OSTEO 2013

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

Değerli Firma Yetkilisi,

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun artışı ile birlikte osteoporoz ve osteoartrit görülme sıklığı giderek artmakta, bu rahatsızlıklara bağlı olarak kemik ve eklemlerde ciddi ve tedavi edilmesi gereken problemler ortaya çıkmaktadır. Bir yandan osteoporoz ve osteoartritin farmakolojik tedavisinde önemli gelişmeler olurken, öte yandan osteoporotik kırıkların ve osteoartritin tedavisinde ortaya çıkan maliyet sağlık bütçesine önemli yükler getirmektedir.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü), IOF (Uluslararası Osteoporoz Vakfı), BJD (Kemik Eklem On Yılı) Hareketi, ESCEO (Avrupa Osteoporoz ve Osteoartrit Derneği) ve TEVAK (Türkiye Eklem Hastalıkları Tedavi Vakfı) işbirliği ile Prof. Dr. Şahap Atik tarafından büyük bir özveri ve gayretle şimdiye kadar 10 defa düzenlenen **Osteoporoz, Osteoartrit ve Eklem Cerrahisi Kongresi**'nin 11.sini 19-23 Nisan 2013 tarihleri arasında Antalya'da düzenliyoruz.

Yepyeni bir ekiple ve şevkle ülkemizin konusunda uzman önemli bilim adamlarının bilimsel kurulunu oluşturduğu bu toplantı, aynı zamanda sektör için de bazı ilklere imza atması yönünden önemlidir. **Türkiye'de ulusal düzeydeki böyle bir toplantıda ülkemizin ve sektörün içinde bulunduğu durum da göz önüne alınarak ilk defa kongre katılım ücretleri, konaklama ücretleri ve firma stand ücretleri en düşük seviyede tutulmuştur.** Burada amaç hem meslektaşlarımızın ve hem de katılımcı firmaların kongreye rahatlıkla katılımlarını sağlayabilmektir. **Diğer bir ayrıcalık otel ücreti dışında tüm hizmetlerin karşılığının Türk Lirası olarak belirlenmiş olmasıdır.** Bu kongrenin bundan sonraki yıllarda da aynı prensipler izlenerek Anadolu'nun değişik yörelerinde bu işe gönül vermiş meslektaşlarımızın bilimsel katkıları ve siz değerli sektör temsilcilerinin katılımları ile düzenleneceğini özellikle belirtmek isterim.

Yine bu yıl uygulayacağımız bir yenilik 01 Kasım 2012 tarihine kadar stand ve sponsorluk anlaşması imzalayan firmalara yapacağımız % 10' luk indirim olacaktır. Kapora dışındaki tahsilatın daha sonra da yapılabileceği bu "ön rezervasyon" uygulamasında alacağınız standın büyüklüğüne göre size sunacağımız ekstra imkanlar da olacaktır.

19-23 Nisan 2013 tarihleri arasında zengin bir bilimsel program ve geniş bir katılımcı grubu ile düzenleyeceğimiz **OSTEO 2013 / 11. Osteoporoz, Osteoartrit ve Eklem Cerrahisi Kongresi**'nde sizleri de aramızda görmekten büyük bir mutluluk duyacağız.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Vedat Şahin
Kongre Başkanı

OSTEO 2013

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

OSTEO 2013
KONGRE DÜZENLEME KURULU

Onursal Başkanlar

Prof. Dr. Şahap Atik

Prof. Dr. Celal Baki

Prof. Dr.Eyüp Selahattin Karakaş

Prof. Dr. Jean Yves Reginster

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Vedat Şahin

Düzenleme Kurulu

Dr. Cengiz Aldemir

Prof. Dr. Nevres Aydoğan

Doç. Dr. Ercan Çetinus

Prof. Dr. Erhan Coşkunol

Prof. Dr. Erdem Işıkhan

Doç. Dr. Servet Kerimoğlu

Prof. Dr. Muhittin Şener

Prof. Dr. Cemil Yıldırım Türk

Prof. Dr. Ömer Selim Yıldırım

OSTEO 2013

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

OSTEO 2013
KONGRE BİLİMSEL KURULU

Prof. Dr. Mahmut Argün
Prof. Dr. O. Şahap Atik
Prof. Dr. Nevres Aydoğan
Prof. Dr. Celal Baki
Prof. Dr. Barbaros Baykal
Prof. Dr. Okay Bulut
Prof. Dr. Erhan Coşkunol
Prof. Dr. Fatih Ekşioğlu
Prof. Dr. Şevki Erdemli
Prof. Dr. Ayan Gülgönen
Prof. Dr. İzge Günal
Prof. Dr. Hakan Gündeş
Prof. Dr. Hakan Gürbüz
Prof. Dr. Mehmet Halıcı
Prof. Dr. Hasan Havıtçıoğlu
Prof. Dr. Erdem Işıkhan
Prof. Dr. Nedim Karaismailoğlu
Prof. Dr. Eyüp S. Karakaş
Prof. Dr. Vasfi Karatosun
Prof. Dr. Feza Korkusuz
Prof. Dr. Mahmut Kömürcü
Prof. Dr. Nusret Köse
Prof. Dr. Recep Memik
Prof. Dr. Serdar Necmioğlu
Prof. Dr. Türker Özkan
Prof. Dr. Volkan Öztuna
Prof. Dr. Vedat Şahin
Prof. Dr. Şafak Şahlan
Prof. Dr. Muhittin Şener
Prof. Dr. Sacit Turanlı
Prof. Dr. C. Yıldırım Türk
Prof. Dr. Serdar Tüzüner
Prof. Dr. Burhan Uslu
Prof. Dr. Murat Uzel
Prof. Dr. Ömer Selim Yıldırım
Doç. Dr. Bahadır Alemdaroğlu
Doç. Dr. Murat Altay
Doç. Dr. Taşkın Altay
Doç. Dr. Hakan Atalar
Doç. Dr. Doğan Atlıhan
Doç. Dr. Cevdet Avkan
Doç. Dr. Hafız Aydın
Doç. Dr. Ayşegül Bursalı
Doç. Dr. Murat Bülbül
Doç. Dr. Ercan Çetinus
Doç. Dr. Cem Çopuroğlu
Doç. Dr. Ali Doğan
Doç. Dr. Yavuz S. Kabukçuoğlu
Doç. Dr. Nazım Karalezli
Doç. Dr. Cemil Kayalı
Doç. Dr. M. Akif Kaygusuz
Doç. Dr. Servet Kerimoğlu
Doç. Dr. Cemal Kural
Doç. Dr. Özal Özcan
Doç. Dr. Hamza Özer
Doç. Dr. Yüksel Özkan
Doç. Dr. Hayati Öztürk
Doç. Dr. Kahraman Öztürk
Doç. Dr. Ahmet Pişkin
Doç. Dr. Hakan Selek
Doç. Dr. Tolga Tüzüner
Doç. Dr. Akın Uğraş
Yrd. Doç. Dr. M. Akif Altay
Yrd. Doç. Dr. Kerem Aydın
Yrd. Doç. Dr. Emre Baki
Yrd. Doç. Dr. Ökkeş Bilal
Yrd. Doç. Dr. Abdullah Bilge
Yrd. Doç. Dr. Atilla Çıtlak
Yrd. Doç. Dr. Nurullah Ermiş
Yrd. Doç. Dr. Cemil Ertürk
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Issın
Yrd. Doç. Dr. Nizamettin Koçkara
Uzman Dr. Ahmet Aslan
Uzman Dr. Cengiz Aldemir
Uzman Dr. Avni İlhan Bayhan
Uzman Dr. Bilal Demir
Uzman Dr. Sarper Gürsu
Uzman Dr. Serhan Yağdı
Uzman Dr. Timur Yıldırım

OSTEO 2013

www.osteo2013.org

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

Kemik ve Eklem Cerrahisi Derneği
www.osteoturk.org

World Health Organization Collaborating Center, Liege

International Osteoporosis Foundation

ESCEO

TÜRKİYE EKLEM HASTALIKLARI TEDAVİ VAKFI
TEVAK
www.tevak.org

OSTEO 2013

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

PROGRAM

20 Nisan 2013, Cumartesi

08.00-08.30	**AÇILIŞ**	Prof. Dr. Vedat ŞAHİN
08.30-09.15	**KONFERANS:** Atatürk'ün Bilim ve Eğitim Politikası	Prof. Dr. Eyüp S. KARAKAŞ
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. İzge GÜNAL	
09.15-10.00	**KONFERANS:** Tromboemboli Profilaksisinde Yenilikler	Prof. Dr. Muzaffer DEMİR
	Oturum Başkanı: Dr. Nurullah ERMİŞ	
10.00-10.30	**KAHVE ARASI**	
10.30-12.00	**PANEL:** Osteoporotik Humerus Üst Uç Kırıklarında Tedavi	
	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Yıldırım TÜRK - Prof. Dr. Hakan GÜNDEŞ	
10.30-10.50	Kilitli Plakla Tespit	Prof. Dr. Murat UZEL
10.50-11.10	Perkütan Tespit	Prof. Dr. Erhan COŞKUNOL
11.10-11.30	İntramedüller Çivi ile Tespit	Dr. Cengiz ALDEMİR
11.30-11.50	Protez Uygulamaları	Doç. Dr. Cem Zeki ESENYEL
11.50-12.00	Tartışma	
12.00-13.30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13.30-15.30	**PANEL:** Osteoporoz ve Osteoartritte Güncel Yaklaşımlar	
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Şahap ATİK	
	Osteoporoz ve Osteoartrit Tanı ve Tedavisinde Tartışmalı Konular ve Güncel Yaklaşımlar	Prof. Dr. Nevres AYDOĞAN Doç. Dr. Ahmet GÜNEY
15.30-16.00	**KAHVE ARASI**	

16.00-17.30 **SERBEST BİLDİRİLER**

Oturum Başkanları: Doç. Dr. Cevdet AVKAN - Prof. Dr. Orhan KARSAN

16.00-16.05 **S-1 ERİŞKİN ASETABULER DİSPLAZİLİ HASTALARDA ÜÇLÜ PELVİK OSTEOTOMİ SONUÇLARIMIZ: TÖNNIS VE STEEL OSTETOMİ TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Mehmet Nuri Konya*** , Ümit Tuhanioğlu** , Ahmet Aslan*, Timur Yıldırım***, Ayşegül Bursalı***, Vedat Şahin***, Bilal Demir***

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Darıca Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği**
Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği***

16.05-16.10 **S-2 GEÇİRİLMİŞ GKD OPERASYONLARI PELVİK ÜÇLÜ OSTEOTOMİ SONUÇLARINI ETKİLER Mİ?**

Mehmet Nuri Konya*, Timur Yıldırım**, Sarper Gürsu**, Hakan Sofu***

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**
Amasya Suluova Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği***

16.10-16.15 **S-3 ÇOCUKLARDA HUMERUS SUPRAKONDİLER KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI**

Aykut Özdemir*, Gökhan Maralcan**, Mehmet Nuri Konya*, Ahmet Aslan*

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

16.15-16.20 **S-4 ÇOCUKLARDA KRONİK MONTEGGIA LEZYONLARINDA ULNAR OSTEOTOMİ VE ANNULER BAĞ REKONSTRÜKSİYONU**

Mustafa İncesu, Hasan Karapınar, ***Tamer Ursavaş***, Ahmet Savran, Ahmet Kaya

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

16.20-16.25 **S-5 YAŞLI KALÇA KIRIKLARI İLE FEMOROASETEBULAR SIKIŞMA ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?**

Hakan Sarman*, Tuncay Baran**, Resul Musaoğlu**, Kaya Memişoğlu**, Cumhur Cevdet Kesemenli**

Gölcük Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı**

16.25-16.30 **S-6 FEMUR TROKANTERİK KIRIKLARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONRASI MORTALİTE**

Asım Cılız, Cem Cüneyt Köse, ***Anıl Agar***, Ali Utkan, Mehmet Emin Uludağ, Mehmet Özel

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

16.30-16.35 **S-7 VİTAMİN D'NİN EKSİKLİĞİNİN, KALÇA KIRIKLARINA ETKİSİ VAR MIDIR?**

Metin Uzun*, ***Mehmet Ali Talmaç*****, Burak Beksaç**, Vahit Emre Özden**, Remiz Tözün**

Acıbadem Maslak Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği**

16.35-16.40 **S-8 75 YAŞ ÜZERİ İNTERTROKANTERİK KALÇA KIRIKLARINDA TEDAVİ NE OLMALI? PROTEZ Mİ YOKSA PRİMER FİKSASYON MU?**

Bahattin Kerem Aydın, Mehmet Ali Acar, Hakan Şenaran, Ömer Faruk Erkoçak, Güney Yılmaz, Fatih Durgut

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

16.40-16.45 **S-9 ELLİ YAŞ ÜSTÜ HUMERUS PROKSİMAL KIRIKLARINDA OSTEOPOROZUN YERİ**

Cem Cüneyt Köse, Asım Cılız, ***Mehmet Özel***, Ali Utkan, Remzi Can Fakıoğlu, Mehmet Emin Uludağ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

16.45-16.50 **S-10 KALÇA KIRIĞI NEDENİ İLE AMELİYAT EDİLEN 60 YAŞ ÜZERİNDEKİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nurullah Şener, İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Musa Korkmaz, Samet Ordu, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

16.50-16.55 **S-11 OSTEOPOROZUN SINIFLANDIRILMASI, RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ VE BİR DAKİKALIK OSTEOPOROZ RİSK TESTİ**

Nursel Üstündağ*, Murat Korkmaz*, Özlem Balbaloğlu*, Ahmet Öksüzkaya**

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü**

16.55-7.00 **S-12 OSTEOPOROTİK HUMERUS PROKSİMAL UÇ KIRIKLARINDA İNTRAMEDÜLLER FİBULA OTOGREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYON**

Bilgehan Çatal, Kaya Turan, Cihan Aslan, Muhittin Şener

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

17.00-17.05 **S-13 VARUS GONARTROZU HASTALARINDA YÜKSEK TİBİAL OSTEOTOMİ NE KADAR TATMİN EDİCİ?**

Sarper Gürsu*, Hakan Sofu**, Timur Yıldırım*, Ahmet Issın***, Bilal Demir*, Vedat Şahin*

Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
Amasya Suluova Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği**
Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı***

17.05-17.10 **S-14 AKTİF OLMAYAN İNSANLARDA ANATOMİK TEK BANT ÖN ÇAPRAZ BAĞ REKONSTRÜKSİYONLARI SONUÇLARI**

Ahmet Fırat*, ***Osman Tecimel****, Çetin Işık*, Alper Deveci*, Serdar Yılmaz**, Murat Bozkurt*

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
Ankara Numune Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

17.10-17.15 **S-15 TOTAL DİZ PROTEZLERİNDE KAN KAYBINA VE TRANSFUZYONUNA TRANEKSAMİK ASİDİN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özgür Şentürk, ***Mehmet Nurullah Ermiş***, Yeşim Macit, Selçuk Şimşek, Can Solakoğlu

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

17.15-17.30 **Tartışma**

21.00-22.30 **PANEL:** Ortopedistlerin Karşılaştığı Güncel Sorunlar

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Erdem IŞIKAN - Doç. Dr. Servet KERİMOĞLU

21.00-21.15	Malzeme Temini Sorunları	Prof. Dr. Vedat ŞAHİN
21.15-21.30	Sevk Sorunları	Dr. Fuat MALKOÇ
21.30-21.45	Mesleki Etik ve Dayanışma	Dr. Selçuk KOÇLAR
21.45-22.00	Özel Hastane Hekimlerinin Sorunları	Dr. Ali Nihat ERDOĞAN
22.00-22.30	Tartışma	

OSTEO 2013

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

21 Nisan 2013, Pazar

08.00-09.00	**WORKSHOP:** Yeni Nesil İntramedüller Çivi Uygulamaları	Prof. Fuat AKPINAR
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ali DOĞAN	
09.00-10.30	**PANEL:** Bölgesel Ağrı Sendromu	
	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Recep MEMİK, Prof. Dr. Okay BULUT	
09.00-09.30	Ortopedik Yaklaşım	Dr. Levent KÜÇÜK
09.30-10.00	Algolojik Yaklaşım	Prof. Dr. Bilge KARSLI
10.00-10.30	Fizik Tedavi Yaklaşımı	Doç. Dr. Funda ATAMAZ
10.30-11.00	**KAHVE ARASI**	
11.00-12.00	**KONFERANS:** Küçük Eklem Osteoartritleri	Prof. Dr. Ayan GÜLGÖNEN
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Serdar TÜZÜNER	
12.00-12.30	**KONFERANS:** Akılcı İlaç Kullanımı	Prof. Dr. Nuri KALYONCU
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Muhittin ŞENER	
12.30-13.30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13.30-15.00	**İNTERAKTİF OLGU TARTIŞMASI**	
	Oturum Başkanları: Doç. Dr. Ayşegül BURSALI - Doç. Dr. Fırat YAĞMURLU	
	Çocuklarda Ayak Deformiteleri (Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?)	
	Dr. Hüseyin GÜNAY, Doç. Dr. Mithat ÖNER, Dr. Ali AYDIN, Dr. İbrahim SUNGUR, Dr. Timur YILDIRIM	
15.00-15.30	**KAHVE ARASI**	

15.30-17.30 **SERBEST BİLDİRİLER**

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Mahmut ARGÜN - Doç. Dr. Cem ÇOPUROĞLU

15.30-15.35 **S-16 ERİŞKİNLERDE AO TİP C3 ANSTABİL DİSTAL RADİUS KIRIKLARINDA AÇIK REDÜKSİYONLA KİLİTLİ PLAK VE KAPALI REDÜKSİYONLA PERKÜTANÖZ K TELİ TESPİTİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Hüseyin Yetkin, ***Taşkın Altay***, Cemil Kayalı, Zafer Kement, Serhan Yağdı

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

15.35-15.40 **S-17 KUBİTAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA CERRAHİ SONUÇLARIMIZ**

Korkut Arar, Bilgehan Çatal, Özgün Barış Güntürk, Cihan Aslan, Muhittin Şener

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

15.40-15.45 **S-18 TAMİR EDİLEMEYEN MASİF ROTATOR MANŞET YIRTIKLARINDA BALON TEDAVİSİ SONUÇLARIMIZ**

Egemen Altan, ***Kerem Aydın***, Mehmet Ali Acar, Hakan Şenaran

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

15.45-15.50 **S-19 TRAVMATİK ANTERİOR OMUZ ÇIKIKLARINDA ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİ**

İbrahim Kaya, Ahmet Ertürk, Akın Uğraş, Erhan Bayram, İbrahim Sungur, Murat Yılmaz, Samed Ordu, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

15.50-15.55 **S-20 KALÇA ARTROSKOPİSİ: HASEKİ DENEYİMİ**

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, İbrahim Sungur, Murat Yılmaz, Erhan Bayram, Ahmet Ertürk, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

15.55-16.00 **S-21 KRONİK İMPİNGEMENT SENDROMLU HASTALARDA UYGULANAN STEROİDİN ARTROSKOPİK SUBAKROMİYAL DEKOMPRESYON SONRASINA KLİNİK ETKİSİ**

Vahit Yıldız*, ***Ali Aydın*****, Fatih Kalalı**, Ömer Selim Yıldırım**, Murat Topal**, Pelin Aydın***

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği***

16.00-16.05 **S-23 TEKRARLAYAN TRAVMATİK ANTERİOR GLENOHUMERAL İNSTABİLİTEDE ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİNİN SONUÇLARI**

Ahmet Güney*, İbrahim Karaman*, Mithat Öner*, Emre Yurdakul*, Zehra Filiz Karaman**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Özel Modern Dünya Hastanesi**

16.05-16.10 **S-24 ARTROSKOPİK ROTATOR MANŞET TAMİRİNDE ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ**

Ahmet Güney*, İbrahim Karaman*, İbrahim Halil Kafadar*, Erdal Uzun*, Betül Güney**, Cemil Yıldırım Türk*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

16.10-16.15 **S-25 ERİŞKİN TİBİA DİSTAL KIRIKLARINDA YENİ NESİL KİLİTLİ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ İLE TESPİT SONUÇLARIMIZ**

Ahmet Köse, ***Ali Aydın***, Murat İpteç, Muhammed Çağatay Engin, Naci Ezirmik, Orhan Karsan

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

16.15-16.20 **S-26 UZUN KEMİK KIRIKLARININ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEMESİNDE FLOROSKOPİ OLMADAN DİSTAL KİLİTLEME TEKNİKLERİ**

Cengiz Aldemir, Ali Doğan, Fatih İnci, Çağrı Turgut

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniği

16.20-16.25 **S-27 KOMPRESSİF HUMERUS İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEME VE FLOROSKOPİ OLMADAN KİLİTLEME TEKNİĞİ**

Cengiz Aldemir, Ali Doğan, Fatih İnci, Ömer Sertkaya, Fatih Duygun

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

16.25-16.30 **S-28 HEMARTROZİK SIÇAN DİZLERİNDE ANKAFERD BLOOD STOPPER'IN EKLEM KIKIRDAĞI ÜZERİNE ETKİSİ: DENEYSEL ÇALIŞMA**

İbrahim Kaya*, İbrahim Sungur*, Murat Yılmaz*, Akın Uğraş*, Ali Baş**, Vakur Olgaç****

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

16.30-16.35 **S-29 DİZ EKLEMİ KRONİK SİNOVİT TEDAVİSİNDE RADYOAKTİF SİNOVEKTOMİ İLE KOMBİNE ATROSKOPİK SİNOVEKTOMİNİN KLİNİK SONUÇLARI**

İbrahim Karaman, ***Ahmet Güney***, İbrahim Halil Kafadar, Mithat Öner, Fatih Doğar

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

16.35-16.40 **S-30 TALUSUN OSTEOKONDRAL LEZYONUNDA (TOL) MİKROKIRIK TEDAVİSİNE EK OLARAK UYGULANAN TROMBOSİTTEN ZENGİN PLAZMANIN (TZP) OSTEOKONDRAL İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

Ahmet Güney, Mustafa Akar, İbrahim Karaman, Mithat Öner, Betül Güney

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

16.40-16.45 **S-31 BİTKİ EKSTRESİ OLAN ANKAFERD KANAMA DURDURUCU(AKD)'NUN ERKEN DÖNEM TENDON İYİLEŞMESİ ÜZERİNE ETKİSİ: RAT MODELİ ÜZERİNE DENEYSEL ÇALIŞMA**

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

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

16.45-16.50 **S-32 KİRLETİLMİŞ ALLOGREFTLERİN DEBRİDMANINDA HANGİ ANTİBİYOTİKLİ YIKAMA SOLÜSYONU KULLANILMALIDIR?**

İbrahim Kaya, İbrahim Sungur, Murat Yılmaz, Filiz Pehlivanoğlu, Kadriye Kartyaşar, Gönül Şengöz

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

16.50-16.55 **S-33 OMUZ SIKIŞMA SENDROMUNDA ARTROSKOPİK TEDAVİNİN ETKİNLİĞİ**

Ahmet Güney*, İbrahim Karaman*, Mithat Öner*, Erdal Uzun*, Zehra Filiz**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Özel Modern Dünya Hastanesi**

16.55-17.00 **S-34 TIRNAK BATMASI OLGULARINDA WİNOGRAD VE ELEKTROKOTERİZASYONUN KOMBİNE TEDAVİSİ NE KADAR ETKİLİ?**

Serdar Sargın, ***Mehmet Nuri Konya***, Ahmet Aslan

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği

17.00-17.05 **S-35 DİYABETİK AYAK YARALARI TEDAVİ YAKLAŞIMI VE SONUÇLARIMIZ**

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Nurullah Şener, Erhan Bayram, Ercan Çetinus, ***Musa Korkmaz***

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

17.05 -17.30 Tartışma

OSTEO 2013

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

22 Nisan 2013, Pazartesi

08.00-09.00	**WORKSHOP:** Geniş Kemik Defektli Artroplastilerde Modüler Tümör Protezi Uygulamaları	Prof. Dr. Vasfi KARATOSUN
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Mehmet HALICI,	
09.00-09.45	**KONFERANS:** Zor Dizde Artroplasti	Prof. Dr. Vasfi KARATOSUN
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Doğan ATLIHAN	
09.45-10.30	**KONFERANS:** Milli Egemenlik	Prof. Dr. Yusuf HALAÇOĞLU
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Celal BAKİ	
10.30-11.00	**KAHVE ARASI**	
11.00-12.30	**PANEL:** Eklem Çevresi Tümörlerine Yaklaşım (Ege Üniversitesi Deneyimi)	
	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Güven YÜCETÜRK - Prof. Dr. Erhan COŞKUNOL	
11.00-11.30	Genel Yaklaşım	Prof. Dr. Güven YÜCETÜRK
11.30-12.00	Alt Ekstremite Tümörleri	Prof. Dr. Dündar SABAH
12.00-12.30	Üst Ekstremite Tümörleri	Dr. Burçin KEÇECİ
12.30-14.00	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
14.00-15.30	**PANEL:** Osteoporotik Kırık Olgularına Yaklaşım (Ankara Hastanesi Deneyimi)	
	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Nevres AYDOĞAN - Dr. Yusuf AŞIK	
14.00-14.15	Radius Distal Uç Kırıklarının Alçı ile Tedavisinde Kontrol Parametreleri Nelerdir?	Doç. Dr. Bahadır ALEMDAROĞLU
14.15-14.30	Parçalı Tibia Plato Kırıklarının Cerrahi Tedavisinde Transfibuler Yaklaşım	Doç. Dr. Hakan ÖZSOY
14.30-14.45	Ortopedik Cerrahide Turnike Kullanımı Sonrası İskemi Perfüzyon Hasarı	Dr. Serkan İLTAR
14.45-15.10	Femur Yetmezlik Kırıklarında Tedavi (İMÇ ve Plak - Vida Tespitinin Karşılaştırılması	Dr. Atıf AKSEKİLİ, Dr. Serkan İLTAR
15.10-15.30	Tartışma	

15.30-16.00	**KAHVE ARASI**	
16.00-17.30	**PANEL:** Ortopedi Uygulamalarında Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis	
	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Serdar NECMİOĞLU, Doç. Dr. Ahmet PİŞKİN	
16.00-16.40	Hekim Sorumluluğu ve Malpraktisin Hukuki Yönü	Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK
16.40-17.10	Malpraktisin Sigortacılık Yönü	Sidar AYDIN
17.10-17.30	Tartışma	

23 Nisan 2013, Salı

08.30-09.15	**KONFERANS:** Diyabetik Ayak ve El	Prof. Dr. Ömer Selim YILDIRIM Doç. Dr. Mehmet ALP
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ercan ÇETİNUS	
09.15-10.00	**KONFERANS:** Ortopedide İmplant Tasarımı ve Geliştirilmesi	Neslihan CAYMAZ Zafer CAYMAZ
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Hasan HAVITÇIOĞLU	
10.00-10.30	**KAHVE ARASI**	
10.30-12.00	**PANEL:** Eklemi İlgilendiren Alt Ekstremite Kırıklarına Yaklaşım (Okmeydanı Deneyimi)	
	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Şafak ŞAHLAN, Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ	
10.30-10.45	Ayak Bileği Çevresi Kırıklarına Yaklaşım	Dr. Semih AYANOĞLU
10.45-11.00	Diz Çevresi Kırıkları	Dr. Murat ÇAKAR
11.00-11.15	Kalça Eklemi Kırıkları	Dr. Kürşat BAYRAKTAR
11.15-11.30	Patolojik Kırıklara Yaklaşım	Dr. Müjdat ADAŞ
11.30-11.45	Alt Ekstremite Kırıklarında Eksternal Fiksasyon	Dr. Çağrı TEKİN
11.45-12.00	Tartışma	
12.00	**KAPANIŞ**	

OSTEO 2013

11. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2013
Antalya Royal Holiday Palace
Lara – ANTALYA

POSTERLER

P-1 KOMPLET AKSONAL YARALANMA SONRASI GELİŞEN NÖRİNOM

Mehmet Nuri Konya, Ahmet Aslan, Serdar Sargın

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği

P-2 SPİNA BİFİDA HASTASINDA UYGULANAN KALÇA CERRAHİSİNİN CİDDİ BİR KOMPLİKASYONU

Hakan Sofu*, Ayşegül Bursalı**, Timur Yıldırım**, Sarper Gürsu**, Vedat Şahin**

Amasya Suluova Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

P-3 ARTROSKOPİK ROTATOR MANŞET TAMİRİ

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Ahmet Ertürk, Erhan Bayram, İbrahim Sungur,
Samed Ordu, Murat Yılmaz, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-4 ABDUKTOR POLLİSİS BREVİS KASININ BİLATERAL KONJENİTAL YOKLUĞU: OLGU SUNUMU

Ali Aydın*, Murat Topal*, Kutsi Tuncer*, Mesut Kılıç**

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı **

P-5 DİSTAL FEMUR EPİFİZİNİN SALTER-HARRIS TİP III VE TİP IV KOMBİNE KIRIĞI: OLGU SUNUMU

Ali Aydın, Murat Topal, Kutsi Tuncer, Eyüp Şenocak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-6 SIK AVTÜFEĞİ KULLANAN HASTADA SUBKORAKOİD BURSANIN SİNOVİYAL KONDROMATOZİSİ

Ali Aydın, Kutsi Tuncer, Murat Topal, Eyüp Şenocak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-7 SEKONDER KUBİTAL TUZAK NÖROPATİSİ VAKAMIZDA ANTERİOR TRANSPOZİSYON CERRAHİ METOD UYGULAMALARININ, DEKOMPRESYON UYGULANMASINA OLAN ÜSTÜNLÜĞÜ

Ertuğrul Allahverdi

Kars Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği

P-8 CARPAL OSTEOBLASTOMA

İbrahim Kaya*, Burak Boynuk**, Caner Günerbüyük***, Akın Uğraş*,İbrahim Sungur*

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**
TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi***

P-9 KALÇA EKLEMİNDEN ARTROSKOPİK MERMİ ÇEKİRDEĞİ ÇIKARILMASI

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Necdet Sağlam, İbrahim Sungur, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-10 KALKANEUSDA EWİNG SARKOMU

Hasan Göçer*, ***İbrahim Kaya****, Buğra Alpan***, Harzem Özger*****

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ***
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı****

P-11 AMELİYAT EDİLMİŞ ÖNKOL ÇİFT KEMİK KIRIĞI KALLUSUNA MEDİAN SİNİR SIKIŞMASI; OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

