Bölüm
115

SIK GÖRÜLEN ÜST EKSTREMİTE KIRIKLARI YÖNETİMİ

Okan ASLANTÜRK[1]
Emre ERGEN[2]

GİRİŞ

Üst ekstremite kırıkları erişkinlerde daha çok spor yaralanmaları ya da yüksek enerjili travmalar sonucu görülürken, yaşlılarda genellikle düşük enerjili travmalar sonucunda görülmektedir. Bu yaralanmaların tedavisi eşlik eden yaralanmalar, hastanın genel durumu, hastanın yaşı, yumuşak dokuların durumları göz önüne alınarak yapılmalıdır.

Üst ekstremite kırıklarında ilk muayene sırasında hastanın nörolojik ve vasküler muayenesi mutlaka yapılmalı ve daha sonra medikolegal sorunlar yaşamamak için hastanın kayıtlarına eklenmelidir. Yapılan fizik muayene ve uygun radyolojik incelemeler sonucunda kırık tedavi ek faktörlerde (hastanın yaşı, eşlik eden kırıklar vb.) göz önüne alınarak hastaya en uygun tedavi seçilmelidir. Bizde bu bölümde üst ekstremite kırıklarını ve bu kırıkların tedavilerine yaklaşımdan kısaca bahsedeceğiz.

KLAVİKULA KIRIKLARI

Klavikula kırıkları, erişkinlerde tüm kırıkların yaklaşık %2-5'ini oluşturmaktadır.[1] Cerrahi tedavi sonrası yüksek kaynamama oranları nedeniyle genellikle konservatif tedavi ilk sırada tercih edilen tedavi yöntemidir.[2] Kaynamama ihtimali yüksek olan belli risk gruplarındaki kırıklarda ilk sırada cerrahi tedavi düşünülebilir. Bu riskler 1,5-2 cm'den daha fazla deplase kırıklar, kadın cinsiyet, parçalı kırıklar, ileri yaş, ilk travmanın şiddetli olması olarak bildirilmiştir.[3]

Konservatif tedavide klavikula 8 bandajı ya da omuz kol askısı kullanılabilir. Yaklaşık 6 hafta süre ile bu kırıklar korunmalıdır. İmmobilizasyon sonrası fizik tedavi ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir.[2-3] Ayrıca bu hastalar kontak sporlardan 6 ay süre ile uzak durmalıdırlar.

Cerrahi tedavide ise tespit plak vida ya da intramedüller pinler ile yapılabilir. Ancak cerrahi sırasında klavikula altında bulunan damar-sinir paketini korumaya özen gösterilmelidir.

Humerus Kırıkları

Humerus kırıklarına ve tedavisine yaklaşım kırığın yerleşim yeri, eşlik eden yaralanmalar, hastanın yaşı ve genel durumuna göre farklılık göstermektedir.

Proksimal humerus kırıkları (Şekil 1) tüm erişkin kırıklarının %5'ini oluşturmaktadır.[4] Yaşlı hastalarda genellikle düşük enerjili travmalar sonucunda görülmektedir. Minimal deplase ve stabil olan bu osteoporotik kırıklarda konservatif tedavi ile genellikle tatminkar sonuçlar alınmaktadır.[5] Proksimal humerus kırıklarının yaklaşık 5'de 1'inde cerrahi tedavi gerekmektedir.[6]

Yaşlı, fonksiyonel beklentisi yüksek olmayan hastalarda, stabil kırıklarda konservatif tedavi tercih edilmektedir.[7] Ancak fonksiyonel beklentisi yüksek, deplase, instabil kırıklarda cerrahi tedavi tercih edilmektedir.[7] Cerrahi tedavide hastanın

[1] Uzman Doktor, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, okaslanturk@hotmail.com
[2] Doktor Öğretim Üyesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, emreergen99@hotmail.com

