafoïd deplase kırığı bir adet acutrak vida ile tespit edildi. Skafokapitat, triquetrolunat ve triquetrokapitat yönlerde üç adet K ve bir adet K teli de radial stiloide gönderildi. Ardından cilt kapatılarak kısa kola sirküler alçı uygulandı (Resim 2). Altıncı hafta teller çıkartılarak hareket başlandı. Hastanın 24.ay yapılan kontrolünde tüm kırıklarda tam kaynama saptandı. Karpal kemiklerde avasküler nekroz görülmedi. Skafolunat açısı sağ tarafta 34 derece, sol tarafta 30 derece tespit edildi (Resim 3). El bileği fleksiyonu, 70 derece; ekstansiyonu, 60 derece saptandı. Kavrama gücü 30 kg olup, diğer el bileğine oranı % 90 bulundu. Hasta günlük tüm aktivitelerini ağrısız olarak yapabiliyordu. Mayo ve Green klinik skorlamaları mükemmel bulundu.

Sonuç

Perilunat çıkıklar tüm el bileği yaralanmalarının %7'sini oluştururlar. Perilunat yaralanma mekanizması ilk olarak Mayfield tarafından tanımlanmıştır. Bu mekanizmaya göre palmar kapsüloligamentöz komplekte radial taraftan başlayan yaralanma ulnar tarafa doğru kayar ve her safhada farklı bir ligamentöz hasar ya da kırık gelişir. Bizim vakamız Mayfield evrelemesine göre dördüncü evre ve büyük ark yaralanmasıydı. Bu tür vakalarda açık redüksiyon ve minimal osteosentezle karpal kemiklerin uygun dizilimi sağlanarak başarılı radyolojik ve fonksiyonel sonuçlar elde etmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler

Perilunat kırıklı çıkık, Transskafoïd, Transstiloid, Transtriquetral



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-034

MEDİAN SİNİR BASISINA SEBEP OLAN ATİPİK DİSTAL RADIUS FİZ YARALANMASI: OLGU SUNUMU

Engin Eceviz, Halil İbrahim Bekler, Yiğit Erdağ, Ruhat Tanlı, Mehmet Kezer
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç

Alışlagelmişin dışında epifizin yerinde kaldığı, izole distal radius volar metafizinin tam deplasmanı ve eşlik eden median sinir basısı görülen olguda tedavi yöntemini ve sonucunu değerlendirmek.

Yöntem

13 yaşında erkek hasta salıncaktan supinasyon - hiperfleksiyonda önkol üzerine düşme sonrası acil servisimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ el bileğinin ağrılı ve şiş olduğu, median sinir trasesine uyan bölgede hipoestezisinin mevcut olduğu, tenar kas gücünün 3/5 olduğu gözlemlendi. Median nöropatinin gözlemlendiği olguda çekilen el bileği MR incelendiğinde kırık parçanın FPL ve FDS tendonlarına ayrıca median sinire bası yaptığı tespit edildi. Hastaya genel anestezi altında volar yaklaşımla açık redüksiyon ve perkütan K teli ile fiksasyon yapıldı, ayrıca karpal tünel dekompresyonu uygulandı.

Bulgular

Ameliyat sonrası 2. günde hastanın median sinir şikayetlerinin düzeldiği, 1.hafta sonunda tenar kas gücünün 5/5 olduğu gözlemlendi. Yapılan postop 3. ay kontrolünde el bileği eklem hareket açıklığının tam olduğu eşlik eden nöropatinin bulunmadığı, direk radyografik incelemede malunion - nonunion ve erken de olsa fizyel büyüme duraklaması ile ilgili bulguya rastlanmadı.

Çıkarımlar

Bu vakada median nöropatinin distal radius epifizin normal yerinde olmasına rağmen alışlagelmişin dışında volare tam deplase metafizyel kırık parçasının basısı ile de oluşabildiği görülmüştür. Ayrıca olgudaki yaralanma tarzı Salter-Harris sınıflaması ile net olarak tiplendirilememektedir; metafizyel parçanın tam deplasmanı tip 2 olarak belirtilen gruba bir alt grup oluşturularak sınıflandırılabilir. Dorsal metafizin tutulduğu tip 2 Salter- Harris distal radius fiz yaralanmaları genellikle kapalı redüksiyonla başarılı şekilde tedavi edilebilirken, volare deplase metafizyel parçanın bulunduğu ve median nöropatinin eşlik ettiği bir olguda açık redüksiyonun daha etkili ve güvenli bir yöntem olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler

Epifizyoliz, median, radius



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-035

EL VE ÜST EKSTREMİTENİN YÜZEYEL İKİNCİ DERECE YANIKLARINDA HİDROKOLLOİD PANSUMANLAR

Serdar Tunçer

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç

Yanıkların yaklaşık %50 ile 70'inde el ve üst ekstremiteler de etkilenir. Bunlar arasında yüzeysel ikinci derece yanıklar yaklaşık 10-12 günlük bir sürede kendiliğinden epitelize olarak, iz ve işlevsel kayıp bırakmadan pansumanlar ile iyileşirler. Pansumanda uzun yıllardır en çok kullanılan malzemeler gümüş sulfadiazin merhemler ile petrolatum ya da vazelin emdirilmiş gazlı bezler olup, son yıllarda yaraya yapışmama ve nemli bir ortam sağlama gibi avantajları nedeniyle hidrokolloid pansumanlar da tercih edilmektedir. Burada, yüzeysel ikinci derece el ve üst ekstremitte yanığı ile başvuran hastalarımızda hidrokolloid pansumanlar ile tedavi deneyimlerimizin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem

2009-2011 yılları arasında yüzeysel ikinci derece el ve önkol yanığı olan ve hidrokolloid pansuman malzemesi (Nu-Derm, Johnson and Johnson, ABD) ile tedavi edilen 8 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, yanık mekanizması, yanma ile başvuru arasında geçen süre, hidrokolloid tedavisinden önce bir tedavi alıp almadığı, yanık yüzey alanı, epitelizasyona kadar geçen süre, komplikasyonlar, görsel analog skala ile hidrokolloid tedavisi öncesi ve sonrası ağrı şiddeti değerlendirildi.

Sonuçlar

Ortalama yaş 28 idi (dağılım: 1-45). Yanık yedi hastada sıcak su ile haşlanma sonucunda, birinde alevle meydana gelmişti. Yanma ile tarafımıza başvurma arasında geçen süre ortalama 1.5 gündü (0-4). Yanık yüzey alanı ortalama %2 idi (%0.5-4). Tam epitelizasyona kadar geçen süre 7 gündü. Görsel analog skalaya göre, hidrokolloid öncesinde krem ve gazlı bez ile tedavi görmüş olan 7 hastada ortalama 5 birimlik bir azalma gözlenirken, çocuk olan bir hasta bu değerlendirmenin dışında bırakıldı.

Tartışma

Hidrokolloid pansumanlar ile gümüş sulfadiazini kıyaslayan çalışmalar, hidrokolloidlerin daha hızlı bir yara iyileşmesi, pansuman değişimleri sırasında daha az ağrı, daha iyi hasta toleransı gibi avantajlara sahip olduğunu göstermiştir. Kontrol grubumuzun olmaması, hastaların hidrokolloid tedavisi öncesinde farklı tedaviler görmüş olmaları nedeniyle hidrokolloidlerin yara iyileşme hızına etkisi konusunda net bir çıkarım yapılamamıştır. Bununla birlikte, hidrokolloid tedavisi sayesinde pansuman değişimleri çok az ağrı ile yapılmış, bu da yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler

Yanık, hidrokolloid, pansumanlar



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-036

ÖNKOLDA MEDİAN SİNİR İNTRANÖRAL LİPOMU: OLGU SUNUMU

Fahir Demirkan¹, Ferda Bir², Çağdaş Yörükoğlu¹, Murat Oto¹, Alp Akman¹, Aygün Yörükoğlu²

¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi

²Patoloji Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi

Giriş

63 yaşında erkek son 2 yıldır önkolda şişlik yakınması olan hasta, 6 ay önce ortaya çıkan ağrı ve birinci ile dördüncü parmaklarda uyuşukluk yakınması ile görüldü. Fizik muayenede, ön kolun volar yüzünde proksimal 1/3 - orta 1/3 arasında yumuşak dokuda derin yerleşimli kitle saptandı. Median sinir dermatomunda hipoestezisi vardı, kuvvet kaybı saptanmadı. MR incelemesinde, kitlenin kubital fossadan distale uzanan median sinirin çevresinde median siniri çepeçevre saran sinir içine invazyon göstermeyen ince kapsüllü 57.5 x 27 mm boyutlarında subkutan yağ dokusu ile izointens yağ ile uyumlu kitle saptandı. Proksimalde ve distalde median sinirin epinöriumu ile devamlı olduğu görüldü.

Çıkarımlar

Eksiyon planlanan hastada, kitle loupe ile sinirden diseke edilerek bütün olarak çıkarıldı ve patolojik incelemeye gönderildi. Histolojik kesitlerde fibröz bantlarla septalara ayrılmış lobüler gelişim paterni gösteren matür adiposit proliferasyonu izlendi. Tümöral proliferasyonun yer yer periferik sinir liflerini sarmakta olduğu görüldü. Patoloji raporunda, median sinir yerleşimli Fibrolipomatöz hamartom teşhisi konuldu.

Sonuç

Literatürde sınırlı sayıdaki olgularda bildirilen tümör genellikle genç hastalarda görülmekte ve sıklıkla median sinirde lokalize olmaktadır. Yaşlı hastada görülmesi, tamamen eksize edilebilmesi ve çıkartılmasını takiben nörolojik araz kalmamasını vurgulamak istedik. Karpal tünel sendromunu taklit eden olgularda, nadirde olsa siniri ilgilendiren tümöral oluşumların ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler

İntranöral lipom, median sinir, önkol



PS-037

N. ULNARİS KOPUĞUNUN EŞLİK ETTİĞİ KOMPLEKS DİRSEK ÇIKIĞI

Mehmet Nuri Konya¹, Timur Yıldırım²

¹Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

²Baltalimanı Kemik Hastanesi

Giriş

Dirsek eklemi, erişkin üst ekstremité çıkıklarında omuzdan sonra en sık çıkan eklemdir. En fazla posterolateral yöne çıkık oluşur (%80). Bunu posterior, anterior ve diverjan çıkıklar izler. Dirsek çıkığına ilave olan kırık ve damar-sinir yaralanmaları hem hastalığın seyrini hem de tedavi planını karmaşık hale getirir. Suprakondiler kırıkların aksine dirsek çıkıklarında en sık ulnar sinir yaralanır. Ulnar sinir yaralanmalarının ise çoğu inkomplet yaralanmalardır ve dirsek çıkığının redüksiyonu sonrası klinik ve elektrofizyolojik yöntemle takip edilir. Biz genel anestezi altında açık redüksiyon gerektiren ve komplet ulnar sinir yaralanması nedeniyle sinir tamiri yaptığımız bir olguyu sunuyoruz.

Olgu

17 yaşında erkek hasta, yürürken açık el üzerine düşme sonrası dirsekte şekil bozukluğu, dirseğini hareket ettirememesi, elde uyuşma şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Dirsekte şekil bozukluğu ve 5. parmak ulnar tarafında duyu kaybı tespit edildi. Dirsek grafisinde posteriore çıkık, lateral kondilde kırık ve eklem içi serbest kemik parça görüldü. Acil serviste yapılan kapalı redüksiyonun başarısız olması üzerine açık redüksiyon yapılmasına karar verildi. Supine pozisyonda yatırılan ve genel anestezi uygulanan hastanın koluna pnömatik turnike uygulanarak, steril şartlar altında posterior insizyonla girildi. N. ulnarisin kopuk olduğu görüldü. Olekranona "V" osteotomisi yapıldı. Lateral kondilde kısmi LCL yırtığı ile birlikte deplase kırık olduğu görüldü ve kırık yerine konarak 1 adet başsız vida ile tespit edildi. Ulnar sinirin distal parçası sinir uyarıcı kullanılarak bulundu ve mikrocerrahi yöntemle onarıldı. Eklem içinde tuzaklanan medial epikondile ait parça çıkarılarak yerine tespit edildi. Ardından ulnar sinir anteriore nakledildi. Olekranon plak ile tespit edildi. Katlar kapatıldı. İki haftalık tespit sonrası fizik tedavi programı başlandı. 4 aylık takip sonrası 0-130 derece hareket açıklığı elde edildi.

Sonuç

Dirsek çıkığı basit bir manevra ile yerine konabileceği gibi kompleks cerrahi tedaviler de gerektirebilir. Bizim vakamızda düşük enerjili bir travma olmasına rağmen yukarıda tarif edilen yaralanmalar nedeniyle kompleks cerrahi müdahale gerektirmiştir. Literatürde bu tür yaralanmaların tümünün eşlik ettiği dirsek çıkığı bildirilmemiştir.

Anahtar Kelimeler

Dirsek çıkığı, N. ulnaris hasarı, epikondil kırığı



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-038

SUPRASPİNATUS KASINDA İNTRAMÜSKÜLER GANGLİON KİSTİNE SEKONDER GELİŞEN SUPRASKAPULAR SİNİR NÖROPATİSİ

Gökhan Çakmak¹, Mehmet Sükrü Şahin¹, Tarkan Ergün²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Antalya

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş

Ganglion kistine sekonder gelişen supraspinatus sinir nöropatisi literatürde sıklıkla karşılaşılan olgular arasındadır. Bununla beraber ganglion kisti çoğunlukla labral patolojiye sekonder olmaktadır. Bu olgu sunumunda supraspinatus kasında intramusküler ganglion kistine sekonder gelişen supraspinatus sinir nöropatisi tanı ve tedavisini sunacağız.

Olgu

Bir yıldır sağ omuzda ağrı şikayeti olan 38 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Mesleği boyacılık olan hasta, ağrı şikayetinin kolunu yukarıya kaldırdığı aktivitelerde arttığını ve ağrı nedeniyle bir aydır uyuyamadığını bildirdi. Yapılan klinik muayenede supraspinatus hassasiyet, infraspinatus inspeksiyonda atrofi ve abduksiyonda 90 derece üzerinde ağrı gözlemlendi. Yapılan MR incelemesinde sağ supraspinatus kası içerisinde 25x12 mm boyutunda sınırlı kistik lezyon saptandı. Kitlenin supraspinatus sinire bası yaptığı görüldü. Açık cerrahi eksizyon uygulanarak intramusküler ganglion kisti total olarak eksize edildi. Supraspinatus sinire nöroliz yapıldı. Kitleye yapılan patolojik inceleme neticesinde 3.5x1.5x1.5 cm çapında ganglion kisti ile uyumlu olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde fizyoterapi uygulandı. Hastanın altı aylık takibi sonunda semptomlarının tamamen gerilediği gözlemlendi.

Sonuç

Ganglion kistine sekonder gelişen supraspinatus sinir nöropatisi, iyi klinik muayene ve tanı yöntemleri ile tanısı konulduktan sonra uygun cerrahi müdahale ile başarılı klinik sonuçları olan bir rahatsızlıktır.

Anahtar Kelimeler

Supraspinatus sinir, nöropati, ganglion, supraspinatus kası



PS-039

KUTANÖZ LENFADENOMA

Muzaffer Durmuş¹, Şükrü Yıldırım², Uğur Karapınar³

¹Bursa asker hastanesi, plastik cerrahi servisi, Bursa

²Bursa asker hastanesi, patoloji cerrahi servisi, Bursa

³Bursa asker hastanesi, kulak burun boğaz servisi, Bursa

Giriş

Kutanöz lenfadenoma nadir görülen benign bir deri eki tümörü olup sıklıkla genç orta yaşlı hastalarda baş-boyun bölgesinde lokalize olmaktadır. Lezyon Santa ve Cruz tarafından 1987 yılında tanımlanmıştır. Bu çalışmada baş-boyun dışında yerleşim gösteren olguya ait veriler literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu

57 yaşında bayan hastada sol önkolda 13 mm çapında soliter yapıda nodül mevcuttu. Lezyon son zamanlarda giderek artan boyutta olup histopatolojik incelemede bazal cell karsinoma ile karışabilen görünüme sahipti. Lezyon herhangi bir cerrahi olarak komplikasyon olmadan eksize edildi. Postoperatif evrede herhangi sorunla karşılaşılmadı. Histopatolojik incelemede stroma içinde epitelyal hücrelerin içinde lenfoid hücre adacıkları olduğu görülmekte idi (Resim 1, 2). Ayırıcı tanı için immunohistokimyasal inceleme yapıldı. Epitelyal alanlar içinde CD45(+) lenfoid dokular izlendi. Düz kas yüzey antijeni ve S100 protein ekspresyonunun az miktarda olduğu değerlendirildi.

Bu tümör tanımlandığından beri histogenezi tartışmalıdır. Bifazik yapı gösteren ve tanısal zorluklar yaşanan bir tümördür. Tümörün epitelyal komponenti genel olarak neoplastik kabul edilir. Kutanöz lenfadenomanın ayırıcı tanısında clear cell syringoma, trikoblastoma-bazal cell karsinoma ve derinin lenfoepitelyal karsinoması düşünülebilir.

Çıkarımlar

Olgumuzun patolojik incelemesinde tümörün nodüler yapıda ve çevresinde belirgin psödokapsül olduğu gözlemlendi. Bunun yanı sıra immunohistokimyasal incelemede belirgin CD3 ekspresyonu gösteren reaktif lenfositlerin saptanması ile clear cell syringoma-trikoblastoma ve BCC den ayırıcı tanısı yapıldı. Epitelyal komponentin belirgin nükleer anaplazi göstermemesi ve periferinde invazif paternin olmaması nedeniyle derinin lenfoepitelyal karsinomasından ayırımı yapıldı(2).

Sonuç

Sonuç olarak kutanöz lenfadenoma, sık görülmemesi ve klinik-histopatolojik özelliklerinin iyi bilinmemesi, patognomonik bir bulgusunun olmayışı ve çeşitli atipik formlarının bulunması nedeniyle diğer deri tümörleriyle karıştırılabilmektedir. Ancak özellikle immunohistokimyasal özellikleri tanıyı koydurabilir. Bu olguların tekrarlama ve hatta metastaz riski taşıyan malign varyantının tanısının atlanmaması için histopatolojik ve immunohistokimyasal özelliklerinin deneyimli bir patolog tarafından dikkatle değerlendirilmesi ve hastanın yeterli bir süre takibi gereklidir.

Anahtar Kelimeler

Kutanöz lenfadenoma, epitelyal tümör, trikoblastoma



PS-040

ULNAR SİNİR TUZAK NÖROPATİSİNE YOL AÇMIŞ EL BİLEĞİNDE ANTERİOR İNTEROSSEÖZ ARTERDEN KAYNAKLANAN VASKÜLER MALFORMASYON OLGUSU

Barış Yiğit¹, Mehmet Eroğlu², Zeki Yaşar¹

¹Mardin Devlet Hastanesi Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü

²Mardin Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Giriş

Üst extremité vasküler anomali olguları literatürde belirtilmiştir. Bu olguların kaynakları olarak üst extremité kas yapıları, flexör tendon kılıfı, periferik sinir besleyici arteri olarak işaret edilmiştir. Literatürde yayımlanan bu olguların sadece birkaç tanesinin ulnar sinir ile ilişkili olduğu ve bunların ulnar sinir ile ilişkileri açısından guyon kanalı ve kubital tünel hizasında tuzak nöropatiye neden olduğu gösterilmiştir.

Olgu

46 yaşında kadın hasta sol el bileği ulnar tarafta şişlik ve ağrı nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde el bileği ulnar tarafta derin yerleşimli yumuşak doku kitlesi ve ulnar sinir tuzak nöropatisi semptomları gözlenmiştir. Detaylı inceleme için istenen düz radyografi sonrası ulna distali etrafında yuvarlak radyolusen kitleler tespit edilmiş bunların olası bir kavernöz hemanjiom incileri olabileceği düşünülerek MR görüntüleme istenmiş ve kitlenin hemanjiom ön tanılı vasküler bir yapı olduğu ortaya konmuştur. Daha ileri tetkik açısından istenen MR anjio tetkikinde anterior interosseöz arterden kaynaklı hemanjiom ön tanısı konmuştur. MR anjio da palmar arkusun radial arterden dolduğu gözlenmiştir. Hasta operasyona alınmış ve turnike altında el bileği volardan zig zag insizyonlar ile girilerek kitlenin ulnar arter ve sinir etrafını sarmış vasküler bir yapı olduğu gözlemlenmiştir. Kitlenin çevre dokulardan rahat diseke edilebildiği gözlenmiştir. Kitle pronator quadratus üzerine kadar diseke edilmiş ve anterior interosseöz bölge ile bağlantılı pedikül ortaya konmuş ve bağlandıktan sonra kitle eksize edilmiştir.

Sonuç

Takiplerinde patoloji sonucu kavernöz hemanjiom olarak gelmiş hastanın ulnar sinir sıkışmasına bağlı semptom ve bulgularının gerilediği gözlenmiştir. Literatürde daha önceden bilek sevisinde ulnar sinir sıkışmasına sebep olmuş vasküler anomali olgusu olmamasından dolayı vakamızı meslektaşlarımız ile paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler

Vasküler malformasyon, üst ekstremité, ulnar sinir tuzak nöropati



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-041

ELDE ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI SONRASI ÖN KOL FLEBİ UYGULANAN HASTADA PSÖDOANEVRİZMA: OLGU SUNUMU

Okan Aslantürk, Kadir Ertem, Emre Ergen, Mustafa Karakaplan
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

Giriş

Ateşli silah yaralanmalarında %0,2-6,8 sıklığında vasküler yaralanma görülür ve bu yaralanmaların %25'i üst ekstremitede görülür. Ateşli silahlar fiziksel kuvvetle ve termal etkilerle damar duvarında hasar meydana getirirler. Bu hasarlar minör intimal hasar, komplet damar kesisi, parsiyel damar kesileri, arteriyovenöz fistül ve psödoanevrizmadır. Tanıda altın standart yöntem BT anjiyodur. Biz bu çalışmada sağ elde ateşli silah yaralanması sonrası radial ters akımlı ön kol flebi yapılan, ameliyat öncesi BT anjiyografide şüpheli lezyonu olan fakat tanısı atlanan ve ameliyat sırasında ekplorasyonla farkedilip tamir edilen bir psödoanevrizma olgusu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler

Psödoanevrizma, Ön Kol Flebi, Ateşli Silah Yaralanması



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-042

EL BİLEĞİ VOLAR GANGLİON TEDAVİSİNDE; ÇİFT BRANÜL İLE KAVİTE ASPİRASYON VE METİLPREDNİZOLON ENJEKSİYONU

Murat Korkmaz¹, Hayati Öztürk², Dilşad Amanvermez Şenarslan³

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş

Gangliyonlar, el bileğinin en sık görülen benign kistik lezyonlarıdır. Gangliyonların tedavisinde çeşitli tedavi yolları vardır. Bu çalışmanın amacı, volar bilek gangliyonlarında çift branül ile aspirasyon ve için metilprednizolon asetat enjeksiyonunun etkinliğini değerlendirmektir. Çalışmada toplam 19 hastada volar el bilekteki gangliyon çift branülle aspire edildi ve metilprednizolon enjeksiyonu ile kavite yıkandı. Girişimde distal ve proksimalden 2 adet branül ile kiste girildi. Branüllerden birinden kist aspire edilirken aynı zamanda diğer branülden metilprednizolon verildi. Bu işlem diğer branülden metilprednizolon görülene kadar yapıldı. Hastaların kayıtları ve takip raporları incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, kistin arter ve sinirlere yakınlığı, oluşan komplikasyonlar ve ortalama 2.1 ± 0.5 yıllık takipteki nüks oranı kayıt edildi. Bu çalışma, Ocak 2004 ve Aralık 2009 tarihleri arasında volar ganglion kistler için aspirasyon tedavisi uygulanmış olan 19 hasta içermektedir. Volar el bileği ganglionu olan hastaların 12 (% 63.2)'si kadın ve 7 (% 36.8)'si erkek idi. Hastaların yaş ortalaması $27,63 \pm 6.6$ idi. Toplam on dört hastada (% 73.7) kist radial artere yakın bir mesafedeydi. Metilprednizolon enjeksiyonu ile ilgili herhangi bir komplikasyon görülmedi. Nüks 3 hastada (% 15.8) gözlemlendi. Hastalarda nüks oranının iğne ile yapılan aynı tür tedavilerden daha az idi. Bunun nedenin branülün kisti rüptüre etme riskinin enjektör kullanımına göre daha az olmasına bağlı olduğu düşüncesindeyiz.