İbrahim Sungur, ***İbrahim Kaya***, Murat Yılmaz, Akın Uğraş, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-12 İZOLE TROKANTER MAJOR BURSA TÜBERKÜLOZU OLGU SUNUMU

Özgün Güntürk, Cihan Aslan, Bilgehan Çatal, Muhittin Şener, Korkut Arar

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-13 NADİR RASTLANAN BİR VAKA; NÖROPATİK OMUZ HASTALIĞI

Bilgehan Çatal, Korkut Arar, Cihan Aslan, Muhittin Şener

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-14 FEMORAL HERNİ İLE KARIŞAN KALÇA EKLEMİ KAYNAKLI GANGLİYON VE EŞ ZAMANLI FEMUR BAŞI AVASKÜLER NEKROZ OLGUSU

Cavit Sertaç Saruhan*, İsmet Emeklioğlu**

Ödemiş Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Ödemiş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği**

P-15 23 YIL SONRA SOL KALÇADA YENİDEN HAREKET; OLGU SUNUMU

Vedat Biçici, İzzet Bingöl, Kaan Yüksel, Okan Ateş, Yusuf Polat, Kasım Kılıçarslan

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-16 DİRSEKTE EKLEM İÇİ YERLEŞİMLİ NADİR GÖRÜLEN BİR SOLİTER OSTEOKONDROM OLGUSU

İbrahim Halil Kafadar*, İbrahim Karaman*, Ökkeş Bilal**, Mahmut Argün* Cemil Yıldırım Türk*, Ahmet Güney*
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-17 UYLUKTA MULTİPL SAYIDA KİTLELERLE BERABER KOKSARTROZA YOLAÇAN KOMPLİKE BİR PELVİK KİST HİDATİK OLGUSU

İbrahim Halil Kafadar*, İbrahim Karaman*, Ökkeş Bilal**, Cemil Yıldırım Türk*, Mahmut Argün*, Mithat Öner*
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

P-18 FEMURUN PRİMER MALİGN LENFOMASI: OLGU SUNUMU

İbrahim Halil Kafadar*, İbrahim Karaman*, Ökkeş Bilal**, Mahmut Argun*, Mustafa Özçadamlı*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

P-19 ÖNKOL ÇİFT KIRIĞININ YENİ NESİL İNTRAMEDULLER ÇİVİ İLE TESPİTİ SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON; EKSTANSÖR POLLİCİS LONGUS GEÇ RÜPTÜRÜ

Ali Aydın, Ahmet Köse, Mehmet Köse, Tugay Tipi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-20 DÜŞÜK AYAK DEFORMİTESİNİN NADİR BİR SEBEBİ; PELVİK YERLEŞİMLİ ATİPİK LİPOM

Ali Aydın, Cahit Emre Can, Mehmet Köse, Irmak Durur Subaşı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-21 ÇOCUKTA DİZ EKLEMİNDE KİLİTLENMENİN NADİR SEBEBİ DİSKOİD MEDİAL MENİSKÜS: OLGU SUNUMU

Ali Aydın, Cahit Emre Can, Kutsi Tuncer, Irmak Durur Subaşı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-22 İZOLE KONJENİTAL DİRSEK FLEKSİYON KONTRAKTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Murat Topal, ***Ali Aydın***, Mehmet Köse, Ahmet Emre Paksoy

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-23 KALÇANIN TRAVMATİK ANTEROİNFERİOR KIRIKSIZ ÇIKIĞI: OLGU SUNUMU

Murat Topal, ***Ali Aydın***, Tugay Tipi, Ömer Nasuhi Altay

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-24 KIRIKSIZ AÇIK AYAK BİLEĞİ ÇIKIĞI: OLGU SUNUMU

Ali Aydın, Murat Topal, Cahit Emre Can, Ahmet Köse

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-25 VASTUS LATERALİS KASI İÇİNDE ENFEKTE PRİMER KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

Cahit Emre Can, ***Ali Aydın***, Ahmet Emre Paksoy, Ömer Nasuhi Altay

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-26 KOKSİKS POSTERİOR ÇIKIĞI: NADİR VAKA

Mehmet Köse, ***Ali Aydın***, Eyüp Şenocak, Ömer Selim Yıldırım

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dal

ı

P-27 PROKSİMAL FEMUR YERLEŞİMLİ SOLİTER PLAZMASİTOMA: NADİR BİR OLGU

Ali Aydın, Tugay Tipi, Murat İpteç, Muhammed Çağatay Engin

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-28 BÜYÜME HORMON EKSİKLİĞİNE SEKONDER GELİŞEN FEMUR BAŞI EPİFİZ KAYMASI OLGUSU

İbrahim Karaman*, ***Ahmet Güney****, İbrahim Halil Kafadar*, Emre Yurdakul*, Tuncay Berk**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

P-29 DİRSEK EKLEMİNDE SİNOVYAL KONDROMATOZİS: OLGU SUNUMU

İbrahim Karaman, ***Ahmet Güney***, İbrahim Halil Kafadar, Mithat Öner, Fatih Doğar

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-30 NADİR OLARAK GÖRÜLEN UYLUKDA PSOAS KASI YERLEŞİMLİ PRİMER KİST HİDATİK OLGUSU

İbrahim Karaman, İbrahim Halil Kafadar, Mehmet Halıcı, ***Ahmet Güney***, Murat Kahraman

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-31 EKSTRAPULMONER YERLEŞİMLİ PRİMER İLİAK KANAT TÜBERKÜLOZU: OLGU SUNUMU

İbrahim Karaman, İbrahim Halil Kafadar, ***Ahmet Güney***, Mithat Öner, Ali Hansu, Mahmut Argün

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-32 UYLUK POSTERİOR YERLEŞİMLİ İZOLE KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

Ökkeş Bilal*, Nuh Dündar*, İbrahim Halil Kafadar**, Ali Murat Kalender*, Ahmet Güney**, Ahmet Kaptanoğlu***

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı **
Kahramanmaraş Özel Megapark Hastanesi ***

P-33 DEV KOSTOKONDRİT (TIETZE SENDROMU) OLGUSU

Sedat Yeşilbaş, Ali Doğan, Cengiz Aldemir, Ali Uzar, Fatih Duygun

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-34 PERSİSTAN MEDİAN ARTER

Burak Korkmaz, Cegiz Aldemir, Ali Doğan, Ömer Sertkaya, Fatih Duygun

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-35 ONİKİ YAŞINDA KIZ ÇOCUĞUNDA GÖRÜLEN DİSTAL BİSEPS TENDON RÜPTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Ökkeş Bilal*, Mustafa Kınaş*, İbrahim Halil Kafadar**, Ali Murat Kalender*, Ahmet Güney**, M. Fatih İnci***, Nuri Özcan***

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı***

P-36 ÇOCUK BAŞPARMAĞINDA KÖTÜ HUYLU KEMİK TÜMÖRÜ GÖRÜNÜMLÜ TRAVMATİK PERİOST REAKSİYONU

Murat Uzel, Nuh Dündar

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-37 GEÇ TANI KONMUŞ 4. VE 5. METAKARP BAZİS ÇIKIKLARININ BAŞARILI KONSERVATİF TEDAVİSİ

Murat Üzel

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-38 TOTAL KALCA PROTEZİ YAPILAN BİR YEHOVA ŞAHİDİNDE TRANEKSAMİK ASİDİN KAN KAYBI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgür Şentürk, Faik Murat Ünsal, Yeşim Macit, ***Mehmet Nurullah Ermiş***, Selçuk Şimşek, Can Solakoğlu

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-39 79 YAŞINDA FEMUR YERLEŞİMLİ ATİPİK BİR PRİMER KEMİK TÜMÖRÜ OLGUSU: ADAMANTİNOMA

Bahattin Kerem Aydın*, Turgay Er**, Mehmet Ali Acar*, Pınar Karabağlı*,Serdar Uğraş*, Hakan Şenaran*, Yunus Kıraç*

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Özel İstanbul Ortopedi Merkezi**

P-40 OKRONOTİK ARTOPATİLERDE PROTEZ DENEYİMLERİMİZ

Bahattin Kerem Aydın, Mehmet Ali Acar, Hakan Şenaran, Ömer Faruk Erkoçak, Güney Yılmaz, Selim Safalı

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-41 GONARTROZDA EKLEM İÇİ POLİAKRİLAMİD ENJEKSİYONUNUN AĞRI ÜZERİNE ETKİSİ

Ahmet Issın, Nizamettin Koçkara, Fatih Fariz, Vedat Şahin

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

P-42 POSTAKSİYEL POLİDAKTİLİ HASTALARDA TEDAVİ SONUÇLARI VE SINIFLANDIRILAMAYAN 2 OLGU

Erhan Bayram, ibrahim Kaya, Akın Uğraş, Musa Korkmaz, Nurullah Şener, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-43 PATELLAR TENDON RÜPTÜRÜNDE PERONEUS LONGUS OTOGREFTİ KULLANIMI

Ömer Sertkaya, Cengiz Aldemir, Ali Doğan, Sedat Yeşilbaş

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

P-44 VİTAMİN D EKSİKLİĞİNİN, KALÇA KIRIK TİPİNİN OLUŞMASINDA ETKİSİ VAR MIDIR?

Metin Uzun*, ***Mehmet Ali Talmaç*****, Burak Beksaç*, Vahit Emre Özden*,Remzi Tözün*

Acıbadem Maslak Hastanesi*
Litfüye Nuri Burat Devlet Hastanesi**

S-1 ERİŞKİN ASETABULER DİSPLAZİLİ HASTALARDA ÜÇLÜ PELVİK OSTEOTOMİ SONUÇLARIMIZ: TÖNNIS VE STEEL OSTEOTOMİ TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet Nuri Konya*** , Ümit Tuhanioğlu** , Ahmet Aslan*, Timur Yıldırım***, Ayşegül Bursalı***, Vedat Şahin***, Bilal Demir***

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Darıca Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği**
Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği***

Amaç: Bu çalışmada, asetabuler displazili hastalarda uyguladığımız Tönnis ve Steel pelvik üçlü osteotomilerin klinik ve radyolojik sonuçları karşılaştırılmıştır.

Hastalar ve Yöntem: 2003- 2010 yılları arasında Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde asetabuler displazi tanısı ile ameliyat edilen 61 hastanın klinik ve radyolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar Tönnis Osteotomisi (TO) ve Steel Osteotomisi (SO) olarak iki gruba ayrıldı. Her hastaya AP pelvis grafisi, false grafi çekilerek Asetabuler İndeks (AI), Merkez Kenar Açısı (CE), Sharp açıları ölçüldü. Üç Boyutlu BT ile femur başı deformitesi ve femur başı asetabulum ilişkisi değerlendirildi. Klinik değerlendirmede Harris kalça skoru (HHS) ve Visuel Analog Skoru (VAS) kullanıldı.

Bulgular: Tönnis Osteotomisi 31 hastaya uygulandı Harris kalça skoru ortalama 61.8 den 80.8 e yükselmiştir. Radyolojik değerlendirmesinde anterior CE açısı ameliyat öncesi 3.19 dereceden ameliyat sonrası 27.06 dereceye yükselmiştir. VCE açısı ameliyat öncesi 13.32 dereceden ameliyat sonrası 24.16 dereceye yükselmiştir. Tönnis Osteotomisinde asetabuler indeks ameliyat öncesi 24.55 dereceden ameliyat sonrası 12.13 dereceye azalmış, asetabuler örtüm oranı ameliyat öncesi % 59.25 den, ameliyat sonrası %79.3 e yükselmiştir. Steel osteotomisinde ise anterior CE 5.42 dereceden 24.52 dereceye yükselmiştir. Lateral CE açısı 8.94 dereceden 29.1 dereceye yükselmiştir Asetabuler indeks 22.32 dereceden 11.52 dereceye azalmıştır. Asetabuler örtüm oranı %59.23 den %79.77 e yükselmiştir. Bu istatistikler anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Asetabuler displazisi olan genç erişkin hastalarda uygulanan Steel ve Tönnis Osteotomileri, hastaların klinik ve radyolojik sonuçları anlamlı derecede artırmaktadır. Bununla birlikte grupların birbirlerine karşı radyolojik ve klinik üstünlüğü yoktur.

S-2 GEÇİRİLMİŞ GKD OPERASYONLARI PELVİK ÜÇLÜ OSTEOTOMİ SONUÇLARINI ETKİLER Mİ?

Mehmet Nuri Konya*, Timur Yıldırım**, Sarper Gürsu**, Hakan Sofu***

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**
Amasya Suluova Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği***

Amaç: Bu çalışmada, daha önce çeşitli nedenlerle kalça operasyonları geçiren ve asetabuler displazisi olan ve primer asetabuler displazisi olan hastalarda uyguladığımız Tönnis tipi pelvik üçlü osteotomilerin klinik ve radyolojik sonuçları karşılaştırılmıştır.

Hastalar ve Yöntem: 2005- 2010 yılları arasında Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde asetabuler displazi tanısı ile ameliyat edilen 27 hastanın klinik ve radyolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar Primer Asetabuler Displazi (PAD) ve Reziduel Asetabuler Displazi (RAD) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kalça eklem hareket açıklıkları (ROM), Harris Kalça ve Womac kalça skorları ile klinik değerlendirmeleri, Görsel Analog Skalası ile ağrı değerlendirmeleri, pelvis AP ve false grafileri ile radyolojik değerlendirmeleri yapılmıştır. AP Pelvis grafisinde Asetabuler İndeks (AI), Merkez Kenar Açısı (lCE), Sharp açıları, false grafileri ile ACE açıları, üç boyutlu BT ile femur başı deformitesi ve femur başı asetabulum ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Tönnis Osteotomisi asetabuler displazisi olan 27 hastaya uygulandı. 10 hasta daha önce GKD nedeni ile ameliyat edilmişti. PAD grubunda yaş ortalaması 24.12(11-36), RAD grubunda ise 20.9 (9-37) yıl idi. Ortalama ameliyat süresi PAD grubunda 4.88 saat iken RAD grubunda 4.3 saat idi. Harris kalça skoru PAD de ortalama 13.4, RAD de 6.3^0 yükselmiştir. WOMAC skoru PAD de 15.6, RAD de 10.1 artmıştır. Visual Analog Scala (VAS)'daki ortalama artış PAD de 3.7, RAD de 2.7 puan idi. Bu sonuçlara göre PAD grubunda klinik düzelme daha fazla olsa da istatistik açıdan anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$)

Eklem Hareket Açıklığı (EHA) ölçümlerinde fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon ve adduksiyon ölçümlerinde ve radyolojik değerlendirmede ACE, LCE, AA, asetabuler örtünme oranlarında her iki grup içi değerlendirme de ameliyat sonrasında, ameliyat öncesine göre anlamlı farklılık bulunmasına rağmen gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Primer ve Reziduel Asetabuler displazisi olan genç erişkin hastalarda uygulanan Tönnis Osteotomileri, hastaların klinik ve radyolojik sonuçları anlamlı derecede artırmaktadır. Bununla birlikte grupların birbirlerine karşı radyolojik ve klinik üstünlüğü yoktur.

S-3 ÇOCUKLARDA HUMERUS SUPRAKONDİLER KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Aykut Özdemir*, Gökhan Maralcan**, Mehmet Nuri Konya*, Ahmet Aslan*

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde cerrahi tedavi yöntemi ile tedavi edilen çocuk humerus suprakondiler kırıklarında uygulanan tedavi yöntemlerinin sonuçlarını değerlendirmek ve literatürle karşılaştırmak amaçlandı.

Materyal ve Metod: Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında Şubat 2004 ile Kasım 2007 tarihleri arasında, suprakondiler humerus kırığı tanısıyla tedavileri yapılan, yaş ortalaması 5.9 (2-14) olan ve verilerine ulaşılabilen 30 suprakondiler humerus kırıklı (12 kız, 18 erkek) hasta çalışmaya dâhil edildi.

Hastanın cinsiyeti, sağ-sol oranları, yaşı, mevsim ve aylara göre dağılımı, kırığın oluş nedenlerine göre dağılımı, kırık tipine göre dağılımı, eşlik eden travmalar, sınıkçıya gidip gitmeme, sinir komplikasyonu oranları, dolaşım problemi oranları, kompartman sendromu ve Volkman kontraktürü oranları, cerrahi yapılan hastalarda travma- ameliyat arasında geçen süre, cerrahi yapılan hastalardaki internal fiksasyon yöntemleri, cerrahi yapılan hastalarda insizyon tipleri, hastanede kalış süreleri, enfeksiyon oranları, kubitus varus ve valgus oranları, ortalama takip süreleri, sonuçların Flynn kriterlerine göre değerlendirilmesi, hastalardaki dirsek hareket kısıtlılığı, cisim-kondil açı değerleri, Baumann açı değerleri, HEW açı değerleri, fonksiyonel ve kozmetik sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: 30 suprakondiler humerus deplase kırıklı hastanın 12'si kız (% 40.0), 18'i erkek (% 60.0) idi. 16 hastada (% 53.3) sağ, 14 hastada (% 46.6.) sol taraf kırığı mevcuttu. Hastalarımızın takip süreleri 3-30 ay arasında idi. Ortalama takip süremiz 13.36 ay idi. Olguların en küçüğü 2, en büyüğü 14 yaşında ve ortalama yaş 5.9 idi. Humerus suprakondiler kırığı ile en sık başvurulan ay Mayıs (%30) ayı idi. En sık kırık oluş nedeni % 40 ile ev içi düşmeler olarak saptandı. Vakaların tümü ekstansiyon tipi kırıklardı. Olgularımızın ilk muayenesinde 3 tanesinde (%10) periferik sinir lezyonu görüldü. 30 vakadan, 26 tanesine (% 86.6) açık redüksiyon, internal fiksasyon uygulandı. 4 vakaya kapalı redüksiyon, internal fiksasyon (% 13.3) yapıldı. Vakalarımızın 26'sında (% 80) çapraz telleme, 4'ünde (% 20) 2 adet lateralden bir adet medialden telleme tekniği kullanılmıştır. 15 vaka (% 57.6) ile en çok lateral insizyon tercih edildi. Hastalarda toplam 4 yüzeysel çivi enfeksiyonu, 2 tanesinde (% 6.6) cubitus varus deformitesi, lateral insizyon yapılarak çapraz telleme yaptığımız 1 hastamızda ulnar sinir lezyonu gelişti. Hastaların fonksiyonel ve kozmetik sonuçları Flynn kriterlerine göre değerlendirildi. Tüm vakalarımızdaki tatmin edici sonuçların sayısı 27 iken kötü sonuçların sayısı 3 'dü. Tüm vakalarımızdaki ortalama HEW değeri -1.53° idi. Hastaların

son Baumann açıları incelendiğinde, tüm yakalardaki ortalama Baumann açı değeri 72.6° idi. Hastalarımızda ölçülen cisim-kondil açısı tüm hastalarda ortalama 44.4° idi.

Sonuç: Çocuk humerus suprakondiler kırığında cerrahi tedavinin, hastanede kalış süresinin kısalığı, anatomik redüksiyon sağlanması, sonuçlarının iyi olması açısından seçkin tedavi yöntemlerinden biri olduğu sonucuna varıldı.

S-4 ÇOCUKLARDA KRONİK MONTEGGIA LEZYONLARINDA ULNAR OSTEOTOMİ VE ANNULER BAĞ REKONSTRÜKSİYONU

Mustafa İncesu, Hasan Karapınar, ***Tamer Ursavaş***, Ahmet Savran, Ahmet Kaya

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Çocuklarda Monteggia lezyonları daha az görülmekle beraber radius başı çıkığı sıklıkla gözden kaçırılabilir. Bu durum sonucunda dirsek ekleminde fonksiyonel bozukluklar görülür. Özellikle deformite, ağrı, instabilite ve dirsek eklem hareket kısıtlılıkları kronik Monteggia lezyonlarında görülen sekellerdir. Bu tip lezyonların cerrahi tedavisi ve sonuçları hala tartışmalıdır. Biz de kliniğimizde 7 kronik Monteggia olgusundaki uyguladığımız ulnar osteotomi ve annuler bağ rekonstrüksiyonu sonuçlarımızı değerlendirdik.

Hastalarımızın 4 ü bayan 3 ü erkekti. Ortalama yaş 7.5, ilk travma ile cerrahi tedavi arasındaki geçen ortalama süre 16 aydı. Hastaların tümüne ulnar osteotomi ve annuler bağ rekonstrüksiyonu uygulandı. Sonuçlar Morrey ve arkadaşlarının değerlendirme kriterlerine göre iyi, orta ve kötü olarak değerlendirildi.

Tüm ulnar osteotomiler sorunsuz kaynadı. Radius başının redislokasyonu hiçbir olguda görülmedi. Değerlendirme kriterlerine göre 5 hastada iyi, 2 hastada orta sonuç saptandı.

Çocuklarda Monteggia lezyonlarında cerrahi tedavi yöntemleri ve sonuçları tartışmalı olsa da, ulnar osteotomiyle birlikte yapılan annuler bağ rekonstrüksiyonunun oldukça tatmin edici olduğu kanaatindeyiz.

S-5 YAŞLI KALÇA KIRIKLARI İLE FEMOROASETEBULAR SIKIŞMA ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?

Hakan Sarman*, Tuncay Baran**, Resul Musaoğlu**, Kaya Memişoğlu**, Cumhur Cevdet Kesemenli**

Gölcük Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı**

Giriş: Femoroasetebular sıkışma sendromu kalça eklemi ile birlikte asetabuler tarafta ve femur baş kısmında morfolojik değişimler sonucu oluşan erken başlangıçlı, ağrılı ve ilerleyici durumdur. Klinik olarak kalça ile kasık ağrısı ile birlikte eklem hareket kısıtlığına labral, kondral ve kemik lezyonlarının eşlik etmesi şeklinde kendini gösterir. Sıklıkla yirmi ile kırklı yaşlarda başlayarak eklemin erken dejenerasyonuna sebep olur. Prevelansı % 10-15 arasında görülmektedir. İki ana tipi tanımlanmıştır; asetabuler tarafta olan değişimleri içeren Pincer ile femur baş kısmında ki değişimleri içeren Cam olarak sınıflandırılır. Bir de bu iki tipin sıkılıkla beraber görüldüğü üçüncü bir sınıf bulunmaktadır. Anatomik ve histopatolojik çalışmalar göstermektedir ki eklem kartilajında başlayan bir osteoartritik değişimler ile sonuçlanmaktadır. Tanısı hastanın hikayesi, ön ve arka sıkışma testlerin pozitif olması, radyografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans ile konulabilmektedir.

Radyografide merkez kenar açısı femur başı ortasını asetabuler tavanın kenarına birleştiren çizgi ile bu noktadan çizilen dikey düz çizgi arasındaki açıdır. Merkez kenar açısı değerlendirilirken yirmi derecenin altı displazik, 21° ile 38° arası normal, 38 derecenin üzeri (39°-44° koksa profunda, 44° üzeri protrüzyo asetebuli) ise aşırı örtüm olarak kabul edilir. Asetebuler indeks ise asetebulumun lateral kenarı ile sklerotik zonun medial noktasını birleştiren çizginin horizontal çizgi ile oluşturduğu açıdır. Asetebuler indeks değerlendirilirken sıfır derecenin altı aşırı örtüm ve 10 derecenin üzeri displazik olarak değerlendirir. Ekstrusiyon indeks (taşma oranı) ise femur başının asetabulum tavanı tarafından örtülmeme oranı %25 ve üzeri de displazik olarak tanımlanır.

Tomografide ise alfa açısı femur boyun merkezinden femur başı merkezine çizilen düz çizgi ile femur başı merkezinden femur başı yuvarlaklığının önünde femur boynu ile birleştiği (yuvarlaklığın boyna doğru döndüğü) noktaya çizilen çizgi arasındaki açı olarak belirlenir.

Manyetik rezonans labral patolojilerini tanımlamak için kullanılmaktadır.

Metod: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne 2010-2012 yılları arasında basit düşme sonrası gelişen femur intertrokanterik kırık nedeniyle başvuran toplam 85 hastanın grafileri geriye dönük olarak tarandı. Çalışmaya standart olarak pelvis ön - arka ve her iki kalça ön arka grafileri olan hastalar dâhil edildi. Tek kalça görüntüsü olan ve patolojik kırık ön tanılı hastalar çalışmadan çıkarıldı. Hastalar kırık nedeniyle başvurdukları için yan ve cross-table

grafi şartı aranmadı. Toplam 71 hasta değerlendirmeye alındı. 71 hastaya herhangi bir nedenle çekilmiş olan pelvis grafileri ile birlikte bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleri lateral grafi yerine değerlendirmeye alındı. Femoral tarafta X-ray görüntülerinden; femur baş boyun açısı, tomografi görüntülerinden; alfa açısı, asetebuler tarafta ise merkez kenar açısı, asetebuler indeks, taşma oranı ve asetebulum kenarlarının üst üste binme bulgusu (crossover sign) değerlendirildi. Femoral tarafta patolojik sınırda alfa açısı, herniation pits varlığı CAM tipi FAS bulgusu olarak kabul edildi. Asetebuler retroversiyon (crossover sign), koksa profunda veya protrüzyo asetebuli varlığı ise Pincer tipi femoroasetebular sıkışma sendromu yol açabilecek bulgular olarak tanımlandı.
Hastalardan elde edilen veriler SPSS 16,0 programı değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 71 hasta (36 erkek, 35 kadın hasta) dâhil edildi. Ortalama yaş 78 (49-95) olarak değerlendirildi. Ortalama merkez kenar açısı 45,8 (34,1-58,4) derece olarak ölçüldü. Bu hastalardan 46 tanesinde protrüzyo asetebuli, 15 tanesinde ise koksa profunda mevcuttu.

Ortalama asetebuler indeks -2,05 (-10,2-11,2) derece olarak ölçüldü. Bu hastalardan 51 tanesinde asetebuler indeks negatif > aşırı örtüm şeklindeydi. Ortalama ekstrusiyon indeksi (taşma oranı) 1,1 (0,85-1,15) olarak ölçüldü. 20 hastada cross-over sign mevcuttu. Tomografisi olan 25 hastanın ortalama alfa açısı 63,2 (40,7-84,2) derece olarak ölçüldü. Bu ölçümler sonucunda değerlendirmeye alınan femur intertrokanterik kırıklı 71 hastanın 69 tanesinde Femoroasetebular sıkışma sendromu olduğu saptandı (*p<0.001*).

Tartışma: Yaşlı ve osteoporotik hastalarda basit travma sonrası kırıklar oluşabilmektedir. Sıklıkla pertrokanterik, humerus proksimal kırığı en çok görülen kırık bölgeleridir. Pertrokanterik kırıklar içinde femur intertrokanterik kırıklar %50 lik kısmı oluşturmaktadır. Femur intertrokanterik kırığı daha çok osteoporotik, yaşlı debil hastalarda görülmektedir. Bu kırıkların sonucunda hastalarda önemli bir hayat kalitesinde düşme ve ölüm olabilmektedir.

Femoroasetebular sıkışma sendromu sıklıkla genç yaşta başlayıp ilerleyici tarzda olup kalça ekleminde erken osteoartritik değişiklikler yapmaktadır. Bundan dolayı erken dejenerasyonu engellemek için ekleme osteoplasti ameliyatları yapılmaktadır. Bu ameliyatlar hastanın daha konforlu ve ağrısız bir yaşam sürmesini sağladığı gibi erken gelişebilecek artrozu da önlemeye yöneliktir. Kalça eklemine yönelik yapılan bu osteoplasti ameliyatlarının en yaygını olan artroskopik veya eklemin güvenli dislokasyonu ile yapılan femur başı osteoplastisi ve labral doku onarımlarıdır. Bu osteoplasti ameliyatları sonrasında literatürde çeşitli cerrahi alan komplikasyonları görülmektedir. Bazı geniş serilerde az görülmesine rağmen osteoplasti sonrası femur proksimal kırığı geliştiği de bildirilmiştir. Fakat bu serilerdeki kırık hastaları genelde yirmi ile kırıklı yaş grubunda olup sağlıklı erişkinlerdir. Genç hastalarda gelişen bu kırıkların femur başına uygulanan aşırı tıraşlama sonrası boyna binen yükte stres oluşturduğu bunun sunucunda da kırık geliştiği yönündedir. Ama yaşlı ve Femoroasetebular sıkışma

sendromu olan hasta grupları ile ilgili olarak herhangi bir çalışma mevcut değildir. Bu kırıklarda bizim serimizde oldukça anlamlı oranda ilişki olduğu sonucuna ulaştık. Ama şu gerçek tam olarak aydınlatılamamıştır. Kalça kırıkları görülenlerde bu kırıkların asıl sebebi osteoporoza bağlı kemik kalitesinin düşmesi sonucu mu gelişir? Yâda insanlar yaşlandıkça kalçalarında bir takım Femoroasetebular sıkışma sendromunda görülen değişiklikler gelişir ve bu da kalça eklem hareket açıklığının azalmasına ve zorlayıcı rotasyonlarda kırık mı geliştirir? Bu soruların tam olarak aydınlatabilmesi için uzun dönem kalça ekleminde değişim sonuçları ve biyomekanik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yine de çalışmamızda gördük ki Femoroasetebular sıkışma sendromu ile femur intertrokanterik kırığı arasında göz ardı edilemeyecek bir ilişki olduğudur.

S-6 FEMUR TROKANTERİK KIRIKLARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONRASI MORTALİTE

Asım Cılız, Cem Cüneyt Köse, ***Anıl Agar***, Ali Utkan, Mehmet Emin Uludağ, Mehmet Özel

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Femur trokanterik bölge kırıkları; özellikle 65 yaş üzeri bayanlarda daha sık görülmekte ve vücuttaki tüm kırıkların yaklaşık olarak %8-10' unu oluşturmaktadır. Trokanterik femur kırıkları, ileri yaşlarda osteoporoz ve osteomalazi nedeniyle kemik frajilitesinde artma ve sonrasında oluşan minör bir travma sonucu (ev veya yolda düşme gibi) ortaya çıkarken, gençlerde ise yüksek enerjili travmalar sonucu oluşur. Femur trokanterik bölge kırıkları, femur boyun kırıkları ile birlikte günümüzde yaşlı hastalarda ortopedi cerrahlarının karşılaştığı en önemli sağlık sorunlarından biridir. Bu kırıklar ileri yaş grubundaki hastalarda mortalite ve morbiditenin önemli bir sebebidir. İntertrokanterik kırık sonrası bir yıl içinde görülen mortalite oranı literatürde yaklaşık olarak %15-40'dır.

