Bölüm
116

SIK GÖRÜLEN ALT EKSTREMİTE KIRIKLARI YÖNETİMİ

Okan ASLANTÜRK[1]
Emre ERGEN[2]

GİRİŞ

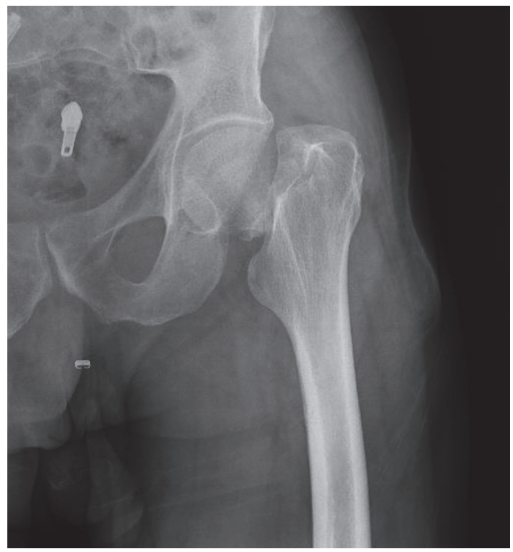
Alt ekstremite kırıkları erişkinlerde üst ekstremite kırıklarından farklı olarak kırığın yerleşimine bağlı olarak hastanın mobilizasyonunu ciddi anlamda kısıtlayabilecek kırıklardır. Alt ekstremite uzun kemik kırıkları gençlerde genellikle yüksek enerjili travmalara bağlı olarak görülmekte iken yaşlılarda ev içi düşme gibi düşük enerjili travmalara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Alt ekstremite kırıklarında da üst ekstremite kırıklarında olduğu gibi 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. Alt ekstremite kırıklarında hastanın imbolizasyonuna bağlı gelişebilecek olan derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi komplikasyonlardan korunmak için kalça kırığı gibi kırıklarda derin ven trombozu proflaksisi de verilmelidir.

FEMUR KIRIKLARI

Femur kırıkları yerleşimine göre proksimal, şaft ve distal femur kırıkları olarak sınıflandır. Proksimal femur kırıklarıda kendi içerisinde femur boyun, intertrokanterik ve subtrokanterik kırıklar şeklinde alt başlıklara ayrılır.

Femur boyun kırıklarının tedavisi genç erişkinlerde ve yaşlılarda farklılık gösterir(Şekil 1). Genç erişkinlerde(<65 yaş) femur boyun kırıklarında avasküler nekroz riski nedeniyle hastalar ilk 24 saat içerisinde opere edilmelidirler.[1] Bu hastalarda avasküler nekroz ve kaynamamayı önlemede en önemli faktörler anatomik redüksiyonun ve stabil bir tespitin sağlanmasıdır.[2] Bu hastalarda tercih edilen tespit yöntemi genellikle 3 adet kanüllü vidadır.[2] Daha yaşlı ve daha az aktif hastalarda ise tedavide artroplasti tercih edilmektedir.[3] Hastanın yaşına, mevcut kalça artrozuna göre hastaya göre parsiyel ya da total kalça protezi uygulanabilir.



Şekil 1. Femur boyun kırığı

[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

kırığın yerleşimine göre farklılık göstermektedir. Femur şaft kırıklarında kanama riski, tibia kırıklarında ise kompartman sendromu riski daima akılda tutulmalıdır. Ayrıca özellikle femur kırığı olan hastalarda derin ven trombozu proflaksisi eğer herhangi bir kontraendikasyon yoksa mutlaka uygulanmalıdır.

Kaynakça

1. Guyton J.L. Fractures of hip, acetabulum, and pelvis. In: Canale S.T., editor. Campbell's Operative Orthopaedics. 9th ed. Mosby; St. Louis: 1998. pp. 2181–2276.
2. Papakostidis C, et al. Timing of internal fixation of femoral neck fractures. A systematic review and meta-analysis of the final outcome. Injury. 2015: Mar;46(3):459-66.
3. Bhandari M., Tornetta P., III, Hanson B., Swiontkowski M.F. Optimal internal fixation for femoral neck fractures: multiple screws or sliding hip screws? J Orthop Trauma. 2009;23(6):403–407
4. Socci AR, Casemyr NE, Leslie MP, Baumgaertner MR. Implant options for the treatment of intertrochanteric fractures of the hip: rationale, evidence, and recommendations. Bone Joint J 2017;99-B: 128-33
5. Neumann M.V., Südkamp N.P., Strohm P.C. Management of femoral shaft fractures. Acta Chir Orthop Traumatol Cech. 2015;82(1):22–32.
6. Gangavalli AK, Nwachuku CO. Management of distal femur fractures in adults: an overview of options. Orthop Clin North Am 2016;47(1):85–96
7. Anglen JO, Aleto T. Temporary transarticular external fixation of the knee and ankle. J Orthop Trauma 1998; 12:431–434.
8. Krieg JC. Proximal tibial fracture: current treatment, results, and problems. Injury. 2003;34: 2–10.
9. Zelle BA. Intramedullary nailing of tibial shaft fractures in the semi-extended position using a suprapatellar portal technique. Int Orthop. 2017;41(9):1909–14.
10. Sitnik A, Beletsky A, Schelkun S. Intra-articular fractures of the distal tibia: current concepts of management. Efort Open Reviews 2017;2:352–61.
11. Sitnik AA, Beletsky AV . Minimally invasive percutaneous plate fixation of tibia fractures: results in 80 patients. **Clin Orthop Relat Res** 2013;471:2783-89.
12. Arastu MH, Demcoe R, Buckley RE. Current concepts review: ankle fractures. Acta Chir Orthop Traumatol Cech 2012; 79(6):473-83
13. Talarico LM, Vito GR, Zyryanov SY. Management of displaced intraarticular calcaneal fractures by using external ring fixation, minimally invasive open reduction, and early weightbearing. J Foot Ankle Surg 2004;43:43–50
14. Meena S, Gangary SK, Sharma P. Review Article: Operative versus nonoperative treatment for displaced intraarticular calcaneal fracture: a meta-analysis of randomised controlled trials. J Orthop Surg (Hong Kong) 2016;24:411–6.
15. Boutefnouchet T, Budair B, Backshayesh P, Ali SA. Metatarsal fractures: a review and current concepts. Trauma 2014;16:147–63.