Sonuç

Biz volar ganglion tedavisi için bu tedavi işleminin basit, invaziv olmayan, güvenli ve etkili bir yöntem olduğunu düşünüyoruz. Bu yöntem cerrahi düşünmeden önce uygulanacak bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler

Volar ganglion, aspirasyon, metilprednizolon, branül



PS-043

3. PARMAK ' TİP ' BÖLGESİNDE TRİKİLEMMAL KİST: NADİR BİR OLGU

Cenk Melikoğlu¹, Fikret Eren², Barış Keklik¹, Cem Aslan³, Mustafa Sütçü¹, Emine Zeynep Tarini¹

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

³İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş

Trikilemmal kistler (TK), kıl folliküllerinin dış kök kılıfından kaynaklanan soliter düzgün yüzeyle ve mobil kitlelerdir. Otozomal dominant kalıtım paterni gösterirler. Trikilemmal kistler, en sık orta yaş kadınlarda ve % 90 skalp lokalizasyonunda görülür.

Yöntem/Gereç

43 yaşında bayan hasta sol el 3. parmak ulnar taraf tip bölgesinde yaklaşık 8 yıldır mevcut olan soliter kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu.(Resim-1) Kitlenin son 3 yıldır büyüme gösterdiği öğrenildi. Düz grafide kalsifiye olmuş kitle imajı vermektedir.(Resim-3) Hastada mevcut olan kitle lokal anestezi altında eksize edildi.

Bulgular

Operasyonunun ardından yapılan patolojik inceleme sonucu trikilemmal kist olarak rapor edildi. Erken ve geç postoperatif dönemde hastanın el fonksiyonlarında herhangi bir problem gözlenmedi.(Resim-2) Hastanın postoperatif 6 aylık takiplerinde nüks izlenmedi.

Sonuçlar

Trikilemmal kistler (TK) ve Proliferatif Trikilemmal Kistler (PTK) kıl folikülünün dış kök kılıfından kaynaklanan kistlerdir ve cerrahi olarak, kist bütünlüğünün bozulmadan kitlenin çıkarılması TK tedavisi için yeterlidir. PTK ise histolojik olarak düşük grade malign tümör olarak kabul edildiğinden 1 cm güvenlik marjı ile tümörün çıkarılması gerekmektedir. Özellikle bu basit tümörler parmaklarda karşımıza çıktığında uzuv takibini bile gerektirebilecek klinik bir vaziyet haline dönüşebilirler. Bu tür morbiditelerden kaçınmak için bu tümörlerle ilgili yeterli klinik bilgiye sahip olmak ve operasyon sonrası hastanın takip edilmesi gerekmektedir. Ulaşılabilen literatürde nadir olgu olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Keratinöz kist, Proliferatif trikilemmal kist, pulpa, trikilemmal kist



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-044

PROKSİMAL ÖN KOLDA HEMAJİYOMA BAĞLI MEDİAN SİNİRİN SIKIŞMASI: OLGU SUNUMU

Mehmet Ali Acar, Ali İhsan Tuğrul, Bahattin Kerem Aydın, Egemen Altan, Ömer Faruk Erkoçak,
Hakan Şenaran

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş

Dirsek ve proksimal ön kolda median sinir sıkışması karpal tünel içindeki sıkışmadan daha nadir görülür. Proksimalde median sinir sıkışması daha çok suprakondiler çıkıntının anatomik varyasyonlarında, Struthers ligamentde, lacertus fibrosus ve pronator teres kasının iki başı arasında görülür. El bileği ve parmakda bildirilen hemanjiyomların aksine proksimal ön kolda hemanjiyoma sekonder median sinir sıkışma sendromu çok nadirdir. Bu olguda proksimal ön kolda hemanjioma bağlı median sinir sıkışması olan hasta sunulmaktadır.

Olgu

18 yaşında kadın hasta bir yıldan beri sol el başparmak ve tenar çıkıntıda yavaş yavaş artan uyuşukluk, parestezi ve soğuk intoleransı şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde statik iki nokta ayrımı karşı tarafla karşılaştırıldığında hipoestezik, Tinnel ve Phalen testi negatif idi. Proksimal ön kol volar yüzde diğer tarafla karşılaştırıldığında ele gelen 2*2 cm lik yumuşak doku kitlesi mevcuttu. Direk grafide kemik yapıyla ilgili patolojiye rastlanmadı. Sinir ileti çalışmasında median sinirin pronator teres kası seviyesinde tuzaklandığı tespit edildi. Yapılan USG ve MR sonucunda arteriovenöz malformasyon olduğu tesbit edildi. Hastaya cerrahi planlandı.

Ameliyat esnasında kitlenin brakial arter ve median siniri içine aldığı görüldü ve kitle bu yapılardan sıyrılarak eksize edildi. Çıkarılan kitlenin patolojisi kavernöz hemanjiom ile uyumlu bulundu. Ameliyat sonrası uyuşma ve güçsüzlük şikâyetleri tamamen düzeldi.

Sonuç

Tümöre bağlı ekstrinsik median sinir basısı nadirdir. Atipik bulgularla ve sıklıkla karşılaşılamayan yerlerde olursa klinik olarak idiopatik kompresyon ile karışır. Bu nedenle preop hazırlık yapılırken MR ve USG den yararlanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Hemanjiom, median sinir, ön kol



PS-045

EZİLME YARALANMASI SONRASI TRANS-SKAFOİD, TRANS-KAPİTAT VOLAR PERİLUNATE KIRIKLI ÇIKIK VE BİRİNCİ METAKARP KIRIĞI

Adnan Kara, Haluk Çelik, Ali Şeker, Mustafa Faik Seçkin, İrfan Öztürk
Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2.Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Perilunat kırıklı çıkıklar nadir görülen, çoğunlukla tedavisinde cerrahi girişim gerektiren ağır el bileği yaralanmalarıdır. Bu yaralanmalar içinde volar perilunat kırıklı çıkıklar oldukça nadir rapor edilmiştir. Sağ el bileği ezilme yaralanması sonrası volar perilunat kırıklı çıkık gelişen olgu; yaralanma mekanizması, cerrahi tedavisi ve ameliyat sonrası klinik sonuçları ile sunulmuştur. Metod: Sağ el bileğini hareketli pres makinasına kaptıran ve el bileğinin aşırı hiperfleksiyona geldiğini ifade eden 44 yaşında makine işçisi erkek hasta travmanın dokuzuncu saatinde tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde distal nabızları zayıf alınıyordu ve elinde parestezi mevcut idi. Çekilen grafilerinde volar perilunat çıkık ile beraber skafoid, kapitatum ve birinci metakarp ekleme uzanan parçalı diafiz kırığı saptandı. Kompartman sendromu geliştiği anlaşılan hasta acil olarak operasyona alındı. Fasyotomi sonrası dorsal yaklaşımla açık redüksiyonun ardından K teli ile karpal kemiklerin dizilimi sağlandı. Birinci metakarpadaki kırığa unilateral eksternal fiksator tatbik edildi.

Bulgu

Hastanın ameliyat sonrası 20.aydaki kontrolünde el bileği fleksiyonu 45 derece, ekstansiyonu 60 derece olarak ölçüldü. Kavrama gücü 5 kg olup, diğer el bileğine oranı %20 bulundu. Kontrol grafilerinde birinci metakarp ekleme malunion saptandı. Karpal artroz ve skafolunat ayrışma görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Volar perilunat kırıklı çıkıklar (VPLD) perilunat kırıklı çıkıkları içinde % 3'lük bir orana sahiptir. Literatürde VPLD mekanizması ile ilgili farklı görüşler ortaya atılmıştır. Aitken ve ark.1960 yılında VPLD ların fleksiyondaki el bileğine gelen kuvvetler sonucu olduğunu belirtmişlerdir. Bu görüşe katılmayan Green ve O'Brien VLPD deki yaralanma mekanizmasının ekstansiyondaki el bileğine gelen aksiyel kuvvetlerle ilişkili olduğunu savunmuşlardır. Bizim olgumuzda ise el bileği hareketli pres makinasına sıkışarak hem aşırı fleksiyona gelmiş hemde ağır bir cisim altında ezilmiştir. Hastamızda ezilme yaralanmasına bağlı olarak da metakarp kırığı ve kompartman sendromunu geliştirmiştir. Sonuç olarak yüksek enerjili ezilme yaralanması sonrası gelişen perilunat yaralanmada kırık ve çıkıktan bağımsız olarak fonksiyonel sonuçlar daha da kötüleşmektedir.

Anahtar Kelimeler

Ezilme yaralanması, Perilunat, Kırıklı çıkık



PS-046

ELBİLEĞİ PALMAR SKAFOLUNAT KIRIKLI ÇIKIK

Mustafa Uslu¹, Mehmet Arıcan¹, Yavuz Geçer¹, Mustafa Özşahin²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji A.D.

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon A.D.

Amaç

Skafolunat palmar çıkıklar nadiren görülür. Tedavisi konusunda fikir birliği oluşmamıştır. Açık redüksüyon sonrası alçılama, K telleri ile perkütan tespit ve alçılama, açık redüksüyon anterior kapsülün dikilmesi ve alçılama, proksimal sıra karpektomisi gibi tedavi seçenekleri literatürde bildirilmiştir. 22 yaşında trafik kazası sonrası sol elbileğinde skafoid proksimal uç kırığı ile birlikte lunat palmar çıkığı olan hastamızı sunuyoruz.

Olgu

Trafik kazası sonrası sol elbileğinde ağrı ve şişlik, hareket kısıtlılığı ile acil servise gelen 22 yaşındaki erkek hastanın çekilen elbileği radyografileri sonucu skafolunat kırıklı çıkığı olduğu görüldü. Acil serviste sedasyon altında kapalı redüksüyon denendi. Kapalı redüksüyonun başarısız oldu. Vakit kaybetmeden açık redüksüyon yapmaya karar verildi. Dorsal yaklaşımla ekleme girilerek manipülasyon ile redüksüyon sağlandı. Skafoid kırığı başsız kanüle mini vida ile tespit edildi. Perkütan lunotriquetral bir K teli geçilerek stabilite artırıldı. Skafolunat, lunotriquetral ve dorsal radiokarpal bağların kopmuş olduğu görüldü. Sütüre edildi. Kısa kol atel uygulandı. Atel içersinde bir ay kaldıktan sonra önce K teli çekildi. Atel sonlandırılarak bandajlamaya geçildi. Bu arada zorlamaksızın pasif fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri başlandı. İkinci ayın sonunda hasta fizik tedavi bölümüne yatırılarak bir ay süreyle rehabilitasyonuna devam edildi. Altıncı ayın sonunda hastanın elbileği hareketlerinin %90 'a yakın geri geldiği görüldü. Kas güçlendirme egzersizlerine halen devam edilmekte. Ağrısı tama yakın geçti. Zorlama yapmaksızın elini hafif işlerde rahatlıkla kullanabilmekte.

Tartışma ve Sonuç

Elbileği skafolunat palmar çıkık veya kırıklı çıkıklarda skafolunat, lunotriquetral ve skafokapitat ligamanlar hem dorsalden hem volardan rüptüre olabilir. Bu nedenle karpal instabilite daha belirgindir. Bağ tamiri yapmaksızın açık redüksüyon ile birlikte perkütan skafokapitat ve skafolunat arası K teli geçilmesi veya hem dorsalden hem volardan yırtılmış bağların sütüre edilmesi önerilen tedavi metodlarındandır. Sadece dorsalden girilerek yaptığımız dorsal skafolunat, lunotriquetral ve dorsal radiokarpal bağ tamiri ve lunatumun K teli ile triquetruma sabitlenmesi ile de vakamızda klinik olarak tatmin edici sonuç aldık. Cerrahi sonrası oluşan sertlikle yoğun fizik tedavi protokolü ile başa çıktık.

Anahtar Kelimeler

Açık redüksüyon, bağ tamiri, kırıklı çıkık, K teli, rehabilitasyon, skafolunat çıkık



PS-047

HİPERÜRİSEMİ VE ENFLAMATUAR GUT ATAĞI OLMAKSIZIN ELDE GÖRÜLEN GUT TOFÜSÜ: NADİR BİR OLGU

Hacı Bayram Tosun¹, Murat Baloğlu¹, Sancar Serbest²

¹Çankırı Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, Çankırı

²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, Van

Amaç

Gut tofüsü genellikle akut tekrarlayan gut ataklarından yıllar sonra hastaların yalnız %10'unda gelişir. Bazen tofüs hastalığının ilk belirtisi olabilir. Gut, erkek hastalığı olarak bilinmesine rağmen hastaların %5'inde kadınları etkiler ve %90'ı ilk atak sırasında postmenopozal dönemdedirler. Kadınlarda sıklıkla tutulum poliartrikülerdir. Bu olgu sunumumuzda hiperürisemi ve akut enflamatuar gut atağı öyküsü olmadan nadir görülen genç bayan hastada atipik yerleşimli gut tofüsü olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Yöntem

Otuz yaşında bayan hasta, sağ el 3. metakarpofalangeal eklemdede ağrı ve şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde 3. metakarpofalangeal eklemdede yarı sert kıvamda, fikse bir kitle palpe edildi. Direkt radyografik değerlendirmede kalsiyum depozitli düzgün sınırlı kitle görünümü izlendi. Hastanın geçmiş hikayesinde önemli özellik yoktu ve cerrahi öncesi tetkiklerinde ürik asit seviyeleri normaldi. Kitle cerrahi olarak çıkarıldı ve histopatolojik incelemeye gönderildi.

Bulgular

Cerrahi uygulanan hastanın intraoperatif değerlendirilmesinde, cerrahi alana süt benzeri beyaz sıvı yayılması ile birlikte etraf dokulara yapışık lastik kıvamında içerisinde sertlikler içeren 2,5×1×0,5 cm ebatında kitle çıkarıldı. Histopatolojik incelemesinde fibroblastik proliferasyonla birlikte makrofaj, lenfosit ve multinükleer dev hücrelerle çevrili amorf monosodyum urat kristal topluluklarına rastlandı. Hastanın cerrahi sonrası izlemlerinde ürik asit düzeyleri normal olmakla birlikte herhangi bir eklemdede gut artriti bulgusuna rastlanılmadı.

Çıkarımlar

Sonuç olarak hiperürisemi ve akut enflamatuar artriti atakları öyküsü olmadan premenopozal genç bayanlarda görülen atipik yerleşimli sinovyal kalsiyum depositlerinde gut tofüsü akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Atipik, gut, tofüs



PS-048

KONJENİTAL DEV GANGLİON KİSTİ OLGUSU

Mithat Öner, Emre Yurdakul, Kaan Gürbüz, İbrahim Kafadar
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD.

Amaç

Ganglion kisti üst ekstremitelerde en sık rastlanan anormal doku kitlesidir. Kist herhangi bir sinoviyal dokudan kaynaklanabilir. En sık olarak el bilek dorsalinde düz sferik ve hassas olmayan skafolunat ligamentlerin bulunduğu alanın üzerinde subkutan kitle olarak görülür. Olgunun yaşı ve lezyonun büyüklüğü nedeni ile kliniğimizde tedavisini yaptığımız konjenital ganglion kisti olgusunu meslektaşlarımızla paylaşmayı amaçladık.

Yöntem

Üç yaşında kız olgu, sağ el bilek dorsalinde, doğumdan itibaren mevcut olan ve gittikçe büyüyen kitle nedeniyle kliniğimize getirildi. Palpasyonla ağrı ve kızarıklık mevcut değildi. Sağ üst ekstremitte nörolojik muayenesi doğaldı. Olgunun anamnezinden dış merkezde 2 defa enjeksiyon ve aspirasyon denendiği, sonrasında daha fazla büyüdüğü öğrenildi. Olgu polikliniğimize dış merkez manyetik rezonans görüntüleme değerlendirmesi ile gelmişti. Olgu mevcut klinik ve radyolojik değerlendirmesi ile ganglion kisti olarak değerlendirildi.

Bulgular

Bahsedilen olgu için, ailenin endişeleri ve rahatsızlığı ve enjeksiyondan fayda görmemesi nedeni ile cerrahi girişim kararı alındı. Olgu ameliyat öncesi tetkikleri tamamlandıktan sonra ameliyata alındı. Ameliyat esnasında kitle boyutları 7*4 cm. lik büyüklükte ölçüldü (Resim 1). Kitle üzerinden yapılan eksplorasyonda kistin dorsal venöz pleksusu çepeçevre sardığı ve enjeksiyona bağlı kanama nedeni ile hemorajik vasıfta materyal içeren ikinci bir kistin olduğu görüldü (Resim 2). Dorsal venöz pleksus korunarak kist membranı eksize edildi. Kistin köken aldığı skafolunat ekleme kadar takip edilip membranın tamamı eksize edildi (Resim3). Patolojik tanı ganglion kisti ile uyumlu olarak raporlandı.

Çıkarımlar

Ganglion kistleri 30-50 yaşlar arasında sıklıkla kadınlarda görülür. Etyolojisi hakkında henüz fikir birliği sağlanamamıştır. Ganglion cerrahisinin basite alınacak bir yanı yoktur. Nüks oranının yüksekliği, damar ve sinir komplikasyonlarının gelişme olasılığı gerekli özeni göstermeyi gerekli kılar. Konjenital ganglion kisti olgularında özellikle çocukluk çağında vasküler malformasyonlar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Ganglion kisti, konjenital, el bilek



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-049

TENDON PROTEZİ UYGULAMALARINDA PULLEY REKONTRUKSIYONU İÇİN YENİ BİR TEKNİK KULLANIMI

Emre Gönenç Baygöl, Kemalettin Yıldız, Mustafa Aykut Özpür, Çetin Duygu, Reşit Burak Kayan,
Ethem Güneren

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul

Amaç

Tendonların fleksör kılıf sistemi travma sırasında hasar görmüş olabilir. Fonksiyonel sonuçlar elde edebilmek için önce tendon protezi yerleştirilmeli, daha sonra oluşan fibröz kapsülün içinden tendon grefti geçirilerek ikinci seansta onarım planlanmalıdır. İkinci seansta tendon greftinin adaptasyonu esnasında pulley sistemi hasar görebilmektedir. Bu çalışmada ilk seansta konulmuş olan protezin etrafındaki kapsül dokusuyla ikinci bir pulley onarımı sunulmuştur.

Olgu

2010'da 4 hastada tendon protezi ile 2 aşamalı fleksör tendoplasti uygulandı. Yaralanmış parmakta insizyonla skarlı dokular eksize edildi, FDP'nin distal falanksa yapıstığı 1-cm korundu. Proksimal bölgedeki FDP; lumbrikal kas orijinine yakın bölgede kesildi. FDS'nin distal parçasından pulley onarımı için greftler alındı, A2-A4 pulley onarımları uygulandı. İkinci insizyon el bileği, volar-ulnar'a yapıldı, 14-16 numara silikon sonda protez olarak kullanılarak pulley sisteminden, parmaktan el bileğine doğru geçirildi. Protezin distal ucu FDP distal güdüğüne dikildi, proksimal ucu, önkolda FDP-FDS'ler arasına yerleştirildi. Pasif hareketlere ameliyattan sonra yedinci günde başlandı. 3ay sonra ikinci seansta, el bileğinde protez etrafındaki kılıftan greft alındı, FDS tendonu muskulotendinöz bileşkeden ayrıldı, protez proksimal ucuna dikiş ile tutturularak hazırlanmış olan tünelden distale doğru geçirildi, falanks eski insizyondan girilerek protezin derin fleksör güdüğüne tutturulduğu yerden çıkarıldı. Buarada A4-A5 pulleyler alınmış olan protez kılıf greftleri ile onarıldı. Tendon grefti distal falanksa insersiyeye edildi.

Bulgular

Tenoliz, artrodez gerektiren hiçbir olgumuz olmadı. Aktif eklem hareketlerinde Strickland sınıflamasına göre orta-iyi sonuçlar alındı.

Tartışma

Zone II fleksör tendon yaralanmalarının onarımları sonrası görülen yapışıklıklar ve buna bağlı oluşan hareket kısıtlılıkları, el cerrahisinde önemli bir sorun oluşturmıştır. Bunu çözmek için denenen yöntemlerden biri de iki seanslı fleksör tendoplastilerdir. Burada amaç, ilk seansta tendon yatağına yerleştirilen materyal etrafında oluşacak kılıftan yararlanarak, ikinci seansta konacak olan tendon grefti için uygun bir yatağın oluşturulmasıdır. Tendon proteziyle fleksör tendoplasti endikasyonunun olduğu durumlar, deri yaralanması, kırık ile beraber olan ezilme tarzı yaralanmalar, ileri derecede nedbe oluşumu, enfeksiyon ile sonuçlanan primer onarımlar, pulley sisteminin onarım gerektirecek derecede bozulduğu olgulardır. Olgularımızda iki seanslı fleksör tendoplasti ameliyatlarını uygularken ikinci seansta tendon greftinin yerleştirilmesi esnasında A4-A5 pulley sisteminin silikon protez etrafında oluşmuş olan fibroz kılıf ile onarılmasını gerçekleştirdik. Sekonder pulley rekonstrüksiyonunda silikon protez kılıfının alternatif olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Pulley rekonstrüksiyonu, hunter protez, silikon sonda, 2 aşama, tendoplasti



PS-050

KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA MİNİ TRANSVERS İNSİZYON TEKNİĞİ SONUÇLARI

Murat Korkmaz¹, Mehmet Ali Ekici², Mehmet Cengiz Çepoğlu³, Hayati Öztürk⁴

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Norosirurji Bölümü. Bursa

³Medkal Park Hastanesi, Norosirurji, Tokat

⁴Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Sivas

Giriş

Bu çalışmanın amacı, karpal tünel sendromunun (KTS), cerrahi tedavisinde postoperatif fonksiyonel kapasite, semptom şiddeti ve komplikasyon oranı bakımından mini longitudinal kesi ile mini transvers insizyon tekniğini karşılaştırarak; mini transvers insizyon tekniğinin etkinliğini değerlendirmektir.

Olgu

Bu çalışmada, 2007 ve 2009 yılları arasında opere edilen, 79 hastanın 93 KTS incelendi. Hastalar Grup 1 (mini longitudinal kesi, resim 1) ve Grup 2 (mini transvers insizyon, resim 2) olarak iki gruba ayrıldı. Demografik ve klinik veriler istatistiksel olarak analiz edildi. Semptom şiddeti ve fonksiyonel durum Boston Questionnaire Anketi (BQ) göre operasyonun başlangıcında ve tedavi sonrası 3. haftasında değerlendirildi.

Sonuç

BQ semptom şiddeti ve fonksiyonel skorları incelendiğinde her iki grupta ameliyat öncesi ve sonrası dönemde oluşan düzelme istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0.05$) Grup 1 hastalarındaki fonksiyon ve ağrıdaki düzelme grup 2 hastalara göre daha iyi olduğu izlendi. ($p < 0.05$) Grup 2 hastalarda yarada aşırı skar gelişmesi daha az izlendi ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p > 0.05$) Her iki grupta da major komplikasyon ve rekürrens izlenmedi.

Biz mini longitudinal kesinin mini transvers insizyona göre daha etkili olduğunu söyleyebiliriz. Buna rağmen hastalarda, klinik olarak mini transvers insizyon da skar oluşumunu daha düşük gözledik.

Anahtar Kelimeler

Karpal tünel sendromu, mini insizyon, relase



PS-051

EL YERLEŞİMLİ İYİ HUYLU YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNDE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Cemil Yıldırım Türk¹, İbrahim Halil Kafadar¹, Ökkeş Bilal², İbrahim Karaman¹, Ahmet Güney¹, Mithat Öner¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD, El Cerrahisi Bilim Dalı, Kayseri

²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD, K. Maraş

Amaç

El yerleşimli iyi huylu yumuşak doku tümörleri farklı karakteristik özelliklere sahiptir. Bu çalışma da son on yıllık dönemde bu tümörler nedeniyle tedavi ettiğimiz hastalarda elde ettiğimiz sonuçları ortaya koymak istedik.