Çalışmamızda, 2004-2010 yılları arasında kliniğimizde femur trokanter kırığı nedeni ile cerrahi tedavi uyguladığımız olgularda 12 aylık sağkalım oranlarını değerlendirdik.

2004-2010 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen, yaş ortalaması 76,5 olan, 126 olgu çalışmaya dâhil edildi. Olgulardan 47'sine eksternal fiksatör, 37'sine endoprotez, 29'una Proksimal Femoral Nailing (PFN), 13'üne plak-vida ile osteosentez uygulandı. Preoperatif dönem ortalama olarak 5,9 gün, postoperatif hastanede kalma süresi ortalama 4 gün idi. Ortalama takip süresi 16 ay idi. Olguların 46'sında (%36,5) hipertansiyon, 21'inde (%16,6) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, 17'sinde (%13,4) diyabetes mellitus mevcuttu ve olguların 50'sinde (%39,6) bu dâhili problemlerden iki ya da daha fazlası bir arada idi.

Postoperatif 0-3 aylık dönemde olgulardan 9'u (% 7,1) hayatını kaybetti. Bu hastaların 6'sına eksternal fiksatör, 2'sine endoprotez, 1'ine PFN uygulandı. 3-6 aylık dönemde 11'i (% 8,7) hayatını kaybetti. Bu hastaların 6'sına de eksternal fiksatör uygulandı, 5'ine endoprotez uygulandı. 6-12 aylık dönemde 14'ü (% 11,1) hayatını kaybetti. Bu hastaların 7'sine eksternal fiksatör, 6'sına endoprotez, 1'ine PFN uygulandı. Birinci yıldaki toplam mortalite oranı %23,9'iken; eksternal fiksatör uygulanan olgularda % 38,2, endoprotez uygulanan olgularda % 29,7, PFN uygulanan olgularda bu oran % 6,9 idi.

Trokanterik femur kırıklarının tedavisinde en önemli kural erken hareket ve mümkün olan en erken sürede kırık öncesi fonksiyonel seviyenin kazanılmasıdır. Bu amaçla uygulanan cerrahi yöntem alternatiflerine rağmen; literatürde, operasyon sonrası birinci yılda %15-40 gibi yüksek mortalite oranları verilmektedir.2000 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre ülkemizde 65 yaş üzeri genel popülasyonda bir yıl için ölüm oranı %2,4'dür. Biz de çalışmamızda, literatürle benzer olarak genel popülasyondan çok daha yüksek bir mortalite oranı bulduk.

S-7 VİTAMİN-D'NİN KALÇA KIRIKLARINA ETKİSİ VAR MIDIR?

Metin Uzun*, ***Mehmet Ali Talmaç*****, Burak Beksaç**, Vahit Emre Özden**, Remiz Tözün****

Acıbadem Maslak Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği**

Giriş: Düşük enerjili travmalar sonrası meydana gelen kalça kırıkları osteoporoz için bir göstergedir ve ortopedistler osteoporozun tedavisinden çok osteoporotik kırığın tedavisi ile ilgilenmektedirler.

Osteoporotik kırıkların önlenmesi için osteoporozun tanısı ve tedavisi önemli bir yer tutmaktadır. Bu tanı için en sık kullanılan yöntem BMD olmakla beraber, davranış, kas fonksiyonları ve kalsiyum dengesi; dolaylı olarak da kemik yapısının döngüsünü sağlayan vitamin-D nin osteoporotik kırıkların oluşmasında etkilidir. Bu nedenle kalça kırığı ve vitamin-D ilişkisini değerlendirdik.

Materyal – Metod: Düşük enerjili travma sonrası meydana gelen ve kalça kırığı tanısı ile servise yatırılarak cerrahisi planlanan 40 hastanın yatışlarının ortalama 2. gününde 25-OH D3 vitamin değerleri için prospektif olarak örnek alındı. Yaş ortalaması 82 (71-101).

Sonuç: 20 hasta intertrokanterik femur, 20 hastanın da kollum femoris kırığı mevcuttu. 40 hastanın ortalama vitamin-D değeri 17,63 ng/ml olarak bulundu.

Tartışma: 25-OH vitamin D nin aktif formu olan 1-25 OH vitamin D, kas fonksiyonları ve kemik metabolizmasında kritik rol almaktadır. Vitamin D değerleri düşük olduğunda, kas fonksiyonlarının etkilenerek daha sık düşmelere neden olmakta; kemik metabolizmasına etkisinden dolayı da kırıklar daha sık görülmektedir.

Bu nedenle yaşlı hastalar da osteoporoz araştırması yapılırken vitamin D değerlendirmesinin yapılması ve düşük tespit edilen olgularda tedavinin yapılması, kalça kırıklarının önlenmesinde bir etken olacağı kanaatindeyiz.

S-8 75 YAŞ ÜZERİ İNTERTROKANTERİK KALÇA KIRIKLARINDA TEDAVİ NE OLMALI? PROTEZ Mİ YOKSA PRİMER FİKSASYON MU?

Bahattin Kerem Aydın, Mehmet Ali Acar, Hakan Şenaran, Ömer Faruk Erkoçak, Güney Yılmaz, Fatih Durgut

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Femur intertrokanterik kırıkların tedavisi yaşlı hastalarda halen tartışmalıdır. Bazı otörlere göre erken hareket ve mobilizasyon için parsiyel protez uygulaması doğru tercih olup bazı otörlere göre ise primer fiksasyonun yeterli olacağı kanaati mevcuttur. Biz bu çalışmada AO 31-A2.2 ve AO 31-A2.2 tip intertrokanterik kırıklara uygulanan kısa çivi ile kalkar replasmanlı parsiyel protez uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenerek post op sonuçları ortaya konmuştur.

2010-2012 yılları arasında tip 4-5 femur intertrokanterik kırık nedeniyle cerrahi tedavi alan 32 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. 20 hastaya kalkar destekli parsiyel protez ve 12 hastaya kısa çivi ile fiksasyon yapılmıştır. Hastaların tamamı 75 yaş üzerinde olup ortalama yaşları 82,1 idi. Hastanede kalış süreleri, kan transfüzyon ihtiyaçları, tekrar ameliyat olma oranları ve post op 6 aylık dönemdeki sağ kalım oranları karşılaştırılmıştır.

Parsiyel protez grubunda hastanede ortalama yatış süresi 5,9 gün, kısa çivi grubunda ise 6 olarak saptanmıştır. Kan transfüzyon ihtiyacı oranları parsiyel protez grubunda 1,25 ünite, kısa çivi grubunda ise 1,1 ünite olarak saptanmıştır. Tekrar ameliyat olma oranları parsiyel protez grubunda %15 ve kısa çivi grubunda %8 olarak saptanmıştır. Ameliyat sonrası 6 aylık dönemde sağ kalım oranları parsiyel protez grubunda %50, kısa çivi grubunda ise %84 olarak saptanmıştır. SPSS 15 ile yapılan istatiksel analizde sadece post operatif 6 aylık dönemde sağ kalım oranlarında anlamlı fark saptanmıştır.

Sonuç olarak kısa dönem klinik sonuçlarımıza göre kısa çivi ile yapılan primer fiksasyonun 75 yaş üzeri AO 31-A2.2 ve AO 31-A2.3 tipi intertrokanterik kalça kırıklarının tedavisinde daha iyi olduğu kanaatine varılmıştır.

S-9 ELLİ YAŞ ÜSTÜ HUMERUS PROKSİMAL KIRIKLARINDA OSTEOPOROZUN YERİ

Cem Cüneyt Köse, Asım Cılız, ***Mehmet Özel***, Ali Utkan, Remzi Can Fakıoğlu, Mehmet Emin Uludağ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Humerus proksimal kırıkları, bütün kırıklar arasında yüzde beşlik bir oran kaplamakta olup tedavisi çoğunlukla konservatiftir. Elli yaş altı hastalarda genellikle yüksek enerjili travmalarla oluşan bu kırıklar ileri yaşlarda genellikle basit düşme sonucunda oluşmaktadırlar. Çalışmamızdaki amaç bu kırık nedeniyle konservatif tedavi edilen elli yaş üstü hastaların kemik mineral dansitometre değerleriyle ilişkisini araştırmaktır.

Humerus proksimal kırıklarında tedavi kırığın tipine, hastanın yaşına, eşlik eden komplikasyona göre değişir. Non deplase ve minimal deplase stabil kırıklarda veya eşlik eden problemler nedeniyle cerrahi tedavi uygulanamayan hastalarda konservatif tedavi yöntemleri tercih edilir.

2010-2013 yılları arası acil servise başvuran hastalardan humerus proksimal uç kırığı tanısı alarak konservatif tedavi edilen elli yaş üstü 42 hasta mevcuttur. Bunlardan poliklinik takiplerinde kemik mineral dansimetre istenerek tetkikini yaptıran yirmi altısı incelendi. Ons ekiz kadın sekiz erkek hastanın yaş ortalaması 57,3 (52-86) idi.

Tüm hastalarda kırık kaynaması sağlandı fakat omuz hareket genişliklerinde ve üst ekstremite fonksiyonlarında kırık öncesi durumlarına göre belirgin azalma saptandı. Hastaların kırık oluşumundan ortalama 4 ay sonra yapılan kemik mineral dansitometri ölçümlerinde ortalama lomber t skorları -1,9 ile - 4,3 (ortalama -3,1), ortalama kalça t skorları -0,7 ile - 2,3 (ortalama -1,7) bulundu. Tetkik yaptırılan tüm hastalar patolojik kırıkları da göz önüne alındığında osteoporoz tedavisi düzenlenebiliyordu. Hastaların on dokuzunda medikal osteoporoz tedavisi düzenlendi, ikisi ek hastalıkları nedeniyle diğer bölümlere yönlendirildi, iki hasta takip muayenesine dönmedi.

İleri yaş humerus proksimal kırıkları genellikle basit düşme sonucu oluşur Böyle hastalarda osteoporoz araştırılmalıdır. Kemik mineral dansitometre istenilen tüm hastalarımızın sonuçları göz önüne alındığında ölçüm yaptırılmadığı için tedavisi düzenlenmeyen hastaların da olma olasılığı yüksektir. Osteoporoz, kemiğin birim hacmine düşen, kemik dokusunun azalmasıdır ve genellikle sessiz gelişir. Herhangi bir yakınmaya neden olmaz fakat kişide düşme gibi ufak travmalarla kırık oluşur. Bu durumdaki hastaların kemik patolojilerinin tedavisi yanında osteoporoz tedavileri ihmal edilmemeli kemik kitlesi ve kemiğin mikro mimari yapısı düzeltilerek kemik gücü restore edilmeli ve sonuçta yeni kırık riski azaltılmalıdır.

S-10 KALÇA KIRIĞI NEDENİ İLE AMELİYAT EDİLEN 60 YAŞ ÜZERİNDEKİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nurullah Şener, İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Musa Korkmaz, Samet Ordu, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Cerrahi olarak tedavi edilen kalça kırıklarının (intertrokanterik ve femur boyun kırığı) hastanın sağlık durumunu ifade eden sağlık ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) sonuçlarını bildirmektir.

Hastalar ve Yöntem: Aralık 2007 ve Mayıs 2012 tarihleri arasında S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde opere edilerek takibi yapılan 60 yaş üstü, toplam 141 kalça kırıklı olgu değerlendirildi. Ortalama yaş 81,6±8,7(60-100). Hastaların mevcut dâhili problemleri zemininde gelişebilecek mortalite ve morbidite riskini tahmin edebilmek amacıyla ASA (*American Society of Anesthesiologists*) değerlendirmesi kullanıldı. Hastaların kendi yaşam koşulları, yürüme kabiliyetleri, günlük yaşam aktivite(ADL) durumları ve EQ-5D ye göre sağlık ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) hakkında görüşleri alındı.

Bulgular: ASA skoru ile sağlık ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. ASA skoru arttıkça hastaların bağımsız yaşayabilme kabiliyetleri belirgin şekilde azalmış ve EQ-5D nin her bir parametresinde de belirgin bozulma istatiksel olarak anlamlı düzeyde tespit edilmiştir. İlk yıl içinde görülen mortalite oranı % 29 olarak tespit edilmiştir.

Çıkarımlar: Kalça kırıklı hastalarda ASA skor yüksekliği kötü prognostik faktördür. Mortalite oranları yüksektir ve hastaların çoğunluğu tedaviye rağmen bağımsız yaşayabilme kabiliyetini kaybeder.

S-11 OSTEOPOROZUN SINIFLANDIRILMASI, RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ VE BİR DAKİKALIK OSTEOPOROZ RİSK TESTİ

Nursel Üstündağ*, Murat Korkmaz*, Özlem Balbaloğlu*, Ahmet Öksüzkaya**

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü**

En sık görülen kemik hastalığı olan osteoporoz düşük kemik kütlesi ve kemik dokunun mikro yapısında bozulma ile karakterize, kemik frajilitesinde ve kırık riskinde artışa neden olan sistemik bir iskelet hastalığıdır. İlk olarak 1829'da Jean Georges Lobstein tarafından "porous bone" olarak, daha sonra 1948'de Albright tarafından "too litle bone in bone" değişik osteoporoz tanımlamaları yapılmıştır. Osteoporoz yaşa, lokalizasyona, tutulan kemik dokuya, etiyolojiye ve histolojik görünümüne göre sınıflandırılmaktadır. Uluslar arası Osteoporoz Vakfı-International Osteoporosis Foundation (IOF) tarafından geliştirilmiş olan "Bir dakikalık risk testi" formu, 2000 yılında Türkçe'ye çevrilmiş olup osteoporozun erken tanılanmasında ve risk faktörlerinin ortaya çıkarılmasında önemlidir. Bu test standart 7 sorunun dışında kadın olgular için 2,erkek olgular için 1 ek soru içermektedir. Soruların cevapları evet- hayır şeklinde olup verilen evet yanıtının fazla olması osteoporoz açısından risk altında olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. 1 Dakikalık osteoporoz risk testi
1. Aile bireylerinizden herhangi birinde hafif bir çarpma veya düşme sonrası kalça kırığı meydana geldi mi? **(Evet- Hayır)**
2. Herhangi bir kemiğinizde hafif bir çarpma veya düşme sonrası kırık meydana geldi mi? **(Evet- Hayır)**
3. Üç aydan uzun süre kortikosteroid (kortizon, prednizon vb.) kullandınız mı? **(Evet- Hayır)**
4. Üç santimetreden fazla boyda kısalmanız oldu mu? **(Evet- Hayır)**
5. Düzenli olarak alkol (günde 2 kadehten fazla) alır mısınız? **(Evet- Hayır)**
6. Günde 20 adetten fazla sigara içer misiniz? **(Evet- Hayır)**
7. Sık sık diyare olur musunuz? **(Evet- Hayır)**
Kadınlar için
8. 45 yaşından öncemi menopoza girdiniz? **(Evet- Hayır)**
9. Gebelik veya menopoz dışındaki nedenlerle âdetinizin 12 ay veya daha uzun süre aksadığı oldu mu? **(Evet- Hayır)**
Erkekler için
10. Testosteron seviyesinde azalmaya bağlı impotans veya libido kaybınız oldu mu? **(Evet- Hayır)**

Osteoporozun risk faktörleri arasında yaş, vücut ağırlığı, menopoz, alkol alımı, genetik faktörler, beslenme, sigara kullanımı, immobilizasyon ve ilaçlardır. Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (NHANES III) göstermiştir ki ABD'de postmenopozal beyaz kadınların %30'unda

osteoporoz mevcuttur. Femur boyun bölgesinde bu oran %20 bulunmuştur. 80 yaş ve üzeri kadınlarda ise osteoporoz sıklığı %70'e kadar yükselmektedir. Türkiye'nin osteoporoz ve kalça kırığına ait verileri yakın zamana kadar MEDOS çalışmasına dayanıyordu.2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından kişilerin 10 yıllık osteoporotik kırık geçirme riskini belirleyen FRAX algoritmasında da MEDOS verileri kullanılmıştı. Türkiye Osteoporoz Derneği (TOD) 2005 yılında başlattığı FRACTURK adlı proje ile Türkiye'de osteoporoz prevalansı ve kalça kırığı insidansını güncellemeyi hedeflemiştir. Çalışma 2011 yılında tamamlanmıştır. Türkiye verilerinin güncellenmesi için FRACTURK çalışması 26424 kişilik bir örneklem grubunda yapılmıştır ve 1965 kişiden oluşan bir örnek grubunda DXA ile KMY ölçümleri yapılmıştır. Osteoporoz prevalansının KMY değerlerine göre 50 yaşlarında saptanan %3-4 oranından 80 yaşında %30 üzerine yükseldiği gösterilmiştir

Bu çalışmada osteoporozun sınıflandırılması, risk faktörleri ve 1 dakikalık osteoporoz risk testi incelenmiştir.

S-12 OSTEOPOROTİK HUMERUS PROKSİMAL UÇ KIRIKLARINDA İNTRAMEDÜLLER FİBULA OTOGREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYON

Bilgehan Çatal, Kaya Turan, Cihan Aslan, Muhittin Şener

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Osteoporotik humerus proksimal kırıklarının tedavisi, yeni plak ve çivi sistemlerinin geliştirilmiş olmasına rağmen hala zorlu bir süreç olmaya devam etmektedir. Bu tip kırıklarda en çok karşılaşılan problemler; osteoporoza bağlı peroperatif veya erken postoperatif implant yetmezliği, medial kortikal (kalkar) yetmezliğe bağlı redüksiyon güçlüğü, varus malredüksiyonu ve nonuniondur.

Olgu; 80 yaşında bayan hasta acil servise humerus proksimal uç kırığı ile başvurdu. Neer tip 4 olarak değerlendirilen kırığa cerrahi kararı alındı. Daha önce Helfet ve arkadaşlarının fibula allogreft ile tarif ettiği teknik, hastaya intramedüller fibula otogrefti kullanılarak uygulandı ve kilitli plak ile fiksasyon sağlandı.

Hastanın takiplerinde 3. ayında klinik ve radyolojik kaynama saptandı. 2. yılındaki kontrolünde hastanın omuz hareketlerinin tama yakın olduğu görüldü. Direk grafisinde ve tomografisinde fiksasyonun stabilitesini koruduğu ve yapısal intramedüller fibula otogreftinin humerusa koopere olduğu görüldü.

Osteoporotik humerus proksimal uç kırıklarında fibula otogreftinin intramedüller olarak uygulanmasının; peroperatif redüksiyona yardımcı olduğu, medial kalkara destek olup varus malredüksiyonunu engellediğini, implant yetmezliğini azalttığını, yapısal, osteoindüktif ve osteokondüktif özellikleri nedeniyle kırık iyileşmesine katkıda bulunduğunu ve bu tip kırıklarda endoprotez uygulamasına iyi bir alternatif olduğunu düşünmekteyiz.

S-13 VARUS GONARTROZU HASTALARINDA YÜKSEK TİBİAL OSTEOTOMİ NE KADAR TATMİN EDİCİ

Sarper Gürsu*, Hakan Sofu**, Timur Yıldırım*, Ahmet Issın***, Bilal Demir*, Vedat Şahin*

Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
Amasya Suluova Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği**
Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı***

Giriş: Gonartroz, diz ekleminin normal anatomi ve fizyolojisinin bozulması ile karakterize ilerleyici bir hastalıktır. Tedavinin faklı aşamalarında uygulanan çok çeşitli cerrahi teknikler ile yüksek başarı oranları bildiren klinik çalışmalar yayınlanmıştır. Yüksek tibial osteotomi (YTO) pek çok ortopedist tarafından erken evre varus gonartrozu hastalarında tercih edilen cerrahi tedavi yöntemidir. Bu çalışmanın amacı, YTO ameliyatı geçirmiş varus gonartrozu hastalarının sübjektif tatmin düzeyini değerlendirmektir.

Materyal – Metod: Bu çalışmada, 2002 – 2005 yılları arasında Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yüksek tibial osteotomi ameliyatı geçirmiş 58 hastanın 58 dizi değerlendirildi. Olguların tümünde medial açık kama osteotomisi uygulandı ve otolog iliak kemik grefti ile osteotomi sahası greftlendi. Hastalara sübjektif tatmin düzeyi değerlendirmesi amacıyla ameliyatın sonucundan memnun olup olmadıkları ve benzer şikâyetleri olan hastalara bu ameliyatı önerip önermeyecekleri soruldu. Ortalama takip süresi 7.48 yıldı (7 – 12 yıl arasında).

Bulgular: 38 hasta (%65.5) ameliyatın sonucundan tatmin olduğunu belirtirken, 20 hasta (%34.5) sonucun tatmin edici olmadığını söyledi. 19 diz (%32.7) ilk ameliyattan sonra başka bir cerrahi müdahale geçirmişti. Bu olgulardan 10 tanesinde (%17.2) sekonder ameliyat total diz protezi iken, 9 tanesinde (%15.5) implant çıkarımı uygulanmıştı. 58 hastanın 41 tanesi (%70.6) benzer şikayetleri olan hastalara bu ameliyatı tavsiye edeceğini söyledi. Total diz protezi ameliyatı geçirmiş 10 hastanın 5 tanesi de YTO ameliyatını başka hastalara tavsiye edeceğini söyledi.

Sonuç: Yüksek tibial osteotomi varus gonartrozu tedavisinde etkin bir yöntem olmakla birlikte, uygun hasta seçimi ve ameliyat öncesi planlama hasta tatmini açısından en önemli faktörlerdir.

S-14 AKTİF OLMAYAN İNSANLARDAANATOMİK TEK BANT ÖN ÇAPRAZ REKONSTRÜKSİYONLARI SONUÇLARI

Ahmet Fırat*, ***Osman Tecimel****, Çetin Işık*, Alper Deveci*, Serdar Yılmaz**, Murat Bozkurt*

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
Ankara Numune Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

Amaç: Ön çapraz bağ cerrahisinde amaçlanan, ileride oluşacak diz artrozunu bir seviyeye kadar önlemektir. Son çalışmalar, özellikle atletlerde ve aktif kişilerde anatomik çift-bant rekonstrüksiyonu(AÇBR) ile stabil bir dizin elde edildiğini göstermiştir. Bununla birlikte bu teknik kendi içerisinde çeşitli derecelerde zorluklara sahiptir ve deneyim gerektirmektedir. Ayrıca prosedürün maliyeti de daha fazladır. Anatomik tek bant rekonstrüksiyon (ATBR) ise daha kolay uygulanabilmekte ve daha ucuz maliyete sahip olmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız, atlet olmayan ve daha sedanter bir hayata sahip kişilerdeki ATBR sonuçlarını değerlendirmekti.

Materyal ve Metod: 2008 ve 2009 yılları arasında kliniğimizde 42 ATBR uygulandı. Yaşları 18-35 arasında olup, herhangi bir sporla uğraşmayan, fiziksel olarak ağır işlerde çalışmayan ve yüksek efor kapasitesi gerektiren hobilere sahip olmayan kişiler çalışmaya dahil edildi. Bu kriterlere uyan 20 kişi geçmişe dönük olarak incelendi. Tüm hastalarda hamstring otogrefti, femoral tespit için endobutton CL, tibial tespit için de biyo-eriyen vida ve U çivisi kullanıldı. Cerrahi sonrası dönemde hastalara standart fizyoterapi uygulandı. Son takiplerinde hastaların eklem hareket açıklıkları, pivot-shift ve Lachmann testleri ile International Knee Documentation Committee (IKDC) skorlama sistemi ile klinik skorları değerlendirildi.

Sonuçlar: ortalama takip süresi 25 ay ve hastaların ortalama yaşı 28 (18-35) idi. Son takipte hastaların ortalama fleksiyon açısı 132° (125°-140°) ve ortlama IKDC skoru 89.2 olarak tespit edildi. Pozitif lateral pivot shift testi ve 2+ Lachmann testine birlikte sahip sadece 2 hasta mevcuttu. Hastaların tümünde yaralanma öncesi aktivite seviyesine dönüş olduğu gözlendi.

Tartışma: AÇBR ve ATBR'yi karşılaştıran bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar verilmese de daha iyi rotasyonel stabilite sağladığı için, AÇBR ile ilgili klinik ve biyomekanik olarak daha üstün sonuçlar yayınlanmıştır. AÇBR, ATBR'ye göre, uygulama açısından biraz daha fazla zorluğa sahiptir ve daha yüksek maliyete sahiptir. Biz çalışmamızda, düşük aktivite seviyesine sahip hastalarda, ATBR uygulanmasıyla tatminkar sonuçlar elde ettik ve ön çapraz bağ rekonstrüksiyonunda hangi metodun seçileceğinde hastanın aktivite seviyesinin göz önünde bulundurulması gerektiğine inanıyoruz.

S-15 TOTAL DİZ PROTEZLERİNDE KAN KAYBINA VE TRANSFÜZYONUNA TRANEKSAMİK ASİDİN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgür Şentürk, ***Mehmet Nurullah Ermiş***, Yeşim Macit, Selçuk Şimşek, Can Solakoğlu

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Total diz protezleri sıklıkla kan transfüzyonunu gerektirirler. Diz ve kalça protezlerinde kullanılan antifibrinolitik ilaçlar intraoperatif kan kaybını ve postoperatif transfüzyon miktarını azaltmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız total diz protezlerinde traneksamik asidin perioperatif sistemik kullanımı ile postoperatif kan kaybına ve kan transfüzyonuna etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Prospektif çalışmada, total diz protezi protezi planlanan ASA I-III olan 20 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalar rastgele iki gruba ayrılarak, Traneksamik asid uygulanacak grup ve plasebo grubu oluşturuldu. Hastaların tamamına spinal anestezi uygulandı. Traneksamik asid grubuna turnike açılmadan yarım saat önce 10 mg/kg traneksamik asid intravenöz (iv) uygulandı. Takiben ilk dozdan 3 saat sonra 2 mg/kg Traneksamik asid iv infüzyon tekrarlandı. Hastaların yas, cins, kilo, cerrahi sure, turnike zamanı, preoperatif, postoperatif 6. saat ve postoperatif 24. saat hemoglobin(Hb) düzeyi, 24 saat sonunda total drenaj miktarı ve 24 saat içinde yapılan kan transfüzyonları not edildi.

Bulgular: Yaşları 49 ile 80 arasında ortalama 69,50±7,66 yıl olan %10'u (n=2) erkek, %90'ı (n=18) kadın olan 20 olgu idi. Olguların %45'inin (n=9) ASA II, %55'inin (n=11) ASA III idi. 24 saat sonundaki drenaj miktarları 170 ile 1080 ml arasında değişmekte olup, ortalama 557,50±274,43 ml idi. Olguların girişteki Hb düzeyleri 9,0 ile 15,5 mg/dl arasında değişmekte olup, ortalama 12,41±1,78 mg/dl, postoperatif 6.saat Hb düzeyleri 7,6 ile 13,4 mg/dl arasında değişmekte olup, ortalama 10,45±1,67 mg/dl, postoperatif 24.saat Hb düzeyleri 7,9 ile 13,4 mg/dl arasında değişmekte olup, ortalama 10,15±1,39 mg/dl idi. Traneksamik asid ve kontrol grubunda giriş, postoperatif 6.saat ve 24.saatteki Hb düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Gruplara göre olguların 24 saat sonunda drenaj ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$)(Traneksamik asid grubu 362,00±130,70 ml, kontrol grubunda 793,00±196,75 ml). Kontrol grubu olguların 24 saat sonundaki drenaj ölçüm değerleri çalışma gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Gruplara göre 24 saatte total kan transfüzyon görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda 24 saatte total kan transfüzyonu görülme oranı %50,0 (n= 5), çalışma gurubunda %0,0 (n=0) olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Hastaların hiç birinde herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

Sonuç: Total diz protezi sonrası traneksamik asidin postoperatif drenaj miktarını ve kan transfüzyonu gereksinimini azalttığı görüldü. Hastaların kontrollü yönetimi ile traneksamik asid kullanımının efektif ve güvenli olduğunu düşünmekteyiz.

S-16 ERİŞKİNLERDE AO TİP C3 ANSTABİL DİSTAL RADİUS KIRIKLARINDA AÇIK REDÜKSİYONLA KİLİTLİ PLAK VE KAPALI REDÜKSİYONLA PERKÜTANÖZ K TELİ TESPİTİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hüseyin Yetkin, ***Taşkın Altay***, Cemil Kayalı, Zafer Kement, Serhan Yağdı

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmada volar kilitli anatomik plak ile yapılan açık redüksiyon internal fiksasyon ile "K" teli ile yapılan kapalı redüksiyon ve alçılı tespitin fonksiyonel sonuçlarını karşılaştırmaktır.

Metot: Şubat 2008 ile Ocak 2012 tarihleri arasında AO C3 radius distal kırığı geçiren 30 hasta (19 erkek, 11 kadın, 47.6 yaş (18-77)) geriye dönük klinik ve radyolojik olarak incelendi. Ortalama takip süresi 17,85 ay idi (8- 55 ay). 15 hastaya skopi kontrolünde kapalı redüksiyonu takiben çoklu K teli fiksasyonu ve kısa kol alçı, 15 hastaya da açık redüksiyon ve kilitli plakla internal fiksasyon uygulanmıştır. Sonuçlar Gartland ve Werley değerlendirme skalası, hasta bazlı el bileği değerlendirme anketi (PRWE) ve DASH' a göre değerlendirildi. Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19 programından yaralanılmıştır, bağımsız gurupların karşılaştırılmalarında Mann Whitney U testi kullanılmış ve kantitatif veriler tablolarda ortalama standart hata (SH) şeklinde ifade edilmiştir. $p< 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Sonuçlar: Volar kilitli plak uygulanan (plak) hastalarda DASH skoru 9.39 (SH: 1,67), "K" teli uygulanan hastalarda (K teli) DASH skoru 13.17 (SH: 1,62) tespit edildi (p: 0,108). PRWE toplam skoru plak ve K teli hastalarında sırasıyla 8,63 (SH: 2,51) ve 12,17 (SH: 2,41) bulundu (p: 0,319). Gartland Werley skoru ise plak hastalarında daha düşük olarak bulundu (plak: 1,2, SH: 0,33- K teli: 2,87, SH: 0,71, p: 0.042). Radyolojik son kontrollerde en önemli fark palmar eğimde tespit edildi (plak: 7,15° SH: 1,21, K teli: 1,62°, SH: 2,23, p: 0,038). Hastaların son kontrollerinde el bileği hareketleri ve önkol rotasyonları değerlendirildiğinde iki gurup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Çıkarım: Her ne kadar Gartland Werley skorunun plak gurubunda daha iyi olmasına rağmen p değeri eşik değerine çok yakındır. Ayrıca diğer fonksiyonel değerlendirme skalaları göz önüne alındığında guruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak guruplar arası en önemli fark radyolojik parametrelerden palmar eğimde izlenmiştir fakat fonksiyonel sonuçları etkilememiştir. Sonuç olarak K teli ile perkütan tespitin, AO tip C3 kırıklarda anatomik kilitli plak tespitine alternatif bir tedavi yöntemi olduğuna inanıyoruz.