Karpal Kırıklar

Karpal kemik kırıklarının %60'ını skafoid kırıkları oluşturmaktadır.[30] Deplase olmamış skafoid kırıklarında breys ya da alçı ile konservatif tedavi denenebilir. Tüm skafoid kırıklarında %5-12 arasında kaynamama riski mevcuttur. Skafoid kırıklarının cerrahi tedavisinde ise floroskopi eşliğinde kapalı redüksiyon ile pinleme ya da kanüllü başsız vidalar ile tespit kullanılmaktadır.[31]

Metakarpal Kırıklar

Metakarp kırıkları içerisinde en sık 5. metakarp kırığı görülmektedir (Şekil 6).[32] Metakarp kırıklarının çoğunluğu konservatif olarak tedavi edilebilmektedir. Özellikle 5. metakarp boyun kırıklarında 40-50 dereceye kadar açılanmaların takiplerde hastaya fonksiyonel olarak sorun oluşturmadığı bildirilmiştir.[32]



Şekil 6 Distal 5. metakarp kırığı

SONUÇ

Sonuç olarak üst ekstremite kırıklarında tedavi hastanın yaşı, fonksiyonel durumu, eşlik eden hastalık veya kırıklar, yumuşak doku travması gibi birçok faktöre göre belirlenmektedir. Hastaya uygulanacak tedavi hastayla iyice tartışılmalı ve oluşabilecek komplikasyonlar hakkında hasta bilgilendirilmedir. Uygun hastalarda birçok üst ekstremite kırığı cerrahi dışı konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Konservatif cerrahiye uygun olmayan hastalarda kırığın yerleşimine, hastanın kemik kalitesine, enfeksiyon durumuna, yumuşak dokuların durumuna, tedavi eden cerrahın tecrübe ve tercihlerine göre farklı cerrahi yöntemler ile tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler : Üst ekstremite, kırık, yönetim

Kaynaklar

1. Postacchini F, Gumina S, De Santis P, Albo F. Epidemiology of clavicle fractures. J Shoulder Elbow Surg 2002;11:452-6. doi:10.1067/ mse.2002.126613
2. van der Meijden OA, Gaskill TR, Millett PJ. Treatment of clavicle fractures: current concepts review. J Shoulder Elbow Surg 2012;21: 423-9. http://dx.doi.org/10.1016/j.jse.2011.08.053
3. Martetschlager F, Gaskill TR, Millett PJ. Management of clavicle nonunion and malunion. J Shoulder Elbow Surg. 2013;22:862–8.
4. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. Injury 2006;37:691-7.
5. Court-Brown CM, Garg A, McQueen MM. The epidemiology of proximal humeral fractures. Acta Orthop Scand 2001;72:365-71.
6. Neer CS 2nd. Displaced proximal humeral fractures. I: classification and evaluation. J Bone Joint Surg [Am] 1970;52-A:1077-89.
7. Murray IR, Amin AK, White TO, Robinson CM. Proximal humeral fractures: current concepts in classification, treatment and outcomes. J Bone Joint Surg Br. 2011;93:1–11
8. Walker M, Palumbo B, Badman B, Brooks J, Van Gelderen J, Mighell M. Humeral shaft fractures: a review. J Shoulder Elbow Surg. 2011;20(5):833–44.
9. Sarmiento A, Zagorski J, Zych G, Latta L, Capps C. Functional bracing for the treatment of fractures of the humeral diaphysis. J Bone Joint Surg Am 2000;82:478-86
10. Brien W, Gellman H, Becker V, Garland D, Waters R, Wiss D. Management of fractures of the humerus in patients who have an injury of the ipsilateral brachial plexus. J Bone Joint Surg Am 1990; 57:1208-10
11. Rogers J, Bennett J, Tullos H. Management of concomitant ipsilateral fractures of the humerus and forearm. J Bone Joint Surg Am 1984;66: 552-6
12. Rutgers M, Ring D. Treatment of diaphyseal fractures of the humerus using a functional brace. J Orthop Trauma 2006;20:597-601. doi:10. 1097/01.bot.0000249423.48074.82
13. Frankle MA, Herscovici D Jr, DiPasquale TG, Vasey MB, Sanders RW. A comparison of open reduction and internal fixation and primary total elbow arthroplasty in the treatment of intraarticular distal humerus fractures in women older than age 65. J Orthop Trauma 2003; 17(7): 473-80.
14. Srinivasan K, Agarwal M, Matthews SJ, Giannoudis PV. Fractures of the distal humerus in the elderly: Is internal fixation the treatment of choice? Clin Orthop Relat Res 2005; (434): 222-30
15. Fornasiéri C, Staub C, Tourné Y, Rumelhart C, Saragaglia D. Biomechanical comparative study of three types of osteosynthesis in the treatment of supra and intercondylar fractures of the humerus in adults. Rev Chir Orthop Repar Appar Mot 1997; 83(3): 237-42.
16. Kodde IF, Kaas L, Flipsen M, van den Bekerom MP, Eygendaal D. Current concepts in the management of radial head fractures. World J Orthop. 2015 Dec 18;6(11):954-60.