Yöntem-Gereçler

2002-2012 yılları arasındaki on yıllık dönemde sadece el yerleşimli tümör nedeniyle tedavi edilen ve patoloji sonucu iyi huylu yumuşak doku tümörü olarak gelen 28 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Ganglion ve tümör benzeri lezyonlar çalışma kapsamına alınmadı. Ameliyat öncesi hastaların tamamında tümör algoritmasına uyularak gerekli tetkikler yapıldı. Hastaların tamamında tümör bütünüyle çıkartıldı. Hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Son kontrolde hastalardan ulaşılabilenler çağrıldı. Diğerlerinde ise; şikayeti olup olmadığı, aynı bölgede yeni şişlik veya kitle olup olmadığı telefonla teyid edildi.

Bulgular

Tedavi sonrası patoloji sonucu; on dört olguda tendon kılıfının dev hücreli tümörü, üç olguda glomus tümörü, üç olguda lipom, iki olguda fibrom, altı olguda ise hemangiom olarak geldi. Ön kol yerleşimli iyi huylu yumuşak doku tümörleri çalışma kapsamına alınmadı. Hastaların yaşları 15-64 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 34 yıl idi. Olguların 18'i bayan, 10'u ise erkek idi. Hastalar 6 ay ile 10 yıl arasında takip edilmekte olup, ortalaması 4.2 yıl idi. Tümörlerin hepsi tam olarak çıkarılmaya çalışıldı. Olgulardan altısı daha önce başka merkezlerde tedavi edilmiş ve bize nüks ile başvuran olgulardı. Bu altı olgudan ikisinde yaptığımız ameliyata rağmen nüks oldu. Tedavisi ilk olarak tarafımızdan yapılan olgulardan sadece birinde nükse rastladık. Geri kalan 25 olguda hastaların herhangi bir şikayeti yoktu.

Çıkarımlar

El yerleşimli iyi huylu yumuşak doku tümörlerine yaklaşım özenli olmalıdır. Bu tümörlerde cerrahi tedaviler çok geciktirmeden yapılmalı, ameliyat öncesi ve sonrası tümör tedavisindeki temel algoritmalara uyulmalıdır. Ancak bu sayede nüks önlenabilir ve iyi sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler

El, yumuşak doku tümörü, iyi huylu, tedavi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-052

DİSTAL FALANKSTA NÖROMA SEMPTOMLARI İLE BAŞVURAN ATLANMIŞ OSTEÖİD OSTEOMA OLGUSU

Barış Yiğit¹, Mehmet Eroğlu², Zeki Yaşar¹

¹Mardin Devlet Hastanesi Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü

²Mardin Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Giriş

Distal falanksta literatürde yayınlanmış osteoid osteoma olguları sınırlı sayıdadır. 52 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol el başparmakta ağrı şikayeti ile başvurdu. Daha önce iki merkez tarafından D1 radial taraf dijital sinir nöroması nedeni ile opere edilmiş fakat semptomlarından kurtulamadığı için tarafımıza da başvurmuştur. Muyaenesinde d1 radial tarafta nedbe dokusu ve nedbe dokusu üzerinde de tinnel pozitifliği saptandı. Hastaya explorasyon ve nöroma tedavisi önerildi. Operasyonda eski nedbe üzerinden girilerek dijital sinir explorasyonu yapıldı ve dijital sinirin nedbe dokusu içinde sıkıştığı gözlemlendi. Diseksiyon sırasında pulpada rastlanan rejeneratif doku takip edilince distal falanks anterior yüzünde kemiksi çıkıntı fark edildi ve lezyonun falanksın içinden volare doğru ilerlediği gözlemlendi. O an için bunun distal falanxı erode ederke volare kateden bir glomus tümörü olabileceği düşünülerek D1 tırnak kaldırıldıktan sonra tırnak yatağındaki diskolorasyon gözlemlendi. Tırnak yatağı split edildikten sonra lezyonun tırnak yatağına baskı yapmış kemik üzerinde boynuz gibi olduğu gözlemlendi ve kitle kemik dokudan ince osteotom ile ayrıldı. Oluşan delik şeklindeki distal falanx defekti onarılmadan tırnak yatağı onarımı ve cilt onarımı yapılarak operasyon sonlandırıldı. Patoloji sonucu osteoid osteoma geldi. Distal falanx osteoid osteomasının semptom olarak dijital sinir nöroması veya glomus tümörü ile karışabileceği kanısına vardık. Ayırıcı tanı için detaylı fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Bizim bu vakada daha önce konmuş teşhise aldanarak gerekli yardımcı tetkikler (x-ray) istenmeden operasyona girilmiş olması bir hata olmuş ve operasyon sırasında ön tanıların değiştiği de fark edilmiştir. Bu sunumumuzdaki amacımız yaşadığımız olayların meslektaşlarımız ile paylaşılması ve deneyim elde edilmesidir.

Anahtar Kelimeler: distal falanks, osteoid osteoma, ayırıcı tanı



PS-053

LUNAT KEMİĞİN KRONİK ÇIKIĞINA BAĞLI KARPAL TÜNEL SENDROMU - OLGU SUNUMU

Erkal Bilgiç, Orhan Balta, Ferhat Taş, Bora Bostan, Taner Güneş
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

Giriş

Lunatın kronik çıkıklarında el bileğinde şekil bozukluğu ve fonksiyon kaybının yanı sıra fleksör tendonlarda aşınmaya bağlı yırtılma, median veya ulnar sinir paralizisi görülebilir. Lunat çıkığı gelişiminden 5 yıl sonra karpal tünel sendromu lunat eksizyonu ile tedavi edilen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

33 yaşındaki erkek hasta sol el bileğinde ve parmaklarda ağrı ile 3-5. parmaklarında uyuşukluk şikayeti ile başvurdu. İnşaat işçisi olarak çalışan hastaya 5 yıl önce geçirdiği araç içi trafik kazası sonrasında kurumumuz dışında bir merkezde el bileğinde kırık olduğu söylenerek 35 gün süre ile kısa kol sirküler alçı uygulanmıştı. Hasta parmaklarındaki uyuşukluğun alçı çıkarıldığından beri mevcut olduğunu ifade ediyordu. Bu şikayetleri ile başvurduğu kurumumuz dışındaki bir merkezde 6 ay önce açık karpal tünel gevşetmesi ameliyatı uygulanmış ve semptomları ameliyat sonrası 15 gün süre ile azalmakla beraber sonrasında tekrarlamıştı. Muayenesinde el bileği volar yüzde bir insizyon skarı mevcuttu. El bileği aktif dorsifleksiyonu 50, palmar fleksiyonu 40, ulnar deviasyonu 24, radial deviasyonu ise 10 derece idi. Tinel ve Phalen testleri müspetti. Ağır tenar atrofi vardı. Çekilen direkt grafilerinde tip 3 lunat çıkığı mevcuttu. EMGsinde distal motor latency 4,25 ms, duyusal latecy 3,95 ms olarak rapor edildi. Aksiller anestezi ve pnömatik turnike altında median sinir izole edilerek gözlendikten sonra lunat rezeksiyonu uygulandı. Ameliyattan 19 ay sonra yapılan son kontrolünde hasta işine geri dönmüş ve ağrı şikayeti kalmamıştı. Sadece 3. parmakta metakarpophalangeal eklemin distalinde uyuşukluktan yakınıyordu ve bu uyuşukluğun da ameliyat öncesine göre % 50 oranında azaldığını ifade ediyordu. Aktif dorsifleksiyonu 50, palmar fleksiyonu 56, ulnar deviasyonu 40, radial deviasyonu ise 12 derece idi. Tinel ve Phalen testleri menfi idi. EMGsinde distal motor latency 3,95 ms, duyusal latecy 3,20 ms olarak ölçüldü.

Sonuç

İhmal edilmiş lunat çıkıklarında da nörolojik sorunlara rastlanabilmektedir. Bu olguların tedavisinde osteoartritik değişiklikler olmadıkça proksimal sıra karpektomisinden çok lunat eksizyonu önerilmektedir. Bizim olgumuzda da lunat eksizyonu ile hastanın işe geri dönmesi ve semptomlarının büyük oranda ortadan kalkması sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler

Çıkık, lunat, karpal, komplikasyon, tünel, sendromu



PS-054

BİLATERAL SKAFOİD PSÖDOARTROZU; NADİR BİR TABLO VE AYIRICI TANISI

Mehmet Eroğlu¹, Burak Kaymaz¹, Selma Eroğlu²

¹Mardin Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

²Özel Mardin Park Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Olgu

Yirmi altı yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ el bileğinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın belirgin bir travma hikayesi yoktu ve bir mobilya mağazasında hamal olarak çalışmaktaydı. Hastanın yapılan muayenesinde sağ el bileğinde radial taraflı ağrısı ve enfiye çukuru üzerinde hassasiyeti olduğu tespit edildi. Çekilen grafisinde sağ skafoide psödoartrozu tespit edilerek hastaya operasyon önerildi. Hasta operasyon istemediğini belirterek hastaneden ayrıldı. Bundan yaklaşık üç ay sonra sol el bileğinde ağrı şikayeti ile tekrar başvurdu. Çekilen grafisinde sol skafoide de psödoartrozunun olduğu tespit edildi. Ancak hasta operasyon istemediğini belirterek hastaneden ayrıldı. Vakayı sunmak istememizdeki amaç nadir görülen bir durum olan bilateral skafoid psödoartrozunu ve bunun ayırıcı tanısında yer alan skafoidin nontravmatik avasküler nekrozu(AVN) (Praiser hastalığı) ve konjenital bipartit skafoid olgusunun geç dönem sonucunu irdelemektir.

Tartışma

Bilateral skafoid kırıklarına bağlı kaynamama vakaları literatürde olgu sunumları şeklinde yer almış nadir durumlardır. Bu durumun ayırıcı tanısında bilateral nontravmatik skafoid AVN ve konjenital bipartit skafoid yer alır. Skafoid AVN'nin klinik tablosu psödoartrozdaki tabloya benzerlik gösterir. Literatürde skafoid AVN'de (Praiser hastalığında) travma öyküsü olmadığı bildirilse de hastaların tarifleyemediği mikrotravmaların bunda rol alabileceği düşünülmüştür. Bunun dışında bazı dış kaynaklı (steroid kullanımı, alkolizm) ve bazı iç kaynaklı (genetik, biyokimyasal ve sistemik) durumların koagülasyon ve fibrinolizi etkileyerek iskemi oluşturabildiği bildirilmiştir. Bipartit skafoid gelişimi başlangıçta nadir konjenital bir anomali olarak bildirilmiştir. Ancak sonraki yıllarda bunun gelişim sırasında geçirilmiş travmalara bağlı olarak ortaya çıktığını bildiren yayınlar da çıkmıştır. Hatta bipartit skafoidin genç yaşlarda herhangi bir semptom oluşturmazken ilerleyen yaşlarda radiokarpal osteoartrit neden olabildiğini bildiren yayınlar da bulunmaktadır. Bipartit skafoid çoğunlukla asemptomatiktir. Herhangi bir kronik hastalık veya alkolizm öyküsü bulunmaması, mesleğinin kronik mikrotravmaya neden olabilmesi ve her iki tarafta da radial stiloidde osteoartrit bağıli değişikliklerin ortaya çıkmış olması nedeniyle hastamızdaki tablonun bilateral skafoid psödoartrozu olduğunu düşündük. Bu olguyu ayırıcı tanıyı irdeleme amacıyla sunduk.

Anahtar Kelimeler

Skafoid, kırık, psödoartroz, avasküler nekroz



PS-055

TERS AKIMLI HOMODİJİTAL ADA FLEBİNİN DİSTAL DİJİTAL DEFORMİTE VE DEFECTTE KULLANIMI

Kemalettin Yıldız, Reşit Burak Kayan, Aykut Özpür, Mehmet Veli Karaaltın, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul

Amaç

Distal falanksın artroz ve angüstasyon içeren deformitelerinin düzeltiminde yumuşak doku örtümünün sağlanmasında olanaklar kısıtlıdır. Olgumuzda 2. parmak radial yüzündeki angüstasyon gösteren deformitenin düzeltilmesinde ve tam kat defektin onarımında tek aşamalı bir seçenek olarak ters akımlı homodijital arter ada flebi kullanımı sunulmaktadır.

Olgu

22 yaşında kadın hasta çocukluğunda geçirdiği ezilme tipi yaralanma sonucu sağ el 2. parmak distal falanks seviyesinden subtotal amputasyon sonrasında distal interfalangeal eklemden radial tarafa angüstasyon gösteren deformite ve artroz ile kliniğimize başvurdu. Angüstasyonu için kama osteotomi ve artrodez uygulandı. Oluşan tam kat yumuşak doku defekti için distal palmar bölge radial tarafta 2x2 cm'lik dijital arter bazlı ters akımlı ada flebi planlandı. Dijital arterin (a. radialis indicis) flep proksimalindeki kısmı disseke edildi ve ligate edildi. Arter distal kısmı flebe dahil edilerek disseksiyona midlateral dijital insizyonla distale doğru devam edildi ve PIP eklem seviyesinde dijital arterin dorsal dalı seviyesinde disseksiyon sonlandırıldı. Defektte PIP eklem arasında midlateral insizyon uygulandı. Flep PIP eklem seviyesinden 180° döndürülerek defekte adapte edildi. Kanama kontrolü sonrası cilt primer suture edildi.

Sonuç

Ameliyat sonrasında yara iyileşme problemi ve flep kaybı gözlenmedi. 1,5 yıllık takibinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma

Distal falanks tam kat defektleri onarımında; çapraz parmak flepleri, tenar flepler veya subpektoral, inguinal flepler gibi interpolasyon flepleri sıklıkla kullanılmaktadır. Bu flepler 2 aşamalı cerrahi gerektiren işlemler olup hasta tedavi süresi ve hastanın işe dönüş süresini uzatmaktadır. Bu seviyedeki defektlerin onarımında nadiren serbest flepler kullanılmaktadır. Cerrahi süresinin uzunluğu, mikrocerrahi tecrübe gerektirmesi, hastane yatış süresinin uzunluğu ve tedavi maliyetinin yüksek olması serbest flep kullanımının dezavantajıdır.

Her ne kadar olgumuzda eklem açıklığı olmayıp artrodez uygulanmış olsa da diğer olgular için yukarıda sayılan yöntemlerde genellikle eklem sertlikleri ve katılığına yol açmakta ve ek olarak fizik tedavi uygulamasına ihtiyaç duyulmaktadır. Biz bu sunum ile distal falanks tam katlı yumuşak doku defektinin onarımında tek aşamalı ters akımlı homodijital arter ada flebinin kullanımının alternatif bir cerrahi seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Ters akımlı flep, ada flebi, homodijital ada flebi, distal falanks rekonstruksiyonu



PS-056

GUYON KANALI İÇERİSİNDE BULUNAN GANGLİON KİSTİ SONUCU GELİŞEN ULNAR SİNİR SIKIŞMASI SENDROMU: VAKA SUNUMU

İsmail Karasoy¹, İlker Ganal¹, Özgür Doğan¹, Yeşim Sücüllü Karadağ², Fikri Ak², Metin Akıncı¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği

Giriş

Guyon kanalında ulnar sinir sıkışması çok görülen bir vaka olmayıp, ganglion kisti sebebiyle sıkışma olması daha nadir bir durumdur. Ayrıca ganglion kisti elde birçok yerde görülebilmekte ve birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Bu vakamızda guyon kanalında yerleşimli ganglion kistinin oluşturduğu ulnar sinir sıkışması sendromunda bahsedeceğiz.

Amaç

Guyon kanalı içerisinde, ulnar sinir tuzak nöropatisine yol açan ganglion kistli olguyu sunmayı amaçladı.

Yöntem

28 yaşında bayan hasta sol elde 4-5. parmaklarda uyuşma ağrı ve 5. parmakta hareket kısıtlılığı şikayetiyle başvurdu. Şikayetlerinin 3 aydır mevcut olduğunu ve giderek arttığını belirtti. Yapılan fizik muayene ve tetkikler sonrasında ganglion kisti tanısı konuldu.

Bulgular

Fizik muayenesinde Guyon kanalı üzerinde palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Hipotenar bölgede ulnar siniri trasesinde Tinel testi (+) bulundu. Duyu muayenesinde 4.-5. parmaklarda hipoestezi ve Wartenberg's işareti (5. parmağın abduksiyon duruşu) mevcuttu. Motor muayenesinde 3.-4. ve 4.-5. parmaklar arasında adduksiyon kuvvetleri 2/5 idi. Hastanın diğer intrinsik kas muayenesi doğaldı. MRG de 4. ve 5. parmak metakarp proksimal kesim düzeyinde posteriorda fleksor retinakulum anterior komşuluğunda yaklaşık 12x8x11mm. boyutlarında, T1A sekanslarda hipointens, T2A sekanslarda hiperintens lobüle konturlu, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrasında çevresel kontrastlanma gösteren kistik lezyon mevcuttu (Resim 1-2-3). Yapılan EMG incelemesinde de solda ulnar sinirin guyon kanalında tuzak nöropatisi bulundu.

Hastaya bu değerlendirmeler sonucunda cerrahi kararı alındı. Hastanın ameliyatı aksiler blok altında turnike kullanılarak yapıldı. El bilek volar yüzden guyon kanalı üzerinden yaklaşık 5-6 cm'lik curve kesi ile girildi. Ulnar sinir-arter bulundu (Resim 4). Distale doğru kesi ilerletilerek ulnar sinirin iki duyu ve bir motor dalı bulundu. 3. ve 4. lumbrikallerinde denervasyon atrofisi olduğu görüldü. Metakarpofalangeal eklem kaynaklı ganglion kisti görüldü (Resim 5) ve çıkarıldı. Postoperatif kliniğin gerilediği görüldü.

Çıkarımlar

Ganglion kisti ortopedik rutinde sık görülen bir benign tümör olup bu sebeble pek umursanmamaktadır. Ama el cerrahisinde elin birçok bölgesinde görülebilmekten dolayı birçok klinik tabloyu taklit edebilmekte ve bu sebeble tanı sürecinde zorluklar çıkarabilmektedir. Bu olguda amacımız bu duruma örnek göstermektir.

Anahtar Kelimeler

Guyon kanalı, ulnar sinir, tuzak nöropati



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-057

SESSİZ SEDASIZ YIKIM - SARKOİDOZLU OLGUDA EL BİLEĞİ EKLEMİ TUTULUMU

Kutsi Tuncer, Ali Aydın, Murat Topal, Cahit Emre Can, Tugay Tipi, Murat İptec
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Erzurum

Giriş

Sarkoidoz birçok farklı bulguları olan; kaslar, kemikler, eklemler, damarlar gibi birçok organı da tutabilen; sebebi bilinmeyen granulomatöz sistemik bir hastalıktır. Eklem sarkoidozu spesifik semptomları olmadığı için sıklıkla atlanan, sarkoidozlularda akılda tutulması gereken bir patolojidir. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde 9 yıldır akciğer evre 2 sarkoidozu tanısıyla takip ve tedavi edilen 61 yaşında bayan hastada; hiçbir şikayeti olmamasına rağmen muayenede şüphe sonrası incelenen sağ el bileği direkt ap ve lateral grafilerde; karpal kemiklerde, ve radius distal uçta ileri derecede destrüksiyonla; karpal kemiklerde litik ve kistik değişikliklerle uyumlu görünüm izlendi. El- elbileği MRG incelemesinde Radius ve ulna distalinde 1. sıra karpal kemiklerde kısmende 2. sıra karpal kemiklerde kortikal yüzey düzensizlikleri, harabiyet, yaygın ödematöz kemik iliği değişiklikleri, radiokarpal aralıkta daralma, radiokarpal, ulnokarpal, interkarpal eklemlerde ve kısmende karpometakarpal eklemlerde sinoviumda hipertrofik değişiklikler, özellikle radiokarpal ve interkarpal bölgeyi tutan sinoviumda enflamatuvar değişiklikler oluşturan ve kemik yapılarında erezyon ve kortikal destrüksiyonlara neden olan osteoartrit ile uyumlu patolojiler izlendi. Abdomen USG incelemesinde dalakta parankim içinde punktat kalsifikasyon odakları saptanmış. Toraks HRCT değerlendirmesi sarkoidozla uyumlu bulunmuş. Hastanın daha önceden akciğerlerinden ve lenf düğümlerinden alınan patoloji örneklerinin de sarkoidozla uyumlu olduğu görüldü. Sarkoidoz birçok farklı bulgular vermesi, multisistemik tutulum yapması nedeniyle tanı, tedavisi ve prognozu zor bir hastalıktır. Bizim sunmakta olduğumuz olguda pulmoner sarkoidoz nedeniyle 9 yıldır takip ve tedavisi devam etmekte olan, belirgin karpal, radial ve ulnar kemik tutulumları ile el bileği eklem tutulumu mevcut olan hastanın belirti veren bulgusu sadece el bileğinde şişlik şeklindedir. Özellikle sarkoidoz nedeniyle takip edilen hastalarda ve kemik eklem kaynaklı yakınmaların multisistemik bulgulara eşlik ettiği olgularda osteoartiküler sarkoidoz ayrıacı tanıda akılda tutulması gereken bir patolojidir.

Anahtar Kelimeler

El bileği tutulumu, Karpal yıkım, sarkoidoz



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-058

PLAK VİDA UYGULAMALARINDA UNUTULMUŞ BİR KOMPLİKASYON: KÜÇÜK ÇOCUK HUMERUSUNDA "GÖMÜLMÜŞ" PLAK

Murat Üzel, İbrahim Kurt

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD

Giriş

Çocuklarda kullanılan metal implantların rutin olarak çıkartılması yaygın ve çocuklarda kırık iyileşmesini takiben önerilen bir uygulamadır. Büyük kemik cisminde plak vida ile yapılan tedavilerden genellikle 6 ay sonra implantlar çıkartılmaya başlanır. Gecikildiğinde kemik doku tarafından sarılmış implantı çıkarmak kolay olmayabilir. Çekinilen bu durum hastanın ailesine anlatılır ve özellikle dikkat edilmesi istenir. Literatürde küçük çocukta plak vida tespiti yapıldıktan sonra ihmal edilmiş ve çıkartılması gerektiğinde kemik tarafından tamamen sarılmış olduğu görülen bir olgu bildirimine rastlanmamıştır.

Olgu

Doğum felci sonrası 9 yaşında derotasyonel osteotomi ve plak vida tespiti yaptığımız bir çocukta 4 yıl sonra tamamen kemik içinde kalmış olduğu görülen implantın çıkartılması, karşılaşılan güçlükler ve artmış kırık riski nedeniyle sunuldu. Sol omuzunu ve elini kullanma güçlüğü nedeniyle polikliniğimize başvuran 9 yaşındaki erkek hastada Erb-Duchenne tipi doğum felci tespit edildi. Glenohumeral eklemden kemiksel deformite ve iç rotasyonda duruş nedeniyle pektoralis major tendonuna Z plasti ile uzatma ve humerus cisminde dış rotasyon osteotomisi ve plak vida tespiti yapıldı. Önerilerle taburcu edilen hasta kırık kaynamasını takiben poliklinik kontrollerine uzun süre gelmedi. Dört yıl sonra polikliniğimize başvuran hastanın plak vidasının çıkartılması kolay olmadı. Kemik dış yüzünde plak vida yoktu. Plakın nerede olduğu anlaşılamıyordu. C kollu skopi yardımıyla plak vidanın tam lateralden profil görüntüsü alındı; işaretlenerek osteotomi yardımıyla dikkatlice plak ve vidalar çıkartıldı. Plak üzerinde yaklaşık 5 mm'lik kemik doku vardı. Humerus korteksinde önemli miktarda hasar, incelme oluştu. Ameliyat sonrası kol bir ay askıda tutuldu. Hasta ve yakınları kırık oluşabileceği konusunda uyarıldı. Ameliyat sonrası 3 aylık erken dönemde enfeksiyon ve kırık gözlenmedi.