S-17 KUBİTAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

Korkut Arar, Bilgehan Çatal, Özgün Barış Güntürk, Cihan Aslan, Muhittin Şener

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Kubital tünel sendromlu hastalarda, cerrahi tedavinin klinik ve fonksiyonel sonuçlar ile el ve parmak kavrama güçlerine olan etkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: 2008 ile 2012 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Atatürk ve İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanelerinde kubital tünel sendromu tanısı alıp, cerrahi tedavi uygulanan ve takip süresi en az 6 ay olan 17 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların 14'ü (% 82.4) erkek, 3'ü(% 17.6) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 46.7 (27-63) yıl, ortalama takip süreleri 17,6(6-50) aydı. Duyu kaybının sürekli olduğu, kas gücü kaybı veya atrofisi olan ve konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda ameliyat uygulandı. Tüm hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kontrollerde QuickDash sakatlık anketi skorları hesaplandı, Jamar el dinamometresiyle el kavrama gücü, pinçmetreyle key, palmar ve tip sıkıştırma gücü hasta ve sağlam tarafta ölçüldü.

Sonuç: Cerrahi olarak 4 hastaya nöroliz (%23.5), 4 hastaya anterior subkutanöz transpozisyon (%23.5), 9 hastaya anterior submusküler transpozisyon (%52.9) uygulandı. Uygulanan cerrahi tedavi ile klinik ve fonksiyonel parametrelerin tümünde düzelme elde edildi. Sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası	İyileşme yüzdesi
El kavrama gücü	21,3 kg	34 kg	% 47
Key pinç	5,3 kg	9,4 kg	% 77.3
Palmar pinç	4,2 kg	7,9 kg	% 88
Tip pinç	3,6 kg	6,8 kg	% 88
QuickDash Skoru	45,8	17,7	% 61.3

Çalışmamızın zayıf yanlarının vaka sayısının az olması ve farklı cerrahi yöntemlerin uygulanması olduğu düşüncesindeyiz.

Sonuç olarak kubital tünel sendromunda cerrahi tedavi ile klinik ve fonksiyonel olarak tatminkar sonuç elde edilebildiği, el fonksiyon ve kavrama güçlerinde düzelme sağlandığı sonucuna ulaşılırken, QuickDash skorlamasının da kubital tünel sendromunda spesifik olarak kullanılabileceği kanaatine varıldı.

S-18 TAMİR EDİLEMEYEN MASİF ROTATOR MANŞET YIRTIKLARINDA BALON TEDAVİSİ SONUÇLARIMIZ

Egemen Altan, ***Kerem Aydın***, Mehmet Ali Acar, Hakan Şenaran

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Masif rotator manşet yırtıkları hastalarda uzun süreli yetersizliğe neden olabilen tedavisi zor ve uzun bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı tamir edilemeyen masif rotator manşet yırtıklarında eriyebilen balon uygulamasının klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

MR ve klinik olarak tamir edilemeyecek derecede retrakte ve büyük rotator manşet yırtığı olan 3 hastanın üç omzuna balon (InSpace) uygulaması yapılmış ve ortalama 8 aylık (6-10) sonuçları değerlendirilmiştir. Değerlendirmede Constant ve görsel ağrı skalası kullanılmıştır.

Bütün ameliyatlar artroskopik olarak yapılmış ve ortalama Constant skorları 26,6'dan 68,3'e yükselmiştir. Görsel ağrı skalası ise 8'den 3,3' düşmüştür. Son kontrolleri sırasında 3 hastada yapılan değerlendirmeler sonucunda hastaların hepsi uygulanan prosedürden memnun olduklarını bildirmişlerdir.

Masif rotator manşet yırtıklarının tedavisinde birçok farklı yöntem bulunmakta ve bu yöntemlerin başarı yüzdeleri literatürde çok farklı olarak bildirilmiştir. Bu uygulamanın minimal invazif olması ve ameliyat sonrasında kolay rehabilitasyona izin vermesi avantajlı yönleridir. Küçük bir hasta grubuna uygulamamıza rağmen bu yeni yöntemin uygun yaştaki hasta grubunda başarılı sonuçlar vermiştir.

S-19 TRAVMATİK ANTERİOR OMUZ ÇIKIKLARINDA ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİ

İbrahim Kaya, Ahmet Ertürk, Akın Uğraş, Erhan Bayram, İbrahim Sungur, Murat Yılmaz, Samed Ordu, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Tekrarlayan omuz çıkığı tedavisinde yapılan artroskopik Bankart tamiri sonuçları tartışıldı.

Hastalar ve Yöntem: Tekrarlayan omuz çıkığı nedeni ile artroskopik Bankart tamiri yapılan 16 hasta değerlendirmeye alındı. Dört hasta bayan, 13 hasta erkekti. Ortalama takip süresi 32.6 aydı. Tüm hastalara direkt radyografi ve manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Sonuçlar Rowe ve Constant skoru ile değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama çıkma sayısı 10.2, ortalama Rowe skoru 90.6 ve ortalama Constant skoru 94.3 bulundu. İki hastada eşlik eden SLAP tamiri yapıldı. Üç hastada Hill Sachs defekti, üç hastada ise glenoid kenarda defekt mevcuttu. Bir hastamızın ameliyattan 15 ay sonra yeni travma sonrası nüks omuz çıkığı görüldü, omuzu tekrar opere edildi. Bir hastamıza vida eklem içi penetrasyonu nedeni ile revizyon yapıldı.

Çıkarımlar: Artroskopik Bankart tamirinin klinik sonuçları iyidir. Ameliyat öncesi çıkık sayısının fazla olan hastalarda revizyon cerrahisine ihtiyaç olabilir, dikkatli olunmalıdır.

S-20 KALÇA ARTROSKOPİSİ: HASEKİ DENEYİMİ

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, İbrahim Sungur, Murat Yılmaz, Erhan Bayram, Ahmet Ertürk, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Anatomik olarak derin yerleşimli ve rijit olan kalça eklemi ve çevresinin patolojilerinin tanısı ve tedavisinde kalça artroskopisinin yeri irdelendi ve klinik tecrübelerimiz paylaşıldı.

Hastalar ve Yöntem: 2011 ve 2012 yılları arasında kliniğimize aksama ve kasıkta ağrı nedeni ile başvuran 15 kalça artroskopisi olgusu değerlendirildi. Ortalama yaş 35.8 (17-58), olguların üçü bayan, 12'si erkekti. Olguların ameliyat öncesi ve sonrası Harris kalça skoruna bakıldı.

Bulgular: Olguların ortalama Harris kalça skoru ameliyat öncesi 62.7 (54-86) iken, ameliyat sonrası 92.5 (82-100) olarak saptandı. Üç hastamızda CAM tipi sıkışma saptanıp tıraşlandı, beş hastada labrum yırtığı saptanıp ikisi dikildi, diğerleri debride edildi. Bir hastada osteokondral lezyon(OCD) saptanıp ters mozaikoplasti yapıldı. Bir hastada lokalize femur başı avasküler nekroz (FBAVN) saptandı anterior mini açık mozaikoplasti yapıldı, iki hastada eklem içi cisim, bir hastada eklem içi mermi çıkarıldı. İki hastada eklem içi patoloji saptanmadı.

Çıkarımlar: Kalça artroskopisi eklem içi ve çevresindeki patolojilerin tanı ve tedavisinde deneyimli ellerde yapıldığı zaman iyi sonuçlar veren minimal invaziv bir tanı ve tedavi yöntemidir. Tekniğin başarısı yüksek olmakla birlikte nörojenik komplikasyonlar açısından cerrah portal yerleşiminde dikkatli olmalı, traksiyon süresini kısa tutmaya çalışmalıdır.

S-21 KRONİK İMPİNGEMENT SENDROMLU HASTALARDA UYGULANAN STEROİDİN ARTROSKOPİK SUBAKROMİYAL DEKOMPRESYON SONRASINA KLİNİK ETKİSİ

Vahit Yıldız*, ***Ali Aydın****, Fatih Kalalı**, Ömer Selim Yıldırım**, Murat Topal**, Pelin Aydın***

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*

Amaç: Çalışmamızda Kronik impingement sendromlu hastalara uygulanan intraartiküler kortikostreoid enjeksiyonun, artroskopik subakromiyal dekompresyon sonrası klinik sonuca etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Artroskopik subakromiyal dekompresyon öncesi 1-7 defa arası intraartiküler kortikostreoid enjeksiyon uygulanan kronik impingement sendromlu toplam 44 (24 erkek, 20 kadın) hastayı çalışmamıza aldık. Artroskopik subakromiyal dekompresyon öncesi ve sonrası Constant skorlarını ölçerek istatiksel olarak karşılaştırdık.

Bulgular: Ortalama 2.57 defa intraartiküler kortikostreoid enjeksiyonu uygulanan hastaların ortalama Constant skorunu 15.27 (dağılım 2-52), Artroskopik subakromiyal dekompresyon sonrasında ortalama Constant skorunu 71.30 (dağılım 2-90) ölçtük. İntraartiküler kortikostreoid enjeksiyon adedi ile artroskopik subakromiyal dekompresyon öncesi klinik sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasına karşın ($P<0.001$), artroskopik subakromiyal dekompresyon sonrası klinik sonuçlar arasında bir istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($P>0.001$).

Sonuç: Kronik impingement sendromlu hastalara uygulanan intraartiküler kortikostreoid enjeksiyonu adedi ile artroskopik subakromiyal dekompresyon sonrası klinik sonuçlar arasında bir ilişki bulunmamaktadır.

S-22 SUBAKROMİYAL SIKIŞMA İLE SUBKORAKOİD SIKIŞMA SENDROMLARININ BİRLİKTE GÖRÜLME SIKLIĞI VE KLİNİK ETKİLERİ

Mesut Mısırlıoğlu*, ***Ali Aydın*****, Vahit Yıldız***, Ayşenur Dostbil**, Mesut Kılıç****, Pelin Aydın*

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**
Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği***
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ***

Kronik subakromiyal sıkışma ile subkorakoid sıkışmanın birlikte görülme sıklığını belirlemek ve artroskopik subakromiyal dekompresyonun (ASD) klinik etkilerini değerlendirmek için bu prospektif çalışmayı planladık.

Kronik omuz ağrısı olan hastaların ASD öncesi ve sonrası omuz muayeneleri yapıldı, Constant-Murley omuz değerlendirme skoru ve UCLA omuz skoru değerlendirildi. Manyetik rezonans görüntüleme ile ASD öncesi ve sonrası subakromiyal ve korakohumeral mesafeler değerlendirildi. Sonuçları değerlendirmede Wilcoxon Signed Rank testi ve Mcnemar testi kullanıldı.

Kronik sıkışma sendromlu 40 hasta çalışmaya alındı. Hastalar ortalama 27.3 ay (dağılım 12-48 ay) takip edildi. ASD'den önce kronik subakromiyal sıkışması olan 14 (%35) hasta da ayrıca subkorakoid sıkışma da vardı. Bu hastalarda ortalama korakohumeral mesafe 7.18 mm (dağılım 5-11 mm) idi. ASD'den sonra hiçbir hastada subkorakoid sıkışma bulgusu yoktu ve ortalama korakohumeral mesafe 12.85 mm (dağılım 11-15 mm) olarak ölçüldü. ASD sonrası Constant-Murley omuz değerlendirme skoru 15.55 (2-52) den 72.40 (2-90) a yükseldi. UCLA omuz skoru 8.10 (0-25) dan 30.95 (7-35) e yükseldi.

Çalışmamızda kronik subakromiyal sıkışma sendromlu hastaların %35' inde subkorakoid sıkışma da vardı. ASD sonrası korakohumeral mesafede artma ve hasta kliniğinde belirgin bir düzelme olmuştur.

S-23 TEKRARLAYAN TRAVMATİK ANTERİOR GLENOHUMERAL İNSTABİLİTEDE ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİNİN SONUÇLARI

Ahmet Güney*, İbrahim Karaman*, Mithat Öner*, Emre Yurdakul*, Zehra Filiz Karaman**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Özel Modern Dünya Hastanesi**

Amaç: Travmatik anterior omuz instabilitesinin ideal tedavisinde halen tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Bu hastalarda saptanan Bankart lezyonlarının onarılması için açık tekniklerin sonuçları başarılı olsa da son yıllarda artroskopik tekniklerin gelişmesiyle birlikte, artroskopik Bankart tamiri yöntemiyle başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bu çalışmanın amacı artroskopik yöntem ile yaptığımız Bankart tamiri sonuçlarımızı sunmaktır.

Yöntem: 2011-2013 yılları arasında kliniğimizde artroskopik Bankart tamiri uygulanan 16 hasta takibe alındı. Ortalama yaş 31.5 (20-64) yıl idi. Hastaların ağrı ve fonksiyonları ameliyat öncesi ve sonrasında Constant ve Rowe skoru ile değerlendirildi. Ortalama takip süresi 8 (3-12) ay idi. Ortalama çıkık sayısı 4,3 (2-10) olarak bulundu. İlk travmadan operasyon tarihine kadar geçen süre ortalama 36 (6-120) aydı. Çok yönlü omuz instabilitesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Artroskopi sırasında standart anterior portallerden çift iplikli çift ankor tespiti uygulandı. Tüm hastalar cerrahi tedavi öncesi ayrıntılı klinik muayene, klasik radyografi ve konvansiyonel MRG ile değerlendirildi. Tüm hastaların preoperatif MRG'de labral yırtıkla uyumlu bulgular saptandı. Hastaların tamamında günlük aktivitelerinde güvensizlik şikayeti mevcuttu.

Bulgular: Takipte ortalama pasif omuz abduksiyonu 155 (145-170) derece ve dış rotasyonu 80 (60-90)derece ölçüldü. Rowe skoru ortalaması ameliyat öncesi 43 puan iken, sonrasında 89.6 puana yükseldi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Constant skorları ise ameliyat öncesi 56 puan iken, sonrasında 85 puana yükseldi Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Hastalarda operasyon öncesi dış rotasyon kaybı ortalama %28.75 iken operasyon sonrası son kontrollerde kaybın ortalama %9.3'e düştüğü görüldü. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Hastaların hepsi günlük aktivitelerine döndü ve hiç bir hastada takiplerinde tekrar çıkık olmadı.

Çıkarımlar: Bankart lezyonunun artroskopik tedavisi, açık ve mini açık teknikler kadar başarılı sonuçlar verebilmektedir. Artroskopik tamir yapılan hastalarda daha az cerrahi yara izi kalmakta, hastanede yatış süresi kısa olmakta, ameliyat sonrası daha az ağrı olmakta ve rehabilitasyonları daha kolay olmaktadır.

S-24 ARTROSKOPİK ROTATOR MANŞET TAMİRİNDE ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Ahmet Güney*, İbrahim Karaman*, İbrahim Halil Kafadar*, Erdal Uzun*, Betül Güney**, Cemil Yıldırım Türk*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

Amaç: Artroskopik cerrahideki ilerlemelere paralel olarak omuz cerrahisinde de artroskopinin yeri giderek artmaktadır. Rotator manşet yırtıklarının artroskopik tedavisi açık yöntemler kadar başarılı sonuçlar vermektedir. Kliniğimizde uyguladığımız artroskopik rotator manşet tamirlerinin erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: 2011-2013 yılları arasında kliniğimizde artroskopik rotator manşet onarımı yapılan 10'u erkek, 5'i kadın toplam 15 hasta operasyon öncesi ve sonrası değerlendirildi. 3'ünün sol, 12'sinin sağ omuz tutulumu vardı. Ortalama yaşları 56.8 (48-65) yıl idi. Hastalar operasyon öncesi ve sonrası Constant skoru ve Rowe skorlama sistemi kullanılarak değerlendirildi. Hastalar genel anestezi veya rejyonel (skalen blok) anestezi altında opere edildi. Tüm hastalar cerrahi tedavi öncesi ayrıntılı klinik muayene, klasik radyografi ve konvansiyonel MRG ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastalar ortalama 7 (3-12) ay takip edildi. Operasyon öncesi Constant skoru ortalaması 41.3, Rowe skoru ortalaması 55 idi. Operasyon sonrası son kontrolde Constant skoru ortalama 82, Rowe skoru ise 89.3'e çıkmıştı. Bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,05$). Yırtık tipleri 7 hastada total tam kat supraspinatus yırtığı şeklinde iken 5 hastada L şeklinde supraspinatustan başlayıp infraspinatusa kadar uzanan yırtık tespit edildi. 3 hastada ise glenoid rimini aşan masif manşet yırtığı mevcuttu. Bu hastaların tamamına rotator manşet onarımının yanında subakromiyal dekompresyon ve bursektomi yapıldı. Tamirlerde hastaların 8'inde 3.5mm ve 5mm'lik 2 adet; 7'sinde ise birer adet ankor süturlerle çift iplikli dikiş kancaları kullanıldı. L şeklinde ve masif tipte yırtıkları olan hastalara tamir gücünü artırmak üzere çift sıra tamir tekniği uygulandı. Hastalar postop 1. günden itibaren ortalama 5 (4-6) hafta abduksiyon cihazı ile takip edildi. 15. günden itibaren pasif egzersize geçildi ve abduksiyon cihazı kullanımı bitiminde 1 aylık rutin fizik tedavi programına geçildi.

Çıkarımlar: Kas iskelet sistemi ağrıları arasında ilk sıralarda yer alan omuz ağrısı içinde en sık rastladığımız patoloji rotator manşete ait hastalıklardır. Ameliyat başarısını cerrahi ekibin tecrübesi ve deneyimleri belirlemektedir. Ameliyat sonrası ağrı düzeyinin az olması ve rehabilitasyon kolaylığı artroskopik cerrahiyi cazip kılmaktadır.

S-25 ERİŞKİN TİBİA DİSTAL KIRIKLARININ YENİ NESİL KİLİTLİ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ İLE TESPİT SONUÇLARIMIZ

Ahmet Köse, ***Ali Aydın***, Murat İpteç, Muhammed Çağatay Engin, Naci Ezirmik, Orhan Karsan

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Kliniğimizde uyguladığımız yeni nesil kilitli tibia intrameduller çivi ile tespit sonuçlarımızı diğer cerrahi tedavi uygulamalarına alternatif olabileceği düşüncesiyle sunmak istedik.

Yeni nesil kilitli çivi ile tedavi edilen, distal tibia kırıklı 12 (dağılım 9 (%75) erkek, 3 (%25) kadın) olgu retrospektif olarak incelendi. Kırıklar AO/OTA sınıflamasına göre (42A1: 3, 42A2: 2, 42A3: 1, 42B1: 2, 42B2: 2, 42B3: 1, 42C1: 1 olgu) sınıflandırıldı. Olgular radyolojik sonuçlar ve fonksiyonel açıdan Johner ve Wruhs ölçütlerine göre değerlendirildi.

Olguların yaş ortalaması 34.75 (dağılım: 33 (23-55) erkek, 40 (32-48) kadın) idi. Ortalama takip süremiz 20.7 (12-24) aydı. Ortalama kaynama süresi 10 (7-14) hafta olarak değerlendirildi. Olguların son kontrollerinde Johner ve Wruhs ölçütlerine göre yapılan fonksiyonel değerlendirmede 8 (%66,6) mükemmel, 2 (%16,6) iyi, 2 (%16,6) orta sonuç elde edildi.

Yeni nesil kilitli intrameduller tibia çivisi; distal kilitleme sistemi ile rijit fiksasyon sağlar ve plafonda 2,5 cm'e kadar olan distal kırıklarda kullanılabilir.

S-26 UZUN KEMİK KIRIKLARININ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEMESİNDE FLOROSKOPİ OLMADAN DİSTAL KİLİTLEME TEKNİKLERİ

Cengiz Aldemir, Ali Doğan, Fatih İnci, Çağrı Turgut, Fatih Duygun

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Uzun kemik kırıklarının intramedüller çivilenmesinde, floroskopi kullanmaksızın distal kilitlemeyi başarmak.

Hastalar ve Yöntem: Üç kilitleme tekniği ve iki kontrol yöntemi 1999-2012 yılları arasında 592 tibia kırığı ve 510 femur kırığı **C-75 (Hipokrat, Türkiye)** intramedüller çivilemesinde uygulandı.

Teknik: İntramedüller çivileme için; hastaya ameliyat masasında kırık olan kemiği için uygun pozisyon verildikten sonra, kırık kemiğe kapalı veya açık redüksiyon uygulanır. Uygun çivi aparata takıldıktan sonra intrameduller mesafeye yerleştirilir. Kılavuz tel en distaldeki tibia ve femur distal korteksine dayanıncaya kadar gönderilir ve kılavuz telin uzunluk ölçüsü alınır. Distal kilitleme yapılacak olan alanda femur için lateralde 2 vida deliği arası cilt kesisi yapılır. Tibia için medialde 2 adet tek tek cilt kesisi yapılır. Distal kilitleme için kılavuz çubuk distalindeki en distal çivi deliğine gidecek olan matkap kılavuzu tibia için mediolateral (femur için lateromedial) planda gönderilir. Matkap ucu gönderilmeden önce matkap kılavuzu sagittal plandaki kemik çapının ortasına gelecek şekilde (tibia için malleol ortalama anlamına gelir) ayarlanır. En distaldeki kilit vida deliği için tibia için medial (femur için lateral) korteks delindikten sonra matkap durdurulur. Çivinin bağlı olduğu bağlantı vidası içinden kılavuz tel distale doğru gönderilir. Bu sırada **alınan metalik ses** en distaldeki kilit deliğinden geçildiğini ifade eder. Yine kılavuz telin daha önceden üzerine konan klempin bağlantı vidasından **daha yukarda durması** yine kilit deliğinden geçildiğini ifade eder. Daha sonra karşı korteks delinir. Uygun vida gönderilir. Vida gönderilirken kılavuz tel ile gerek yukarda durması gerek metalik ses ile kilitlenmenin olup olmadığı kontrol edilir. Distal vidalama tamamlandıktan sonra kılavuz tel ile distal vidaya temas ettiği noktada bağlantı vidası üzerinden yeni kılavuz tel uzunluk ölçüsü alınır. Aynı işlemler distaldeki diğer vida için gerçekleştirilir. Distaldeki en distal kilit vidası konulduktan sonra kilitleme aparatından vidaya tornavida sokularak distalin proksimalindeki 2. vida deliği için sistem kilitlenerek de kilitleme yapılabilir.

Kemik ortalaması ve Medial malleol ortalaması ile kilitleme başarılamaz ise 3mm lik metalik aspiratör ucu delinmiş olan tibia medial korteksten (femur için lateral korteksten) sokularak aşağı yukarı oynatılır. Aspiratör 1-2 dakika bekletilir. Kemikteki delik ile çivideki delik genellikle önde ya da arkada kalın bir hilal tarzı görüntü verir. Matkap ucu bu görüntü halinde iken kemiğin içinden çivi deliğine sokulur. Kılavuz tel kontrol yöntemleri yapılır ve karşı korteks delinir. Distal kilit vidaları gönderilir. Her bir vida da mutlaka kılavuz tel kontrol yöntemleri yapılır.

Tartışma: Tibia ve femur için; kemik ortalama tekniğini uygulamak için bağlantı vidası ile tespit edilen uygun boyuttaki çivi intramedüller mesafeye gönderildikten sonra kılavuz çubuk üzerindeki distal kilitleme deliklerinden matkap kılavuzları sokulur. Matkap kılavuzu sagittal plandaki kemik çapının ortasına gelecek şekilde ayarlanır. Kılavuz uçlarının distalde ekstremiteye temas ettiği uç noktasının, **kemiğin ön ve arka korteks mesafesinin ortasına** gelecek şekilde olması kemik ortalamasının başarılmasını sağlar. Bunun için de ekartörler ön ve arka kortekse dayanarak kemik ortaya çıkartılır. Klavuz çubuğun distalindeki matkap ucu kılavuzları distal ve proksimal yönde sapma göstermez. Olabilecek sapmalar sagittal düzlemdedir. Bu nokta aynı zamanda medial malleolün hemen yukarı kısmında palpe edilen medial malleol kenarlarının ortasına da denk gelir. Tibiada kilitlemede distal kilit vidalarını birleştiren doğru genellikle medial malleolün ön ve arka kenarlarını bileştiren hattın ortasında yada çok az arkasında kalmaktadır.

Sonuç: Tibia ve femur kırıkları intramedüller çivilenmesinde için skopi olmaksızın kilitlemenin yukarda tarif edilen tekniklerle güvenilir olarak, radyasyona maruz kalmadan ve kısa sürede başarılabileceğini düşünmekteyiz.

S-27 KOMPRESİF HUMERUS İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEME VE FLOROSKOPİ OLMADAN KİLİTLEME TEKNİĞİ

Cengiz Aldemir, Ali Doğan, Fatih İnci, Ömer Sertkaya, Fatih Duygun

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Humerus intramedüller çivilenmesinde, floroskopi kullanmaksızın distal kilitlemeyi başarmak ve humerus kırık hattında kompresyon sağlamak.

Hastalar ve Yöntem: Üç kilitleme tekniği ve iki kontrol yöntemi 1999-2012 yılları arasında 142 humerus kırığı **C-75 (Hipokrat, Türkiye)** intramedüller çivilemesinde uygulandı.

Teknik: İntramedüller çivileme için; hastaya ameliyat masasında kırık olan kemiği için uygun pozisyon verildikten sonra, kırık kemiğe kapalı veya açık redüksiyon uygulanır. Çivi uygulama aparatına takıldıktan sonra intrameduller mesafeye yerleştirilir. Radial sinir hasarından sakınmak için distal kilitleme yapılacak olan alanda lateralde 2 vida deliği arası alan kadar uzunlaması cilt kesisi yapılıp yumuşak dokular ekarte edilir. Kılavuz tel bağlantı vidasının içinden ve çivinin oluğundan en distaldeki humerus distal korteksine dayanıncaya kadar gönderilir. Distal kilitleme için kılavuz çubuk distalindeki en distal çivi deliğine gidecek kılavuz içinden matkap ucu lateromedial planda gönderilir. Matkap ucu gönderilmeden önce matkap kılavuzu sagittal plandaki kemik çapının ortasına gelecek şekilde ayarlanır. Eğer matkap ucu humerusun margo lateralisine denk geliyor ise bu alan matkap ucunun kaymaması için küçük bir ronjur ile çentiklenir. Kılavuz tel distale doğru gönderilir. Alınan metalik ses en distaldeki kilit deliğinden geçildiğini ifade eder. Yine kılavuz telin daha önceden üzerine konan klempin bağlantı vidasından daha yukarda durması kilit deliğinden geçildiğini ifade eder. Daha sonra karşı korteks delinir. Distal vidalama tamamlandıktan sonra kılavuz tel ile distal vidaya temas ettiği noktada bağlantı vidası üzerinden yeni kılavuz tel uzunluk ölçüsü alınır. Aynı işlemler distaldeki diğer vida için gerçekleştirilir. Humerus distalindeki en distal kilit vidası konulduktan sonra kilitleme aparatından vidaya tornavida sokularak distalin proksimalindeki 2. vida deliği için sistem kilitlenerek de kilitleme yapılabilir.

Eğer kemik ortalaması ile kilitleme başarılamaz ise 3mm lik çelik aspiratör ucu lateralde delinmiş olan korteksden sokularak aşağı yukarı oynatılır. Aspiratör 1-2 dakika bekletilir. Kemikteki delik ile çivideki delik genellikle aşağı ya da yukarı kalın bir hilal tarzı görüntü verir. Matkap ucu bu görüntü halinde iken kemiğin içinden çivi deliğine sokulur. Kılavuz tel kontrolleri yapılır ve karşı korteks delinir. Distal kilit vidaları gönderilir. Her bir vida da mutlaka kılavuz tel kontrolleri yapılır. Distaldeki en distal kilit vidası konulduktan sonra kilitleme aparatından vidaya tornavida sokularak distalin proksimalindeki 2. vida deliği için sistem kilitlenerek de kilitleme yapılabilir.

Distal kilitleme sonrası proksimal kilit vidaları ile kompresyon yapılabilir. Önce dinamik delikten aparat yardımı ile ilk olarak lateral korteks delindikten sonra ucu yivli vida gönderilir. Tornavida çıkartılmadan proksimalden sokulan aparat yardımı ile kompresyon yaptırılır. Sistem bu halde iken statik 2. delik aparat üzerinden matkap ile delinir. Bikortikal ful yivli vida yardımı ile sistem kilitlenir. Tüm aparatlar çıkartıldıktan sonra proksimaldeki ucu yivli vidaya değecek kadar kompresyon vidası gönderilir. Tepe vidası konur.

Tartışma: Distal kilitleme için radial sinir problemi ile karşılaşmamak için iki vida arası tek bir insizyonla birleştirilip mutlaka kemiğin lateral kısmına kadar gidilerek yumuşak dokular ekarte edilir ve lateral korteks eksplore edilir.

Kemik ortalama tekniğini uygulamak için bağlantı vidası ile tespit edilen uygun boyuttaki çivi intramedüller mesafeye gönderildikten sonra kılavuz çubuk üzerindeki distal kilitleme deliklerinden matkap kılavuzları sokulur. Kılavuz uçlarının distalde ekstremiteye temas ettiği uç noktasının, **kemiğin ön ve arka korteks mesafesinin ortasına** gelecek şekilde olması kemik ortalamasının başarılmasını sağlar. Bunun için de ekartörler ön ve arka kortekse dayanarak kemik ortaya çıkartılır. Kılavuz çubuğun distalindeki matkap ucu Kılavuzları distal ve proksimal yönde sapma göstermez. Olabilecek sapmalar sagittal düzlemdedir.