17. Smits AJ, Giannakopoulos GF, Zuidema WP. Long-term results and treatment modalities of conservatively treated Broberg-Morrey type 1 radial head fractures. Injury. 2014;45:1564–1568
18. Yoon A, King GJ, Grewal R. Is ORIF superior to nonoperative treatment in isolated displaced partial articular fractures of the radial head? Clin Orthop Relat Res. 2014;472:2105–2112.
19. Antuna SA, Sanchez-M´arquez JM, Barco R. Long-term results of radial head resection following isolated radial head fractures in patients younger than forty years old. J Bone Joint Surg Am. 2010 Mar;92(3):558-66.
20. Hattoma N, Rafai M, Zahar A, Largab A, Trafeh M. [Lesions of the distal radio-ulnar joint associated with isolated fractures of the radial shaft.] Acta Orthop Belg 2002;68: 476–480
21. Strehle J, Gerber C. Distal radioulnar joint function after Galeazzi fracture-dislocations treated by open reduction and internal plate fixation. Clin Orthop 1993;293:240–245
22. Jupiter J, Kellam J: Diaphyseal fractures of the forearm, in Jupiter J, Browner B, eds: Skeletal Trauma, ed 4. Philadelphia, PA, Saunders Eslevier, 2008, pp 1459-1502
23. Nellans KW, Kowalski E, Chung KC. The epidemiology of distal radius fractures. Hand Clin. 2012;28(2):113-125.
24. Mattila VM, Huttunen TT, Sillanpaa P, Niemi S, Pihlajamaki H, Kannus P. Significant change in the surgical treatment of distal radius fractures: a nationwide study between 1998 and 2008 in Finland. J Trauma 2011;71:939–942
25. Henry MH (2008) Distal radius fractures: current concepts. J Hand Surg Am 33(7):1215–1227
26. Rommens PM, Kuchle R, Schneider RU, Reuter M. Olecranon fractures in adults: factors influencing outcome. Injury 2004;35:1149–1157.
27. Duckworth AD, Clement ND, McEachan JE, White TO, Court-Brown CM, McQueen MM.Prospective randomised trial of non-operative versus operative management of olecranon fractures in the elderly. Bone Joint J 2017;99-B:964–972.
28. Duckworth AD, Clement ND, White TO, Court-Brown CM, McQueen MM. Plate versus tension-band wire fixation for olecranon fractures: a prospective randomized trial. J Bone Joint Surg Am 2017;99:1261–1273.
29. Sauder DJ, Athwal GS. Management of isolated ulnar shaft fractures. Hand Clin 2007;23:179–84.
30. Aslanturk O, Ergen E, Ozen M, Ertem K. Clinical outcomes of scaphoid nonunions treated with 1, 2 intercompartmental supraretinacular artery pedicled vascularized bone graft and compression screw. Medicine, 2017: 6(3), 427-30.
31. Gupta V, Rijal L, Jawed A. Managing scaphoid fractures. How we do it? J Clin Orthop Trauma. 2013 Mar;4(1):3-10.
32. Gudmundsen TE, Borgen L. Fractures of the fifth metacarpal. Acta Radiol. 2009;50:296–300