Sonuç

Küçük çocuklarda humerusa konan bir plak 4 yıl gibi bir sürede yaklaşık yarım santim kalınlığında kemik dokusu ile tamamen sarılıp korteks içinde bir bataklıkta imiş gibi gömülü hale gelebilmektedir. Kemik içinde kalmış plak skopi altında tam yan grafisi üzerinde plakın yeri işaretlenerek osteotomi yardımıyla dikkatlice çıkartılmalıdır. Yeniden kırık oluşabileceği için hasta ve ailenin bilgilendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler

Çocuk, Humerus, osteotomi, plak vida ile tespit, çıkartılmamış plak vida



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-059

ERİŞKİN HASTADA HUMERUS TUBERCULUM MİNUS'UN İZOLE AVÜLSİYON KIRIĞI

Tuhan Kurtulmuş, Necdet Sağlam, Gürsel Saka, Ulaş Öztürk, Mehmet İmam, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Humerus tuberculum minus izole kırığı, spor aktivitesinde travmaya uğrayan genç adolesan hastalar oluşturmaktadır. İndirek travmayla tuberculum minus avülsiyon kırıklı erişkin olgumuzda, kırık tesbitini kanüllü vidayla yaptık. Bu kırığın erişkin yaş grubunda da görülebileceğini ve vidayla fiksasyonun yeterli ve güvenilir olduğunu düşünüyoruz.

Yöntem

Sol kolunun üzerine düşme sonrası omuzda ağrı şikayeti olan hasta değerlendirmeye alındı. Görüntüleme olarak düz grafi ve Bilgisayarlı Tomografi kullanıldı.

Bulgular

Sol omuz ön iç kısmında şişlik, ağrı, abduksiyon ve dış rotasyonda kısıtlılık mevcuttu. Nöro- vasküler muayenesi normaldi. Grafisinde, humerus başının ön kısmında net olmayan sklerotik görüntü mevcuttu. Bilgisayarlı Tomografi'de tanı konularak cerrahi tedavi ile yerine yerleştirildi ve 1 adet kanüllü vidayla tespit edildi. Ameliyat sonrası dönemde, velpau bandajı uygulandı. İkinci hafta pasif, altıncı hafta aktif egzersiz başlandı. Takiplerinde kırıkta ayrışma olmadı.

Çıkarımlar

Kemik büyümesini tamamlamış erişkin hasta grubunda indirek travma sonucu oluşmuş humerus tuberculum minus'un izole avülsiyon kırığı olan, daha önce yayınlanmış başka bir olgu bulamadık. Posterior omuz çıkığı yaralanması olan hastalarda, bu tip kırıklara rastlanabilmektedir. Bazı olgu sunumlarında travma öyküsü olmadan, bu kırığın oluşabileceği gösterilmiştir. Tedavi seçenekleri yaşa, fragmanın büyüklüğüne, yer değiştirmesine göre değişmektedir. Abduksiyonda ve eksternal rotasyon pozisyonundaki kolun üzerine düşme sonrası subskapularis kası maksimum gerilime ulaşmakta ve traksiyon sonucu avülsiyon kırığı oluşabilmektedir.

Sonuç

Kliniğinden şüphe edilmezse tanıda omuz grafileri yardımcı olmamaktadır. Omuz BT ve üç boyutlu görüntüsü fragmanın boyutunu, yerleşimini ve deplasmanı hakkında bize daha iyi bilgi vererek tedaviyi yönlendirmede etkili olmaktadır. Olgumuzda açık redüksiyon sonrası vida tespiti ile kırıkta kaynama ve ağrısız omuz eklem hareket açıklığı elde edildi.

Anahtar Kelimeler

İzole, tuberculum minus, yetişkin



PS-060

LUNAT KEMİKTE UNİKAMERAL KEMİK KİSTİNİN KÜRETAJ VE OTOJEN KEMİK GREFTİ İLE TEDAVİSİ

Egemen Altan, Mehmet Ali Acar, Bahattin Kerem Aydın, Ömer Faruk Erkoçak, Hakan Şenaran
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Ortopedi-Travmatoloji ABD, Konya

Amaç

Çok nadir olarak rastlanan Lunat kemik basit kistinin küretaj ve otojen kemikle greftleme ile tedavisi.

Yöntem

26 yaşında kadın hastada sağ el bilekte ağrı, palpasyonla hassasiyet mevcuttu. El bileği fleksiyonu ve ekstansiyonu 20 derece, radial deviasyonu 5 derece, ulnar deviasyonu 10 dereceydi. AP ve lateral bilek grafisinde lunat kemiğin merkezinde çapı 7 mm olan radiolusen lezyon tespit edildi. MR'da lunat kemikte koronal kesitte yağ baskılı ve sagittal T2'de homojen hiperintens düzgün kenarlı kistik lezyon saptandı. Bunun üzerine hastaya cerrahi tedavi planlanarak el bileği dorsalinden pencere açılarak küretaj ve lister tüberkülü altından alınan otojen kemikle grefonaj uygulandı. Çıkan materyal ve fibröz membran histopatolojik olarak değerlendirildi.

Bulgular

İnceleme sonunda fibröz doku içinde reaktif kemik dokusu saptandı ve unikameral kemik kisti tanısı koyuldu. Özellikle koronal kesitlerde septa formasyonu ve kortikal incelme gözlenmekteydi. Ayırıcı tanıda öncelikle lunat kemiğin radiolusen lezyonlarından olan intraosseöz ganglion kisti, Kienböck hastalığı, dev hücreli tümör, anevrizmal kemik kisti gibi hastalıklar düşünülmelidir.

Çıkarımlar

Basit kemik kistleri sıklıkla çocuklarda proksimal humerus ve femurda görülmektedir. Tedavide hedef, patolojik kırığı önlemek veya tedavi etmektir. Küretaj ve grefonaj, steroid enjeksiyonu gibi yöntemler uygulanabilmektedir. Lunat kemik basit kisti literatürde sadece bir kere belirtilmiştir ve bu bölgedeki radyolusen lezyonlar dikkatlice değerlendirilmelidir. Yetişkinlerin karpal kemiklerinde görülen bu tür büyük boşluklu kistlere dikkatli yaklaşmak gereklidir. Gelişebilecek muhtemel kollaps ve dejenerasyonu engellemek için küretaj ve greftleme iyi bir tercih olacaktır.

Bugüne kadar literatürde çok nadir rastlanan bu tür bir lezyon daha önce yine iliak kanattan alınan greftle tedavi edilmiştir. Biz de farklı lezyonlarla karıştırılabilecek bu tür nadir bir basit kemik kistinin tedavisinde morbiditesi daha az olan ve aynı insizyon içinde kalan Lister tüberkülünün altından alınan otojen kemikle grefonaj uyguladık. 18 aylık takip sonunda ağrısız ve fonksiyonel olarak tatminkar sonuç elde ettik. Morbiditesi düşük bu tekniğin bu tür lezyonlarda klinik ve radyolojik olarak yeterli değerlendirme sonrası kolaylıkla uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Lunat kemik, unikameral kemik kisti, otojen kemik grefti



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-061

EL BİLEĞİNDE KİTLE VE AĞRI SEBEBİ OLARAK EKSTANSOR KARPİ ULNARİS TENOSİNOVİTİ VE CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Serdar Tunçer

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç

Ekstansor karpi ulnarisin (ECU) sinoviti sık görülen bir el rahatsızlığı olup, ulnar taraflı el bileği ağrılarının ayırıcı tanısında akla gelmelidir. Tedavi genellikle konservatiftir, hastaların büyük bir kısmında düzelme sağlar. Burada uzun süreli konservatif tedaviye rağmen el bilek ağrısı şikayetleri geçmeyen ve ağrıya ek olarak belirgin el bileği kitlesi ile tarafımıza başvuran ECU sinovitli bir olgu sunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem

26 yaşında sol el dominant bayan hasta, yaklaşık 1 yıldan beri süren sol el bilek ağrısı, 6 aydır da giderek büyüyen kitle şikayetleri ile başvurdu. Herhangi bir travma öyküsü olmamakla birlikte, işyerinde sürekli olarak klasörleri taşıdığını ifade ediyordu. Daha önceleri el bilek ateli, oral antiinflamatuvar ilaçlar ile tedavi edilmiş, ancak hiçbir fayda görmemişti. Yapılan muayenede sol el bileği ulnar tarafında, 5. Metakarp kaidesinden başlayarak ulnar stiloide doğru uzanan, yaklaşık 5 cm x 2 cm boyutlarında, palpasyon ile hassas, kemik sertliğine yakın sertlikte, nodüler kitle tespit edildi. Manyetik rezonans görüntülemeye ön planda ECU tenosinoviti tespit edilen hasta, tümör olasılığı konusunda da bilgilendirilerek ameliyata alındı, ameliyat sırasında alınan frozen kesitlerde tümör görülmedi, kitlenin kalınlaşmış ECU tendonu ve çevresindeki sinovyumdan kaynaklandığı görülerek hipertrofik dokular eksize edildi.

Sonuçlar

Histopatolojik inceleme sonucunda dokuda kronik iltihap, fibrosis ve kondrometaplazi tespit edildi. On dört aylık takip süresi içinde belirtiler ya da kitlede nüks görülmedi.

Çıkarımlar

Fizik muayenede lezyonun sertliği, alttaki yapılara fikse görünümü ve ilerleyici özelliği nedeniyle ilk olarak tümöral bir oluşum düşünüldü, ancak görüntülemeye ECU tenosinovitinin tipik bulguları olan tenosinovyal kalınlaşma ve tendon etrafında ödemin bulunması nedeniyle tenosinovit lehine dönüldü. Bu durumda ameliyat konusunda hasta ile iki seçenek tartışıldı: İnsizyonel bir biopsi alarak tümörün ekarte edilmesi ve ikinci bir ameliyat ile eksizyonun tamamlanması, ya da selim bir oluşuma yönelik tek seansta eksizyonel biopsi yapılarak, gereğinde daha geniş eksizyon yapılması. Bu kararı vermede özellikle MR görüntülemeye tümöral oluşum düşünülmemesi algoritmayı belirlemede yardımcı olmuştur.

Anahtar Kelimeler

Tenosinovit, ekstansor karpi ulnaris, manyetik rezonans görüntüleme



PS-062

BRAKİDAKTİLİ TİP B: 2 ADET OLGU SUNUMU

Sedat Yeniocak, Necdet Sağlam, Meriç Uğurlar, Ulaş Öztürk, Coşkun Özer, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Brakidaktili, travma ve metabolik hastalıklar gibi edinsel nedenlerle gelişebilmesine rağmen genelde konjenital olarak karşımıza çıkar. Çok farklı radyolojik görüntülerle karakterize olduğundan sınıflaması da zordur. Konjenital malformasyonlu sendromların bulgusu olabileceği gibi genelde izoledir. Brakidaktili tip B (BDB), otozomal dominant geçişli fakat fenotipik olarak çok değişkenlik göstermektedir. Bu yazıda 22 ve 24 yaşlarında her iki el ve ayak tutulumu olan iki erkek hastayı grafi ve fotoğraflarıyla sunmak, literatürü gözden geçirmek istedik.

Yöntem

Olgu 1: 22 yaşında erkek hasta, askerlik muayenesi için başvurmuştu. Her iki el ve ayağında brakidaktili mevcuttu. Simetrik şekilde her iki el 3. ve 4. parmakların midfalanksları, 1. parmağın proksimal falanksı kısaydı, (segment şeklinde hipoplazik), 2. ve 5. parmakların midfalanksı yoktu (afalangia). Her iki ayak parmaklarının hepsi iki falankslıydı.

Olgu 2: 24 yaşında erkek hasta, askerlik yoklama muayenesi için başvurmuştu. Sol elin 2. ve 5. parmağın midfalanksı kısa ve hipoplazik olup distal falanksı yoktu, 3. ve 4. parmağın distal falanksı kısa olup midfalanksı yoktu. Sağ elin 2. 4. 5 parmakların midfalanksı kısa (segment şeklinde hipoplazik) olup distal falanksları yoktu, 3. parmağın distal falanksı kısa olup midfalanksı yoktu. Sol ayakta distal falanks olmayıp 2. 4. 5 parmakların midfalanksı yoktu. Sağ ayak 2. 3. 4. 5 parmak midfalanksı yoktu. Hastanın sistemik muayene ve tetkikler sonucu brakidaktilin izole olduğu gözlemlendi.

Bulgular

Brakidaktili sınıflamasına göre orta ve distal falankslarda eksiklik veya kısalık tip B'ye uymaktadır. Her iki hasta da değişik fenotipte olmasına rağmen ikisi de tip B'ye uymaktaydı. Literatürde bu iki fenotipte tip B'ye rastlamadık.

Çıkarımlar

İzole brakidaktili otozomal dominant geçişli çok nadir rastlanan bir hastalıktır. El tutulumu baskındır. İlk olarak Bell tarafından 1951'de tanımlanmış, Temtamy ve McKusick tarafından da modifiye edilmiştir. Fenotipik olarak parmak ve kemik tutulumuna göre sınıflandırılmıştır. Aynı sınıf da kendi içinde değişik varyasyonlar gösterebilmektedir. Tip B'nin ROR 2 gen mutasyonu sonucu geliştiği saptanmıştır. Omuz, vertebra yüz, ayak anomalileri birlikteliği olabileceğinden iskelet sistemi bütün halinde araştırılmalıdır. Nitekim 1. olgumuzun ayaklarında hiç şikayeti yoktu, ayaklarında da anomali olabileceği düşünülerek direkt grafi istenmişti ve her iki ayağının 2. 3. 4. 5. parmaklarında midfalanksın olmadığı görülmüştü.

Anahtar Kelimeler

Brakidaktili, ROR 2, parmak, afalangia, falanks



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-063

BİR KAMYON ŞOFÖRÜNDE İDİYO PATİK KAPİTATUM AVASKÜLER NEKROZU: OLGU SUNUMU

Mehmet Karakuyu, Metin Akıncı, Ahmet Özgür Yıldırım
Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji

Giriş

Kapitatum avasküler nekrozunun sebebi tam olarak bilinmese de zayıf kemiksel vasküler anastomoz ve kapitatum içinde retrograt akım oluşması gibi etkenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. El bileği instabilitesi ve hiper mobilitesi veya travma avasküler nekroza sebep olabilecek etkenler olarak gösterilmektedir. Yaptığımız literatür araştırmasında kapitatum avasküler nekrozu ile ilgili çok az yayına ulaşabildik.

Olgu

Biz 1 yıldır sağ el bilek ağrısı, el bilek eklem hareket kısıtlılığı, el bileği ve parmaklarda güç kaybı olan 33 yaşında kamyon şoförlüğü yapan bir erkek hastayı sunuyoruz. Hastanın daha önce bir el bilek travması veya steroid kullanım öyküsü yoktur. Sistemik bir hastalık veya sistemik bir enfeksiyona işaret edebilecek bir laboratuvar bulgusu saptanmadı. Hastanın yapılan kuvvet muayenesinde sağ el gücü sağlam ele göre belirgin düşüktü. Sağ el bilek eklem hareket genişliklerinde sağlam ele göre belirgin kısıtlılık mevcuttu. Hastanın özellikle geceleri olan karpal kemikler üzerinde lokalize ağrısı mevcuttu ve bu ağrı işini yapmasını engelliyordu. Kapitatum avasküler nekrozu tanısı ön-arka ve yan grafiler ve 3 planlı Magnetik Rezonans Görüntüleme ile koyuldu. İnterkarpal eklemlerde osteoartrit saptanmadı. Hastanın mesleği dışında avasküler nekroza neden olabilecek hiçbir etiyolojik faktör saptanmadı. Diğer karpal kemikler normaldi.

Literatürde kapitatum avasküler nekrozların cerrahi tedavisi için kapitatum eksizyonu ve silastik spacer uygulanması, parsiyel rezeksiyon ve drilleme, midkarpal artrodez, skafolunokapitat artrodez, kapitatum artroplastisi, vaskülarize kemik greftlemesi, drilleme ve otojen greftleme, yüzey değiştirme artroplastisi, kapitohamat artrodez, parsiyel skafoidektomi ve lunokapitat artrodez gibi cerrahi tedaviler yapılmıştır.

Sonuç

Uygulanan değişik tedavilere rağmen kapitatum avasküler nekrozunda prognoz çok iyi değildir. Radius distal dorsal yüzünden alınan vaskülarize kemik grefti uygulamaları Kienböck hastalığında tedavi olarak kullanılmıştır. Biz hastamıza 4- 5 ekstensör kompartmantal vaskülerize kemik grefti transferi ile cerrahi tedavi uyguladık. El bilek dorsalinden 4- ekstansör kompartman üzerinden yapılan insizyon sonrası, kapitatum bulunarak nekrotik kemikleri kürete edildi. Kapitatumda kollaps ve eklem dejenerasyonu görülmedi. Radius distali dorsalinden ulnar taraftan distal vasküler bağlantısı bozulmadan alınan kemik grefti küretlenen bölgeye yerleştirildi.

Anahtar Kelimeler

Kapitatum, Avasküler Nekroz, Vaskülarize Greft



PS-064

AKROMİOKLAVİKULER EKLEM ÇIKIĞI İLE KORAKOİD KIRIĞININ BİRLİKTE OLDUĞU NADİR BİR YARALANMA ŞEKLİ

Sedat Yeniocak, Necdet Sağlam, Gürsel Saka, Tuhan Kurtulmuş, Fuat Akpınar
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Akromioklavikuler(AC) eklem yaralanması gelişen hastalarda, hekimin algısı genelde ağrının çok olduğu ve görüntüleme yöntemleriyle kolay tespit edilebilen patolojilere yoğunlaşmaktadır. Bu nedenle AC eklem yaralanması olan hastalarda korakoid kırığının varlığı kolaylıkla atlanabilmektedir. Bu çok nadir rastlanan vakada uyguladığımız tedavi yaklaşımını sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem

Sağ omuzunun üzerine düşme sonrası, sağ omuzda ağrı, şişlik, omuz hareketleri sırasında zorlanma yakınmasıyla başvuran 41 yaşındaki erkek hasta değerlendirmeye alındı. Sağ omuz AC eklem üzerinde hassasiyet ve patolojik hareket mevcuttu. Direkt grafisinde Rockwood sınıflamasına göre Tip 2 AC eklem çıkığı ve korakoid çıkıntı kırığı olduğu gözlemlendi. AC eklem çıkığı için, açık redüksiyon Kirschner teliyle tespit ve kapsül tamiri yapıldı. Korakoid çıkıntı kırığı için konservatif tedavi yapıldı.

Bulgular

Ameliyat sonrası 50.günde K telleri çıkartıldı. Aktif yardımcı omuz egzersizlerine başlandı. AC eklem ve korakoid stabil ve ağrısızdı. Hastanın 3-6-12. ay ve 5. sene kontrollerinde komplikasyona rastlanılmadı. Hiçbir şikayeti yoktu, fonksiyonu tamdı. Hastanın 5. yıl değerlendirilmesinde Constant skoru 100 puan olarak bulundu.

Çıkarımlar

AC eklem çıkığı ile birlikte korakoid çıkıntı kırığı olan olgu sayısı literatürde birkaç tane ile sınırlıdır. AC eklem çıkığı Rockwood sınıflamasına göre, Tip1 ve 2 genellikle konservatif, Tip 4,5,6 cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Tip 3 için görüş birliği yoktur, ağırlıklı olarak cerrahi olarak tedavi edilmekle beraber, konservatif tedavi de uygulanabilmektedir. Literatürde, Tip 2 AC çıkığı ve korakoid çıkıntı kırığının tedavisinde hem cerrahi hem de konservatif tedavi yapılmıştır.

Omuz travmalarında, korakoid çıkıntı kırığı oluşabileceği akılda tutulmalı, radyolojik görüntülerin incelenmesinde dikkatli olunmalıdır. Korakoid çıkıntı kırığı fazla deplase değilse eşlik eden AC eklemi redükte edildikten sonra konservatif olarak takip edilmesi sorun oluşturmamaktadır. Omuz fonksiyonun korunması, ağrının azaltılması, korakoidin kaynaması açısından AC eklem çıkığının cerrahi olarak tedavi etmenin daha iyi sonuç vereceğine inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler

Akromioklavikuler eklem, korakoid, omuz



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-065

PARMAKTA ULTRASONOGRAFİ İLE TANISI KONAN YABANCI CİSİM: TAHTA KİYMIKLARI

Murat Üzel, Reşit Sevimli

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Kahramanmaraş

Giriş

Elde delici yaralanmalar sonrası yabancı cisimlere rastlanabilir ve bunlara sıklıkla enfeksiyon eşlik eder. Medikal tedavi ile geçmeyen yakınmalarda enfeksiyon, apse oluşumu veya yabancı cisim şüphesi ile ileri görüntüleme yöntemlerine başvurmak gerekebilir.

Otuzüç yaşındaki bayan hasta parmakta ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden onbeş gün önce parmakta yara yakınması ile doktora başvurduğu, direkt grafi çekildiği ve iltihap var denerek antibiyotik verildiği öğrenildi. Muayenede sağ el 4. parmak volar yüzde şişlik, sertlik, hassasiyet ve hareket kısıtlılığı vardı. Parmakta enfeksiyon ve/veya yabancı cisim şüphesiyle çekilen direkt radyografide yumuşak dokuda şişlik görüldü. Lineer prob (7,5 Mhz) yapılan yumuşak doku ultrasonografisinde cilt altında 2X11 mm boyutunda hiperekojen yapı tespit edildi. Cerrahi tedavide tahta parçaları çıkartıldı, debritleme yapıldı. Antibiyotik verildi. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Elde açık yaralar ve delici yaralanmalar sonrası yabancı cisimlere rastlanabilir ve enfeksiyon gelişebilir. Tanı için çekilen direkt grafilerde ancak radyopak özellikteki yabancı cisimler ortaya konabilmektedir. Elde rastlanan yabancı cisimler içinde metal olanların tamamı, cam olanların tamamına yakını ve tahta olanların çok küçük bir kısmının direkt grafi ile gösterilebildiği bildirilmektedir. Direkt grafide görülmeyen yumuşak doku yabancı cisimlerinin tanı ve tedavisi için ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntülemeye başvurulabilir. Yumuşak dokudaki yabancı cisimlerin tanı ve tedavisinde ultrasonografi yaygın olarak kullanılan, ucuz, vücuda zarar vermeyen, yabancı cismin şekli, iç yapısı, yerleşimi ve çevre anatomik yapılarla ilişkisini ortaya koyabilen etkili bir görüntüleme yöntemidir.

Anahtar Kelimeler

El, parmak, yabancı cisim, ultrasonografi, tanı, tedavi, cerrahi tedavi



PS-066

ÖN KOL YERLEŞİMLİ LİPOBLASTOMA

İbrahim Halil Kafadar¹, Cemil Yıldırım Türk¹, İbrahim Karaman¹, Ökkeş Bilal², Ahmet Güney¹,
Ali Nihat Erdoğan³

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı-El Cerrahisi Bilim Dalı-Kayseri

²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı-K.Maraş

³Özel Avrupa Hastanesi-Kayseri

Amaç

Lipoblastoma; erken çocukluk çağında rastlanılan ve sık karşılaşılmayan tümörlerden olup, üst ekstremité yerleşimi oldukça nadirdir. Bu çalışma da; ön kol yerleşimli olan ve tedavi uygulanan bir olgu irdelenerek, lipoblastoma literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Yöntem-Gereçler: Üç yaşında olan çocuk hastanın 18 aydır el bileğinde şişlik varmış. Son üç ay içerisinde şişlikte büyüme fark etmişler. Aralıklı olarak ağrısı oluyormuş. Muayenede; sağ ön kol distalinde 5x2 cm ebadlarında, kısmen mobil, yumuşak ve ağrısız kitle tespit edildi. Çekilen düz radyografi ve laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji yoktu. Nükleer magnetik rezonans incelemesinde; ön kol distalinde, volar yüzde, radius laterisinde, 56x19 mm boyutlarında, düzgün sınırlı ve patolojik kontrastlama göstermeyen yumuşak doku kitlesi saptandı.

Bulgular

Hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Ameliyatta sağ ön kol distalinde, volar yüzde, fascia ile yüzeyel fleksör tendonlar arasına yerleşmiş, 5x2 cm ebadlarında, kapsüllü ve makroskopik olarak lipomu düşündüren kitle saptandı. Mikroskopide ise; kesitlerde yağ dokuya ait tümöral nitelikte doku parçaları vardı. Yağ hücreleri genel olarak matür görünümde normal histolojide olup arada tek tük lipoblast izlendi. Hücrelerde belirgin bir pleomorfizm ve atipi görülmedi. Lipoblastoma teşhisi aldı. Ameliyat sonrası takiplerde hastanın şikayeti olmadı.