Distal kilitleme sonrası proksimal kilitlemeye geçilir. Proksimal kilitleme tasarımı aynı zamanda kırıkta kompresyona da olanak sağlamaktadır. Humerus kırığının kompresyonun sağladığı avantajlar ile ilgili kadavra çalışması olmasına rağmen humerus kırıklarında kompresyonu araştıran klinik bir çalışmaya rastlamadık.

Sonuç: Humerus için skopi olmaksızın kilitlemenin yukarda tarif edilen tekniklerle güvenilir olarak, radyasyona maruz kalmadan ve kısa sürede başarılabileceğini düşünmekteyiz. Kullanılan intramedüller çivi aynı zamanda kompresyona da olanak sağlamaktadır.

S-28 HEMARTROZİK SIÇAN DİZLERİNDE ANKAFERD BLOOD STOPPER'IN EKLEM KIKIRDAĞI ÜZERİNE ETKİSİ: DENEYSEL ÇALIŞMA

İbrahim Kaya*, İbrahim Sungur*, Murat Yılmaz*, Akın Uğraş*, Ali Baş**, Vakur Olgaç**

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

Amaç: Hemartrozik sıçan dizlerinde Ankaferd Blood Stoper'in (ABS), kıkırdak doku üzerindeki etkileri araştırıldı.

Materyal ve Metod: 21 adet albino Sprague Dawley cinsi sıçan 3 gruba ayrıldı. Birinci gruptaki sıçanların dizine herhangi bir enjeksiyon yapılmadı. Aseptik şartlarda ikinci gruptaki sıçanların; sağ dizine kuyruktan kesilerek elde edilen 0.01 mililitre kan ve 0.01 serum fizyolojik (SF), sol dizine 0.01 ml kan ve 0.01 ABS enjekte edildi. Üçüncü gruptaki sıçanların; sağ dizine sadece 0.01 ml ABS, sol dizine sadece 0.01 ml SF enjekte edildi. Birinci ayın sonunda diz eklemleri rezeke edilip, histopatolojik olarak sinovial proliferasyon oluşumu, iltihabi hücre infiltrasyonu, fibrin oluşumu açısından değerlendirildi.
Kıkırdaktaki değişiklikler International Cartilage Repair Society (ICRS) skorlaması ile evrelendi.

Bulgular: Hemartrozlu eklemlere yapılan ABS ya da SF enjeksiyonu hemartrozu olmayan eklemlere yani kontrol grubuna göre eklemde ciddi hasar bırakmıştır. Sinovyal proliferasyon evresi ankaferd enjeksiyonu yapılan hemartrozlu eklemlerde SF enjeksiyonu yapılan hemartrozlu eklemlere göre anlamlı derecede ileri çıkmıştır. Hemartrozu olmayan eklemlere uygulanan ABS enjeksiyonu ile SF karşılaştırıldığında ABS enjeksiyonunun ekleme ICRS evresi, sinovyal proliferasyon ve fibrin parametrelerinde anlamlı derecede daha fazla zarar verdiği bulunmuş ancak iltihap parametresinde anlamlı fark bulunamamıştır.

Çıkarımlar: Hemartroz sıçanlarda eklem kıkırdağına zarar verir**.** Kanama kontrolünün zor olduğu durumlarda etkili bir kanama kontrolü ABS ile yapılabilir, sıçanlarda kanamanın yarattığı zarardan daha fazla bir zarara yol açmaz. Fakat ABS'nin tek başına sıçan eklem kıkırdağına zarar verdiği unutulmamalıdır.

S-29 DİZ EKLEMİ KRONİK SİNOVİT TEDAVİSİNDE RADYOAKTİF SİNOVEKTOMİ İLE KOMBİNE ATROSKOPİK SİNOVEKTOMİNİN KLİNİK SONUÇLARI

İbrahim Karaman, ***Ahmet Güney***, İbrahim Halil Kafadar, Mithat Öner, Fatih Doğar

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Radyoaktif sinovektomi (RS) kronik sinovit tedavisinde kullanılan etkili bir tedavi yöntemlerinden biridir. Bu çalışmanın amacı diz ekleminin tıbbi ve konservatif tedaviye cevap vermeyen kronik sinovit olgularında RS ile kombine artroskopik sinovektominin (AS) klinik sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: 29 hastanın 29 dizi retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 41,5 (14-76) yıl idi. Hastalar üç gruba ayrıldı. Grup 1'e AS, grup 2'ye RS, grup 3'e ise hem RS hem de AS yapıldı. RS işlemi için standart 5 mCi ^{90}Y (185 MBq) silikat solüsyonu kullanıldı. Her üç gruba da yapılacak tedavi öncesi ve sonrası fonksiyonel değerlendirme için Lysholm değerlendirme skoru, ağrı ve efüzyonun değerlendirilmesi için görsel analog skor (Visual Analogue Scale, VAS) ile gece ağrısı, istirahat ağrısı, aktivite ağrısı, efüzyon değerlendirildi. Hasta memnuniyetlerini ise çok iyi, iyi, orta, kötü olacak şekilde değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama 23,1 (7-68) ay takip süresi sonunda, tedavi öncesi Lysholm skoru ortalaması grup 1'de 44.4, grup 2'de 29.6, grup 3'de 34 iken, tedavi sonrası ortalamaları ise grup 1'de 77.7, grup 2'de 81.6, grup 3'de 91.3 olarak bulundu. Bu artış istatiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). Tedavi öncesi gece ağrısı, istirahat ağrısı, aktivite ağrısı ve efüzyon VAS skorları ortalaması sırasıyla grup 1'de 7.6, 6.5, 8.3, 2.1, grup 2'de 9, 8, 9.3, 3, grup 3'de 9.2, 8.2, 9.8, 3 iken, tedavi sonrası ortalaması ise sırasıyla grup 1'de 2.9, 2, 3.7, 0.8, grup 2'de 2.55, 1.2, 2.55, 0.55, grup 3'de 2, 1.4, 2.2, 0.4 olarak bulundu. Aradaki fark istatiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). Hasta memnuniyetleri değerlendirildiğinde grup 1'de 3 kişi kötü, 3 kişi orta düzeyde, 4 kişi iyi, grup 2'de 1 kişi kötü, 3 kişi orta düzeyde, 4 kişi iyi, 1 kişi çok iyi, grup 3'de ise 1 kişi kötü, 3 kişi iyi, 6 kişi ise çok iyi olarak bulundu. Hiçbir olguda RS işlemi sonrası çekilen kontrol sintigrafilerinde eklem dışına radyonukleid kaçağı tespit edilmedi ve grup 3'ün bir olgusunda ileri derecede dejeneratif osteoartrit gelişti.

Çıkarımlar: Kronik sinovit olgularında her üç yöntemin de uygulanabileceği, ancak artroskopik sinovektomi ile birlikte radyoaktif sinovektomi tedavisinin diğer yöntemlere göre daha etkili, daha başarılı olduğu ve hasta memnuniyetleri açısından daha çok memnun kaldıkları tespit edilmiştir.

S-30 TALUSUN OSTEOKONDRAL LEZYONUNDA (TOL) MİKROKIRIK TEDAVİSİNE EK OLARAK UYGULANAN TROMBOSİTTEN ZENGİN PLAZMANIN (TZP) OSTEOKONDRAL İYİLEŞMEYE ETKİSİ

Ahmet Güney, Mustafa Akar, İbrahim Karaman, Mithat Öner, Betül Güney

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Talusun osteokondral lezyonunda (TOL), artroskopik uygulanan mikrokırık tedavisi sonrası ayak bileğine Trombositten Zengin Plazma (TZP) verilmesinin, tek başına mikrokırık tedavisi ile karşılaştırmalı olarak, osteokondral iyileşme üzerine etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma kapsamına alınan hastalar, kontrol (n=16) ve vaka grubu (n=19) olmak üzere iki ayrı gruba ayrıldı. Kontrol grubu hastalara mikrokırık, vaka grubundaki hastalara ise mikrokırık ve TZP uygulandı. Ortalama 16.2 aylık (range, 12-24 ay) takip süresinin sonunda hastalar American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) skorlama sistemi ve Foot and Ankle Ability Measure (FAAM) testi ile değerlendirildi. Ağrı değerlendirilmesinde ise Visual Analog Scale (VAS) kullanıldı.

Bulgular: Kontrol grubunda, ameliyat öncesi ortalama 46.8 (30-58) olan AOFAS puanı son kontrolde ortalama 71.0'a (45-81) yükseldi ($p<0.05$). Vaka grubunda, ameliyat öncesi ortalama 42.5 (26-59) olan AOFAS puanı son kontrolde ortalama 89.2'ye (81-99) yükseldi ($p<0.05$). Kontrol grubunda, ameliyat öncesi ortalama 7.3 (6-8) olan ağrı puanı son kontrolde ortalama 3.8'e (2-6) düştü ($p<0.05$). Vaka grubunda, ameliyat öncesi ortalama 8.0 (dağılım 6- 9) olan ağrı puanı son kontrolde ortalama 2.2'ye (1-3) düştü ($p<0.05$). Bu çalışmada FAAM testine göre; TZP verilen vaka grubu hastalarının kontrol grubundaki hastalara göre, genel ağrı düzeylerinin daha fazla azaldığı ve onbeş dakika yürüme mesafesini daha rahat yürüdükleri sonucu bulundu. Koşma fonksiyonu üzerine ise iki grup arasında anlamlı fark olmadığı bulundu.

Çıkarımlar: TOL tedavisinde artroskopik mikrokırık tedavisine ilave edilen TZP'nin, ilave edilmeyen gruba göre orta dönemde fonksiyonel skorlar üzerine anlamlı ve olumlu etkisi olduğu görüldü. Bu TZP' deki büyüme faktörlerinin (BF) osteokondral iyileşme üzerine olan olumlu etkilerine bağlanılabilir. Osteokondral iyileşmede ki remodeling safhası en az üç yıl sürdüğünden dolayı TZP tedavisinin etkinliğinin uzun dönem sonuçlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir.

S-31 BİTKİ EKSTRESİ OLAN ANKAFERD KANAMA DURDURUCUNUN (AKD) ERKEN DÖNEM TENDON İYİLEŞMESİ ÜZERİNE ETKİSİ: RAT MODELİ ÜZERİNE DENEYSEL ÇALIŞMA

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

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Klinik pratikte kullanılan birçok kanama durdurucu ajan mevcuttur. Ankaferd ® Kanama Durdurucu(AKD) 5 adet bitkisel ajanın karıştırılması ile elde edilen ve yıllardır kullanılan homeostatik bir ajandır. Ortopedi acil kliniğinin önemli uğraşı konularından biri de tendon yaralanmalarıdır. Tendon yaralanmaları genellikle beraberinde damar ve sinir hasarı ile birlikte olup turnike uygulanamayan durumlarda kanamanın varlığı eksplorasyonu ve cerrahi müdahaleyi güçleştirmektedir. Genellikle genel cerrahlar ve diş hekimleri tarafından kullanılmakta olan bu ajanın tendon iyileşmesi histolojisi üzerine etkisini incelemek için ratlarda aşil tendon iyileşmesi modeli üzerinde çalışma düzenlenmiştir.

12 adet Wistar-Albino erkek rat ketamine-xylazine anestezisi altında opere edildi. Bilateral aşil tendon kesileri bistüri yardımı ile yapıldı. Sağ taraflara 1cc AKD sol taraflara ise 1 cc NaCl damlatıldı. Tüm aşillere 4/0 prolen ile modifiye Kessler tekniği ile onarım yapıldı. Post operatif 4. haftada tüm ratlar sakrifiye edilerek tüm aşiller Hematoksilen Eosin ve Alcian Blue ile boyanarak İncelendi. Bonar Histolojik Evreleme sistemine göre tendon iyileşmeleri histolojik olarak incelendi. Ki-kare testi ile sonuçlar istatiksel olarak incelendi.

Histopatolojik incelemede her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Her 2 grupta yabancı cisim reaksiyonları izlendi. AKD uygulanan grupta fibrozis miktarının daha düşük olduğu izlenmesine rağmen anlamlı fark bulunmadı. Ankaferd uygulanan tarafta eritrosit kümelerinin yoğunluğu dikkat çekici idi.

AKD uygulamasının tendon iyileşmesi üzerine histolojik olarak etkisi olmadığı görüldü. Her 2 grupta izlenen yabancı cisim reaksiyonları prolen sütür materyallerine bağlı olabileceği düşünüldü. AKD'in tendon iyileşmesi üzerine etkisinin olmaması özellikle turnike kullanımının güç olduğu vakalarda cerrahi sahanın görüntülenmesinde iyi sonuç vereceği kanaatine varılmıştır.

S-32 KİRLETİLMİŞ ALLOGREFTLERİN DEBRİDMANINDA HANGİ ANTİBİYOTİKLİ YIKAMA SOLÜSYONU KULLANILMALIDIR?

İbrahim Kaya, İbrahim Sungur, Murat Yılmaz, Filiz Pehlivanoğlu, Kadriye Kartyaşar, Gönül Şengöz

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı Staphylococcus aureus ile kontamine edilmiş allogreftlerin dekontaminasyonunda, serum fizyolojik, rifampisinli yıkama solüsyonu, gentamisinli yıkama solüsyonu, düşük ve yüksek konsantrasyonlu fusidik asit içeren yıkama solüsyonlarının lokal antibakteriyel etkinliğinin araştırılmasıdır.

Materyal-Metod: Kemik bankasından sterilite kontrolü yapılarak elde edilmiş taze femur başları metisiline duyarlı ATCC 25923 Staphylococcus aureus ile kontamine edilip yüksek basınçlı (80 psi) pulse lavaj kullanılarak serum fizyolojik, rifampisinli yıkama solüsyonu (50mg/l), gentamisinli yıkama solüsyonu (50mg/l), düşük(50mg/l) ve yüksek (500mg/l) konsantrasyonlu fusidik asitli yıkama solüyonu ile 10 cm. lik mesafeden 30 saniye süreyle yıkandı. Yıkama sonrası allogreftler kültüre ekilerek koloni sayımı yapıldı.

Sonuçlar: Rifampisinli yıkama solüsyonu ile yapılan yıkamada bir greft haricinde kolonizasyona rastlanmadı. Gentamisinli yıkama solüsyonu ile yıkamadan elde edilen sonuçlar, düşük konsantrasyonlu fusidik asit içeren yıkama solüsyonu ve serum fizyolojikten üstünken, yüksek konsantrasyonlu fusidik asit içeren yıkama solüsyonu ile benzerlik göstermekteydi. Düşük ve yüksek konsantrasyonlu fusidik asit içeren yıkama solüsyonları ile elde edilen sonuçlar birbirine benzerdi fakat serum fizyolojikle yapılan yıkamaya göre bir üstünlükleri saptanmadı.

Çıkarımlar: Staphylococcus aureus ile kontamine edilmiş allogreftlerin dekontaminasyonunda rifampisinli yıkama solüsyonunun en fazla etkili olduğu saptanırken, cerrah etkinlik sıralamasına göre gentamisinli, yüksek konsantrasyonlu fusidik asitli, düşük konsantrasyonlu fusidik asitli ve son olarak serum fizyolojikli yıkama solüsyonunu dekontaminasyon amaçlı tercih edebilir.

S-33 OMUZ SIKIŞMA SENDROMUNDA ARTROSKOPİK TEDAVİNİN ETKİNLİĞİ

Ahmet Güney*, İbrahim Karaman*, Mithat Öner*, Erdal Uzun*, Zehra Filiz**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Özel Modern Dünya Hastanesi**

Amaç: Rotator manşet hastalıkları omuz ağrısının sık nedenidir. Sıkışma sendromu ise manşet hastalıklarından biridir. Bu sendroma sahip hastalarda sıklıkla omuz ağrısı ve hareket kısıtlılığı görülür. İleri evre ve konservatif tedaviye yanıt alınamayan orta yaşlı hastalar cerrahi tedaviye adaydır. Bu hastalara kliniğimizde uyguladığımız artroskopik cerrahi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: 2011-2013 yılları arasında kliniğimizde sıkışma sendromu için artroskopik tedavi uygulanan 20 hasta takibe alındı. Beraberinde ek patolojisi olan veya aynı anda ilave cerrahi prosedür uygulanan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların ağrı ve fonksiyonları ameliyat öncesi ve sonrasında Constant ve Rowe skoru ile değerlendirildi. Ortalama yaş 55.7 (36-70) yıldı. Ortalama semptom süresi 8 (6-11) aydı. Ameliyat öncesi fizik tedavi uygulamış ancak başarılı olmamış hastalar seçildi. Tüm hastalar cerrahi tedavi öncesi ayrıntılı klinik muayene, klasik radyografi ve konvansiyonel MRG ile değerlendirildi. Bu çalışmada subakromiyal sıkışma sendromu olan hastaların tümüne anterior akromiyoplasti uygulandı.

Bulgular: Hastalar ortalama 8 (3-12) ay takip edildi. Operasyon öncesi Constant skoru ortalaması 34, Rowe skoru ortalaması 50 idi. Operasyon sonrası son kontrolde Constant skoru ortalama 77, Rowe skoru ise 85'e yükseldi. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,05$). Hastalara ameliyat sonrası 1. günden itibaren aktif ve pasif egzersizlere başlandı.

Çıkarımlar: Konservatif tedavilerle yeterli sonuç alınamayan kronik sıkışma sendromlu hastaların tedavisinde artroskopik subakromiyal dekompresyon önemli yer tutmaktadır.

S-34 TIRNAK BATMASI OLGULARINDA WİNOGRAD VE ELEKTROKOTERİZASYONUN KOMBİNE TEDAVİSİ NE KADAR ETKİLİ?

Serdar Sargın, ***Mehmet Nuri Konya***, Ahmet Aslan

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği

Amaç: Tırnak batması toplumda sıklıkla genç erişkin yaşta görülmekle birlikte her yaşta görülebilen, sık karşılaşılan bir problemdir. Geniş ayakkabı giyme, parmak kenarı masajı vs gibi birçok cerrahi olmayan yöntemlerle tedavi edilebildiği gibi cerrahi olarak da çok sayıda tedavi şekli mevcuttur. Bu çalışmamızda Winograd cerrahi yöntemiyle birlikte elektrokoterizasyon uyguladığımız tırnak batması olgularının sonuçlarını değerlendirdik.

Hastalar ve Yöntem: Haziran 2010 ve Ağustos 2012 tarihleri arasında polikliniğimize ayak başparmağında ağrı, akıntı ya da tırnakta şekil bozukluğu şikâyetleriyle başvuran 53 hastanın 65 ayak başparmağına (17 kadın, 36 erkek) Winograd prosedürü ve elektrokoterizasyon uygulandı. Hastalar Heifeltz'in tanımladığı sınıflandırmaya göre sınıflandırıldı. Çalışmamıza daha önce cerrahi tedavi yapılan ve nüks gelişen hastalar dâhil edilmedi. Tırnak batması evrelendirmesine göre 9 olgu evre I, 27 olgu evre II ve 29 olgu evre III olarak değerlendirildi. Enfekte olgulara cerrahi öncesi günde 3 kez olacak şekilde beş günlük oral Fusidik asit 500 mg tedavi uygulandı. Postop dönemde tüm hastalara 3 günlük oral Fusidik asit 500 mg günde üç kez olacak verildi. Hastalar nüks, postop enfeksiyon ve hasta memnuniyeti açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastalar ortalama 14 ay (6-26 ay) süreyle takip edildi. Yalnızca bir hastada 4. aydaki kontrolünde nüks gözlendi. Üç hastada girişim sonrası kontrollerinde yara yeri enfeksiyonu görüldü. Debridman, intravenöz ve oral antibiyotik tedavisi, gün aşırı pansumanla bir hafta sonrası iyileştikleri görüldü. Hastaların memnuniyet durumları 10 üzerinden verdikleri puanlara göre değerlendirildi. 1-3 arası puan çok kötü, 4-5 puan kötü, 6-7 iyi ve 7 üzeri çok iyi şeklinde puanlandırıldı. Ameliyat öncesi memnuniyet durumuna bakıldığında 53 hastanın 50'si (%94.3), çok kötü, 3'ü (%5.7) kötü olarak değerlendirildi. Ameliyat sonrası memnuniyet durumu anket sonuçlarına göre 43'ü(%81.1) çok iyi ve 6'sı(%11.3) iyi ve 3'ü (%7.6) kötü olarak tespit edildi. Hastaların çoğunluğunun tedaviden memnun kaldıkları saptandı.

Sonuç: Tırnak batması güncel tedavisinde, Winograd prosedürü ve elektrokoterizasyon tekniğine uygun yapıldığında tekrarlama riski çok düşük olan ve hasta memnuniyeti açısından oldukça yüz güldürücü ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir.

S-35 DİYABETİK AYAK YARALARI TEDAVİ YAKLAŞIMI VE SONUÇLARIMIZ

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Nurullah Şener, Erhan Bayram, Ercan Çetinus, ***Musa Korkmaz***

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Diyabetik ayak yaralarını evrelerine göre tedavi yaklaşımlarını incelemek ve tedavi yöntemlerini irdelemek.

Hastalar ve Yöntem: 2008 ve 2011 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde muayene edilerek tedavi edilip takibi yapılan 104 diyabetik ayak yarası olan hastaların sonuçları değerlendirildi. Hastaların 27'si kadın, 77'si erkekti. Ortalama yaş 62.3 (dağılım 23-90) idi. Dokuzu tip 1, 95'i tip 2 diyabet hastasıydı. 25 olgu 0-5 yıl, 25 olgu 6-10 yıl, 26 olgu 11-19 yıl ve 28 olgu 20 yıl ve üzeri süredir DM hastasıydı. 30 olguya (%28,8) hiperbarik oksijen(HBO) tedavisi uygulandı.10'una (%9,6) vakum yardımlı kompresa(VAC) tedavisi uygulandı. Ayaktaki lezyonlar Wagner evrelemesine göre sınıflandırıldı.

Bulgular: Olguların 54'ünün yarası sağ alt ekstremitede 41'inin sol alt ekstremitede, dokuz hastada bilateraldi. 35 hastada lezyon parmakla sınırlı iken 42 hastada metatars düzeyinde 10 hastada tarsal bölgede 11 hastada arka ayak ve topukta geri kalan 6 hastada ise daha proksimaldeydi. Lezyonların çoğu ön ayak ile sınırlıydı. Wagner evrelemesine göre bir hasta evre 0, 34 hasta evre 2, 38 hasta evre 3, 28 hasta evre 4 ve üç hasta evre 5 olarak değerlendirildi. Vasküler muayenelerinde palpe edilemeyen damar sayısı arttıkça yapılan cerrahi işlemin seviyesinin yükseldiği tespit edildi (p=0.008).

Hastaların %36'sı hiç DM tedavisi görmemişti. %6'sı oral antidiyabetik kullanmakta, %56'sı insülin kullanmaktaydı. Hiç diyabet tedavisi almamış olguların %42'sinde ilk beş yıl içinde diyabetik ayak yarası görülmüştür. Bu dağılım ileri derecede anlamlı bulundu (p=0.000).

VAC veya HBO uygulanan hastalarımızda operasyon sayısının anlamlı derecede azaldığı görüldü.
Opere edilen 82 hastalanın 42'si tek operasyonla salah bulurken diğerleri en azından 1 kere revize edildi. 2 hasta toplam 6 kez 8 hasta toplam 4 kez ameliyat edildi. Olguların 22'si (%21.2) ameliyat edilmezken, 13'üne (%12.5) debritman, 20'sine (%19.2) parmak amputasyonu, 16'sına (%15.4) sıra amputasyon, ikisine (%1.9) Lisfranc amputasyon, üçüne (%2.9) Chopart amputasyon, birine (%1) Syme amputasyon, 18'ine (%17.3) transtibial amputasyon, üçüne (%2.9) diz dezartikülasyonu ve dördüne (%3.8) transfemoral amputasyon yapıldı. Bir hastaya flep ve bir hastaya cilt grefti operasyonları yapıldı.

Wagner evrelemesi ile yapılan operasyon sayısı arasında anlamlı korelasyon bulundu, ileri evre Wagner sınıflaması olan hastalarda operasyon sayısı artmıştır (p=000).

4 yıllık takip süresince 104 hastanın 23'ü kaybedildi. Gözlemlerimize göre exitus olan hastaların yaklaşık yarısı 20 yıl ve üzeri DM hastasıydı. Aynı şekilde ileri yaş ile exitus arasında da anlamlı ilişki mevcuttu (p=0.004).

Çıkarımlar: Diyabetik ayak sendromu multidisipliner yaklaşımla acil tedavi gerektiren bir klinik durumdur. Erken evre olgularda bu yaklaşım, iyi klinik sonuç vererek mortalite ve morbiditeyi azaltır.

P-1 KOMPLET AKSONAL YARALANMA SONRASI GELİŞEN NÖRİNOM

Mehmet Nuri Konya, Ahmet Aslan, Serdar Sargın

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği

El tümörleri sık karşılaşılan patolojik oluşumlardır. Çoğunlukla benign karakterdedirler ve yalnızca % 1-2 si malign özellik gösterir. Ganglion kistleri, el ve el bileğinin en sık görülen kitleleridir. Sinovial kistler, tendon kılıfının dev hücreli tümörü, lipom, enkondrom sık görülen benign oluşumlardır.

Bu yazımızda el bileğinde kitle ile polikliniğimize başvuran bir hastayı sunacağız. Yaklaşık 3 yıl önce el bileğinde kesi nedeni ile acil serviste görülerek cilt sütürasyonu yapılan hasta el bileğinde hafif uyuşma ve gittikçe büyüyen kitle nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde ve çekilen USG de yaklaşık 2x3 cm boyutlarında mobil kitle saptandı. Lokal anestezi ile eski kesi hattını da içeren kesi yapıldı. Kitle çevre yumuşak dokudan temizlendiği zaman median sinirin kesik olduğu ve sinirden kaynaklanan yaklaşık 2x3 cm boyutlarında kitle olduğu görüldü. Kitle eksize edilerek patolojiye gönderildi. Hastaya per-op median sinir muayenesi yapıldığı zaman motor kuvvette kayıp olmadığı görüldü sinir tamiri yapılmadı. Patoloji sonucunda Wallerian dejenerasyonu tespit edildi.

Tartışma: Anatomik yapısındaki karmaşıklık ve damar sinir komşuluğu nedeniyle el yaralanmaları acil servislerde deneyimli cerrahlar tarafından dikkatle değerlendirilmelidir. El bileğinde en sık yaralanan sinir anatomik lokalizasyonundan dolayı N.medianustur. Bizim olgumuzda tam kat sinir kesisi mevcuttu. Median sinirde oluşan kitle, dezorganize olarak büyüyen aksonal ve perinöral yapılardan kaynaklanan Wallerian dejenerasyonu olduğu saptanmıştır. Yapılan literatür incelemesinde Hubert in median sinirde Schwannoma bağlı karpal tünel sendromu görülmüştür ancak bu olgularda sinir bütünlüğü salim olarak belirtilmiştir. Bu büyüklükte median sinirden kaynaklanan kitle yaptığımız literatür araştırmasında bulunmamıştır.

P-2 SPİNA BİFİDA HASTASINDA UYGULANAN KALÇA CERRAHİSİNİN CİDDİ BİR KOMPLİKASYONU

Hakan Sofu*, Ayşegül Bursalı**, Timur Yıldırım**, Sarper Gürsu**, Vedat Şahin****

Amasya Suluova Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

Giriş: Spina bifida hastası çocuklarda kalça cerrahisini takiben görülen heterotopik ossifikasyon literatürde nadiren bildirilmektedir. Bu komplikasyon, ameliyat edilen eklemin hareket açıklığında ileri derecede kısıtlanmaya sebebiyet verebilir. Çalışmamızın amacı, alt ekstremite rotasyonel deformite tedavisi amacıyla yumuşak doku gevşetmesi ile birlikte proksimal femoral osteotomi uygulanan spina bifidalı çocuk hastada görülen ciddi bir komplikasyonu sunmaktır.

Olgu: Spina bifida tanılı 6 yaşındaki kız hastada kalça takiben eklem hareketlerinde ileri derecede kısıtlanma tespit edildi. Hastanın kalça eklemindeki kontraktürü yenmek amacıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon protokolü ile birlikte kas içi Botulinum toksin uygulaması yapıldı. Ameliyat sonrası 4. ayda çekilen kontrol grafilerinde kalça ekleminde heterotopik ossifikasyon tespit edildi. Bunun üzerine cerrahi rezeksiyon ameliyatı uygulandı. Rezeksiyon sonrası ameliyat sahasında enfeksiyon bulguları görülmesi üzerine hasta kliniğe yatırılarak parenteral antibiyotik uygulaması ile takip edildi. Rezeksiyon sonrası 3. ayda daha ileri seviyede heterotopik ossifikasyon nüksü tespit edildi. İkinci rezeksiyon sonrası hasta Radyasyon Onkolojisi ile konsülte edilerek lokal radyoterapi uygulandı. Lokal radyoterapiyi takiben 2. ayda femur boyun kırığı ortaya çıktı.

Sonuç: Çocuk yaştaki spina bifida hastalarında uygulanan kalça çevresi cerrahi girişimlerini takiben oluşabilecek heterotopik ossifikasyon çok ciddi bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilir ve böyle bir durumda tedavi cerrah için gerçek bir tıbbi sınava dönüşebilir. Bu nedenle heterotopik ossifikasyon, benzer hastalarda cerrahi tedavi planlaması yapılırken arasında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

P-3 ARTROSKOPİK ROTATOR MANŞET TAMİRİ

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Ahmet Ertürk, Erhan Bayram, İbrahim Sungur, Samed Ordu, Murat Yılmaz, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Klinik muayene ve radyolojik olarak tanısı konulan rotator manşet yırtıklarının tam artroskopik tamiri sonuçları klinik ve fonksiyonel olarak değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntem: artroskopik rotator manşet yırtık tamiri yapılan ve kontrolü yapılarak fonksiyonel skorları bakılan 26 hasta değerlendirilmeye alındı. Ortalama yaş ortalama yaş 52.85±8.39'du (dağılım 38-71), ortalama takip süresi 36.6±16.6 (dağılım 14-56) ay saptanan hastaların, 10'u (%38.5) erkek, 16'i(%61.5) kadındı. Hastalar preop. direkt grafi ve MR ile radyolojik, preop ve postop constant skoru ile klinik olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Etkilenen omuzların 18'i (%69.2) sağ, 8'i (%30.2) sol tarafta idi. 3(%13.5) hastaya akromioplasti yapıldı. Çalışmadaki 26 hastanın %76.9'unda sadece supraspinatus yırtığı mevcutken, %23.1'inde infraspinatus yırtığı da eşlik etmekte idi. Bu hastaların etyolojisine bakıldığında hastaların %11.5'inde (3 hasta) travma hikayesine rastlandı. Hastalarımızın ameliyat öncesi 52.89.1(33-64) ve ameliyat sonrası 82.0±11.7(56-100) constant skorları karşılaştırıldığında bütün hastaların constant skorlarında anlamlı derecede iyileşme gözlendi (p=0.000). 8(%30.7) hasta mükemmel, 10 (%38.4 hasta iyi, 7(%26.9) orta, 1(%3.8)hasta kötü olarak değerlendirildi.

Çıkarımlar: Masif olmayan seçilmiş olgularda yapılan artroskopik rotator manşet tamiri; sonuçlarının iyi olması, komplikasyonlarının az olması nedeniyle tercih edilebilir. Beraberinde rutin olarak akromiyoplasti ya da subakromiyal dekompresyon önerilmemektedir.

P-4 ABDUKTOR POLLİSİS BREVİS KASININ BİLATERAL KONJENİTAL YOKLUĞU: OLGU SUNUMU

Ali Aydın*, Murat Topal*, Kutsi Tuncer*, Mesut Kılıç**

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı **

Amaç: Abduktor pollisis brevis kasının konjenital yokluğu oldukça nadir ve genellikle diğer konjenital anomalilerle birlikte görülen bir durumdur. Sunduğumuz bu olguda diğer bir anomali olmaksızın, abduktor pollisis brevis kasının, bilateral konjenital yokluğu mevcuttu; ve böyle bir vakaya şimdiye kadar literatürde rastlanmamıştır.

Yöntem: 24 yaşında erkek olgu; kliniğimize her iki elde palmar bölgede düzleşme, yazı yazmada ağrı ve rahatsızlık şikâyeti ile başvurmuştur. Yapılan fizik muayeneden sonra USG, EMG ve MRG ile hasta değerlendirildi.

Bulgular: Yapılan fizik muayenede her iki elde tenar çıkıntılarda düzleşme ve her iki başparmakta atrofi mevcuttu. USG, EMG ve MRG incelemesinde her iki elde abduktor pollisis brevis kasının yokluğu tespit edildi. Herhangi bir diğer anormali yoktu.

Yorum: Nadir görülmekte olan abduktor pollisis brevis kasının konjenital yokluğu olguların yeterli el fonksiyonları olması nedeniyle tedavi gerektirmeyen; kozmetik problemlere neden olan bir durumdur. Tenar çıkıntı düzleşmesi olan olgularda ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir.

P-5 DİSTAL FEMUR EPİFİZİNİN SALTER-HARRIS TİP III VE TİP IV KOMBİNE KIRIĞI: OLGU SUNUMU

Ali Aydın, Murat Topal, Kutsi Tuncer, Eyüp Şenocak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Distal femur fiz kırıkları nadir olarak görülen ve yüksek komplikasyon riski olan kırıklardır. Genellikle Salter-Harris sınıflamasında tarif edilen paternlerden birine uyarlar. Takdim ettiğimiz bu vakada Salter-Harris TİP III ve TİP IV kırığı birlikte görülmektedir. Bizim vakamız 15 yaşında erkek çocuktu. Araç içi trafik kazası geçirmişti. Sol dizinde şişlik, ekimoz, dizinde şiddetli ağrı ve diz medialde proksimal kırık fragmandan dolayı valgus deformasyon mevcuttu. Bizim vakamızdaki Salter Harris Tip III ve Tip IV kombinasyonu kırığın daha önce rapor edilmediğini gördük. Literatüre katkısı olacağı düşüncesiyle bu makaleyi hazırladık.

P-6 SIK AVTÜFEĞİ KULLANAN HASTADA SUBKORAKOİD BURSANIN SİNOVİYAL KONDROMATOZİSİ

Ali Aydın, Kutsi Tuncer, Murat Topal, Eyüp Şenocak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Sinoviyal kondromatozis, sinoviyal membranın kondroid metaplazisidir. Sıklıkla diz ve kalça gibi büyük eklemleri ilgilendirir. Temel özelliği eklem boşluğunda sinoviyum içinde kartilajenöz nodüllerin (serbest cisimler) oluşmasıdır. Tenosinoviyal kılıfa veya bursaya lokalize ekstrartikuler sinoviyal kondromatozis nadir görülmektedir. Sıklıkla 30 ile 50 yaş arasında görülür. Bizim sunduğumuz vaka avcılıkla uğraşan ve av tüfeğinin çok sık kullanımına bağlı geliştiğini düşündüğümüz subkorakoid bursadaki sinoviyal kondromatozis ve bu durumun neden olduğu impingement sendromudur.

P-7 SEKONDER KUBİTAL TUZAK NÖROPATİSİ VAKAMIZDA ANTERİOR TRANSPOZİSYON CERRAHİ METOD UYGULAMALARININ, DEKOMPRESYON UYGULANMASINA OLAN ÜSTÜNLÜĞÜ

Ertuğrul Allahverdi

Kars Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği

Kubital Tuzak Nöropatisi (cubital tünel sendromu), karpal tunel sendromundan sonra ikinci sıklıkla görülen periferal tuzak nöropatidir. İdiopatik kubital tunel sendromunda sadece dekompresyon uygulanması kabul edilirken, sekonder kubital tunel sendromunda Anterior Transpozisyon cerrahi metotlarının uygulanması gereklidir. 41 yaşında erkek hasta,7 yaşında sağ supra epikondiler deplase kırıklısı, 19 aydan beri gittikçe artan sağ elde hipotenar ve 3. ve 4. intrensik lumbrikal kaslarda zayıflık, atrofi, ulnar pençe parmak oluşumu (4. ve 5. parmaklarda) mevcuttu (Grade III). Vakaya önce az invaze olan sadece dekompresyon uygulaması yapıldı. Post operativ 5.ayda düzelme sağlanamadığı için, revizyon cerrahisi olarak; ulnar sinire anterior transpozisyon uygulamaları yapıldı. Post operativ 1. ve 5. aylardaki değerlendirmelerde Bishop verileri, Tinel belirtisinin negatif oluşu ve objektif testlerden olan" 2 nokta ayırımı" ; preoperatif 25 mm den 3 mm ye indiyi tespit edilerek iyi derecede düzelme olduğunu gösterdi. Bu tür cerrahi uygulamaları minimal invaziv–endoskopik cerrahi uygulamalarla da, etkili tedavi ve az komplikasyon oranlarıyla gerçekleştirilebilinir.

P-8 CARPAL OSTEOBLASTOMA

İbrahim Kaya*, Burak Boynuk**, Caner Günerbüyük***, Akın Uğraş*, İbrahim Sungur*

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**
TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi***

Osteoblastoma sıklıkla vertebra yada uzun kemiklerde yerleşen benign lokal agresif tümördür. Karpal bölgede oldukça az görülür, tekrar edebilir. Lezyonun küretaj ya da enblok rezeksiyonu el ve elbilekte fonksiyonel yetersizlikle sonuçlanabilir, rekürrens olgulara saklanmalıdır. Bu raporda önceden trapezoid kemik küretajıyla tedavi edilen rekürren trapezoid osteoblastoma ve primer triquetral osteoblastoma olgusunu tartıştık.

P-9 KALÇA EKLEMİNDEN ARTROSKOPİK MERMİ ÇEKİRDEĞİ ÇIKARILMASI

İbrahim Kaya, Akın Uğraş, Necdet Sağlam, İbrahim Sungur, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Kalça artroskopisi son yıllarda daha fazla bir şekilde eklem içi patolojilerin tanısı ve tedavisinde açık cerrahiye göre kullanım alanı bulmuştur. Ateşli silah yaralanması sonucu sağ kalça eklemi içinde mermi çekirdeğinin artroskopik olarak çıkarıldığı bir olgu tartışıldı.

P-10 KALKANEUSDA EWİNG SARKOMU

Hasan Göçer*, ***İbrahim Kaya*****, Buğra Alpan***, Harzem Özger******

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ***
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı****

Kalkaeus Ewing sarkomunun nadiren yerleştiği kemiklerden birisidir. Literatürde daha önce sunulmayan tümörlü kalkaneusun apofizin korunularak çıkarılıp sıvı nitrojende bekletildikten sonra tekrar otogreft olarak kullanıldığı kalkaneus yerleşimli bir Ewing sarkomu olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

P-11 AMELİYAT EDİLMİŞ ÖNKOL ÇİFT KEMİK KIRIĞI KALLUSUNA MEDİAN SİNİR SIKIŞMASI; OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

İbrahim Sungur, ***İbrahim Kaya***, Murat Yılmaz, Akın Uğraş, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Önkol kırıklarından sonra geç ortaya çıkan median sinir arazı nadirdir ve oluştuğunda median sinirin kırık kallusu içinde sıkışmasından şüphelenilmelidir. Burada ameliyat edilmiş bir ön kol kırığından sonra geç ortaya çıkan bir median sinir arazı vakasını sunuyoruz. Semptonlar kırık iyileşmesinden sonra başlamış ve zamanla giderek ciddiyetini artırmıştır. Elektromyografi ön kol seviyesinde median sinir sıkışmasını göstermiştir. Cerrahi eksplorasyon sinirin kırık kallusu içinde tuzaklandığını ortaya koymuştur. Dekompresyondan 27 ay sonra hastada ağrı tamamen geçmiş ve elektromyogram ve Jamar cihazı ile de görüldüğü gibi nörolojik semptomlarda düzelme olmuştu.

Çoğu posttravmatik median sinir arazında eksplorasyon gerekmemesine karşın yavaş yavaş artan bulgular dikkate alınmalı ve median sinirin kırık kallusu içinde tuzaklanabileceği düşünülmelidir. Daha iyi sonuç almak için sinirin erken eksplorasyonu yapılmalıdır.

P-12 İZOLE TROKANTER MAJOR BURSA TÜBERKÜLOZU OLGU SUNUMU

Özgün Güntürk, Cihan Aslan, Bilgehan Çatal, Muhittin Şener, Korkut Arar

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Öykü: 77 yaşında bayan hasta 5 ay önce sağ uyluk üst kısmında şişlik şikâyeti ile başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ uyluk proksimal lateralinde yaklaşık 20x20 cm lik orta sertlikte palpabl kitle saptandı. Kitlenin üzerindeki ciltte ısı artışı ve kızarıklık mevcut değildi. Röntgende trokanter majörde lizis ve MR da geniş kitle görüldü.

Kitle aspirasyonu ile kültür ve biyopsi gönderildi. Mikobakteri kültüründe (ARB) Micobacterium tuberculosis üredi.

Hasta operasyona alınarak kitle tüm kapsülü ile birlikte eksize edildi. Kitlenin proksimalde trokanter majör bursasından kaynaklandığı saptandı.

Patoloji sonucu tüberküloz absesiyle uyumlu olarak rapor edildi.

Taramalarında başka bir tüberküloz odağı saptanmadı. İzole trokanter major bursası tüberkülozu olarak değerlendirilen hasta anti-tüberküloz tedavi düzenlenerek takibe alındı.

Tartışma: Trokanter major bursa tüberkülozu oldukça nadir görülür. Doğru tanı konulabilmesi için klinisyenin bu tanıyı aklında bulundurması özellikle soğuk abse formasyonunu değerlendirmesi önemlidir.

Literatürdeki birçok trokanter major bursa tüberkülozu pulmoner tüberküloza sekonder gelişmiştir. İzole trokanter major bursa tüberkülozu ise oldukça nadir görülen bir durumdur. Tedavisinde radikal debritman ve antitüberküloz ilaç tedavisi önerilmektedir.

Sonuç: Hastanın tüberküloz öyküsü olmasa bile ısı artışı ve kızarıklık bulgusu olmayan uyluk kitlelerinde trokanter major bursa tüberkülozu da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Doğru teşhis için klinik muayene, MR görüntüleme, kültür ve biyopsi sonuçları birlikte değerlendirilmelidir.

P-13 NADİR RASTLANAN BİR VAKA; NÖROPATİK OMUZ HASTALIĞI

Bilgehan Çatal, Korkut Arar, Cihan Aslan, Muhittin Şener

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

48 yaşında bayan hasta omuzda ağrı, hissizlik ve hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Hastanın öyküsünde on yıldır şikâyetlerinin devam ettiği, bir yıl önce servikal disk hernisi nedeniyle ameliyat olduğu fakat şikâyetlerinde gerileme olmadığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde aktif omuz hareketlerinde azalma, omuz kemeri ve kol bölgesinin proksimalinde parestezi mevcuttu.

Radyolojik incelemede hastanın omuz grafisinde humerus başının lizise uğradığı glenoid fossanın yassılaşıp genişlediği görüldü. MRI da ise eklemde yaygın effüzyon, rotator cuff bütünlüğünde bozulma ve kaslarda ileri derecede atrofi olduğu saptandı.

EMG incelemesinde omuz kuşağı kaslarında denervasyon, dorsal skapular ve supraskapular sinirlerde belirgin etkilenme ve C4-C5 radiküler sinirlerde tutulma olduğu görüldü.

Omuz bölgesi derin doku biyopsisi sırasında hastada hiç ağrı olmadığı fark edildi. Biyopsi sonucu kronik inflamatuar değişiklikler olarak rapor edildi.

Hastada nöropatik eklem hastalığı düşünülerek servikal MRI görüntüleme istendi. Arnold Chiari Tip 1 Malformasyonu olduğu görülerek hasta beyin cerrahisi kliniğine sevk edildi.

Nöropatik omuz hastalığı nadir rastlanan bir durum olup literatür incelememize göre şimdiye kadar 60'dan az sayıda vaka rapor edilmiştir. Bu hastalığın ayırıcı tanısında, primer ve metastatik tümörler, tüberküloz, septik artrit ve Gorham hastalığı düşünülmelidir. Gecikmiş tanı bu hastalık için oldukça sıktır. Nörolojik hastalığın tedavi edilmesi artropatinin ilerlemesini yavaşlatmakta olup, ekleme yönelik cerrahi girişimler bu tedaviden sonra yapılmalıdır.

P-14 FEMORAL HERNİ İLE KARIŞAN KALÇA EKLEMİ KAYNAKLI GANGLİYON VE EŞ ZAMANLI FEMUR BAŞI AVASKÜLER NEKROZ OLGUSU

Cavit Sertaç Saruhan*, İsmet Emeklioğlu**

Ödemiş Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
Ödemiş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği**

Kalça yerleşimli gangliyon kistleri oldukça nadirdir, daha çok el ve ayak bileğinde görülürler. Bu bölgede ingüinal herniler daha sık görülen cerrahi patolojilerdir. Sağ kalça ön yüzde ağrı ve şişlik tanısıyla genel cerrahiye başvuran ve incelemeler sonucu ingüinal herni düşünülerek ameliyata alınan, ancak operasyonda gangliyon olduğu anlaşılan olgu sunulmuştur.
Olgu Sunumu: 57 yaşında erkek hasta beş aydır sol ingüinal-femoral bölgede ağrı ve son bir aydır aynı bölgede ortaya çıkan şişlik tanısı ile genel cerrahi bölümüne başvurdu. Öyküsünde yoğun sigara içiciliği vardı. Fizik incelemede ingüinal bölgede doku kalınlaşması tespit edildi. Femoral kitle ön tanısı ile yapılan yumuşak doku USG ve abdominal CT'de patoloji femoral herni olarak raporlandı. Hasta, femoral herni tanısıyla ameliyata alındı. Eksplorasyonda, kitlenin kalça ekleminden köken alan bir gangliyon olduğu anlaşıldı. Primer patolojinin kalça eklemi kaynaklı gangliyon olması nedeniyle hasta ortopedi bölümüne yönlendirildi. Patoloji sonucunu gangliyon olarak bildirildi Olgunun fizik muayenesinde, sol kalça hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık vardı. Röntgen ve MRI incelemeleri sonucu sol kalça ekleminde anterior yüzden köken alan nüks etmiş gangliyon ve bilateral femoral başı tutan avasküler nekroz rapor edildi. Hastada ağrıya ve hareket kısıtlılığına neden olan temel patolojinin AVN olması sebebiyle TKP ameliyatı yapıldı.

Tartışma: Kalça eklemi kaynaklı gangliyon kisti oldukça nadir görülen bir patolojidir ve literatürde olgu sunumları şeklinde bildirilmektedir. İngüinal herniler ise sık görülen cerrahi patolojiler: olup tanısı genelde anamnez, fizik muayene ile konmaktadır. Klinik bulgular eşliğinde USG ve CT ayırıcı tanıda yanıltıcı olabilmektedir, MRI daha aydınlatıcıdır. Bu bölgedeki gangliyon ingüinal bölgeyi ilgilendiren LAP, tümör, anevrizma gibi pek çok patolojiyi taklit ettiği bildirilmiştir. Ancak, bilgimize göre, bugüne kadar femoral herni ile karışan bir olgu sunulmamıştır.

Sonuç olarak kalça eklemi gangliyonu, ingüinal bölgede ilk düşünülen patolojilerden olmamakla beraber yoğun bir şüphe ile akla getirildiğinde MRI ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

P-15 23 YIL SONRA SOL KALÇADA YENİDEN HAREKET; OLGU SUNUMU

Vedat Biçici, İzzet Bingöl, Kaan Yüksel, Okan Ateş, Yusuf Polat, Kasım Kılıçarslan

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

15 yaşında yüksekten düşme sonucu sol femur boyun kırığı gelişen ve dış merkezde opere edilen 36 yaşındaki hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde hastanın sol bacağında kısalık sol kalçada şiddetli ağrı saptandı. Sol kalça ROM muayenesinde 30 derece fleksiyon 20 derecede abduksiyon yapabildiği görüldü. Çekilen grafilerinde sol kalçaya artrodez yapıldığı, artrodez plağının ve 1 adet vidasının kırıldığı görüldü. Hastanın mevcut kliniğine yönelik hastaya bilgi verilerek total kalça operasyonu planlandı. Preop grafilerinde ve intraoperatif trochanter majorun gelişmediği ve kalça abduktor kasları fonksiyonel olmadığından eski implantları çıkarılarak konstrait cup kullanılarak total kalça protezi yapıldı. Postop komplikasyon görülmedi. Hasta parsiyel basarak mobilize edildi.

P-16 DİRSEKTE EKLEM İÇİ YERLEŞİMLİ NADİR GÖRÜLEN BİR SOLİTER OSTEOKONDROM OLGUSU

İbrahim Halil Kafadar*, İbrahim Karaman*, Ökkeş Bilal**, Mahmut Argün*
Cemil Yıldırım Türk*, Ahmet Güney*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

Amaç: Osteokondrom en sık görülen benign kemik tümörüdür. Sıklıkla uzun kemiklerin metafizer bölgelerinde görülür. Ağrı, palpabl kitle, damar ve sinir yapılarına bası bulguları önemli klinik bulgularındandır. Nadir görülen yerleşim yerlerinden biri olan dirsekte hareket kısıtlılığına yol açan, eklem içi soliter osteokondrom olgusu sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Sağ dirsek ekleminde hareket kısıtlılığı, ağrı ve ele gelen kitle şikâyetleri olan 16 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde beş aydır şikâyetleri vardı ve son zamanlarda dirsek eklemi hareketlerinde kısıtlılık geliştiğini tariflemekteydi. Bu nedenle daha önce başka bir sağlık merkezine de başvuran ve dirsek eklemi magnetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapılan hasta fizik muayenesi, radyolojik incelemeleri yapıldıktan sonra dirsek eklemi yerleşimli osteokondrom ön tanısı ile yatırıldı.

Bulgular: Hastanın fizik muayenesinde sağ dirsek eklemi medialinde anteriorda yaklaşık 2x3 cm boyutunda sert kıvamlı, hareketli olmayan kitle palpe edildi. Dirsek eklemi eklem hareket açıklığına bakıldığında; aktif olarak fleksiyonu yaklaşık 90° olup, pasif olarak fleksiyona zorlandığında hasta ağrı tariflemekteydi. Dirsek eklemi ekstansiyonu, ön kol pronasyon ve supinasyon hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Ayrıca hastada damar ve sinir yapılarına bası bulguları saptanmadı. İki yönlü radyografilerinde dirsek eklemi medialinde etrafı sklerotik, düzgün sınırlı kitle izlendi. MRG'sinde ise pedinkülü koronoid fossaya uzanım gösteren humerus distali medialinde yaklaşık 27x30 mm boyutunda osteokondrom ile uyumlu kitle izlenmekteydi. Kıkırdak şapka kalınlığı 2 mm ölçüldü. Malignite bulgusu saptanmadı. Hasta bu bulgular doğrultusunda operasyona alındı. Kitle palpe edildikten sonra medial epikondilin üzerinden yapılan anteromedial longitudinal insizyonla, fleksor karpi radialis ve palmaris longus kasları arasından girilerek kapsüle ulaşıldı. Kitlenin üzerinden kapsül açıldıktan sonra üzeri kıkırdak şapka ile örtülü tipik osteokondrom görüldü. Pedinkülünün tutunduğu koronoid fossaya kadar künt bir şekilde disseksiyon yapıldı ve total olarak eksize edildi. Ameliyat sonrası takiplerinde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Eksizyondan sonra hastanın dirsek eklemindeki fleksiyon kısıtlılığında düzelme görüldü. Histopatolojik inceleme sonucunda da osteokondrom tanısı konuldu.

Sonuç: Osteokondrom sıklıkla alt ekstremitede diz çevresinde görülmesine karşın, nadir bir yerleşim yeri olarak dirsekte eklem içi yerleşimli olabilir. Özellikle dirsek eklemi hareketlerinde kısıtlılığa neden olan olgularda erken dönemde tanı ve osteokondromun total eksizyonu yeterli olmakta ve hastanın dirsek eklemi eklem hareket açıklıkları yeniden kazanılabilmektedir.

P-17 UYLUKTA MULTİPL SAYIDA KİTLELERLE BERABER KOKSARTROZA YOLAÇAN KOMPLİKE BİR PELVİK KİST HİDATİK OLGUSU

İbrahim Halil Kafadar*, İbrahim Karaman*, Ökkeş Bilal**, Cemil Yıldırım Türk*, Mahmut Argün*, Mithat Öner*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

Amaç: Kist hidatik, Echinococcus granulosus'un sebep olduğu, primer olarak karaciğer ve akciğer tutulumu ile seyreden paraziter bir hastalıktır. Kemik tutulumu % 0,5-2 oranlarında görülmektedir. Burada uyluk proksimalinde multipl sayıda kistik kitlelerin eşlik ettiği, periasetabuler kemik yapıların etkilenmesi sonucu koksartroz gelişen pelvik bir kist hidatik olgusu sunulmaktadır.

Gereç ve yöntemler: Kırk iki yaşında, hayvancılıkla uğraşan erkek hasta sol uyluk ön yüzünde şişlik, sol kalçasında ağrı, hareket kısıtlılığı ve yürüyememe şikâyetleriyle başvurdu. Hastanın yaklaşık on yıl önce şikâyetlerinin başladığı ve altı yıl önce de başka bir sağlık merkezinde kist hidatik tanısı alarak üç kez operasyon geçirdiği öğrenildi.

Bulgular: Hastanın fizik muayenesinde sol uyluk proksimali anteriorunda yumuşak kıvamlı, fluktuasyon veren yaklaşık 10x5 cm boyutunda kitle palpe edildi. Kalça eklemi eklem hareket açıklıkları kısıtlı ve ağrılıydı. Laboratuvar bulguları; C-reaktif proteinin 9,84 mg/L, eozinofili (%3,1) olması dışında normaldi. Ayrıca indirekt hemaglütinasyon testi kist hidatik için 1/1280 pozitif bulundu. Pelvis ön-arka grafisinde ve bilgisayar tomografisinde (BT) sol iliak kemik ve asetabulum çevresinde düzensiz, yer yer litik, kistik alanlar ve kalça ekleminde dejeneratif değişikliklerin olduğu görüldü. Uyluk proksimalini içeren pelvis magnetik rezonans görüntülemede ise sol iliak kanatta ve asetabuler çatıda heterojen sinyalde lezyonlar, femur proksimalinde kas grupları içerisinde en büyüğü 9x5,5 cm boyutunda T1A hipointens, T2A hiperintens multipl kistik görünümler izlendi. Başka bir organda kist hidatik olup olmadığını saptamak için yapılan abdomen BT ve akciğer grafileri normal olarak değerlendirildi. Lezyonun primer pelvik kist hidatik olduğu ve uyluk proksimalindeki multipl sayıda kistik lezyonların primer lezyonla bağlantılı olduğu düşünülerek hasta operasyona alındı. İlio-femoral insizyonla, tensor fasia lata ve sartorius kasları arasından girilerek yumuşak dokudaki multipl kistik kitlelere ulaşıldı. Bunların proksimalde inguinal ligamentin altından geçerek asetabulum çatısının anterolateraliyle bağlantılı olduğu ve burada iliak kemikte destrüktif değişikliklerin olduğu görüldü. Künt disseksiyonla total olarak rüptüre edilmeden kist eksizyonu yapıldı. Destrükte iliak kemikten açılmış olan kemik pencereden girilerek intraosseöz çok sayıda rüptüre olmuş kist drene edilip, kemik boşluklar kürete edildi ve hipertonik sodyum klorür solüsyonu ile yıkama yapıldı. Ameliyat sonrası takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. İntaniye konsültasyonu neticesinde albendazol 400 mg tablet 2x1 oral tedaviye başlandı ve hasta takip altına alındı.

Sonuç: Kist hidatik ülkemiz için halen ciddi bir halk sağlığı sorunu olmakla beraber, bilinen klasik klinik tablolardan farklı olarak bu olguda olduğu gibi komplike bir şekilde karşımıza çıkabilir. Kist hidatiğin tedavisinde kistin rüptüre edilmeden çıkarılması, etkili cerrahi ve medikal tedavi son derece önemlidir.

P-18 FEMURUN PRİMER MALİGN LENFOMASI: OLGU SUNUMU

İbrahim Halil Kafadar*, İbrahim Karaman*, Ökkeş Bilal**, Mahmut Argun*, Mustafa Özçadamlı*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**

Amaç: Kemiğin primer malign lenfoması sıklıkla ileri yaşlarda görülen nadir bir patolojidir. Tüm primer kemik tümörlerinin % 3-7' sini oluşturur. Sıklıkla ileri yaşlarda lokalize kemik ağrısı, şişlik, patolojik kırık ve nadiren kitle lezyonu olarak karşımıza çıkar. Burada radyolojik olarak sık görülen malign primer kemik tümörleri, metastatik karsinom, osteomyelit ile karıştırılabilen ve ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken, primer olarak femuru tutan bir malign lenfoma olgusu sunulmaktadır.

Gereç ve yöntemler: Kırk yedi yaşında bayan hasta sağ uyluk proksimalinde yaklaşık üç aydır devam eden ağrı, yürümekte zorlanma ve aksama şikâyetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın femur iki yönlü grafilerinde patolojik görünümün izlenmesi üzerine detaylı tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastanın kan tetkikleri, ekstremite kontrastlı magnetik rezonans görüntüleme (MRG), tüm vücut kemik sintigrafisi (TVKS) yapıldı.

Bulgular: Fizik muayenesinde; sağ uyluk proksimal ve orta kısmında palpasyonla ağrı ve hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulguları; sedimantasyon (65mm/saat), C-reaktif protein (102mg/L) yüksekliği dışında normaldi. İki yönlü femur radyografilerinde; femur proksimalinden başlayarak orta kesime kadar inen, diafizi tutan ve medullayı daraltan, periostta kalınlaşmaya yol açan sklerotik alanlar, kortikal kalınlaşma ve düzensizlikle beraber lineer periost reaksiyonu saptandı. MRG'de; sağ femur proksimal ve orta diafizer kesiminde kemik iliğini diffüz olarak infiltre eden, düzensiz konturlu, içinde yer yer normal kemik parçacıklarının izlendiği kemik korteksinde kalınlaşma yapıp, periost reaksiyonuna yol açan heterojen lezyon izlendi. Eşlik eden yumuşak doku komponenti ve metafizer tutulum gözlenmedi. TVKS'sinde ise; sadece sağ femur proksimal ve orta kesiminde artmış aktivite tutulumu izlendi. Bu bulgular doğrultusunda ön tanıda osteomyelit veya primer malign bir kemik tümörü olduğu düşünülerek hastaya açık biyopsi yapıldı. Hem periost hem de kemik dokudan örnekler alındı. Histopatolojik incelemeler sonucunda yaygın büyük B-hücre hakimiyeti gösteren agresif tip non-Hodgkin lenfoma rapor edildi. Medikal onkolojiye konsulte edilen hasta tariflenen lezyon dışında başka bir patoloji saptanmaması üzerine evre-1 primer malign kemik lenfoma olgusu olarak kabul edilip, lokal radyoterapi ve kemoterapiye başlanmak üzere medikal onkoloji bölümüne devredildi.

Sonuç: Ekstremite ağrısı ile gelen ileri yaşta bir hastanın radyografilerinde olgumuzda olduğu gibi patolojik görünümün olması ilk planda radyolojik tanıda Ewing sarkom, osteosarkom gibi malign bir kemik tümörünü, metastatik bir karsinomu veya osteomyeliti düşündürmesine karşın mutlaka ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken, önemli ama nadir görülen bir diğer patoloji de kemiğin primer malign lenfomasıdır.

P-19 ÖNKOL ÇİFT KIRIĞININ YENİ NESİL İNTRAMEDULLER ÇİVİ İLE TESPİTİ SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON; EKSTANSÖR POLLİCİS LONGUS GEÇ RÜPTÜRÜ

Ali Aydın, Ahmet Köse, Mehmet Köse, Tugay Tipi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Erişkinlerde radius kırığının intramedüller çivi ile tespiti sonrası aşınmaya bağlı, ekstansör pollicis longus tendonunun (EPL) geç rüptürü nadir görülen bir komplikasyondur. Bu olguyu önkol kırıklarında intramedüller çivi ile tespit teknikleriyle ilgili olası tuzakları belirlemek ve olası komplikasyonları önlemek amacıyla sunmak istedik.