Çıkarımlar

Çocukluk çağında karşılaşılan ve hızlı büyüme gösteren kitlelerde lipoblastoma akla gelmelidir. Literatürde hastaların bazı bulguları ile gelebildiği belirtilmekle birlikte, olgumuzda rastlamadık. Ayırıcı tanıda liposarkoma ile karışabilmektedir. Kitlenin tam olarak çıkarılması kalıcı tedavi olmakla birlikte ameliyattan sonra beş yıllık sürede nüks potansiyeli vardır. Bu nedenle ameliyat edilen hastaların uzun dönem takibi şarttır.

Anahtar Kelimeler

Ön kol, benign, yumuşak doku tümörü, lipoblastoma



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-067

RADİAL SİNİRİN YÜZEYEL DALI KAYNAKLI NÖROFİBROM OLGUSU

Fahir Demirkan¹, Ferda Bir², Çağdaş Yörükoğlu¹, Alp Akman¹, Murat Oto¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş

55 yaşında kadın hasta, 3 yıldır sol ön kolda şişlik, zamanla ortaya çıkan ağrı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede sol ön kol proksimal anterolateralde ele gelen hareketli kitle saptandı. MR ile değerlendirilmesinde sol ön kol proksimal 1/3 lük kısımda radial tarafta brakiradialis kası komşuluğunda artere baskı yapan nitelikte 2.5x 2 cm boyutlarında T1 de hipointens T2 de hiperintens görünümde yüzeysel radial sinire komşu yumuşak doku kitlesi olduğu görüldü.

Eksizyonel biyopsi yapmak için, sol önkol proksimalinden yapılan vertikal 4 cm insizyon ile kitle eksplere edildi, kapsül çevre yumuşak dokudan sıyrılırken distalde ve proksimalde radial sinirin süperfisyal dalı ile ilişkili olduğu görüldü. Kitle sinirden ayırlamadığı için proksimal ve distalden kesilerek çıkartıldı. 3x 2x 1.5 cm çapındaki kitle histopatolojik olarak değerlendirildi.

Materyalin tamamından hazırlanan kesitlerde homojen hyalinize stromada iğsi-oval yer yer dalgalı hiperkromatik nükleuslu sitoplazmik sınırları seçilemeyen hücrelerden oluşan benign mezenkimal proliferasyon izlenmiştir. Histokimyasal incelemede Masson Trikrom ile (+) boyanan kollajen lifler görülmüştür. İmmünohistokimyasal incelemede S-100 ile kavisli tel görünümde schwannian hücreler (+)'tir. Kitleye nörofibrom tanısı konuldu.

Sonuç

Soliter benign sinir kılıfı tümörleri genellikle semptom vermezler fakat büyüdüklerinde çevre nöral elemanlara baskı yapmaları nedeniyle semptomların ortaya çıkmasına neden olduklarından eksize edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler

Nörofibrom, Radial sinirin süperfisyal dalı, İmmünohistokimyasal inceleme



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-068

BAŞPARMAK REKONSTRÜKSİYONU(OLGU SUNUMU)

Hayati Öztürk

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, El Cerrahisi Bilim Dalı, Sivas

Amaç

Doğuştan proksimal falanks tabanından başparmak yokluğu ve 2. parmak distal phalanks yokluğu 4-5. parmaklarda sindaktili olan bir olguda metakarpal distraksiyonla metakarpa uzatma ve birici webplasti ile başparmak rekonstrüksiyonu yapılan olguyu sunmak.

Materyal-Metod

15 yaşında bayan hasta genel anestezi altında skopi eşliğinde Sağ el birinci Metakarpın distal ve proksimal uçlarına ikiye adet mini shanz çivisi yerleştirildi. Shanz çivileri el için özel tasarım distraksiyon yapan uniplan eksternal fiksatore bağlandı. Birinci metakarp dorsalinde mini insizyonla 1/3 proksimalden kortikotomi yapıldı. Bir hafta sonra distraksiyona başlandı. Günde yaklaşık 1 milimetrelilik(4X0.25mm) uzatma ile 20 mm uzatma sonrasında birici webplasti ile başparmak rekonstrüksiyonu yapıldı.

Tartışma

Başparmak, el parmakları arasında işlev yönünden en önemli parmağıdır. Başparmak el fonksiyonlarının % 40'ını sağlar. Başparmağın el ayasına yaklaşması ve kalan parmaklarla oppozisyon yapabilmesi için mobil karpometakarpal eklem gereklidir. Başparmak fonksiyonları için ne kadar mutlak uzunluk gerektiği konusunda, duyarlılık konusunda olduğu gibi, kesin bir yargı yoktur. En çok kabul edilen görüş başparmağın kalan uzunluğunun normal proksimal falanks boyunun en az yarısı kadar olmasıdır. Başparmak proksimal falanks tabanından yokluklar veya metakarpofalangial eklemdeyse sıkıştırma ve kavrama aktiviteleri gerçekleştirilemeyebilir; bu da rekonstrüktif girişimler için bir endikasyon oluşturur. Bizim olgumuzda proksimal falanks tabanından olduğu için ele yakalama ve sıkıştırma fonksiyonunu kazandırmak için bu operasyon planlandı.

Sonuç

Proksimal phalanks tabanından başparmak doğuştan yokluğunda ya da kayıplarında; ele yakalama ve sıkıştırma fonksiyonunu kazandırmak için metakarpal distraksiyonla metakarpa uzatma ve birici webplasti ile başparmak rekonstrüksiyonu sağlayan bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Başparmak, distraksiyon osteogenesi, başparmak rekonstrüksiyonu, webplasti



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-069

YETİŞKİN BİR ERKEK HASTADA EL 5. PARMAKTA PIP VE DIP EKLEMLERİNİ TUTAN DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Mehmet Karakuyu, İsmail Karasoy, Yusuf Alper Katı, Metin Akıncı, Orçun Toktaş
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji

Giriş

Dupuytren hastalığı subkütan palmar dokunun nodül ve kordonlar şeklinde ortaya çıkan, parmak eklemlerinde ilerleyici ve geri dönüşümsüz fleksiyon kontraktürleriyle sonuçlanabilen proliferatif bir fibroplazidir. Hastalık bazen sürekli ilerleme eğilimindeyken, bazen alevlenme ve remisyonlarla seyreder. Bu hastaların %5'inde Ledderhouse hastalığı olarak bilinen ayağın medial plantar fasyasında benzer tutulumun olması ve yine hastaların %3'ünde peyronie hastalığı olarak bilinen peniste plastik endurasyon görülebilir. Etiyolojisinde diabetes mellitus, epilepsi, alkolizm, el travması, kişinin eliyle yaptığı işin tipi, genetik geçiş, vasküler yetmezlik, sigara içimi suçlanmıştır. 4. ve 5. parmaklar diğer parmaklara göre daha sık tutulmaktadır, MP ve PIP eklemler çok sık tutulurlar. Literatürde sadece DIP eklemin tutulduğu bir yayın mevcuttur. Tedavi sıklıkla cerrahidir. Cerrahi tedavide: subkütan fasyotomi, parsiyel fasyektomi, total fasyektomi, cilt greftlemesi ile fasyektomi ve amputasyon uygulanabilir. Biz 51 yaşında, ağrısız, 5. parmak PIP ve DIP eklemleri tutan, 3 yıllık kontraktür hikayesi olan bir hasta sunuyoruz. Hasta sigara kullanmaktaydı, alkol kullanımı yoktu, diabetes mellitus öyküsü yoktu, travma öyküsü yoktu. Diğer etyolojik faktörler bu hastada saptanmadı. Fizik muayenede DIP fleksiyon kontraktürü 75 derece, PIP fleksiyon kontraktürü 30 derecedeydi. PIP ve DIP eklemlerde kordon palpe edilmekteydi, ancak MP eklem ve palmar yüzde kord yoktu. Hastanın 5. parmağına DIP ve PIP eklemler arasında midlateral insizyonla girildi, nörovasküler demet korunarak kord çıkarıldı ve 2 adet Z plasti yapıldı. Cerrahi sonrası hastanın pasif DIP ve PIP eklem hareket genişliği tamdı. Alınan örnek histolojik incelemeye gönderildi. Hastaya 3 günlük dinlendirici bir atel uygulandı ve ardından fizik tedavi programına başlandı.

Anahtar Kelimeler

Dupuytren, DIP, Kontraktür



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-070

DE-QUERVAİNTENOSİNOVİTİNİ TAKLİT EDEN EKSTENSÖR TENDON KILIFINDAKİ YABANCI CİSİM

Azimet Özdemir, Selma Sönmez Ergün, Mehmet Veli Karaaltın, Kemalettin Yıldız, Çetin Duygu
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. İstanbul

Giriş

Tendon kılıfındaki yabancı cisimler nadir olarak görülürler. De Quervain's ise birinci dorsal kompartmandaki stenozan tenosivitten yada radius kemiği patolojilerinden kaynaklanır. Tendon kılıfında bulunan bir metalik yabancı cismin stenozan tenosinovit semptomlarını taklit etmesi şimdiye kadar olan literatürlerde mevcut değildir. Olgumuzda ekstensör pollicis longus tendonu kılıfında var olan metalik cisim tespit edilerek uzaklaştırılması sonrası hastanın De Quervain's hastalığını taklit eden semptomları geriletildi.

Olgu Sunumu

37 yaşındaki erkek hasta başparmak ağrısı ile kliniğimize başvurdu. 2 yıl önce sağ el başparmağında çelik metal bir cisimle travma öyküsü olan hastanın, fizik muayenesinde başparmak ekstansiyonunda takılma ve ağrı mevcut. Finkelstein's testinde ağrıda belirgin artış olduğu tespit edildi. El grafisinde birinci dorsal kompartmanda yabancı cisim görüldü.

Lokal anestezi ile lazy S insizyonu ile dorsal metakarpal seviyeden üçüncü ekstensör kompartman vertikal olarak açıldı. EPL tendon kılıfı içerisinde koyu renkli metalik cisim olduğu görüldü ve çıkarıldı. Cilt sütüre edilerek üç hafta kısa kol atelle takip edilen hastanın semptomlarının gerilemiş olduğu görüldü.

Sonuç

Bir çok hastanın eski travma öyküsünü unutması, ayırıcı tanı açısından doktorun gözünden yabancı cismin bu semptomlara neden olabileceğinin kaçmasına neden olabilir. Bu durumda De quervain hastalığı ön tanısıyla gelen her hastanın hikayesinin ayrıntılı bir şekilde alınması, ayrıntılı fizik muayenesinin yapılması el grafisinin çekilmesi de etiyolojiyi tespit etmede önemlidir. De quervain hastalığı semptomlarına yabancı cisimlerin neden olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler

Yabancı cisim, de quervain hastalığı, taklit etmek



PS-071

EXTANSÖR POLLİCİS LONGUS TENDONUNUN DİSTAL RADİUS KIRIĞINA BAĞLI SPONTAN RÜPTÜRÜ VE GECİKMİŞ PRİMER ONARIM-OLGU SUNUMU

Umut Hatay Gölge¹, Cengiz Işık², Hayati Öztürk³, Volkan Güneyli⁴

¹Yüksekova Devlet Hastanesi /ortopedi ve travmatoloji/Hakkâri

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi/Bolu

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı /Sivas

⁴Sivas Devlet Hastanesi /ortopedi ve travmatoloji/Sivas

Giriş

Extensor tendonların el bileği seviyesinde spontan rüptürleri oldukça nadir olup extensor pollicis longus (EPL) en sık rüptüre olan tendondur. Risk faktörleri çok çeşitli olup bunlardan biriside distal radius kırığıdır. Bu olguda distal radius kırığına bağlı gelişen spontan EPL tendon rüptürünü ve gecikmiş primer onarım sonucunu sunmak istedik.

Metod

Kar yağışı buna bağlı yolların kapalı olması nedeniyle gecikmeli olarak gelebilen 70 yaşında erkek hasta yaklaşık dokuz gün önce travma sonucu sağ el bileği ekstansor yüzde ağrı ve 1. parmağını ekstansiyona getirememesi şikayeti ile geldi. Sağ el bileği AP ve lateral grafiler çekildi. Fizik muayenede sağ el bileği radius distal dorsalde palpasyonla ağrı ve 1. parmak interfalangeal eklemden ekstansiyon hareketi yoktu. Nörolojik muayene normal olup radyografik incelemede sadece lateral grafide radius distal korteksin minimal dorsale deplese olduğu görüldü.

Bulgu

Explorasyon sonucunda EPL tendonunun proksimali 3.extansör tünelde olmadığı görüldü.Tendonun her iki ucu bulunarak eriyen 0.5 cm.lik düzensiz uçlar eksize edilerek tendona gecikmiş primer tamir yapıldı.Dört hafta başparmağı içeren kısa kol alçısı yapıldı.Tedricen haftalık olarak İP ekleme minimal hareket sağlayan alçı çıkarıldı.Dört hafta sonunda alçı tamamen çıkarılarak aktif harekete başlandı. Dokuz hafta sonunda tam eklem hareket açıklığına ulaşıldı.

Tartışma ve Sonuç

Ekstansor pollicis longus tendonunun spontan rüptürü literatürde nadirdir ve mekanizmasını açıklamak için birçok etyoloji ileri sürülse de kesin neden hala bilinmemektedir. Olguda ise neden olan faktör distal radius kırığıdır. Cerrahi tedavide seçenekler arasında primer tamir, tendon grefti, ve tendon transferi vardır. Erken vakalarda primer tamir önerilir. Bu olguda on gün geçmesine rağmen tendon grefti veya transferine gerek duyulmayarak gecikmiş primer onarım yapıldı. Sonuç olarak, distal radius kırığına bağlı tendon rüptürü olabileceği ve gecikmiş primer tamir yapılabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

EPL(extansör pollicis longus), tendon, primer tamir



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



PS-072

**DİSTRAKSİYON METODU İLE MİNİ EKSTERNAL FİKSATÖR YARDIMLI METAKARP
UZATMA: OLGU SUNUMU**

Adnan Kara, Ramazan Erden Ertürer, Eray Kılınc, Mehmet Mesut Sönmez, İrfan Öztürk
Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Metakarp kısalığı genellikle konjenital olarak gözlenmesine rağmen, metabolik hastalıklar ve travma gibi nedenlere bağlı olarak da görülebilmektedir. Doğuştan metakarp kısalığı nedeni tam olarak bilinmemekte olup, deformitenin genellikle epifiz plağının erken kapanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Konjenital izole sol dördüncü metakarp kısalığı olan hastamızda mini eksternal fiksatör yardımcı distraksiyon metodu ile uyguladığımız metakarp uzatmanın, etkin ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle tercih edilebilir bir yöntem olduğu vurgulanmak istenmiştir.

Oniki yaşındaki kız hasta sol el dördüncü parmakta kısalık nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın kötü kozmetik görünüm ve sol elini kullandığında çabuk yorulma şikayeti vardı. Muayenede sol el dördüncü parmak sağ taraf göre belirgin olarak kısaydı. Kısalık çekilen grafilerde 23 mm olarak ölçüldü (Resim 1). Parmakta hareket kısıtlılığı saptanmadı. Ameliyat tekniğinde genel anestezi altında dördüncü metakarp üzerinden dorsal insizyonla girilerek periost dikkatlice sıyrıldı. Dril yardımı ile ostetomi uygulandı. Ardından metakarpın proksimal ve distal dorsal yüzüne tendon korumaya alınarak ikişer adet mini shanz vidası yerleştirilerek eksternal fiksatör adapte edildi (Resim 2). Ameliyat sonrası hemen aktif parmak egzersizlerine bir hafta sonrada uzatma hızı 0.25x2 mm/gün olacak şekilde uzatmaya başlandı (Resim 3). Planlanan uzama miktarı sonrası distraksiyona son verildi, yeterli kemik konsolidasyonu sağlandıktan sonra eksternal fiksatör 3,8 ayda çıkartıldı (Resim 4). Tedavi süresince enfeksiyona, metakarpofalangeal eklem sertliğine ve kaynamamaya rastlanılmadı. Hasta ameliyat sonrasında kozmetik görünümünden memnundu.

Metakarp kısalığı tedavisinde çeşitli osteotomi ve kemik greftleme teknikleri tariflenmiştir. Bu teknikler ile istenilen yeterli uzatma sağlamak zordur ve akut uzatmalar nörovasküler hasar riskini arttırmaktadır. Metakarp uzatma tekniği, ilk olarak Mansoor tarafından olgu sunumu olarak bildirilmiştir. Distraksiyon osteogenezisi çok daha az komplikasyon riski ile fazla uzatma istenilen hastalarda kullanılabilecek alternatif metottur. Yirmi yaş altında kemik greftleme olmadan bildirilen progresif distraksiyon sonuçları oldukça başarılıdır. Mini eksternal fiksatör yardımcı distraksiyon metodu ile uyguladığımız metakarp uzatma, kompleks tedavilere göre etkin ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle tercih edilebilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Eksternal fiksatör, Kısalık, Metakarp, Uzatma



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ



23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & CONVENTION CENTER, GAZİANTEP

**PROGRAM KİTABI
&
BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI**



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



ÖNSÖZ



Değerli meslektaşlarımız,

"2. Ulusal El Rehabilitasyonu Kongresi"ni tarihi ve kültürel zenginlikleri ile özel bir yeri olan Gaziantep şehrimizde, "13. Ulusal Türk El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Kongresi" ile birlikte düzenleyeceğimizi sizlerle paylaşmaktan büyük mutluluk duyuyoruz.

Duyusuyla birlikte karmaşık bir mekanizma olan ellerimizin, yaralanma ve hastalıklar sonrasında yeniden kazanılması yaşamsal değere sahiptir. Bu nedenle cerrahi ve rehabilitasyonun ortak hareket etmesi büyük önem taşır. Son yıllarda erken mobilizasyona izin veren cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, erken rehabilitasyon yöntemlerinin de gelişimini ve önemini zorunlu kılmıştır. Ülkemizde yıllardır ekip çalışması anlayışı ile birlikteliklerini sürdüren el cerrahları ve el terapistlerinin bilimsel ortamlarda da sıkça bir araya gelmeleri ortak paydalarını güçlendirecektir. Birlikteliğimizi güçlendirme anlamında, bu alanda çalışan ve ilgilenen tüm meslektaşlarımızı bilimsel bir ortamda bilgi ve deneyimlerimizi paylaşmaya davet ediyoruz.

Kongremizde özel konulara yönelmiş meslektaşlarımızla klinik pratikte çok sık karşılaştığımız tenisçi dirseği, distal radius kırıkları ve fokal distoninin yanı sıra son günlerde yoğun olarak gündeme gelen transplantasyon ve replantasyon rehabilitasyonunu geniş bir bakış açısıyla ele alacağız. Ayrıca, tüm dünyada sağlık alanında fonksiyonel değerlendirmede çok önemsenen ve ortak bir dil oluşturmak için geliştirilen " International Classification of Functioning, Disability and Health" - ICF kavramını tartışarak bu konuyla ilgili daha kapsamlı bilgi sahibi olmaya çalışacağız. Kongrelerin vazgeçilmez ve şüphesiz en önemli bölümlerinden biri olan serbest bildirilerin de, hem çalışmalarımız ve deneyimlerimizi paylaşmak, hem de verimli tartışmalar için iyi bir platform olacağını düşünüyoruz.

Türk El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Derneği ile Alman El Cerrahi Derneği'nin katkılarıyla gerçekleştirilecek olan Alman Günü'nde de önemli Alman cerrahların ağırlıklı olduğu toplantıları da dinleme fırsatı bulacağız. Kongremizin cerrahi ekiple beraber gerçekleştirilecek olması, bizi bilimsel açıdan daha da zenginleştirecektir.

Katılımcıların pek çoğunun uzak bir yoldan geleceği bu kongreyi güzel bir sosyal programla tamamlamanın yorgunluğumuzu unutturarak bizi daha keyifli kılacağını düşünüyor, sosyal programımıza da hepinizi davet ediyoruz. Birlikteliğimizin hem el rehabilitasyonu alanına, hem de mesleğimize önemli katkıları olacağına inanıyor, hepinize sevgi ve saygılarımızı sunuyoruz.

Fzt. Ali KİTİŞ

El Terapistleri Derneği Başkanı

Fzt. Firdevs KUL

Kongre Başkanı



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



KURULLAR

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANI

FZT. FİRDEVŞ KUL

KONGRE GENEL SEKRETERİ

FZT. N.GÜLDEN EDİS

KONGRE BİLİMSSEL SEKRETERYASI

BŞK. FZT. AYSEL ENHOŞ

FZT. TÜZÜN FIRAT

FZT. SAFİYE ÖZKAN

FZT. FİRDEVŞ KUL

FZT. BURCU SEMİN AKEL

FZT. GÜLNUR ÖZTÜRK

SAYMAN

FZT. DENİZ DİKMEN MERAL

EL TERAPİSTLERİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

FZT. ALİ KİTİŞ

BAŞKAN YARDIMCISI

FZT. BERAY KELEŞOĞLU

SEKRETER

FZT. EMEL ÇİÇEK

SAYMAN

FZT. DENİZ DİKMEN MERAL

ÜYE

FZT. GÜLNUR ÖZTÜRK

İLETİŞİM:

Fzt. N.Gülden EDİS

Tel:0232 4410121-1220

GSM:0532 7022040

[e-mail:ngozturk@hotmail.com](mailto:ngozturk@hotmail.com)



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



BİLİMSEL PROGRAM



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ PROGRAMI

25 MAYIS 2012 CUMA

08.30-09.00 KONFERANS I

Oturum Başkanı: Fzt. Zeynep Hoşbay Yıldırım

El Rehabilitasyonunda Meslekler ve Yasal Düzenlemeler - Fzt. Çiğdem Öksüz

09.00-10.30 PANEL I

Replantasyon ve Transplantasyonda Rehabilitasyon

Oturum Başkanları: Fzt. Gülin Karayağmurlar – Fzt. Reyhan Çaykuşu

Replantasyon ve Transplantasyon Cerrahisi – Dr. Berkan Mersa

Replantasyonda Rehabilitasyon – Fzt. Emel Çiçek

Transplantasyonda Rehabilitasyon – Fzt. Tüzün Fırat

Replantasyonda Fizyolojik Değişim ve Plastisite – Fzt. Gülnur Öztürk

Transplantasyonda Deneyim Aktarımı – Fzt. Kadriye Tombak

10.30-10.45 ARA

10.45-11.10 KONFERANS II,III,IV

Oturum Başkanı: Hamiyet Yüce

KONFERANS II

Üst Ekstremitte Cerrahisinde Splintlemenin Yeri - Fzt. Beray Keleşoğlu

11.10-11.35 KONFERANS III

Tenisçi Dirseği Rehabilitasyonu - Fzt. Aycan Çakmak

11.35-12.00 KONFERANS IV

Distal Radius Kırıkları Tedavisindeki Modern Rehabilitasyon Yaklaşımları Dr. Yaprak Ataker

12.00-12.15 Tartışma

26 MAYIS 2012 CUMARTESİ

08.30-09.15 KONFERANS V

Üst Ekstremitte ICF

Oturum Başkanı: Fzt. Ayşe Karaduman

Konuşmacılar: Fzt. Ayşe Karaduman - Fzt. Ali Kitiş

09.15-10.15 PANEL II

Üst Ekstremitte Fokal Distoni

Oturum Başkanları: Fzt. Salime Yılmaz – Fzt. Safiye Özkan

Konuşmacılar: Dr. Bülent Elibol - Fzt. Aysel Enhoş - Fzt. Burcu Semin Akel

10.15-10.30 ARA

10.30-11.00 Pediatride Ortopedik Vakalarda Rehabilitasyon – Dr. Fzt. Bülent Elbasan

11.00-12.00 SERBEST BİLDİRİLER

Oturum Başkanları: Fzt. Bilge Başakçı Çalık – Fzt. Ela Tarakçı

FS-001 / FS-002 / FS-003 / FS-004 / FS-005 / FS-006 / FS-007



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



SERBEST BİLDİRİ ÖZETLERİ



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FS-001

OBSTETRİK BRAKİYAL PLEKSUS YARALANMALARINDA SKAPULANIN ÜÇ BOYUTLU KİNEMATİK ANALİZİ: VAKA RAPORU

Deran Oskay¹, İrem Düzgün¹, Elif Çamcı¹, Gül Baltacı²

¹Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Amaç

Omuz elevasyonunda skapula belli derecelerde posterior tilt, eksternal rotasyon ve yukarı doğru rotasyon yapar. Skapulada meydana gelen bu hareketler omuzu ilgilendiren bazı patolojilerde eksik yada aşırıdır. Klinik gözlemlere dayanarak Obstetrik Brakiyal Pleksus Paralizi (OBPP) de omuz ekleminin elevasyonu sırasında normalden fazla bir skapula hareketi (skapular diskinezi) gerçekleşen bu patolojilerden biridir. Bu vaka çalışmasının amacı OBPP’de skapular diskinezinin mekanizmasını değerlendirmektir.