18 yaşında erkek olguya sağ önkol çift kırığı (AO/OTA sınıflamasına göre Tip 22B3radius–ulna kırığı) nedeniyle intramedüller çivi (yeni nesil radius ulna çivisi) ile tespit ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası 4. Ayda sabah uyandığında yorganını kaldırırken sağ el başparmakta atlama-boşalma hissi ile aynı anda klik sesi duyduğunu ifade eden hasta, başparmakta hareket kısıtlılığı ve el bileği seviyesinde ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu.

Yapılan fizik muayenede sağ el başparmak metakarpofalangial eklem ve interfalangial eklemde aktif ekstansiyon hareketi mevcut değildi. Pasif eklem hareket açıklığı normal fakat ağrılı değerlendirildi. Direkt grafide radius çivisinin giriş noktasının uygun seviyede olduğu, çivinin transmigrasyona bağlı lister tüberkülü lateralinde 3. ekstansör kompartmanda radius korteksine impaksiyonunun yeterli olmadığı izlendi. El bileği dorsolateralinde, üçüncü ekstansör kompartman üzerinden yapılan cerrahi işlemde 3. ekstansör kompartmanda; EPL tendonun çivi ucu aşınmasına bağlı dejenere rüptürü, çivi transmigrasyonuna bağlı impaksiyonun azalması nedeni ile radius çivisi distal ucu ile korteks arası mesafenin artmış olduğu izlendi. Kırık kaynaması gerçekleştiği için implant çıkarımı sonrası aynı taraf palmaris longus otogrefti ile tendon onarımı yapıldı.

Önkol kırıklarının cerrahi tedavisinde intramedüller çivi ile tespit yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Açık ve parçalı kırıklarda avantajlı tespit materyalleridir. Minimal invaziv ve güvenilir bir teknik olmasına rağmen çivi ucunun yaptığı aşınmaya bağlı gecikmiş EPL tendon geç rüptürü gelişebilir. Bu olgu önkol kırıklarında intramedüller çivi ile tespit sonrası oluşabilecek nadir komplikasyonlar açısından uyarıcı olmak ve çivi ile tespit teknikleriyle ilgili olası tuzaklar belirlemek için sunduk.

P-20 DÜŞÜK AYAK DEFORMİTESİNİN NADİR BİR SEBEBİ; PELVİK YERLEŞİMLİ ATİPİK LİPOM

Ali Aydın, Cahit Emre Can, Mehmet Köse, Irmak Durur Subaşı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Lipomlar ağrısız yumuşak doku tümörlerindendir. Nadiren lokalize oldukları bölgeye göre ağrıya veya sinir kompresyonuna yol açabilirler. Siyatik çentiğe yerleşmiş atipik bir lipomun sebep olduğu düşük ayak olgusunu sunmak istedik.

46 yaşında bayan hasta; 1 yıldır sağ kalçasında ele gelen şişlik, son 6 ayda sağ ayağında güçsüzlük ve yerden kaldırama şikâyeti ile kliniğimize başvurdu.

Yapılan fizik muayenesinde sağ kalçasında palpasyonla ağrısız, yumuşak ve fikse kitle tespit edildi. Sağ ayak dorsifleksiyonu yoktu. Kalça hareketleri ağrısızdı. Pelvis direkt grafilerinde patoloji yoktu. Pelvik MRG de sağ gluteal bölgede mesane, internal genital yapılar ve rektumu sola deplase eden, büyük siyatik çentikten geçerek dumble-bandle görünümü oluşturan 22x5x17 cm büyüklüğünde kitle (lipom) saptandı. EMG'de siyatik sinirin peroneal dalında ağır, tama yakın aksonal dejenerasyon saptandı. Osborne posterior yaklaşımı ile kitleye ulaşılıp çevre yumuşak dokulardan ayırılarak eksize edildi. Siyatik sinirin pelvise komşu bölgesinde kompresyon izlendi ve nöroliz yapıldı. Kitlenin patolojik incelemesi atipik lipom olarak rapor edildi. 2 yıl süreyle takip edilen hastanın düşük ayak deformitesinin 1.yılındaki kontrolünde düzeldiği tespit edildi.

Bizim bu olgumuzda da görüldüğü gibi nadiren de olsa pelvik yerleşimli atipik lipomlar da düşük ayak deformitesine sebep olabilirler. Düşük ayak deformitesinin ayrıcı tanısında akılda tutulmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

P-21 ÇOCUKTA DİZ EKLEMİNDE KİLİTLENMENİN NADİR SEBEBİ DİSKOİD MEDİAL MENİSKÜS: OLGU SUNUMU

Ali Aydın, Cahit Emre Can, Kutsi Tuncer, Irmak Durur Subaşı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Menisküsler normalde semilunar yapıdadırlar. Menisküsün sferik yapıda olmasına diskoid menisküs denir. Konjenital menisküs anomalilerinden en sık görüleni diskoid menisküs olup genellikle lateralde görülür. Medial diskoid menisküs ise daha nadir görülmektedir. Dizde kilitlenmeye sebep olan diskoid medial menisküs olgusunu sunmak istedik.

9 yaşındaki erkek olgu sağ dizinde yeni başlayan hareket ettirememe, ağrı ve kilitlenme şikâyeti ile kliniğimize başvurdu.

Hastanın fizik muayenesinde palpasyonla medial eklem çizgisinde ağrı, efüzyon ve 30 derece fleksiyonda kilitli olduğu görüldü. İncelenen direkt grafilerde patoloji izlenmedi. İncelenen MRG'de birbirini takip eden sagittal kesitlerde medial menisküsün ön ve arka boynuzları arasında devamlılığın korunduğu izlendi. Diskoid menisküs düşünülen hastaya artroskopi yapıldı. Artroskopide medial menisküsün medial tibial platoyu tamamen kaplayan diskoid menisküs olduğu görüldü. Diskoid medial menisküs santral kısımdan başlanarak parsiyel olarak eksize edildi ve normal menisküs görünümü kazandırıldı. 7 aydır takip edilen hastanın diz eklem hareket açıklığının normal olduğu ve şikâyetlerinin düzeldiği görüldü.

Bizim sunduğumuz bu olguda olduğu gibi kilitli ve ağrılı bir diz şikâyeti ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda diskoid menisküsün akılda tutulmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

P-22 İZOLE KONJENİTAL DİRSEK FLEKSİYON KONTRAKTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Murat Topal, ***Ali Aydın***, Mehmet Köse, Ahmet Emre Paksoy

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Konjenital dirsek fleksiyon kontraktürü nadir görülen bir patolojidir. Bu kontraktürlerin etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte en sık neden artrogripozistir. Doğumundan itibaren izole dirsek kontraktürü olan bu olguyu sunduk.

Bu olgu hiçbir nedene bağlanamayan konjenital sağ dirsek fleksiyon kontraktürü olan 10 yaşında bir erkek çocuğudur. Hasta dirseğini açamama şikâyeti ile başvurmuştur. Hastanın travma, ailesel hastalık, doğum travması ve buna bağlı brakial palsi veya kronik hastalık hikayesi yoktur. Ameliyat öncesi yapılan fizik muayenede sağ dirsek fleksiyon hareket açıklığı 46˚, supinasyon pronasyon hareket açıklığı 130˚ olarak değerlendirildi. Her iki dirseğin direkt AP ve lateral grafileri çekildi. Heterotropik ossifikasyona veya kemiklerde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Dirseğe anterior yaklaşım ile biseps tendonuna ve brakialis tendonuna uzatma yapıldı, anterior kapsülotomi yapıldı, elbileği ve el ekstansörlerine ise Z plasti uygulandı.

Hasta ameliyat sonrası 2 yıl takip edildi. İkinci yılın sonunda yapılan fizik muayenede hastanın dirsek fleksiyon ekstansiyon hareket açıklığı 137 ˚ supinasyon pronasyon hareket açıklığı 142˚ olarak değerlendirildi.

Dirseğin konjenital fleksiyon kontraktürü tedavisinde açık cerrahi ile anterior gevşetme etkin ve tatminkâr sonuç veren bir prosedürdür.

P-23 KALÇANIN TRAVMATİK ANTEROİNFERİOR KIRIKSIZ ÇIKIĞI: OLGU SUNUMU

Murat Topal, ***Ali Aydın***, Tugay Tipi, Ömer Nasuhi Altay

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Travmatik anterior kalça çıkıkları tüm travmatik kalça çıkıklarının %10-15 ini oluşturur. Anterior kalça çıkıkları süperior, inferior veya obturator çıkık şeklinde olabilir. Anterior çıkıklara sıklıkla femur başı kırıkları, asetabulum kırıkları ve trokanterik kırıklar eşlik eder. Sunduğumuz bu olgu kırığın eşlik etmediği, kalçanın antero inferior çıkığıdır.

Araç içi trafik kazası sonrası 62 yaşında erkek hasta acil serviste değerlendirildi. Sol alt ekstremitesinin kalçadan abduksiyon, dış rotasyon ve fleksiyonda olduğu; sol kalça hareketlerinin ileri derecede ağrılı ve kısıtlı olduğu saptandı. Pelvis AP grafisinde ise sol kalçanın anteroinferiora çıkık olduğu görüldü. Sedo-analjezi altında hastanın kalçası Allis Manevrası ile redükte edildi. Redüksiyon sonrası direkt grafiler ve pelvis tomografisi çekildi. Kalçanın redükte olduğu görüldü. Herhangi bir kırığa rastlanmadı. Hastanın yapılan 12. ay kontrolünde kalça eklem hareket açıklığının normal olduğu ve kalça hareketlerinin ağrısız olduğu, hastanın koltuk değneğine ihtiyaç duymadan yürüdüğü saptandı.

Kalçanın travmatik anteroinferior kırıksız çıkığı oldukça nadir görülür. Bu nedenle tanı konulması zor olup yanlış manevra ile redüksiyon denenmesi ağır komplikasyonlara yol açabilir. Komplikasyonları önlemek için en kısa sürede doğru tanı konması ve uygun redüksiyonun yapılması bu olgularda çok önemlidir.

P-24 KIRIKSIZ AÇIK AYAK BİLEĞİ ÇIKIĞI: OLGU SUNUMU

Ali Aydın, Murat Topal, Cahit Emre Can, Ahmet Köse

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Ayak bileği çıkıkları spor yaralanmaları, trafik kazaları gibi travmalar sonucunda görülür. Diğer çıkıklara oranla görülme sıklığı daha azdır. Ayak bileği çıkıları genellikle kapalıdır ve çıkıklara kırıklar eşlik eder.

Sunduğumuz bu olgu tibiotalar eklemin posterolateral açık kırıksız çıkığı olan 14 yaşında bir kız çocuğudur. Hasta sol ayak bileği üzerinden yüksek ağırlıklı bir aracın lastiğinin geçmesi sonrasında acil servise getirilmiştir. Yapılan muayenesinde ayak bileğinin tibiotalar eklemden posterolaterale açık çıkık olduğu görüldü. Ayak bileği sedoanaljezi altında acil şartlarda yıkandı, redükte edildi ve atele alındı. Direkt grafileri çekildi ve ayak veya ayak bileği bölgesinde herhangi bir kırığın olmadığı saptandı. Hastaya acil operasyona alındı. Eklem tekrar yıkanarak yabancı cisimlerden temizlendi. Deltoid ligaman tamiri yapıldı. Ayak plantigrad pozisyonu sağlanarak uzun bacak atele alındı. Hastanın yapılan 1. Yıl kontrolünde ayak bileğinin ağrısız olduğu, ayak bileği eklem hareket açıklıklarının normal olduğu saptandı.

Açık ayak bileği çıkıkları yüksek enerjili travmalar sonrasında nadir de olsa görülebilen patolojilerdir. Doğru tanının en kısa sürede konması ve uygun redüksiyonun en kısa sürede yapılması muhtemel eşlik eden vasküler zedelenmenin giderilmesi ve kalıcı bir morbiditenin engellenmesi için büyük önem taşır.

P-25 VASTUS LATERALİS KASI İÇİNDE ENFEKTE PRİMER KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

Cahit Emre Can, ***Ali Aydın***, Ahmet Emre Paksoy, Ömer Nasuhi Altay

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Kist hidatik protozoal bir enfeksiyon olup, insan vücudunda genellikle karaciğer (%75) ve akciğer (%15) tutulumu görülür. İç organ tutulumu olmaksızın primer olarak iskelet kası tutulumu oldukça nadirdir. Vastus lateralis kası içerisinde primer kist hidatik olgusunu sunmak istedik.

50 yaşındaki erkek hasta, 12 yaşından beri sol uyluk dış kısmında mevcut olan ceviz büyüklüğündeki kitle lezyonun son 6 ayda hızlı bir şekilde büyümesi şikâyetiyle kliniğimize başvurdu.

Olgunun fizik muayenesinde sol uyluk lateralinde palpasyonla ele gelen sert, fikse ve ağrısız kitle lezyon tespit edildi. Hastanın ateş dâhil herhangi bir sistemik semptomu yoktu. Hastanın batın ultrasonografisi ve akciğer grafisinde patoloji tespit edilmedi. Ekstremite MRG' de vastus lateralis kası içerisinde yerleşik, içinde kist formasyonları bulunan 15x5x4 cm boyutunda lezyon izlendi. Olgu kistin cerrahi eksizyonu ve antihelmintik ilaçlarla tedavi edildi.

Hidatik kist iskelet kasında nadir görülen kistik lezyonlardan biri olup tedavisi özellik arz eder. Uygun olmayan veya dikkatsiz cerrahi girişimler ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle ekstremitenin kistik lezyonlarında kist hidatik her zaman akılda tutulmalıdır.

P-26 KOKSİKS POSTERİOR ÇIKIĞI: NADİR VAKA

Mehmet Köse, ***Ali Aydın***, Eyüp Şenocak, Ömer Selim Yıldırım

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Koksiks çıkıkları daha sıklıkla anterior çıkık olarak görülmektedir. Koksiksin posterior çıkığı oldukça nadirdir. Koksiksin nadir görülen posterior çıkığını sunmak istedik.

Kayak yaparken düşme sonrasında kuyruk sokumunda şiddetli ağrı şikâyeti ile başvuran 33 yaşında bayan hasta acil serviste değerlendirildi. Hikayesinde düşerken perineden direk travma aldığı öğrenildi. Hasta en çok oturamama ve ağrıdan şikâyetçi idi. Yapılan muayenesinde koksiks üzerinde ağrı ve şişlik mevcuttu. Koksiks üzerinde posteriora basamaklaşma mevcuttu. İncelenen direkt grafi ve BT'de koksiksin posteriora çıkık olduğu izlendi. Lokal anestezi altında kapalı redüksiyon yapıldı ancak çıkık instabil olarak değerlendirildi. Hastaya ameliyat önerildi. Ameliyatı kabul etmeyen hastanın 3. ay kontrolünde ağrılarının devam ettiği ve koksiksin posteriora çıkık olduğu saptandı. Hastaya koksiks eksizyonu yapıldı. Takiplerinde komplikasyonla karşılaşılmadı. En son 7. ayındaki kontrolünde herhangi bir şikâyetinin olmadığı görüldü.

Posterior koksiks çıkığı çok nadir görülür. Kapalı redüksiyon sonrası instabilite ile karşılaşılabilir. Gecikilmiş vakalarda eksizyon ile başarılı sonuçlar alınabilir.

P-27 PROKSİMAL FEMUR YERLEŞİMLİ SOLİTER PLAZMASİTOMA: NADİR BİR OLGU

Ali Aydın, Tugay Tipi, Murat İpteç, Muhammed Çağatay Engin

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Plazma hücreli tümörler, B hücrelerinin kontrolsüz çoğalması ile oluşan lenfoid neoplazmlardır. Soliter kemik plazmasitoması, tüm plazma hücreli tümörlerin %5'inden daha azını oluşturmaktadır. Nadir görülmesi ve ender lokalizasyonu nedeniyle olgumuzu sunmak istedik.

48 yaşında bayan hasta polikliniğimize sağ kalçasında 1 yıldır ağrı şikâyeti ile başvurdu. Son zamanlarda ağrısı günlük işlerini ve yürümesini engelleyecek kadar şiddetlenmiş. Ağrı dinlenme anında ve geceleri de oluyormuş. Hastanın tip 2 DM ve HT haricinde sistemik hastalık veya bulgusu yoktu.

Ortopedik muayenede sağ kalça hareketleri ağrılıydı. Direk grafilerde sağ intertrokanterik femur bölgesinde yaklaşık 3x2 cm boyutlarında radyolusen kistik lezyon tespit edildi. İncelenen BT de kitlenin anteromedial kortekste osteolitik lezyon oluşturduğu gözlendi. MRG de ise kitle STIR sekansında homojen, hiperintens, düzgün sınırlı, T1 de hipointens lezyon olarak izlendi. Başka kemik lezyonu saptanmadı. Hastaya eksizyonel biyopsi ve intramedüller çivi uygulandı. Histopatolojik sonucun plazmasitom olarak gelmesi üzerine hasta hemotoloji kliniğince takibe alındı. Hastanın 2 yıllık takiplerinde ağrısının kaybolduğu ve kemik lezyonun nüks etmediği izlendi.

Soliter plazmasitoma; büyük çoğunluğu vertebralarda görülmesine karşın uzun kemiklerde de görülebilen, vakamızda olduğu gibi cerrahi tedaviyle küratif sonuç alınabilinen ancak multipl myeloma dönüşme ve lokal nüks riskinden dolayı hastanın takip altında tutulması gereken nadir bir tümördür.

P-28 BÜYÜME HORMON EKSİKLİĞİNE SEKONDER GELİŞEN FEMUR BAŞI EPİFİZ KAYMASI OLGUSU

İbrahim Karaman*, ***Ahmet Güney****, İbrahim Halil Kafadar*, Emre Yurdakul*, Tuncay Berk**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

Amaç: Femur başı epifiz kayması adolesan çağdaki çocukların kalçalarında nadir görülen bir hastalıktır. Etiyolojisinde genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı hastalığın sebebi tam olarak bilinmemektedir. Endokrinolojik sebeplere bağlı olarak geliştiğini düşündüğümüz bu vakayı siz meslektaşlarımızla paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: 31 yaşında erkek hasta ani başlayan sol kalça ağrısı nedeni ile acil polikliniğimize başvurdu. Herhangi bir travma öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın hipofiz hormon eksikliği nedeni ile tedavi gördüğü öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde sol kalça pasif fleksiyon, iç ve dış rotasyonu ile şiddetli ağrı mevcuttu. Kızarıklık, krepitasyon ve herhangi bir kemik deformitesi mevcut değildi. Sol alt ekstremite nörolojik muayenesi doğaldı. Hastanın ağrısı gece gündüz azalmayan, hareketle artan karakterde idi. Radyolojik değerlendirmede anteroposterior pelvis grafisinde solda femur başı epifizinin femur boynu üzerinden inferomediale, femur boynunun da epifizden laterale ve süperiora deplase olduğu saptandı.

Bulgular: Hastanın gerekli preop tetkikleri tamamlandıktan sonra acil operasyona alındı. Hastanın kayma derecesi % 50 nin üzerinde olduğu için açık redüksiyon planlandı. Hastaya genel anestezi altında güvenli kalça dislokasyonu ile açık redüksiyon ve perkütan pinleme uygulandı. Hastanın diğer kalçası için profilaktik pinleme yerine yakın takip yapılmasına karar verildi.

Çıkarımlar: Adolesan yaşlardaki çocuklarda diğer ülkelere oranla daha az görüldüğünü düşündüğümüz, femur başı epifiz kaymasının acil cerrahi tedavisi gerekmektedir. Epifizin ileri derece kaymalarında açık veya kapalı redüksiyon sonrasında perkütan vida ile tespitinin etkili ve seçkin bir tedavi olduğunu düşünmekteyiz.

P-29 DİRSEK EKLEMİNDE SİNOVYAL KONDROMATOZİS: OLGU SUNUMU

İbrahim Karaman, ***Ahmet Güney***, İbrahim Halil Kafadar, Mithat Öner, Fatih Doğar

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, nadir olarak görülen dirsek eklemi yerleşimli sinovial kondromatozis olgusunu sunmak.

Yöntem: 34 yaşında erkek hasta sağ dirsekte 3 yıldır giderek artan ağrı, hareket kısıtlılığı ve dirsekte sert, ağrılı ve immobil şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ dirsek hareketlerinde diğer dirseğe göre ekstansiyonda 30°, fleksiyonda 20° kısıtlılık vardı. Yapılan radyografik incelemelerde eklem mesafesinde daralma ve anteriorda kalsifiye adacıklar görüldü. Çekilen bilgisayarlı tomografide (BT) ise sağ dirsek ekleminde yumuşak doku şişliği, humerus distalinde olekranon ve radius başında yer yer kortikal eroziv değişiklikler görüldü. Dirsek manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) ise yağ baskılı sekanslarda hiperintens, düzgün sınırlı, noduler yer kaplayıcı oluşumlar ve kemik kortekste yer yer erozyonlar görüldü.

Hastaya sinovyal kondromatozis ön tanısıyla cerrahi planlandı. Hastaya açık cerrahi yapılarak önce posteriordan sonrada anteriordan çok sayıda sert kondral serbest parça çıkarıldı. Hem anteriordan hem de posteriordan sinovya eksizyonu yapıldı.

Bulgular: Hastanın histopatolojik incelemesinde sinovyal kondromatozis tanısı doğrulandı. Ameliyat sonrası takiplerinde eklem hareketlerinde oluşan ağrının ve hareket kısıtlılığının ortadan kalktığı görüldü. Hastanın 18 aylık takibinde nüks saptanmadı.

Çıkarımlar: Sinovyal kondromatozis sinovyanın mezenkimal subintimal tabakasını tutan ve kıkırdak metaplazisi sonucu gelişen, oldukça nadir görülen proliferatif bir hastalıktır. Sinovyal kondromatozis genellikle monoartikuler tutulum gösterir, büyük eklemlerde daha sık görülür ve etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın dirsek ekleminde görülmesi oldukça nadirdir. Tanıda klinik muayene, düz radyografiler, ultrasonografi, BT ve MRG yardımcıdır. Erken tanıda ise en yararlı tetkik MRG 'dir.

Sinovyal kondromatozisin ayırıcı tanısında pigmente villonoduler sinovit, romatoid artrit, sinoviyal hemanjiom, sinovyal sarkom ve kondrosarkom bulunmaktadır. Sinovyal kondromatozisin tedavisi açık veya artroskopik sinovyektomi yapılarak serbest cisimlerin çıkarılmasıdır. Cerrahi tedavi sonrası nüks gelişme ihtimalinden dolayı uzun süreli takip uygulanmalıdır.

P-30 NADİR OLARAK GÖRÜLEN UYLUKDA PSOAS KASI YERLEŞİMLİ PRİMER KİST HİDATİK OLGUSU

İbrahim Karaman, İbrahim Halil Kafadar, Mehmet Halıcı, ***Ahmet Güney***, Murat Kahraman

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Uyluk proksimalinde psoas kası yerleşimli olan başka bir sistem tutulum olmayan nadir görülen kist hidatik olgusunu sunmak.

Yöntem: 38 yaşındaki kadın hasta sağ alt ekstremitede ağrı, uyluk ön yüzde şişlik nedeni ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede uyluk anteriorda 1/3 orta-proksimalde yaklaşık 10x10 cm büyüklüğünde, fikse, palpasyonla hafif ağrılı kitle mevcuttu. Yapılan ultrasonografik (USG) incelemesinde 10x12x10 cm boyutlarında, çevre dokudan belirgin sınırlı olarak ayrıt edilebilen, içerisinde septasyon bulunan kistik kitle görüldü. Direkt grafide yumuşak doku ekspansiyonu ve yer yer sklerotik alan dışında bulgu saptanmadı. Manyetik rezonans (MR) görüntüleme'de sağda psoas kası boyunca, inguinal kanaldan geçip uyluk 1/3 orta cisme kadar uzanım gösteren femoral damar sinir paketini mediale doğru iten sınırları belirgin şekilde çevre dokudan ayrılmış 14x10x10 cm boyutlarında, koronal ve aksiyal düzlemde T1A serilerde hipointens, T2A serilerde hiperintens, multiloküle kistik lezyonlar içerisinde kız vezikülleri şeklinde germinatif membrandan ayrışmış olarak kist hidatik ile uyumlu görünüm izlendi. Hastanın akciğer grafisi, batın ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) patoloji saptanmadı. Hastada primer kas yerleşimli kist hidatik ön tanısı ile preoperatif enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra genel anestezi altında kist içerisine hipersalin enjekte edildikten sonra kist çevre dokulardan sıyrılarak total olarak eksize edildi.

Bulgular: Postoperatif 3 ay süre ile enfeksiyon hastalıkları uzmanının önerisiyle Albendazol 10 mg/kg/ gün verildi. Cerrahi sonrası kist hidatik tanısı histopatolojik olarak doğrulandı. Hastanın postoperatif 18 aylık takibinde nüks saptanmadı

Çıkarımlar: Ekstremite yerleşimli kitlelerde maligniteler, apse, hematom yanı sıra, endemik bölgelerde kist hidatik de akla gelmelidir. Nüks açısından hastaların preoperatif tanılarının konmuş olması, kistlerin patlatılmadan çıkarılmasına dikkat edilmesi, perikistektomi uygulanması, hastaların uzun süre takip edilmesi gereklidir.

P-31 EKSTRAPULMONER YERLEŞİMLİ PRİMER İLİAK KANAT TÜBERKÜLOZU: OLGU SUNUMU

İbrahim Karaman, İbrahim Halil Kafadar, ***Ahmet Güney***, Mithat Öner, Ali Hansu, Mahmut Argün

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Ekstrapulmaoner yerleşimli primer iliak kanat tutulum gösteren tüberküloz olgusunu sunmak.

Yöntem: Romatoid artrit öyküsü mevcut olan 62 yaşında bayan hasta 2 aydır süren sol iliak kanatta ağrı nedeni ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde ateş yüksekliği, halsizlik, gece terlemeleri ve son 1 yılda meydana gelen kilo kaybının olduğu öğrenildi. Fizik muayenede inspeksiyonla hastada antaljik yürüyüş dikkat çekiyordu. Sol iliak kanatta etrafı eritemli, yaklaşık 2 cm'lik abse görünümü mevcuttu. Laboratuar bulguları olarak eritrosit sedimentasyon hızı 24 mm/h, C-reaktif protein değeri (CRP) 52,2 mg/L, beyaz küre sayısı 12,5 K/uL idi. Ön-arka pelvis grafisinde sol iliak kanatta kemik doku harabiyeti izlenmekteydi. Yapılan ultrasound incelemesinde apse ile uyumlu görünüm mevcuttu. Pelvis bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol iliak kanatta yaklaşık 5 cm lik destrüksiyona uğramış kemik doku ve etrafında apse ile uyumlu görünüm izlenmekteydi. Pelvik manyetik rezonans görüntülemede (MRG) ise sol iliak kanatta yoğun kontrast madde tutulumu olan lezyon ve bu lezyon çevresinde apse ile uyumlu yumuşak doku lezyonu izlenmekteydi. Ameliyat öncesinde hastanın Tüberkulin deri testi pozitifti ve endurasyonu 35 mm olarak bulundu. Kesin tanı ve tedavi amacıyla enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafından tarafımıza danışılan hastaya doku biyopsisi, Ziehl-Neelsen boyaması, doku kültürü planlandı. Genel anestezi altında ameliyata alınan hastanın iliak kanadından ve yumuşak dokudan biyopsi alındı. Bu dokulardan Ziehl-Neelsen boyaması, Löwenstein-Jensen kültürü ve BACTEC-TB kültürü gönderildi. Debritman tamamlandıktan sonra yara yeri uygun bir şekilde kapatıldı.

Bulgular: Ziehl-Neelsen boyamasında ARB görülmedi, ancak Löwenstein-Jensen kültürü ve BACTEC-TB kültüründe Mycobacterium tuberculosis kompleksi üredi. Üreyen mikobakteri kompleksi Etambutol'e dirençliydi. Hastaya kemik tüberkülozu tanısı kondu ve başlangıç tedavisi olarak dörtlü anti-tüberküloz tedavisi (Streptomisin, Rifampisin, Pirazinamid, İzonizayid) başlandı. Bu tedaviye 2 ay boyunca devam edildi, sonrasında ikili anti-tüberküloz tedaviye geçildi. İkili anti-tüberküloz tedaviye 6 ay devam edildi. Yapılan kontrollerinde hastanın yarasının tamamen kapandığı ve bu alanda herhangi bir enfeksiyon bulgusunun olmadığı görüldü.

Çıkarımlar: Kemik eklem tüberkülozu, herhangi bir kemiği veya eklemi tutabilmektedir. Kemik ve eklem tüberkülozunun primer tedavisi uzun süreli antitüberküloz kemoterapi protokolleridir. Prognoz tanı alıp tedaviye başlandığı dönemde hastanın hangi evrede olduğuna bağlıdır.

P-32 UYLUK POSTERİOR YERLEŞİMLİ İZOLE KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

Ökkeş Bilal*, Nuh Dündar*, İbrahim Halil Kafadar**, Ali Murat Kalender*,
Ahmet Güney**, Ahmet Kaptanoğlu***

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı **
Kahramanmaraş Özel Megapark Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği***

Kist hidatik, *Echinococcus granulosus* parazitinden kaynaklanan, insanların rastlantısal ara konak olduğu zoonotik bir hastalıktır. Hidatik kistler en sık karaciğer ve akciğerde yerleşmesine karşın vücutta herhangi bir yerde görülebilir. Tüm kist hidatik olgularında iskelet sistemi tutulumu insidansı %1-4 civarındadır, yumuşak doku tutulumu ise çok nadirdir. Bu çalışmamızda, 25 yaşındaki bir bayan hastada uyluk posterior kas grupları arasında yerleşmiş, popliteal bölgeye uzanan, cerrahi müdahale ile tedavi ettiğimiz ve üç yıllık takip sonunda nüks görülmeyen kist hidatik olgusunu sunuyoruz.

P-33 DEV KOSTOKONDRİT (TIETZE SENDROMU) OLGUSU

Sedat Yeşilbaş, Ali Doğan, Cengiz Aldemir, Ali Uzar, Fatih Duygun

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Kostokondrit, göğüs ön duvarı eklem kartilajlarının enflamasyonudur. Sternoklavi kuler eklem tutulumu nadirdir. Sıklıkla benign bir olay gibi karşılansa da olgumuzdaki gibi malignite yönüyle de takip edilmesi gerekebilir.