Yöntem

Çalışmaya 7,12,13 yaşlarında OBPP üst trunkus yaralanması olan 3 vaka dahil edilmiştir. Vakaların üç boyutlu skapular hareketi elektromagnetik sistem kullanılarak değerlendirilmiştir. Açısal veriler bilateral üst ekstremitelerin skapular düzlemdeki elevasyonu sırasında 0 ve 120 dereceler arasında toplandı ve uluslararası biyomekani cemiyeti önerilerine göre analiz edildi.

Bulgular

Üç vaka da hareketin başlangıcında, sağlam tarafla karşılaştırılınca etkilenmiş tarafta scapulanın daha fazla internal rotasyonda, yukarı doğru rotasyonda ve anterior tiltte olduğunu belirledik. Elevasyon ile birlikte etkilenmiş eksternal rotasyona gidişin ve posterior tiltin daha az, yukarı doğru rotasyonun ise aşırı olduğunu belirledik.

Çıkarımlar

Bu çalışmada OBPP’de iyileşmeye sekonder gelişen skapular diskinezinin belirgin olduğu görülmüştür. Skapular kinematiğin bozulmasında etken olan posterior kapsül, biceps braki, pectoralis minör ve trapez üst parça kaslarının gerginliği, serratus anterior, rhomboid ve trapez orta ve alt parça kaslarının zayıflığının diskineziye zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. OBPP’ de skapular disknezinin önüne geçmek için oluşturulacak rehabilitasyon programı, henüz deformitelerin ve kontraktürlerin oluşmadığı erken dönemden itibaren diskinezi ihtimali düşünülerek planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Obstetrik Brakiyal Pleksus Yaralanmaları, skapular diskinezi, fizyoterapi



FS-002

TRAPEZYOMETAKARPAL EKLEM KIRIKLARINDA ERKEN AKTİF REHABİLİTASYON

Sibel Cömert Ece¹, Yaprak Ataker¹, Serkan Uludağ², Aksel Seyahi², Eftal Güdemez³

¹Amerikan Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

²Amerikan Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, İstanbul

³Amerikan Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, El ve Mikrocerrahi Ünitesi, İstanbul

Amaç

Trapezyometakarpal eklem kırıklarının tedavisinin amacı düzgün eklem yüzeyini sağlayarak kırığın uygun stabilizasyonu ve erken aktif rehabilitasyon protokolleri ile günlük yaşam aktivitelerine erken dönüşü sağlamaktır. Bu retrospektif kohort çalışmasında Bennet ve Rolando kırıklarının plak ve/veya vida ile açık redüksiyonu, internal fiksasyonu sonrası erken rehabilitasyon uygulanan hastaların fonksiyonel ve radyolojik sonuçları verilmiştir.

Yöntem

Başparmak metakarp tabanında intraartiküler kırığı olan 15 hasta (11 erkek, 4 kadın) 2007- 2009 yılları arasında tedavi edilmişti. Hastaların ameliyat oldukları yaş ortalaması 36.4'dür (16-56 yıl). Sekiz Bennet, 7 Rolando kırığı travmadan ortalama 3.3 gün (3-10 gün) sonra ameliyat edilmişti. Ameliyat sonrası yumuşak sargı tespiti uygulanan hastalara 10. gün aktif, aktif yardımcı eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizlerine başlandı. Trapezyometakarpal ekleme yük bindiren egzersizlerden 4-6 hafta kaçınıldı. Kırık iyileşmesini takiben 4-6. hafta sonrasında germe ve kuvvetlendirme egzersizleri başlandı. Hastalar ortalama 16.8 seans rehabilitasyon gördü (10-20 seans). Hastalar subjektif takip kriterlerinden vizüel analog skala (VAS) ve DASH (Disabilities of Arm, Shoulder, Hand – Türkçe), objektif kriterlerinden EHA ölçümü, dinamometre ile kaba kavrama ve lateral tutuş kuvvet ölçümü ile takip edildi.

Bulgu

Ortalama takip süresi 15.62 aydır (12-36 ay). Radyolojik değerlendirmelerde bütün hastalarda tam kemik iyileşmesi tespit edildi. Takiplerde hastaların 13'ünde (%87) hiçbir yakınma tespit edilmedi. Son kontrollerde ortalama VAS skoru 1.06 (0-3), DASH skoru 13.5 (10-21) olarak bulundu. Trapezyometakarpal eklemin ortalama palmar/radyal abduksiyonu ve fleksiyonu sırasıyla 32.5° (25° - 40°), 34.06° (30° - 40°) ve -3.4° (-10° - 0°) olarak ölçüldü. Kaba kavrama kuvveti 12 hastada sağlam tarafın %92.5'u (% 85-100), tüm hastalarda lateral tutuş kuvveti sağlam tarafın %84.6'sı (%80-95) olarak rapor edildi.

Çıkarım

Trapezyometakarpal eklem kırıklarında kapalı redüksiyon ile eklem yüzeyinin anatomik düzgünlüğün sağlanamadığı durumlarda açık redüksiyon, rijit internal fiksasyon ve bunu takiben erken aktif rehabilitasyon tedavisi uygulanır. Bu retrospektif çalışma sonucunda subjektif ve objektif takip değişkenleri, uygulanan cerrahi tekniğin ve postoperatif rehabilitasyon protokolünün etkinliğini ve güvenilirliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler

Cerrahi, kırık, rehabilitasyon, trapezyometakarpal eklem



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FS-003

SAĞLIKLI GENÇ BİREYLERDE SOĞUK UYGULAMANIN EL KAVRAMA KUVVETİNE, ELİN ENDURANSINA VE EL FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ TEK KÖR ÇALIŞMA

Ayhan Mehtab, Selim Mahmut Günay, Mustafa Uzan, Ayla Günel, Zeliha Başkurt
Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Isparta, Türkiye

Amaç

Soğuk uygulama sinir iletim hızını ve duyu iletimini azaltır. Bize göre soğuk uygulama kavrama kuvveti, endurans ve el fonksiyonlarını etkileyebilir. Bu çalışmanın amacı soğuk uygulamanın kavrama kuvvetine enduransa ve el fonksiyonları üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem

Bu çalışmada; çalışma (n=17) ve kontrol grubu (n=15) olmak üzere iki grup vardı ve çalışmacılar kör edildi. Çalışma grubu soğuk suya ($5^{\circ}\pm 1^{\circ}\text{C}$), kontrol grubu ise 24°C sıcaklığındaki suya daldırıldı. 1 dk daldırma 1 dk dinlenme şeklinde uygulama 3 defa tekrar edildi. Kavrama kuvveti ve endurans el dinamometresi ile hareketin hızı ve koordinasyonu Nine Hole Peg (NHP) testi ile el-göz koordinasyonu Maze testi ile, reaksiyon zamanı ise Ruler Drop testi ile değerlendirildi. Grup içi ve gruplar arası tüm ölçümler uygulama öncesi değerlerle karşılaştırıldı. Grup içi ölçüm sonuçları Friedmann Testi ile gruplar arası ölçüm sonuçları Mann-Whitney U Testi ile ($p<0.05$) değerlendirildi.

Bulgular

Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde; NHP çıkarma süreleri her iki grupta da anlamlı olarak azaldı ($p<0.05$), NHP takma süreleri ise sadece çalışma grubunda anlamlı olarak değişti ($p<0.05$). Endurans çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde artarken ($p<0.05$) kontrol grubunda bu değişim anlamlı değildi ($p>0.05$). Maze testi ölçümleri değerlendirildiğinde, elde edilen skorlarda kontrol grubunda anlamlı bir artış gözlenirken ($p<0.05$) çalışma grubundaki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi. İki grup karşılaştırıldığında NHP çıkarma sürelerinde anlamlı bir değişim saptandı ($p<0.05$). Diğer testlerde ise anlamlı bir değişim gözlenmedi ($p>0.05$).

Çıkarımlar

Gruplar arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen çalışma grubunda önemli değişimler gözlemlendi. Bu çalışma için, özellikle endurans ve NHP sürelerindeki değişimler göz önünde bulundurulduğunda soğuk uygulamanın motor fonksiyonlara ve el-göz koordinasyona olumlu etki ettiği söylenebilir. Çalışmamızı sağlıklı bireyler üzerinde gerçekleştirdik. Bu çalışmanın sonuçlarına göre soğuk uygulama motor performansı ve koordinasyonu artırmak amacıyla el rehabilitasyonunda kullanılabilir. Çalışmamızdaki bireyler sağlıklı olduğu için gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiş olabilir. Gelecek çalışmalarda hasta bireyler üzerinde yapılacak uygulamalarla daha anlamlı sonuçlar ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler

El fonksiyonları, el-göz koordinasyonu, endurans, motor performans, soğuk uygulama



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FS-004

RADIUS DISTAL UÇ KIRIKLARINDA DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ

Orkun Tahir Aran¹, Çiğdem Öksüz², Burcu Semin Akel²

¹Hacettepe Üniversitesi, Sağlık bilimleri fakültesi, Ergoterapi bölümü, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık bilimleri fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümü, Ankara

Amaç

Radius distal uç kırığı geçiren hastaların fonksiyonel durumlarının cinsiyet ve yaşa göre ne kadar etkilendiğini göstermek ve farkları karşılaştırmaktır.

Metod

Çalışmamıza radius distal uç kırığı olan 67'si kadın (%59) ve 46'sı erkek (%41) toplam 113 kişi (yaş ortalaması $48,7 \pm 14,4$ yıl) katılmıştır. Olguların ilk başvurularında Görsel Analog Skalası(GAS) ile ağrı, Jtech griptrack ve pinchtrack modülü ile kavrama kuvveti, Jebsen el fonksiyon testi ile hız-endurans, SF-36 yaşam kalitesi anketi ile yaşam kalitesi ve Kol, Omuz ve El sorunları Anketi (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand- DASH-T) ile aktivite limitasyonu değerlendirildi. Sonuçlar cinsiyet ve yaş gruplarına (20-45; 45-65) göre student t testi ile karşılaştırıldı.

Sonuç

Cinsiyete göre GAS, jebsen el fonksiyon testinin cümle yazma ve 4 küp üst üste dizme parametreleri, standart ve çimdikleyici kavrama kuvveti sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş grupları arasında ise GAS, jebsen el fonksiyon testinin cümle yazma ve sayfa çevirme parametreleri, çimdikleyici kavrama kuvveti sonuçları istatistiksel açıdan farklıdır($p<0,05$). Hem cinsiyet hem de yaş grupları arasında DASH-T ve SF-36 skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Tartışma

Cinsiyet ve yaş gruplarına göre ortaya çıkan farklılıklar bireylerin tedavide farklı ihtiyaçlarının olabileceğinin göstergesidir. Kişilerin demografik bilgileri dikkate alınarak yapılan değerlendirme sonuçlarına göre planlanan tedavi fonksiyonel durumun artmasında etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler

Colles kırığı, el rehabilitasyonu, fizyoterapi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FS-005

İZOLE EKSTANSÖR TENDON YARALANMALARININ REHABİLİTASYONUNDA FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

Ali Kitiş¹, Ramazan Hakan Özcan², Özge Karadeniz¹, İnci Gökalan Kara²

¹Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç

Çalışmanın amacı distal (I- IV. bölge) ve proksimal (V- VII. bölge) bölgelerde meydana gelmiş izole ekstansör tendon yaralanmalarında fonksiyonel durumun incelenmesi idi.

Yöntem: Olguların yaş, cinsiyet, meslek gibi demografik özelliklerinin yanında yaralanan bölge, yaralanma aracı, ek yaralanma varlığı, yaralanmanın meydana geldiği yer gibi yaralanmış olan bölgeye ait özellikler retrospektif olarak hasta dosyalarından incelenmiştir. Yaralanmayı takiben 12. haftada El, Kol ve Omuz Sorunları Anketi'nin Türkçe versiyonu (DASH-T) ve Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (SF-11) kullanılarak yapılan fonksiyonel değerlendirme sonuçları bölgelere göre değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalamaları $39,37 \pm 11,15$ yıl olan 29 olgu dahil edilmiştir. Olguların 23'ü (%79,3) erkek, 6'sı (%20,7) kadındı. Yaralanmış ekstremitelerin 17'si (%58,6) sağ, 12'si (%41,4) sol idi. 25 (%86,2) olgunun dominant eli sağdı. Olguların 12'si (%41,4) sigara, 5'i (%17,2) alkol kullanıyordu. Olgulardan 19'unun (%65,5) mesleği işçi iken, yaralanmaların 13'ü (%44,8) işte çalışma sırasında meydana gelmiş, 10 el (%34,5) makine ile yaralanmıştı. Yaralanan 26 (%89,7) ele primer onarım yapılmıştı. En fazla yaralanma distal bölgelerde (I,II,III,IV) meydana gelmişti (%72,4). 12. haftada SF-11'in genel sağlık durumu ortalaması distal bölgelerde $65,95 \pm 20,71$, proksimal bölgelerde ise $53,50 \pm 19,94$ iken, DASH-T ortalamaları distal bölgelerde $17,19 \pm 15,57$, proksimal bölgelerde $29,12 \pm 23,96$ idi.

Çıkarımlar

Distal bölgelerdeki ekstansör tendon onarımlarında, fiziksel değerlendirme sonuçlarının yanında fonksiyonel değerlendirme sonuçları da proksimal bölge yaralanmalarına göre daha yüz güldürücüdür.

Anahtar Kelimeler

Ekstansör tendon, fonksiyonel durum, rehabilitasyon

FS-006

Serebral Palsili Çocuklarda Üst Ekstremitte Fonksiyonelliğinin İncelenmesi

Hasan Atacan Tonak, Mustafa Can Kılıç, Özge Karadeniz, Ali Kitiş
Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

Amaç

Çalışmanın amacı 7-18 yaşları arasındaki hemiplejik ve kuadriparatik tipteki serebral palsili (SP) çocuklarda üst ekstremitte fonksiyonelliğinin değerlendirilmesidir.

Yöntem

Çocukların yaş ve cinsiyet gibi temel demografik özelliklerinin yanında aldıkları tedaviler sorgulandı. Üst ekstremitde stereoagnozi ve pasif hareket duyusunun yanında, kavrama fonksiyonelliğini değerlendirmek için modifiye Green ve Banks Sınıflaması kullanıldı. Fonksiyonel değerlendirme için Jebson-Taylor El Fonksiyon Testi (JEFT) uygulandı.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalamaları $13,6 \pm 3,95$ yıl olan 25 çocuk alındı. Çocukların 13'ü (%52) erkek, 12'si (%48) kızdı. 16'sının (%64) dominant eli sağ, 9'unun (%36) soldu. 13 (%52) çocuk hemiplejik SP, 12 (%48) çocuk ise kuadriparatik SP tanısına sahipti. Çocuklar ortalama $76 \pm 51,3$ aydır fizyoterapi almaktaydı. Çocukların 12 (%48)'sinin sol, 13(%52)'ünün sağ elinde Green ve Banks Sınıflaması'na göre el fonksiyonellikleri 2. düzeyde (orta) bulunmuştur. Stereoagnozi ve pasif hareket duyuları iyi düzeyde bulunurken, JEFT alt testlerinin ikisinde iki SP tipi arasında anlamlı farklılığa ($p= 0,05$) rastlanmıştır.

Çıkarımlar

Serebral palside üst ekstremitte fonksiyonelliğinin kazanılmasında, derin duyu komponentlerindeki gelişmeler, fizyoterapi ve cerrahi tedavinin planlanmasında yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler

Serebral palsy, üst ekstremitte, kavrama



FS-007

AYAKTAN İNDEKSE TRANSPLANTASYON SONRASI FİZİYOTERAPİ PROGRAMI: VAKA SUNUMU

Zeynep Tuna¹, Deran Oskay¹, Serhan Tuncer²

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü El Rehabilitasyonu Ünitesi

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş

Çeşitli el yaralanmalarında cerrahinin ardından uygulanan fizyoterapinin fonksiyonları geri kazanmadaki önemi iyi bilinmektedir. Parmak transplantasyonlarının ardından yapılan fizyoterapi uygulamaları ile ilgili literatür bilgisi azdır. Bu olgu sunumu, ülkemizde parmak transplantasyonu sonrası uygulanan fizyoterapide değerlendirme ve tedavi yöntemleri konusundaki az sayıdaki çalışmalardan birini oluşturmaktadır.

Vaka

İş kazası sonrası, sağ el 2. ve 3. parmak amputasyonu meydana gelmiş 17 yaşında erkek hastadır. Yaralanmadan 3 hafta sonra sol ayak 2. parmağı, sol el indekse transplante edilmiştir. Vaka 4 haftalık immobilizasyon sonrası fizyoterapi programına yönlendirilmiştir. Fizyoterapi programı üç aşamalı olarak planlanmıştır. Birinci aşama erken dönem rehabilitasyondur. Cerrahi sonrası 8. haftaya kadar devam eden bu aşamada ödem kontrolü, pasif ve aktif-asistif eklem hareketinin artırılması planlanmıştır. 8 ve 12. haftalar arasında transplantasyona yönelik dirençli egzersizler tedavi programına eklenmiştir. 12. haftanın sonundan itibaren geç dönem rehabilitasyon programında günlük yaşama geri dönüş hedeflenmiş ve egzersizler ev programı olarak planlanmıştır.

Fizyoterapi programının 5., 8. ve 12. haftalarında yapılan değerlendirmelerinde kaba kavrama kuvveti el dinometresi, ince kavrama kuvveti pinchmetre, özür seviyesi Disability of Shoulder, Elbow and Hand (DASH) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca 8. ve 12. haftalardaki, el fonksiyonlarını değerlendirmek için 9 Delikli Peg Testi (9DPT) kullanılmıştır. Yapılan üç değerlendirmede de sağ ve sol ekstremiteler arasında kavrama kuvvetleri ve 9DPT skorları arasında fark vardır. Sekizinci ve 12. haftalarda yapılan değerlendirmelerde kavrama kuvvetlerinde, 9DPT skorları ve normal eklem hareketinde artış, DASH skorunda ise azalma kaydedilmiştir.

Ayak parmağından indekse transfer fonksiyona katkıda bulunmak için mi yoksa kozmetik amaçlı mı yapıldığı literatürde tartışılmaktadır. Genç yaşta bu hastaya yapılan transfer her ne kadar kozmetik açığı kapatsa da, cerrahi sonrası uygulanan planlı fizyoterapi programı ile fonksiyonel kazançları kaçınılmaz olmuştur.

Anahtar Kelimeler

El rehabilitasyonu, fizyoterapi, transplantasyon



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-001

2006-2012 YILLARI ARASINDA EL REHABİLİTASYONU ÜNİTEMİZE BAŞVURAN OLGULARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN İNCELENMESİ

Ramazan Hakan Özcan¹, Dilek Bağdatlı¹, İnci Gökalan Kara¹, Ali Kitiş², Sebahat Yaprak Ülgen²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

Amaç

Çalışmanın amacı 2006-2012 yılları arasında el rehabilitasyonu ünitesinde tedaviye alınan hastaların demografik özelliklerinin incelenmesidir.

Yöntem

Olguların yaş, cinsiyet, meslek gibi temel demografik özelliklerinin dışında yaralanan bölge, yaralanma aracı, ek yaralanma varlığı ve yaralanmaya ilişkin özellikler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 463 olgunun yaş ortalaması $36,97 \pm 13,42$ yılıdır. Olguların 372'si (%80,3) erkek, 91'i (%19,7) kadındır. Yaralanan ekstremitelerin 229'u (%49,5) sağ, 234'ü (%50,5) sol idi. 421 (%90,9) olgunun dominant eli sağdı. Olguların 188'i (%40,6) ilköğretim mezunu, 308'inin mesleği (%66,5) işçi idi. Yaralanan 227 (%49) el evde, 175 (%37,8) el iş yerinde, 149 el ise (%32,2) makine ile yaralanmıştı. Yaralanan 432 (%93,3) ele primer onarım yapılmıştı. Yaralanmaların 214'ü (%46,2) izole ekstansör tendon, 70'i (%15,1) izole fleksör tendon yaralanması idi. İzole ekstansör tendon yaralanmalarının 48'i (%22,4) 3. bölge, izole fleksör tendon yaralanmalarının 412'si (%58,6) 2. bölge yaralanması idi.

Çıkarımlar

El yaralanmalarının cerrahi ve rehabilitasyonunu gerçekleştiren merkezlerde düzenli kayıt ve takiplerin yapılması, ülkemizin bu alanda ihtiyaç duyduğu güvenli veri tabanlarının oluşturulması için önemlidir.

Anahtar Kelimeler

El yaralanması, üst ekstremité, rehabilitasyon



FP-002

AYAK BAŞ PARMAĞINDAN EL BAŞ PARMAĞINA TRANSPLANTASYON YAPILAN HASTANIN REHABİLİTASYON SONUÇLARI (OLGU SUNUMU)

Yeşim Uzun, Serhat Yıldırım, Ümit Yar, Tunç Cevat Öğün
Özel Medline Konya Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç

Bu çalışmanın amacı ayaktan ele, başparmak transplantasyonu uygulanmış hastanın ameliyat sonrası 3., 4,5. ve 6. aylardaki fonksiyonel durumunun ve rehabilitasyon sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem

37 yaşında sağ elini iş makinasına kaptıran hastanın sağ el 1. parmağı metakarp seviyesinden ve 2. parmağı distal falanks seviyesinden amputeydi ve cilt defektleri mevcuttu. Yaralanmadan 24 saat sonra hastanemize başvurdu. Sağ el 2.parmak cilt defekti 3.parmaktan alınan vasküler saplı ada flebi ile onarıldı.10 gün sonra,sol ayak 1.parmak arter,ven, sinir,fleksör ve ekstansör tendonları ile beraber alınarak hazırlandı..Sağ el radial arter, ven ve 1.parmak fleksör ve ekstansör tendonları hazırlandı. Ayaktan alınan parmak,el metakarpına tespit edildi. Arter, ven ve sinir anastomozları yapıldı. Tendon onarımları yapıldı. Hastanın durumu stabil olduktan sonra rehabilitasyonlara başlandı.Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH-T) ve mesafe ölçümleri ameliyat sonrası 3.,4,5. ve 6. aylarda yapıldı. Rehabilitasyon programında skar doku masajı, su içi ultrason, whirlpool, elektrik stimülasyonu, aktif ve aktif asistif egzersizler, duyu eğitimi ve ayna terapi uygulandı.

Bulgular

Çalışmanın 3.,4,5. ve 6. ayında DASH-T skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0.05$). Uç-çizgi ve tırnak -zemin mesafelerinde de 1.2. ve 3. parmaklar için anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çıkarımlar

Transplantasyon hastasında, hasta kaynaklı sebeplerden ötürü,rehabilitasyona geç başlamış olmamıza rağmen fonksiyonel sonuçlar yüz güldürücü olmuştur.Rehabilitasyona daha erken başlanıldığında sonuçların daha iyi olabileceğini düşünüyoruz. Hastamız post-op 3. Aydan sonra 45 gün rehabilitasyon görmüştür ve bu sürenin sonunda 2 haftada bir takip edilmiştir. Ameliyat sonrası 6. ayını dolduran hastada fleksör pollicis longus tendonu için tenoliz cerrahisi planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler

Dash-T, El rehabilitasyonu, Transplantasyon



FP-003

GENÇ BAYANLARDA İNCE MOTOR BECERİ VE ANTROPOMETRİK EL ÖLÇÜMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bircan Yücekaya, Zeliha Başkurt

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Isparta

Amaç

Bu çalışmanın amacı, antropometrik el ölçümlerinin ince motor beceri üzerindeki rolünü araştırmaktır.

Yöntem

Bu çalışmaya 40 genç kadın alındı. Bayanların yaş ortalaması $24,47 \pm 3,82$ idi. Çalışmada katılımcıların yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, VKİ (vücut kütle indeksi) ve rekreasyonel aktiviteleri kaydedildi. Antropometrik ölçümler elin çapı, elin uzunluğu ve elin çevresi idi. İnce motor beceri O'Conner Cımbız Beceri Testiyle değerlendirildi. Antropometrik değerlerin ince motor beceri ile ilişkisi uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak araştırıldı.

Bulgular

Elin antropometrik ölçüm değerleri ile ince motor beceri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Rekreasyonel aktivite ile O'Conner cımbız test zamanı arasında bir ilişki saptandı ($p < 0.01$).

Çıkarımlar

Çalışmamızda, el antropometrik ölçümlerinin genç kadınlarda ince motor beceriyi etkilemediğini gördük. Fakat rekreasyonel aktivitelere katılımın ise ince motor beceriyi arttığını saptadık. Çalışma sonuçları dikkate alınarak ince motor beceriyi etkileyen faktörlerin ayrıntılı olarak değerlendirileceği yeni çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Antropometrik ölçümler, genç kadınlar, ince motor beceri



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-004

FLEKSÖR TENDON YARALANMALARINDA ONARIM AMELİYATI SONRASI EL REHABİLİTASYONUNDA FLUIDOTERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Müyesser Cavlak¹, Hakan Gündüz²

¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Tendon iyileşirken birçok faktörden etkilenir bunlar; yaralanma seviyesi, travmanın tipi, kişiye özel tendon yapısı, tendon yaralanması ile beraber meydana gelen kırıklar ve sinir yaralanmaları, cerrahi teknik, hastanın yaşı, sosyokültürel seviyesi ve rehabilitasyon programıdır. El rehabilitasyonunda terapötik ısı ajanları ve elektroterapi başlıca kullanılan fizik tedavi ajanlarıdır. Terapötik ısı tedavinin oncesinde egzersiz öncesi hazırlık amaçlı kullanılarak büyük fayda sağlar.

Amaç

Bu çalışmada terapötik ısı ajanlarından fluidoterapinin el rehabilitasyonundaki etkinliğini araştırdık.

Yöntem

Bu çalışmaya fleksör tendon onarım ameliyatı geçirip Marmara Üniversitesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran 30 hasta alındı. Hastalara ilk geldiklerinde omuz ve dirsek için eklem hareket açıklığı egzersizleri gösterildi ve onarım ameliyatından 4 hafta sonrasına randevu verildi. Hastalar 15'er kişilik iki gruba randomize edildi. Hastalar bu randevu tarihinden itibaren haftada 5 gün, 3 hafta (toplam 15 seans) rehabilitasyon programına alındı. Bu programda tüm olgulara çeşitli egzersizler uygulandı, fizik tedavi ajanı olarak transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) ve ultrason yapıldı. Yalnızca 1. gruptaki hastalara fluidoterapi uygulaması yapıldı. Rehabilitasyon programının 3. haftasından sonra 3'er hafta ara ile iki kez değerlendirildi. Değerlendirmede aktif eklem hareketi açıklığı, kavrama gücü ölçümü, manuel kas testi ve Buck-Gramcko Skalası kullanıldı.

Bulgular

Çalışma sonunda her iki grupta da gonyometre ve cetvel ile ölçülen aktif eklem hareket açıklığında anlamlı artış ($p<0,05$), manuel kas testi ve kavrama ölçümlerinde artma ($p<0,05$), Buck-Gramcko Skalası puanlarında yükselme ($p<0,05$) gözlemlendi. Ancak, her iki grup arasında eklem hareket açıklığının artması, kas gücünün artması açısından anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Sonuç

Fleksör tendon yaralanması tedavisinde egzersiz ve fizik tedavi ajanlarının kullanımı etkili bulunmuş olup fluidoterapi uygulanan grupta diğer grup arasında belirgin farklılık bulunmamaktadır

Anahtar Kelimeler

El rehabilitasyonu, fleksör tendon, fluidoterapi, ince kavrama, kaba kavrama, gonyometrik ölçüm



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-005

PROKSİMAL İNTERFALANGEAL EKLEM KONTRAKTÜRLERİNİN GİDERİLMESİNDE SS-FC (SCREW SPLİNT FOR FLEXİON CONTRACTURE) ORTEZİ KULLANIMI VE REHABİLİTASYON SONUÇLARIMIZ

İsmail Ceylan, Ömer Erçetin
Ankara El Cerrahi Merkezi

Giriş

Bir proksimal interfalangeal (PIP) eklem normal hareketini yapabilmesi için gerekli olan komponentler; intakt eklem yüzeyi, uygun kemik desteği, engellenmemiş tendon kayması, kollateral ligamentlerin ve volar plağın düzgün olması v.b. şeklinde sıralanabilir(1).

PIP eklem kontraktürlerinin önlenmesinde esas olan, olabildiğince erken dönemde önlemlerin alınmasıdır. Hatta ameliyat öncesinde PIP eklem kontraktürü varsa, bu duruma müdahale edilmeli ve parmağa pasif eklem açıklığı tam olarak kazandırılmalıdır.

Tüm önlemlere rağmen yine de kontraktür gelişirse, bu kez statik veya dinamik ortezeleme gerekebilir. Geçmişte bu konuyla ilgili çokça orteze geliştirilmiştir. Geçmişte geliştirilmiş bazı orteze sayacak olursak; Dinamik PIP ekstansiyon splinti (Fess, Gettle, Strickland, 1981; Malick 1974), reverse knuckle bender (Boyes, 1970), Capener splinti (Capener, 1967), spring-wire splinti (Colditz, 1984) LMB wire foam splinti (American academy of Orthopedic Surgeons, 1985), safety pin splint (Boyes, 1970), Joint Jack splint (Watson, 1982)(2), SS-FC splinti (M. Oyama ve ark.) sayılabilir.

M. Oyama ve ekibi tarafından tanımlanmış olan SS-FC ortezeinin ise bu alanda oldukça etkili olduğu görülmüştür. Üç nokta prensibine göre çalışan cihaz; termoplastik materyal, küt bir vida, vida ucuna takılan bir pervane ve eklemi saran deri kemerden oluşur. Cihaz, düşük maliyetli, kısa sürede imal edilebilir, kişiye özel, hasta tarafından kullanımı kolay olması nedeniyle avantaj sağlamaktadır. Bu orteze kullanmaya başladığımızdan beri merkezimizce yapılan PIP kapsülotomi ameliyatlarının sayısında belirgin azalma görülmüştür. Bu bildiride, 2002-2012 yılları arasında kliniğimizde SS-FC orteze kullanılarak tedavi edilmiş hastaların rehabilitasyon sonuçları anlatılacaktır.

1-Posttraumatic Proximal Interphalangeal Joint Flexion Contractures (Christopher J. Hogan, MD and James A. Nunley, MD), J Am Acad Orthop Surg September 2006 vol. 14 no. 9 524-533

2- A Belly Gutter Splint for Proximal Interphalangeal Joint Flexion Contracture (Shin-Han Wu), The American Journal of Occupational Therapy

Anahtar Kelimeler

PIP eklem, fleksiyon kontraktürü, SFCC



FP-006

EL YARALANMASI GEÇİREN HASTALARDA POSTÜRAL BALANS VE DÜŞME RİSKİNİN KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

Nuray Akkaya¹, Semih Akkaya², Nilgün Şimşir Atalay¹, Fahir Demirkan², Ramazan Hakan Özcan³, Füsün Şahin¹

¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli

²Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli

³Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli

Amaç

El yaralanmalı hastaların postüral balans ve düşme riskinin araştırılması ve klinik değişkenlerle ilişkisinin ortaya konması amaçlandı. Materyal-Metod: Onsekiz-50 yaş arası, el bileği/elde kırık, tendon, damar, sinir yaralanması olan ve olay sonrası 3-6 aylık dönemde olan hastalar kesitsel olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik verileri ve daha önce kaç kez el yaralanması geçirdikleri kaydedildi. İstirahat ve aktivite ağrı şiddeti Görsel Ağrı skalası (GAS) ile, el kas güçleri Jamar dinamometre ile değerlendirildi. Fonksiyonel değerlendirme Q-DASH ile yapıldı. Tüm hastaların statik postüral balansı postürografi cihazı (Tetrax, İsrail) ile değerlendirildi.

Bulgular

Yaş ortalaması 32,2±9,1 (18-48) yıl, VKİ'si 25,6±3,4 (19-32) kg/m², olay sonrası geçen süre 4,2±1,0 (3-6) ay olan, 35 el-el bileği yaralanmalı hasta (6 kadın, 29 erkek) değerlendirildi. Vakaların 17'sinde el yaralanması düşme sonucu oluşmuş iken, 18'inde düşme dışı nedenlerle yaralanma hikayesi vardı. Düşme riski ile klinik değişkenler arasındaki ilişki araştırıldığında düşme riskinin daha önceki el yaralanmasına ait hikaye varlığı ile anlamlı ilişkisi olduğu saptandı (p=0,021, r=0,388). Yaralanma nedenine bakılmaksızın daha önce en az bir kez el yaralanması hikayesi olan hastaların düşme riski değerinin (n=17, 43,5±19,4), daha önce el yaralanması hikayesi olmayan hastalardan (n=18, 28,0±18,5) anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,024). Düşme sonucu el yaralanması gelişen hastalar ile düşme dışında nedenlerle yaralanan hastalar arasında demografik, klinik değişkenler, postüral balans ve düşme riski açısından anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05).

Sonuç

Düşme sonucu el yaralanması gelişmiş hastalarda düşme riskinin daha yüksek olmadığı saptanmakla birlikte, daha önce en az bir kez el yaralanması olan hastalarda düşme riskinin daha önce hiç yaralanmamış hastalardan anlamlı yüksek olduğunun saptanması bu hastaların düşerek gelişebilecek yaralanmalar için risk altında olabileceklerini gösteren önemli bir veridir. Yaralanma nedenine bakılmaksızın el yaralanması hikayesi olan genç hastaların postüral stabiliteleri değerlendirilerek düşme sonucu olabilecek yaralanmalara karşı tedbirlerin alınması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler

Postüral stabilite, statik denge, el yaralanması



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-007

KUAFÖRLERDE OMUZ FONKSİYONLARI VE AĞRININ İNCELENMESİ

Nihal Büker, Erdoğan Kavlak, Filiz Altuğ, Uğur Cavlak, Ali Kitis
Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli

Amaç

Bu çalışma kuaförlerde omuz fonksiyonları ve ağrısını incelemek amacı ile planlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışma Ocak-Haziran 2010 tarihleri arasında Denizli ilinde en az 5 yıldır kuaför olarak çalışan 119 kişinin gönüllü olarak katılması ile gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin dominant omuz çevresinde istirahat ve aktivite sırasındaki ağrı düzeyini belirlemek için Görsel Analog Skalası (GAS) kullanılmıştır. Omuz fonksiyonelliği Amerikan Omuz ve Dirsek Birliği'nin formu (ASES) kullanılarak değerlendirilmiştir. Skapula pozisyonunu belirlemek için Skapula Lateral Kayma Testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya gönüllü olarak katılan kuaförlerin yaş ortalaması $27,87 \pm 9,11$ yıl (18-60) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan olgulardan 33' ünün (%27,7) dominant tarafı sol, 86' sının (%72,3) sağ olarak bulunmuştur. Dominant omuz fonksiyonelliğinin değerlendirilmesinde kullanılan ASES skorunun ortalaması $82,67 \pm 21,21$ (31,67-100,00) olarak saptanmıştır. Skapula lateral kayma testinde dominant ve dominant olmayan taraf arasında fark bulunamamıştır.

Çıkarımlar

Kuaförlerin dominant omuzlarında fonksiyonel azalmaların olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle kuaförlük mesleği gibi omuzun tekrarlı kullanımını gerektiren meslek gruplarında koruyucu rehabilitasyon programları ve birlikte iş düzenlemelerinin yapılması ile fonksiyonel limitasyonların önüne geçilecektir.

Anahtar Kelimeler

Kuaför, Omuz, Ağrı, Fonksiyonel durum



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-008

WEST SENDROMLU BİR OLGUDA ERGOTERAPİNİN ETKİNLİĞİ: OLGU SUNUMU

Ela Tarakcı, Saime Nilay Baydoğan

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Amaç

West Sendromu (WS) infantil spazmlar, mental retardasyon ve EEG’de hipsaritmiyle karakterize olan, 1000 canlı doğumda 0.31 insidans gösteren bir hastalıktır. Çalışmanın amacı; WS tanılı 28 yaşındaki erkek olguda üst ekstremitelere yönelik yetersizlikleri belirleyerek ince motor becerileri geliştirmeye yönelik uygulanan ergoterapi programının sonuçlarını incelemektir.

Yöntem

WS’ye bağlı kavrama gücü, ince motor beceri, görsel motor koordinasyon ve fonksiyonel yeteneklerde yetersizlik nedeniyle Pediatrik Nörolog tarafından ünitemize yönlendirilen olgu 6 hafta boyunca haftada 2 gün ergoterapiye alındı. Olgu sol dominanttı, kavrama gücü(KG) el dinamometresi ve pinçmetre(tip, üçlü ve lateral kavrama gücü) ile el fonksiyonları Minnesota El fonksiyon Testi(MEFT), görsel motor koordinasyon 9 Delikli Peg Testi(9DPT) ile değerlendirildi. MEFT’de diskleri yerleştirme(Y), çıkarma(Ç), çevirip yerleştirme(ÇY), ve bilateral yerleştirme(BY), 9DPT’de ise çubukları takma(T) ve çıkarma(Ç) süresi saniye(sn) cinsinden kaydedildi. Tüm değerlendirmeler tedavi öncesi ve sonrası olarak sağ ve sol el için uygulandı.

Bulgular

Olgunun tedavi öncesi KG sağ elde 19.66, solda 32.33, tip-KG sağda 7.33, solda 7.66, üçlü-KG sağda 1, solda 5.66, lateral-KG sağda 1, solda 3.16 kg idi. 9DPT-T sağda 31.12, solda 20.08 9DPT-Ç sağda 15.42, solda 10.28 sn idi. MEFT-Y sağda 118.09, solda 92.32, MEFT-Ç sağda 87.14, solda 76.51, MEFT-TY sağda 150.39, solda 101.32 ve MEFT-BY 114.28 sn idi. Tedavi sonrası değerleri ise KG sağ elde 25, solda 50, tip-KG sağda 20, solda 24.33, üçlü-KG sağda 8, solda 7.33, lateral-KG sağda 9.33, solda 10.33 kg idi. 9DPT-T sağda 19,14, solda 15.48, 9DPT-Ç sağda 9.36, solda 15.47 sn idi. MEFT-Y sağda 96,18, solda 78.28, MEFT-Ç sağda 68.35, solda 68.39, MEFT-TY sağda 95.28, solda 93.14 ve MEFT-BY 86.03 sn idi.

Çıkarımlar

Tedavi sonrası kavrama ve pinç gücü değerlerinde önemli artışlar, MEFT, 9DPT sürelerinde azalmalar görüldü. Olgumuzda ergoterapi eğitime geç dönemde başlanmış olmasına rağmen kısa sürede olumlu sonuçlar elde edilmiştir. WS tanılı çocukların fizyoterapi programlarına erken dönemde üst ekstremitelere yönelik ergoterapi uygulamalarının eklenmesinin bu çocukların gelişimine önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

El Rehabilitasyonu, Ergoterapi, West Sendromu



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-009

TEKSCAN KAVRAMA ÖLÇÜM SİSTEMİ'NİN (TEKSCAN GRİP MEASUREMENT SYSTEM) ÇİMDİKLEYİCİ KAVRAMA DEĞERLENDİRMESİNDE KULLANIMI: PİLOT ÇALIŞMA

Ciğdem Öksüz¹, Burcu Semin Akel¹, Orkun Tahir Aran², Tülin Düger¹

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü, Ankara

Amaç

Çalışmamızın amacı Tekscan kavrama ölçüm sisteminin (Tekscan grip measurement system) çimdikleyici ve üçlü kavrama analizi sırasında kullanım avantaj ve dezavantajlarını vermek ve analiz sonuçlarını bir pilot çalışma ile sunmaktır.

Metod

Araştırmamıza 26-35 yaşları arasında dominant tarafı sağ olan 5 sağlıklı gönüllü katıldı. Olgulara değerlendirme öncesinde örnek obje üzerinde çimdikleyici ve üçlü kavrama gösterildi, daha sonra olgulardan objeleri dominant el ile fazla kuvvet uygulamadan, gösterilen şekilde 8 sn tutması ve bırakması istendi. Kavrama sırasında elin temas alanları ve oluşturduğu basınç kuvveti Tekscan kavrama ölçüm sistemi ile değerlendirildi. Bu sistem, bilgisayara bağlanan ve elde her bir falanks ve palmar yüze eldiven ile tespit edilen toplam 320 sensor den oluşmaktadır. Elin objeye uyguladığı basınç miktarı g/cm2 cinsinden kaydedildi.

Sonuçlar

Sistemin çimdikleyici kavrama kuvveti ölçümü sırasında bazı zorluklar ortaya koyduğu tespit edilmiştir. Ölçüm sırasında kalibrasyon problemi yaşanmış, kullanılan eldivenin objelerin kavranması sırasında tam teması engellediği görülmüştür. Buna rağmen bu kavramalar sırasında ölçülen kuvvet miktarı objektif sonuçlar ortaya koymuştur. Sonuçlara göre ikinci parmağın distal falanksında oluşan kuvvet miktarı diğer parmakların distal falanksında oluşan kuvvet miktarından fazla bulunmuştur. Çimdikleyici kavramada birim alana düşen yük miktarının ikinci parmağın distal falanksında birinci parmağın distal falanksına oranla 1.5 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Üçlü kavramada ise ikinci parmağın distal falanksında birim alana düşen yük miktarının birinci parmağa oranla 1,7 kat, üçüncü parmağa oranla ise 3,1 kat daha fazla olduğu ölçülmüştür.

Tartışma: Çalışmamız ince becerilerde kullanılan çimdikleyici kavramanın bu sistem ile analizin zorluk ve kolaylıklarını yansıtmaktadır. Pilot çalışma sonucumuz ikinci parmağın distal falanksının kavrama paternindeki etkisini ortaya koymaktadır. Farklı kavrama paternlerinin bir çok olguda daha objektif değerlendirildiği çalışmalar ile kavrama paternlerinin ayrıntılı olarak analiz edilmesi iyileştirici ve kompensatuar yönde tedavi stratejileri oluşturma ve ergonomik araç tasarımı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler

Çimdikleyici ve üçlü kavrama, kavrama analizi, Tekscan kavrama ölçüm sistemi



FP-010

EL VE ÖNKOL YARALANMALARINDA YARALANMA CİDDİYETİ İLE İŞE GERİ DÖNÜŞ, BOZUKLUK, AKTİVİTE VE KATILIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Negihan Çakır¹, Ali Kitiş¹, Dilek Bağdatlı², Nihal Büker¹

¹Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Denizli

Amaç

Önkol ve el yaralanmaları işle ilişkili özlün temel nedenidir. Bu çalışma el ve önkol yaralanmaları sonrası hastaların yaralanma ciddiyetleri ile işe geri dönüş süresi, aktivite ve katılım düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmaya yaş ortalamaları $33 \pm 10,14$ yıl (18-61 yıl) olan el ve önkol yaralanması geçirmiş toplam 30 hasta dahil edilmiştir. El veya önkol yaralanması geçirmiş hastalarda cerrahi sonrası yaralanan vücut yapıları göz önüne alınarak Modifiye El ve Önkol Yaralanması Ciddiyet Skorlaması (MEYCS) ile yaralanma ciddiyeti belirlenmiştir. Daha sonra hastalar yaralanan vücut yapılarına uygun rehabilitasyon programına alınmıştır. Yaralanmadan sonra 8.haftada Jebsen El Fonksiyon Testi (JEFT) ve Buck-Gramko skorlaması uygulanmıştır. Yaşam kalitesi yaralanma sonrası 12. haftada Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Formu-36 (KF-36) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca bozukluk/semptom skorunun değerlendirilmesi için yaralanma sonrası 12. haftada Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi'nin Türkçe versiyonu (DASH-T) ve kavrama kuvveti ölçümü yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların işe geri dönüş süreleri de kaydedilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmanın sonunda el ve önkol yaralanması geçirmiş hastalarda işe MEYCS ile işe hastaların eski işlerine geri dönüş süresi, kavrama kuvveti değerleri, DASH-T skorları ve Buck Gramko skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir ($p \leq 0,05$). Bunun yanında hastaların MEYCS ile KF-36 skoru ve JEFT arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p > 0,05$). Çalışma sonuçlarına göre hastaların DASH skoru ile KF-36 anketinin 6 alt başlığında (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ruhsal rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon düzeyi, genel sağlık düzeyi ve ağrı düzeyi) arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Hastalar UFÖSS sistemine göre değerlendirildiğinde; vücut işlevleri bölümünde vücut yapı ve fonksiyonları ($1,86 \pm 1,47$), aktivite bölümünde ise yazı yazmada ($2,06 \pm 1,50$) en yüksek bozukluk düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.

Çıkarımlar

El ve önkol yaralanmalarında yaralanma ciddiyet düzeyinin yüksek olması aktiviteye geri dönüşü, katılımı ve işe geri dönüşü geciktirir.

Anahtar Kelimeler

El ve Önkol yaralanması, yaralanma ciddiyeti, aktivite ve katılım



FP-011

OBSTETRİK BRAKİAL PLEKSUS'LU OLGULARDA ÜST EKSTREMİTENİN FONKSİYONEL DURUMU İLE ANNELERİNİN DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep Hoşbay Yıldırım¹, Ela Tarakcı², Atakan Aydın¹, Celal Metin Erer¹

¹İstanbul Tıp Fakültesi, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Amaç

Çalışmanın amacı obstetrik brakial pleksus tanısı ile takip edilen olgularda üst ekstremitenin fonksiyonel durumu belirlemek ve olguların annelerindeki depresyon düzeyi ile ilişkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem

Çalışmaya obstetrik brakial pleksus tanısı ile takip edilen, son 6 ay içinde operasyon geçirmemiş, kooperasyonu iyi, 4 – 8 yaş arasındaki 19 olgu dahil edildi. Olguların üst ekstremiten fonksiyonu Üst Ekstremitenin Beceri Kalitesi Testi (QUEST) ve El Beceri Sınıflama Sistemi (MACS), annelerin depresyon düzeyi ise Beck Depresyon İndeksi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS 15.0'da yapıldı. Ortalama değerler One-sample t test, parametreler arası ilişkiler ise Spearman Korelasyon testi ile yapıldı.

Bulgular

Olguların 7'si kız, 12'si erkekti. 12'sinin sağ, 7'sinin ise sol ekstremitesi etkilenmişti. Yaş ortalamaları 6.42 ± 2.03 yılı. QUEST Total puan ortalaması 83.55 ± 17.46 , MAC ortalaması 2.52 ± 0.90 , Beck Depresyon puanı ortalaması ise 9.73 ± 8.60 idi. Olguların üst ekstremiten fonksiyonları ile annelerinin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. QUEST Total- Beck Depresyon $r = -0.01$ $p = 0.94$, MAC- Beck Depresyon $r = -0.04$ $p = 0.85$.

Tartışma ve Sonuç: Olguların üst ekstremitelerinin fonksiyonel durumu ile annelerindeki depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasını olgu sayısının az olması, olguların tutulum tiplerine göre ayrılmamış olması ve sosyoekonomik faktörlerden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Olgu sayısı artırılarak gerçekleştirilecek ayrıntılı değerlendirmelerin daha iyi yol gösterici olacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler

Brakial Pleksus, Depresyon, MAC, QUEST



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-012

FARKLI ÜST EKSTREMİTE YARALANMALARINDA EL FONKSİYON TESTİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Burcu Semin Ake¹, Çiğdem Öksüz¹, Orkun Tahir Aran²

¹Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve rehabilitasyon Bölümü, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara

Amaç

Bu çalışmanın amacı üst ekstremitelerde yaralanması sonrası etkilenen elin fonksiyonel kullanım hızını Jebsen el fonksiyon testi ile belirleyerek, yaralanmalar arası farklılıkları karşılaştırmaktır. Yöntem: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Mesleki Rehabilitasyon ünitesine tedavi amacıyla yönlendirilen üst ekstremitelerde yaralanması olan 196 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 59'u radius distal uç kırığı, 48'i falanks kırığı, 45'i karpal tünel sendromu, 42'si lateral epikondilit tanısına sahip idi. Çalışmaya sinir veya tendon kesisi, elde duyuyu etkileyecek yaralanması, refleks sempatik distrofisi, açık yarası ve kavramayı etkileyecek limitasyonu olan hastalar dahil edilmedi. Hastalara tedaviye başladıktan 1 hafta sonra Jebsen el fonksiyon testinin 5 parametresi (cümle yazmak, 4 küp üst üste dizmek, yemek yemek, sayfa çevirmek, küçük cisim toplamak) uygulandı. Yaralanmalar arası karşılaştırmalar student t test ile yapıldı. Sonuçlar: Küçük cisim toplamak dışında diğer parametrelerde en düşük skor radius kırığı olan hastalarda tespit edildi. Cisim toplamakta ise en kötü sonuçlar karpal tünel sendromu olan hastalara ait bulundu. Grupların 4 küp üst üste dizmek ($p>0,05$) ve yemek yemek ($p>0,05$) dışında diğer parametre sonuçları istatistiksel açıdan farklı bulundu ($p<0,05$). Bu fark radius kırığı ve karpal tünel sendromu olan hastalardan kaynaklanmaktaydı. Tartışma: Elin fonksiyonel olarak hızlı kullanılabilmesi aktivite kalitesini etkileyeceğinden değerlendirilmesinin önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın sonucunda Jebsen el fonksiyon testinin farklı parametrelerle, farklı yaralanmalarda limitasyon gösterebildiğini görmekteyiz. Bu testin ortopedik el yaralanmaları sonrası klinik bilgi vermesi açısından kullanımı tavsiye edilebilir.

Anahtar Kelimeler

Jebsen El fonksiyon testi, hız, üst ekstremiteler



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



FP-013

VAKA RAPORU: BARPARMAK AMPUTASYONU SONRASI PREOPERATİF DÖNEM PROTEZ VE ERGOTERAPİ EĞİTİMİNİN SONUÇLARI

Orkun Tahir Aran¹, Çiğdem Öksüz², Burcu Semin Akel², Çiğdem Ayhan², Semra Şahin²

¹Hacettepe Üniversitesi, Sağlık bilimleri fakültesi, Ergoterapi bölümü, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık bilimleri fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümü, Ankara

Amaç

Baş parmak amputasyonu olan bir vakada uygulanan protez ve ergoterapi eğitiminin sonuçlarını vermektir.

Metod

İş kazası sonucu sağ el baş parmak travmatik amputasyonu olan 50 yaşında olgu, Mayıs 2012'de toe to thumb cerrahisi düşünülerek el fonksiyonlarının değerlendirilmesi üzere Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'ne yönlendirildi. Değerlendirme sırasında hastaya Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand Questionnaire, DASH-T) ve Kanada Rol Performans Ölçümü (Canadian Occupation Performance Measure-COPM) uygulandı. Hastanın en çok kullandığı ve problem yaşadığı kavramaların analizi yapıldı. Ayrıca sözel görüşme sırasında elinin dış görünüşünden rahatsız olduğunu ve elini saklama ihtiyacı hissettiğini bildiren hastada rahatsızlık şiddeti Görsel Analog Skalası (GAS)'na göre belirlendi. Değerlendirme sonrası tespit edilen kavrama problemleri, aktivite performans kısıtlılığı ve kişinin el görüntüsünden rahatsızlığından dolayı kişiye özel baş parmak protezi uygulandı. Protezle beraber aktivite eğitimi, duyu eğitimi ve yeniden öğrenmeyi içeren ergoterapi eğitiminin yanında germe ve kuvvetlendirme egzersizleri ve kavrama eğitiminden oluşan ev programı verildi.

Sonuç

COPM değerlendirmesine göre kişi için önemli aktiviteler sırasıyla evde tamir işleri yapmak, sanayi işine devam etmek, yazı yazmaktır. Bu aktivitelerin performans puanları ve tatmin puanları hasta tarafından 0 olarak belirtildi. Müdahale sonunda performans skorunun 3; tatmin puanının ise 5'e yükseldiği bulundu. Eğitim sonucunda DASH-T hasta skoru 52,5'den 47,5'e düşerken; protez uygulaması sonrası terapist öngörüsünü değerlendirmek için yapılan DASH-T skorunun 31,6 olduğu bulundu. GAS'a göre rahatsızlık şiddetinin ise 8'den 4'e düştüğü belirtildi. Ayrıca hastanın protez uygulaması öncesi gerçekleştiremediği standart, pinch, tripod ve lateral kavramaları uygulama sonrasında gerçekleştirilebildi.

Tartışma

Başparmak amputasyonu ile preoperatif dönemde gelen hastaya duyu girdisi ile beraber kortikal plastisite sağlamak, dış görünüş kaynaklı rahatsızlığı azaltmak, günlük yaşam aktivitelerine destek olmak amaçlı yapılan kişiye özel protez ve ergoterapi eğitimi ile kişinin memnuniyetinin arttığı, günlük yaşam içerisinde etkilenmiş elini daha etkin kullandığı görüldü. Amputasyon sonrası toe-to-thumb cerrahisi düşünülen hastalarda preoperatif yapılacak yaklaşımların cerrahinin başarısını ve hastanın tatmin düzeyini artıracakı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Amputasyon, ergoterapi, el rehabilitasyonu



FP-014

ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİ UYGULANAN HASTALARIN FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

Yüksel Ersoy¹, Kadir Ertem²

¹İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, FTR AD, MALATYA

²İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ AD, MALATYA

Amaç

Anterior glenohumeral ekleminin kronik instabilitesi tedavisinde altın standart olarak kabul edilen Bankart tamiri uyguladığımız anterior omuz instabiliteli hastalarımızda erken-orta dönem sonuçların değerlendirilmesi.

Yöntem

Nisan 2011-Nisan 2012 döneminde anterior omuz instabilitesi tanısıyla artroskopik Bankart tamiri girişimi uygulanan 11 hasta değerlendirilmiştir. Operasyon öncesi tüm hastalara manyetik rezonans görüntüleme tetkiki yapıldı. Fonksiyonel sonuçlar, Constant Skoruması ile değerlendirildi.

Bulgular: 9'u erkek, 2'si kadın olmak üzere (29.2 ± 7.4 yıl, 20-44 yıl) 11 hastanın ortalama takip süresi 155.0 gün idi (53-364 gün). İlk çıkık ile cerrahi girişim arasında geçen ortalama sürenin 5 yıl 7 ay ve ortalama çıkık sayısının 7 olduğu saptandı. Hiçbir hastada rekürrens veya herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Bankart skoru 6 olguda mükemmel, 2 olguda iyi, 2 olguda orta ve 1 olguda ise kötü olarak değerlendirildi. Hiçbir olguda 30 dereceyi aşan iç/dış rotasyon kısıtlılığı saptanmadı.

Çıkarımlar

Erken dönemdeki olgularda fonksiyonel skorların daha düşük olmasına rağmen, orta-uzun dönemdeki olgularda yüz güldürücü skorların elde edilmiş olması, artroskopik yöntemle uygulanan Bankart tamirinin, omuz çıkığı vaklarının tedavisinde uygun bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler

Bankart, omuz, çıkık, tedavi



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



STAND PLANLARI



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



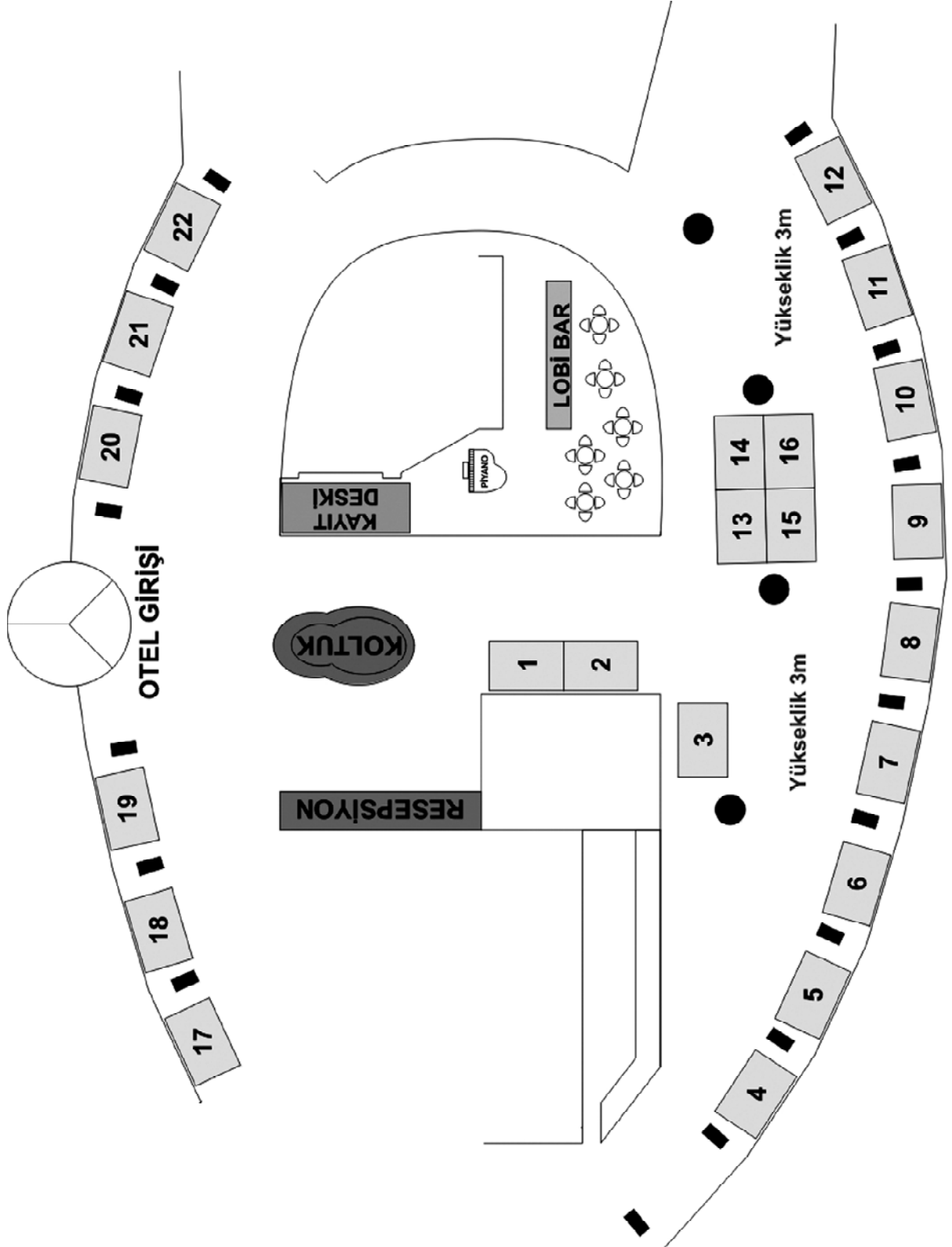


13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





***Kongremize katkılarından dolayı
tüm katılımcı firmalara teşekkür ederiz.***

FİRMA İSİMLERİ

STAND SEÇİMİ

Gaziantep Büyükşehir Belediyesi	20
Sanko Holding	21
Boehringer – Ingelheim	1,2
Gentek	13,14
İlerimed	3
3Teks	15
Bayer	8
Optronik	16
Synthes	11
Biomet	9
Major Medikal	7
Zimmer	12
Zimed	10
Kronik Yara	6
Famet	5
Sedam Medikal	19



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



INDEX



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ
2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ
23-26 Mayıs 2012
DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ





13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



A		B	
A. Kadir Bacakoğlu	21,50	Bilal Demir	41,82
Abdulkadir Bircan	100	Bircan Yücekaya	165
Adem Topkara	88	Bora Bostan	37,95,121
Adnan Kara	55,101,113,140	Burak Kaymaz	122
Ahmet Akatekin	59,69,71,92	Burcu Semin Akel	156,171,174,175
Ahmet Atilla Abdioğlu	46,48	Burçin Tuna	50
Ahmet Güney	119,134	Burkay Kaçıra	28
Ahmet Murat Aksakal	31	Burkay Kutluhan Kaçıra	64,83
Ahmet Özgür Yıldırım	131	Bülent Avcu	31
Ahmet Salduz	58,60	Bülent Erol	39
Ahmet Utku Gürün	41		
Akın Savaş Toklu	79	C	
Aksel Seyahi	154	Cahit Emre Can	125
Ali Akın Uğraş	73,80	Celal Metin Erer	79,173
Ali Aydın	125	Cem Aslan	111
Ali Güleç	28,64,83	Cem Zeki Esenyel	24
Ali İhsan Tuğrul	112	Cemal Kural	72
Ali Kitiş	149,157,158,163,169,172	Cemil Yıldırım Türk	119,134
		Cengiz Işık	57,139
Ali Nihat Erdoğan	134	Cengizhan Kurt	26
Ali Şeker	55,101,113	Cenk Melikoğlu	90,97,111
Ali Turgut	31	Cenk Özkan	85
Alp Akman	104,135	Cihangir Tetik	19,22,39,65
Alpaslan Öztürk	31	Coşkun Özer	130
Arel Gereli	33,34,35,42	Cüneyt Mirzanlı	24
Arif Turkmen	29,43,61,66,76,81		
Atakan Aydın	30,97,173	Ç	
Ayçiçek Çardak	47	Çağdaş Yörükoğlu	51,104,135
Aydın Erdemir	90	Çetin Duygu	72,117,138
Aydın Yücetürk	38	Çiğdem Ayhan	175
Aygün Yörükoğlu	104	Çiğdem Bircan	21
Ayhan Mehtab	155	Çiğdem Öksüz	149,156,171,174,175
Ayhan Sönmez	75		
Aykut Özpür	123	D	
Ayla Günal	155	Deran Oskay	153,159
Azimet Özdemir	138	Dilek Bağdatlı	163,172
		Dilşad Amanvermez	110
B		Şenarslan	
Bahattin Kerem Aydın	77,91,100,112,128		
Bakytbek Kerekulov	40		
Barış Keklik	90,97,111		
Barış Kocaoğlu	33,35,42		
Barış Yiğit	108,120		
Berkan Mersa	30		



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



E		G	
Eftal Güdemez	154	Gaye Taylan Filinte	47
Egemen Altan	74,77,91,100,112,128	Gazi Huri	85
Ela Tarakcı	149,170,173	Gökhan Çakmak	86,106
Elif Çamcı	153	Gökhan Meriç	21,50
Emine Ayla Gökçe	29,61,76	Gül Baltacı	153
Emine Zeynep Tarini	111	Gülçin Nujen	47
Emrah Çalışkan	39	Gürsel Saka	53,94,127,132
Emre Bal	22		
Emre Ergen	23,87,109	H	
Emre Gönenç Baygöl	117	Hacı Bayram Tosun	54,115
Emre Hocaoglu	93	Hakan Başar	19,22
Emre Yurdakul	116	Hakan Gündüz	166
Engin Eceviz	52,102	Hakan Şenaran	74,77,91,100,112,128
Engin Kesgin	54	Hakan Şimşek	62
Eray Kılınç	140	Haldun Topgöl	44
Erdem Güven	79	Halil Gökçe	54
Erdem Özden	41,82	Halil İbrahim Bekler	52,102
Erdoğan Kavlak	169	Haluk Çelik	55,101,113
Eren Cansü	27,39,84	Harun Kütahya	28,64,83
Erhan Bayram	73,80	Hasan Atacan Tonak	158
Erhan Coşkunol	20,26,50	Hasan Kütükoğlu	29,43,81
Erkal Bilgiç	37,95,121	Hasan Metineren	28
Esra Başar Gürsoy	98	Hasan Turğut	45,49,56,62,63
Esra Demirel	94	Hayati Durmaz	58,60
Ethem Güneren	72,99,117,123	Hayati Öztürk	57,78,110,118,136,139
F		Hüseyin Bayram	54
Fahir Demirkan	51,104,135,168	Hüseyin Günay	20,36
Faruk Akyıldız	45,49,56,62,63	Hüsrev Purisa	30
Fatih Kabakas	30		
Fatih Parmaksızoglu	27,84	İ	
Fatih Durgut	74	İbrahim Deniz Canbeyli	86
Fatmanur Karaköse	98	İbrahim Halil Kafadar	119,134
Ferda Bir	104,135	İbrahim Kafadar	116
Ferhat Taş	37,95,121	İbrahim Karaman	119,134
Fevzi Birişik	58	İbrahim Kaya	73,80
Fikret Eren	111	İbrahim Kurt	126
Fikri Ak	124	İbrahim Sungur	73,80
Filiz Altuğ	169	İlker Ganai	124
Fuat Akpınar	53,94,127,130,132	İnci Gökalan Kara	157,163
Fusun Şahin	51,88,168	İrem Düzgün	153



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



İ		M	
İrfan Öztürk	55,101,113,140	Mehmet Kezer	52,102
İslam Çalışkan	19	Mehmet Koray Çelebi	43,61,81
İsmail Bülent Özçelik	30	Mehmet Mesut Sönmez	155,140
İsmail Ceylan	167	Mehmet Nuri Konya	105
İsmail Karasoy	124,137	Mehmet Şükrü Şahin	86,106
İsmail Melih Kuzu	98	Mehmet Veli Karaaltın	72,123,138
İsmet Tan	85	Mehmet Yıldız	46,48
		Mehtap Karamişe	59,69,71,92
K		Meriç Uğurlar	130
Kaan Gürbüz	116	Mert Karaduman	32
Kadir Ertem	23,44,87,89,109,176	Mert Kumbaracı	26,36
Kahraman Öztürk	24,41,82	Mesih Kuşkucu	49
Kemal Özaksar	25,40	Mete Edizer	75
Kemalettin Yıldız	72,99,117,123,138	Metehan Özen	23,87,89
Kerim Öner	48	Metin Akıncı	124,131,137
Kubilay Ersin Türkmen	46,48	Metin Türkmen	33,35,42
Kutsi Tuncer	125	Metin Uzun	65
		Mithat Öner	116,119
L		Murat Baloğlu	115
Levent Karapınar	26,36	Murat Demiroğlu	41
Levent Küçük	20,26,36,40,50	Murat İpteç	125
Levent Yalçın	96	Murat Kayalar	25
		Murat Korkmaz	58,60,110,118
M		Murat Oto	104,135
Mahir Mahiroğulları	45,49,56,62	Murat Özcan	46
Mahmut Ercan Çetinus	73,80	Murat Özşahin	52
Malik Abacı	59,69,71,92	Murat Sinan Engin	75
Mechmet İmam	127	Murat Topal	125
Mehmet Ali Acar	74,77,91,100,112,128	Murat Üzel	126,133
Mehmet Ali Deveci	85	Murat Yılmaz	80
Mehmet Ali Ekici	118	Mustafa Aykut Özpür	117
Mehmet Arıcan	114	Mustafa Can Kılıç	158
Mehmet Armangil	32	Mustafa Faik Seçkin	113
Mehmet Bekir Ünal	27,84	Mustafa Karahan	34
Mehmet Cengiz Çepoğlu	118	Mustafa Karakaplan	23,44,89,109
Mehmet Eroğlu	108,120,122	Mustafa Nihat Koç	29,43,61,66,76,81
Mehmet Ersin Gönüllü	47	Mustafa Özşahin	114
Mehmet Fatih Korkmaz	87	Mustafa Sütçü	90,97,111
Mehmet Karakuyu	131,137	Mustafa Uslu	114
		Mustafa Uzan	155
		Mustafa Yel	64,83
		Muzaffer Durmuş	107
		Müyesser Cavlak	166

**13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ****2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ**

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



N		R	
Namık Şahin	31	Reşit Burak Kayan	98,99,117,123
Nazım Karalezli	70	Reşit Sevimli	133
Necdet Sağlam	53,94,127,130,132	Ruhat Tanlı	52,102
Necmettin Turgut	60		
Negihan Çakır	172	S-Ş	
Nihal Büker	169,172	Saffet Ulutaş	43,66,76
Nilgün Şimşir Atalay	168	Saime Nilay Baydoğan	170
Nuray Akkaya	51,88,168	Sancar Serbest	54,115
Nuray Can	97	Sebahat Yaprak Ülgen	163
O		Seçil Sezgin Sakızlıoğlu	82
Oğuz Özdemir	36,40	Sedat Yeniocak	53,94,130,132
Oğuzhan Gökarp	51	Sefa Kılıç	85
Okan Aslantürk	87,109	Selahattin Özyürek	45,56,62,63
Okay Bulut	78	Selami Çakmak	45,63
Onur Akman	98	Selçuk Yalçınkaya	40
Onur Başçı	39	Selim Mahmut Günay	155
Onur Bilge	28,64,83	Selim Safalı	77
Orçun Toktaş	137	Selma Eroğlu	122
Orhan Balta	37,95,121	Selma Sönmez Ergün	98,99,138
Orkun Tahir Aran	156,171,174,175	Selmin Gülhabar	21
Osman Rodop	63	Semih Akkaya	51,168
Oytun Erbaş	20	Semih Ayanoğlu	24
Ö		Semra Şahin	175
Ökkeş Bilal	119,134	Serdar Toker	28,64,83
Ömer Berberoğlu	29,61,66,76,81	Serdar Tunçer	96,103,129
Ömer Berköz	79,93	Serhan Tuncer	159
Ömer Erçetin	167	Serhat Yıldırım	164
Ömer Faruk Erkoçak	74,77,91,100,112,128	Serkan Uludağ	154
Ömer Sofulu	39	Seyfi Gündüz Tezeren	78
Ömer Sunkar Biçer	70,85	Seyfullah Doğan	44
Önder Murat	58,60	Sırrı Sinan Bilgin	32
Hürmeydan		Sibel Cömert Ece	154
Özge Karadeniz	157,158	Süheyla Aliustaoğlu	24
Özgür Doğan	124	Şükrü Yıldırım	107
Özhan Pazarcı	78	T	
Özlem El	21	Tahir Sadık Sügün	25
R		Taner Güneş	37,95,121
Ramazan Erden Ertürer	55,101,140	Tarkan Ergün	106
Ramazan Hakan Özcan	88,157,163,168	Tayfun Aköz	47
		Timur Yıldırım	105
		Tolga Kaplan	19



13. ULUSAL EL ve ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ KONGRESİ

2. ULUSAL EL REHABİLİTASYONU KONGRESİ

23-26 Mayıs 2012

DEDEMAN GAZİANTEP HOTEL & KONGRE MERKEZİ



T		Y	
Tugay Tipi	125	Yalçın Ademoğlu	25
Tuğba Gün	59,69,71,92	Yaprak Ataker	149,154
Tuhan Kurtulmuş	53,94,127,132	Yavuz Geçer	114
Tulgar Toros	25	Yener İnce	27
Tunç Cevat Öğün	164	Yeşim Sücüllü Karadağ	124
Tülin Düger	171	Yeşim Uzun	164
Türker Özkan	93	Yiğit Erdağ	52,102
		Yunus Doğan	93
U		Yunus İmren	24
Ufuk Nalbantoğlu	33,34,35,42	Yunus Kırac	91
Uğur Cavlak	169	Yusuf Alper Katı	137
Uğur Karapınar	107	Yusuf Gürbüz	25,40
Ulaş Öztürk	127,130	Yüksel Ersoy	176
Umut Akgün	34	Yüksel Özkan	31
Umut Hatay Gölge	57,139		
		Z	
Ü		Zekeriya Öztemur	78
Ümit Selçuk Aykut	82	Zekeriya Tosun	59,69,71,92
Ümit Yar	164	Zeki Yaşar	108,120
Ünal Erkorkmaz	37	Zeliha Başkurt	155,165
Üzeyir Tırmık	45,56,62	Zeynep Hoşbay Yıldırım	79,173
		Zeynep Tuna	159
V			
Vildan Avkan Oğuz	50		
Volkan Erğan	22		
Volkan Güneyli	139		

This image shows a full page of a handwriting practice worksheet. It consists of multiple rows of horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no other markings or text present.

[illegible]

[illegible]

www.turkelkongre2012.com



Türk El ve Üst Ekstremité Cerrahisi Derneği

El Terapistleri Derneği