Giriş: Tietze sendromu ağrı, hassasiyet ve lokal şişliklerle karakterize, göğüs ön duvarı ve boyun eklemlerinin, iltihabi olmayan, benign bir hastalığıdır. Çoğu vaka da (%80) tek bir kostosternal eklem tutulmuştur. Sternoklavikuler eklem tutulumu nadirdir. Klinik olarak boyun ve göğüs ön duvarında şişlik, kızarıklık, ağrı ve yutma güçlüğü şeklinde ortaya çıkar. Boyun da şişlik ve ağrı nedeni ile kliniğimize başvuran, sternoklavikuler eklem kondritli bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: 50 yaşında erkek hasta boynun sağ tarafında sternoklavikular eklemde 5 yıldır giderek büyüyen, ağrı, şişlik ve kızarığa neden olan kitle şikâyeti ile başvurdu. Muayenesinde sağ sternoklavikular eklem üzerinde 3x3 cm sert kıvamlı hareket etmeyen şişlik mevcuttu. Aynı zamanda boyun hareketleri ileri derecede kısıtlı idi ve boyun kısalığı vardı. Servikal radyografide konjenital servikal vertebra anomalisi ve füzyon saptandı. Tomografide sağ sternoklavikular eklemde sternal ve klavikular iki taraftan da dışarıya öne ve yukarıya doğru büyüyen kitle görüntüsü vardı. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Servikal füzyonu yüzünden baş boyun ekstansiyona gelmediği için nazotrakeal entübasyon sonrası genel anestezi uygulandı. Kitle üzerinden transvers kesi ile girilerek sternum ve klavikula üzerindeki pediküle ulaşılıp kitle osteotom ile çıkartıldı. Patoloji sonucu dejeneratif eklem hastalığı ile uyumlu gelmekle birlikte lokal nüks açısından takip önerildi. Cerrahi sonrası 6. ayda yapılan muayenesinde nüks görülmedi.

Tartışma: Tietze sendromu üst parasternal bölgenin etiyolojisi bilinmeyen, nonsüpüratif, seronegatif kostokondritidir. Kadınlarda daha sık görülür. Genelde tek taraflı olup 2-3. kostokondral eklemleri tutar. Bizim olgumuzda sağ sternoklavikular eklem tutulumu vardı.

Romatoid artritte sternoklavikular eklem tutulumu sıktır ancak Tietze sendromunun seronegatif olması ve başka eklem tutulumu olmamasıyla romatoid artritten ayrılır. Tietze sendromlu olguların BT sinde parsiyel kalsifikasyon, skleroz ve yumuşak doku şişliği görülmektedir olgumuzda eklemde asimetri ve daralma mevcuttu.

Tedavi genelde semptomatiktir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda cerrahi rezeksiyon uygulanır. Tietze sendromu tanısıyla tedavi edilen ve takibinde malign tümörler saptanan olgular bildirilmiştir. Tanı sırasında ve tedavi planlamasında, klinik görünüm ve kostal kartilajları etkileyecek enfeksiyon, malignite, relapsing polikondrit gibi diğer enflamatuar patolojilere dikkat edilmelidir.

Sonuç: Tietze sendromu tanısı konan hastalar, beraber bulunabilecek malign tümörler diğer hastalıklar yönüyle dikkatlice araştırılmalıdır

P-34 PERSİSTAN MEDİAN ARTER

Burak Korkmaz, Cegiz Aldemir, Ali Doğan, Ömer Sertkaya, Fatih Duygun

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Ülkemizde nadir görülmesine rağmen persistan median arterin karpal tunel sendromu etiyolojisinde yer alabileceğine dikkat çekmektir.

Giriş: Karpal tunel sendromu (KTS) en sık görülen tuzak nöropatisidir. Genellikle geceleri olan ağrı ve uyuşukluk vardır. Ciddi olgularda tenar kaslarda güçsüzlük ve atrofi eşlik eder. Klasik KTS semptomlarıyla kliniğimize başvuran nadir görülen anomalili bir olguyu sunuyoruz.

Olgu sunumu: 52 yaşında kadın hasta sağ elinde bir yıldır artan ağrı ve uyuşukluk şikayeti ile başvurdu. El bilek ateli ve steroid enjeksiyon tedavisi görmüştü. EMG de ağır KTS bulguları vardı. Lokal anestezi + sedasyon altında ön kol turnikesi uygulandı. El bileği volarinde el bileği kirizinden distale uzunlamasına 3 cm lik cilt kesisi ile girildi. Cilt altı yağ doku geçilip karpal tünel açıldı. Median sinir ön yüzü üzerinde 2 ven ve 1 arterin median sinir boyunca devam ettiği gözlendi. Damarların proksimal dallanma yeri görülmedi, distalde ise yüzeyel palmar arka katıldığı tespit edildi. Median sinirin karpal ligament bölgesinde basıya uğradı ve inceldiği görüldü. Sinir proksimal ve distalde gevşetildi. Tünel kontrol edilip karpal ligament üzerindeki yağ doku ve cilt gevşek bir şekilde yaklaştırıldı. Post op takiplerde hastanın şikayetleri geriledi.

Tartışma: Median arter embriyonal dönemin 8. haftasından sonra ulnar ve radial arterin fonksiyon kazanmasıyla giderek gerileyerek palmar arkla olan ilişkisini kesip incelerek ar. comitans nervi mediani ismini alır. Persistan median arter yapılan çalışmalarda bölgesel olarak geniş farklılıklar göstermektedir (% 1,5-27,1) Ülkemizde 1995 yılında Kopuz ve ark. larının yaptıkları çalışmada 20 neonatal kadavrada %12,5 oranında görülmesine karşın, 35 erişkin (70 önkol) kadavra incelemesinde persistan median arterle karşılaşılmamıştır (%0). Bizim kliniğimizde son 2 yılda yapılan 200 KTS ameliyatında hastalardan sadece 1 tanesinde persistan median artere rastlandı.

Sonuç: Persistan median arter ülkemizde nadirde olsa KTS etiyolojisinde yer alabilir. Mini insizyon veya kapalı olarak yapılan operasyondan sonra hastanın şikâyetlerinin geçmemesi durumunda kanalda yer kaplayan ganglion, tümör gibi nedenlerin yanında PMA de akla getirilmelidir.

P-35 ONİKİ YAŞINDA KIZ ÇOCUĞUNDA GÖRÜLEN DİSTAL BİSEPS TENDON RÜPTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Ökkeş Bilal*, Mustafa Kınaş*, İbrahim Halil Kafadar**, Ali Murat Kalender*, Ahmet Güney**, M.Fatih İnci***, Nuri Özcan***

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı**
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı***

Distal biseps tendon rüptürü nadir görülen, insidansı 100.000 de 1.2 olan, genellikle yetişkinlerde ve erkeklerde görülen bir hastalıktır. Genellikle dominant ekstremitede oluşur. Tanısı geç konan ve tedavisi geciken bir hastalık olup iyi bir fizik muayene ve yardımcı görüntüleme yöntemi ile (USG, MRG) tanısı konabilir.

Bu çalışmamızda 12 yaşındaki bir kız çocuğunda non dominant ekstremitede görülen biseps kasının distal tendon rüptürünü ve konservatif tedavi sonucunu sunuyoruz.

P-36 ÇOCUK BAŞPARMAĞINDA KÖTÜ HUYLU KEMİK TÜMÖRÜ GÖRÜNÜMLÜ TRAVMATİK PERİOST REAKSİYONU

Murat Üzel, Nuh Dündar

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Başvuruda geciken hastaların klinik tabloları bazen kafa karıştırıcı olabilmektedir. Küçük çocuk hastalar söz konusu olduğunda güvenilir öykü almak bazen çok zor olabilir. Şüpheli travma öyküsüne enfeksiyon ve tümörlü hastaların bir kısmında rastlanabilmektedir. Geç başvuran hastalarda çekilen direkt grafilerde kırık hattı olmaksızın periost reaksiyonu görüldüğünde ayırıcı tanıda organ hatta yaşam kaybına yol açabilecek hastalıklar da akla gelmelidir.

Gecikmiş şüpheli travma öyküsü olan fakat başka bir sağlık problemi olmayan bir küçük çocuk hasta kırık olmaksızın ilerleyen periost reaksiyonu ve yaygın yumuşak doku değişiklikleri nedeniyle Ewing sarkom ön tanısı ile değerlendirilmiş, fakat 5 ay sonra yapılan incelemede klinik ve radyolojik olarak tamamen normale döndüğü görülmüştür. Bu nadir durum hasta ve özellikle hekimler için dramatik olan sonucu nedeniyle sunuldu.

Olgu Sunumu: Sağ el başparmakta şişlik, morluk ve ağrı yakınması ile 6 yaşında bir erkek çocuk ailesi tarafından polikliniğimize getirildi. Çocuklarının bir ay önce arkadaşları ile kaydıraktan kayarken düştüğünü ifade eden aile olaydan 3 gün sonra başparmağının şiştiğini görmüş ve doktora başvurmuş. Olayı gören bir büyük yokmuş. Grafisi çekildikten sonra parmağında kırık olabileceği söylenerek alçıya alınmış. İki gün sonra kontrole gittiklerinde alçıya artık gerek olmadığı söylenerek çıkartılmış. Alçı sonrası şişlik ve ağrı yakınması azalmış. Haftalar içinde renk değişikliği, şişlik ve ağrısı artan hasta polikliniğimizde değerlendirildi(Şekil 1a,b). Hastanın son bir ay içinde ateş ve iştah kaybı olmamış. Öz geçmişte herhangi bir önemli tıbbi problemi yoktu. Muayenede sağ el 1. parmakta tenar bölgede şişlik, morarma ve hassiyet mevcuttu. Parmağını güçlükle kullanabiliyordu. Hastanın çekilen 1. parmak iki yönlü grafisinde 1. metakarpta volar ve ulnar tarafta periost reaksiyonu görüldü; kırık hattı gözlenmedi (Şekil 2). Kemik içyapısında anormallik yoktu. Laboratuvar çalışmalarında beyaz küre sayısı normal sınırlardaydı. CRP 17,7 mg/L (N: 0-5 mg/L) ve sedimantasyon 20 mm/h (N: 0-10 mm/h) hafif yüksekti. Hemogramda lenfosit sayısı hafif yüksekti (4,04 K/uL (N: 0,6-3,4 K/uL), eozinofil ve trombosit sayısı normal sınırlardaydı. Anemi mevcuttu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları konsültasyonu istendi. Eşlik eden bir sağlık problemi bulunamadı. Öyküsünde kanamaya meyili anlatan herhangi bir olay yoktu. Brucella ve Salmonella serolojik testlerinin sonuçları negatifti. Elin standart ve gadolinyumlu kontrast-MRG tetkiki istendi. Kesitlerde elin lateral yarısında tenar kasları aşan cilt altına kadar uzanan diffüz yumuşak doku ödemi, 1. metakarp ve proksimal falanksta kemiğin tamamını tutmuş diffüz kemik iliği ödemi ve yaygın periost reaksiyonu tespit edildi (Şekil 3 a,b,c). Kitle veya kapsül oluşumu yoktu. Kontrastlı kesitlerde apseyi düşündürecek kolleksiyon alanı tespit edilemedi. Enflamatuvar değişikliklerin osteomiyelit lehine değerlendirilebileceği rapor edilmişti. Hasta için başparmak travması ön tanısı ile elastik bandaj ve askı ile istirahat kararı

verildi. Ateş çıktığında hemen olmak üzere haftalık kontrole gelmesi istendi. Yakınmalarının devam etmesi üzerine üç hafta sonra tekrarlanan grafilerinde periost reaksiyonunun yayılmış ve şiddetlenmiş olduğu görüldü(Şekil 4). Atipik bulgular nedeniyle ayırıcı tanıda eozinofilik granülom yanında Ewing sarkom da düşünülerek hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla onkoloji ünitesi de olan en yakın üniversite hastanesine yönlendirildi.

Hasta 5 ay sonra yeniden değerlendirmek amacıyla polikliniğimize davet edildi. Öyküsünden ailesinin hastayı ileri tetkik için herhangi bir hastaneye götürmedikleri, hastanın yakınmalarının zamanla azalarak kaybolduğu ve genel durumunda herhangi bir kötüleşme olmadığı anlaşıldı. Yapılan el muayenesi tamamen normaldi; şişlik, renk değişikliği ve hassasiyet kalmamıştı(Şekil 5). Çekilen karşılaştırmalı iki yönlü el 1. parmak grafilerinde metakarplar tamamen normal yapıda idi (Şekil 6a,b). Hastaya öykü ve ardışık klinik değerlendirmelere göre sağ el 1. metakarpta kırık olmaksızın meydana gelmiş bir travmatik periost reaksiyonu tanısı kondu.

Tartışma: Çocuklarda geç gelen ve öyküsü açık olmayan olguların değerlendirilmesinde güçlüklerle karşılaşılabilmektedir. Öyküde şüpheler var iken ilk değerlendirme bilgileri tanı koymada son derece önemlidir. Kesin tanı ilk değerlendirmede konamaz ise aynı kişi tarafından yapılan ardışık değerlendirmeler ile tanıya daha kolay ulaşılabilir. Günlük pratikte bunu sağlamak çoğu kere mümkün olmamaktadır.

Şişlik, renk değişikliği ve ağrı yakınması ile başvuran ve elini kullanma güçlüğü çeken bir küçük çocuk hastada ayırıcı tanı, yakınmanın süresine bağlı olarak önemli değişiklikler gösterir. Kronikleşmeye başlamış olguda uygun tedavi görmemiş bir kemik veya yumuşak doku travması yanında enfeksiyon, iyi huylu agresif tümörler ve kötü huylu tümörler akla gelmelidir. Çocuk osteomiyelitinde künt travma öyküsü uzun kemik osteomiyelitli olguların 1/3'ünde alınabilmektedir. Çocukluk çağının kötü huylu tümörlerinden olan Ewing sarkom eli nadiren tutmakta ve haftalar ve ayları bulan öyküsü nedeniyle subakut osteomiyelit ile karıştırılabilmektedir. Bazen bir küçük travma öyküsüne rastlanabilmektedir. Uzun kemiklerin metafizinden başlamakta ve sıklıkla diyafize yayılım göstermektedir. Böyle bir klinik tabloda muayene sonrası direkt grafi ve laboratuvar çalışmaları ile çoğunlukla tanıya yönelik önemli bir ilerleme elde edilebilir. Karmaşık olgularda bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme veya radyoizotop kemik sintigrafisi kullanılabilir. Bazen kesin tanı için doku örneği alınarak mikrobiyolojik ve histopatolojik çalışmalar yapmak gerekebilir.

Tanı ve tedavi, aile ile birlikte çok sayıda ve farklı branşlardaki doktorun uyum içinde ortak bilimsel kararlarla çalışmasını gerektirir. İleri derecede sakatlık hatta yaşam tehditi söz konusu olduğunda bu çalışmaların dikkatli ve hızlı yapılması çok önemlidir. Bu düşünce gerek doktor gerek ise hasta yakınları için bir stres kaynağı olabilmektedir. Geç başvuran küçük çocuklarda tanı koyma güçlükleri basit tanıların da rahatlıkla konamamasına yol açabilir. Tanı koyma zorluklarına rağmen bazen sonuç hem hasta hem de doktorlar için dramatik olabilir. Kesin tanı koymak için ilk değerlendirmenin ardından aynı hekimler tarafından uzun süreli takip gereklidir.

P-37 GEÇ TANI KONMUŞ 4. VE 5. METAKARP BAZİS ÇIKIKLARININ BAŞARILI KONSERVATİF TEDAVİSİ

Murat Üzel

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Metakarp bazis travmaları eşlik eden şişlik ve el grafilerindeki bilgi ve deneyim isteyen değerlendirme güçlüğü nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Elin akut künt travmaları öykü, muayene ve direkt grafiler ile değerlendirilmelidir. Genel olarak travmatik kemik ve eklem patolojilerine bu yaklaşımla tanı konabilir.

İlk değerlendirilmesi Acil Hekimi tarafından yapılan tanısı geç konmuş, cerrahi tedavi de önerilmiş, nadir görülen künt travma sonrası kapalı 4. ve 5. metakarp bazis çıkıkları başarılı konservatif tedavi sonucu ile sunuldu.

Olgu Sunumu: Sol elde ağrı, şişlik, hareket ettirmede güçlük yakınması ile polikliniğimize gelen 52 yaşındaki erkek hasta değerlendirildi. Emekli memur olup çiftçilik yapan hastamız öyküsünde 10 gün önce bahçede kullandığı el arabasının lastiğini bir istasyonda motorlu pompa ile şişirirken lastiğin patlaması ve jantının dağılması sırasında parmaklarının dibinde elinin sırtında çarpan parçaların etkisi ile şiddetli ağrı hissettiğini bildirdi (Şekil 1,2). Elinde şişlik olmuş ama elini ve el bileğini kullanabiliyormuş. Olaydan hemen sonra gittiği acil serviste Acil Servis Hekimi tarafından değerlendirilen hastanın grafileri çekilmiş, kırık veya çıkığı olmadığı söylenmiş. Ağrı kesici ve elastik bandaj verilmiş. Yakınmalarının devam etmesi üzerine gittiği bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı ameliyat önermiş. Polikliniğimize başvuran hastada özellikle medial yarıda avuç içinde ve sırtında şişlik mevcuttu. Dördüncü ve beşinci metakarp bazisleri hassastı. Avuç içinden baskı uygulandığında dorsale doğru özellikle dördüncü metakarp bazisi aşikar yer değiştiriyor ardından redükte olabiliyordu. Her iki elin karşılaştırmalı PA, LAT ve 30 derece internal oblik grafileri çekildi. PA grafide 4. metakarp bazisinin 3. metakarp ile olan 2 mm'lik üst üste olma görüntüsünün kaybolduğu, iki metarp bazisleri arasında belirgin ayrılmanın olduğu, mediale yer değiştirdiği, 5. metakarp bazisi ve hamatumun karşılıklı ayrı ince çizgiler şeklinde durması gereken kortikal çizgilerinin silindiği ve 5. metakarp bazisinin ulnar sınırının hamatumun medialine taştığı görüldüğü. Oblik grafide beşinci ve dördüncü metakarp şaftlarının diğer metakarplarla paralel durmadıkları, dorsale yönelmiş oldukları, bazislerin beşinci ve özellikle dördüncü metakarplarda hamatumun eklem yüzünün karşısında durmadıkları, neredeyse tamamen yakın çıkık oldukları görüldü. Eşlik eden kırık saptanmadı (Şekil 3a,b). Sol el ve önkola el bileği yaklaşık 20 derece dorsifleksiyonda kısa kol alçı sirküler uygulandı. Çıkık metakarp bazislerinin alçı içinde redükte oldukları görülünce konservatif tedavinin devamına karar verildi (Şekil 4). Üç hafta sonra alçıdan çıkartılan hastanın metarkarp bazisleri stabildi. Aylık muayenelerle takibe alındı. Tedaviden üç ay sonra klinik ve radyolojik olarak değerlendirilen hastanın elde hafif şişlik dışında yakınması yoktu (Şekil 5,6). Hasta elinin eski gücünde olduğunu ve iş yapma kapasitesinin azalmadığını bildirdi. Tedaviden memnundu.

Tartışma: El travmasına bağlı olarak metakarp bazislerinde kırıklar, kırıklı çıkıklar veya sadece çıkıklar oluşabilmektedir. Bu tür yaralanmalar en sık 1. metakarp bazisinde; medial dört metakarp içinde ise en sık ulnar yarıda yani 4. ve 5. metakarp bazislerinde görülmekte ve en sık ta bu metakarplardaki çıkıklar gözden kaçmaktadır. Metakarp bazislerinde çıkıklar dorsale veya volare doğru olmakta; diverjan çıkıklara da rastlanmaktadır. Metakarp bazislerinde çıkık sonrası akut dönemde redüksiyon kolaydır. Fakat çıkığın tekrarlamasını önlemek için internal tespit önerilmektedir. Geç gelen çıkıklarda ise redüksiyon zor olabilmekte, bunun için açık redüksiyon ve tespit gerekebilmektedir. Olgumuz 10 günlük gecikme ile gelmesine rağmen kırık eşlik etmemesi ve redüksiyonun kolay olması üzerine kapalı redüksiyon ve el bileği dorsifleksiyonda sirküler alçı tespiti uygulandı. Redüksiyonun başarılı olduğu ve takiplerde de korunduğu görüldü. Üç hafta süren istirahat sonrası zamanla artacak şekilde elini kullanması ve aylık kontrol önerildi. Üç ay sonra yapılan değerlendirmede metakarp bazislerinin redükte konumda olduğu, hassasiyetin olmadığı hastanın elini eskisi gibi kullanabildiği öğrenildi.

Elin akut künt travmaları ayrıntılı öykü ve dikkatli muayene ardından iki yönlü grafiler gerekir ise oblik ve hatta karşılaştırmalı grafilerle değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım genel olarak travmatik kemik ve eklem patolojilerine tanı koymak için yeterlidir. Acil olgular da dahil olmak üzere tüm el yaralanmaları yeterli bilgi ve deneyimi olan kişiler tarafından değerlendirilmelidir. Bu mümkün değil ise en kısa zamanda hastanın bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı, tercihen bir El Cerrahi uzmanına yönlendirilmesi uygundur.

Elin 4. ve 5. metakarp bazislerinde künt indirekt mekanizma ile metakarpların aşırı fleksiyona zorlanması sonrası dorsal yönde kapalı çıkık gelişebilir. Elin medial 4. ve 5. metakarp bazis çıkıklarında 10 gün kadar gecikmiş olarak tanı konulmasına rağmen konservatif tedavi ile başarılı sonuç elde edilebilir.

P-38 TOTAL KALCA PROTEZİ YAPILAN BİR YEHOVA ŞAHİDİNDE TRANEKSAMİK ASİDİN KAN KAYBI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgür Şentürk, Faik Murat Ünsal, Yeşim Macit, ***Mehmet Nurullah Ermiş***, Selçuk Şimşek, Can Solakoğlu

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş: Traneksamik asidin total kalca ve diz protezlerinde kullanimi ile, kan kaybinin ve alloge nik kan transfuzyonu gereksiniminin azaldigi bircok calisma ile gosterilmistir. Diniinanis gereg i allojenik ve otolog kan transfuzyonunu reddeden yehova sahidinde traneksamik asidin pero peratif kanama uzerine etkileri degerlendirildi.

Olgu Sunumu: 72 yaşında, ASA II Yehova şahidi olan hastaya sağ koksartroz nedeniyle total kalça protezi planlandı. Preoperatif değerlendirilmesinde Hb:13,3 mg/dl idi. Hasta allojenik ve otolog kan transfüzyonunu kabul etmediğini, ancak cell saver yöntemini kullanabileceğimizi bildirdi. Hastaya spinal anestezi uygulandı ve cell salvage yöntemi kullanıma hazırlandı. Cerrahi ilk insizyondan ½ saat önce 10 mg/kg Traneksamik asid infuzyonu yapıldı. İlk dozdan 3 saat sonra 2 mg/kg Traneksamik asid infuzyonu tekrarlandı. Total cerrahi süre 100 dk, total kanama miktarı 150 ml idi. Dren kullanılmadı. Postoperatif 6. saat 24. saat Hb: 12,3 mg/dl idi. Hiçbir komplikasyon tespit edilmedi. Hastanın kan transfüzyonu gereksinimi olmadı. Postoperatif 5.gün taburcu edildi.

Sonuç: Intraoperatif kullanilan traneksamik asidin total kalca protezlerinde total kan kaybini ve kan transfuzyon gereksinimini azaltigi goruldu. Hastalarin kontrollu yonetimi ileTraneksam ik asid kullaniminin efektif ve guvenli oldugunu dusunmekteyiz.

P-39 79 YAŞINDA FEMUR YERLEŞİMLİ ATİPİK BİR PRİMER KEMİK TÜMÖRÜ OLGUSU: ADAMANTİNOMA

Bahattin Kerem Aydın*, Turgay Er**, Mehmet Ali Acar*, Pınar Karabağlı*, Serdar Uğraş*, Hakan Şenaran*, Yunus Kıraç*

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*
Özel İstanbul Ortopedi Merkezi**

Uzun kemiklerin primer malign tümörlerinden biri olan adamantinoma oldukça nadir izlenmekte olup vakaların % 90'ı tibia yerleşimlidir. Genellikle 20-40 yaş arası dönmede hafifçe erkeklerde daha sıklıkla izlenmekte olan bu tümörün tedavisi primer rezeksiyondur. 79 yaşında femur yerleşimli bir adamantinoma vakasını sunmak istedik.

Hasta kliniğimize uyluk 1/3 distalinde kitle ve ağrı nedeniyle onkoloji kliniğinden tarafımıza sevk edilmişti. Hikâyesinde dış bir merkezde femurda primeri belli olmayan metastatik kitle nedeniyle başvurdu. Yapılan incelemede hastanın 1 yıl önce femurda litik lezyon nedeniyle intrameduller çivi ve aynı zamanda biyopsi yapılmış. Biyopsi neticesi metastatik adeno ca şeklinde rapor edilmiş. Aynı merkezde onkoloji kliniğinde yapılan primer araştırmaları sonucu prostat ca Gleason evre 3 şeklinde bir odak tespit edilmiş. Hastaya prostatektomi ve kemoterapi başlanmış. Femurdaki kitlede nüks gelişmesi üzerine kliniğimize sevk edilen hastanın lezyonuna küretaj+ sementleme uygulanmıştır. Ardından hastaya radyoterapi uygulanmıştır. Ancak küretaj esnasında alınan materyallerin incelenmesinde adamantinoma tanısı konmuştur. Ayrıca hastanın daha önceki ameliyat materyallerine ulaşılarak patoloji tetkiki tekrarlanmış ve metastatik adeno ca tanısının yanlış olduğu ve o preparatlarda da tanının adamantinoma olduğu izlenmiştir. Hastaya dezartikülasyon önerilmiş ancak hasta ameliyatı kabul etmemiştir. Hasta postoperatif takibinde 8.ayında olup halen nüks bulguları olmadan izlemi sürmektedir.

Hasta için yapılan işlemlerin primer kemik tümörü olan adamantinoma için tamamen hatalı olmasına karşın literatürde bu yaşta femur lokalizasyonunda başka bir adamantinoma vakası bulunamamıştır. Bu yaşta ender saptanan bu nadir primer kemik tümörünün tedavisinde lezyonun ilk tespit edildiği anda doğru evreleme ve biyopsi ve ardından yapılacak rezeksiyon ile hastanın ekstremitesi korunarak doğru ve başarılı bir şekilde tedavisi düzenlenebileceği aşikârdır. İleri yaşta ve görünüm olarak metastatik izlenimi edinilse de tüm kemik lezyonlarına doğru yaklaşımın öncelikle doğru evreleme ve ardından yapılan biyopsi ile sağaltımlarının yapılması gerektiğine inanmaktayız.

P-40 OKRONOTİK ARTOPATİLERDE PROTEZ DENEYİMLERİMİZ

Bahattin Kerem Aydın, Mehmet Ali Acar, Hakan Şenaran, Ömer Faruk Erkoçak, Güney Yılmaz, Selim Safalı

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Okronozis homogentisik asit oksidaz eksikliği nedeniyle gelişen bir metabolik hastalıktır. Ağır ve hafif formları bulanan bu hastalık gözlerde skleralarda siyah renk değişiklikleri, kulak kepçesinde siyah renkli nödüller gelişmesi ile göze çarpmaktadır. Kıkırdak patolojilerine yol açan bu hastalığın önemli komplikasyonlarından biri de büyük eklemlerde artroza yol açmasıdır.

Kliniğimizde 2010 yılından 2013 yılına kadar okronozis nedeniyle total eklem protezi uyguladığımız 5 hastanın 8 eklemi retrospektif olarak incelendi. Hastaların 2 tanesi birinci dereceden akraba idi. Hastalara 4 adet total diz artroplastisi ve 4 adet total kalça artroplastisi uygulandı. En genç hasta 45 yaşında ve en yaşlı hasta ise 59 yaşında idi. Okronozis tanısı 4 hasta ameliyat esansında kıkırdaklardaki yaygın siyah renkli değişiklikler ve gerekli kesileri yaparken daha fazla zorlanma saptanması sonucu postoperatif netleştirildi. 1 hastada ise bilinen aile öyküsü ve gözlerde ve kulaklardaki siyah nödüllerin saptanması nedeniyle pre op okranozis tanısı ile operasyona alındı.

Minimum 6 aylık takiplerde hiç bir hastada gevşeme, enfeksiyon veya emboli gibi majör komplikasyon izlenmedi. Tüm diz protezleri sementli olarak ve tüm total kalça protezleri ise sementsiz olarak uygulandı.

Sonuç olarak dizilim bozukluğu olmayan, geçirilmiş travma veya avasküler nekroz bulguları olmayan, nispeten genç yaşta ortaya çıkan büyük eklem artrozlarında metabolik hastalıklar da akılda tutulmalıdır. Kıkırdaklarda yaygın siyah renkli değişikliklere yol açan homogentisik asit metabolizmasındaki bozukluk nedeniyle ortaya çıkan okronozis de total eklem protezleri oldukça başarılı sonuçlar ortaya koymaktadır.

P-41 GONARTROZDA EKLEM İÇİ POLİAKRİLAMİD ENJEKSİYONUNUN AĞRI ÜZERİNE ETKİSİ

Ahmet Issın, Nizamettin Koçkara, Fatih Fariz, Vedat Şahin

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Poliakrilamidler, geniş molekül yapıları arasına su moleküllerini alarak yüzey gerilimini artıran, akışkan ve böylelikle kaygan, vücut tarafından emilmeyerek yer kaplayan maddelerdir. 1990'lı yıllardan sonra özellikle kozmetik girişimlerde kullanımı giderek yaygınlaşmış; zamanla diğer cerrahi disiplinlerdeki doku augmentasyonu istenilen durumlar da eklenerek kullanım alanları genişlemiştir. Buna rağmen halen FDA onaylı bir poliakrilamid doku dolgusu yoktur. Bu maddelerin insan artrozunda eklem içi kullanımı hakkında da ulaşılabilir literatürde bir çalışma mevcut değildir. Bu çalışma ile ülkemizde artroz tedavisi için her nasılsa SGK ödemesi olan ve birçok merkezde sıklıkla kullanılan NOLTREX ™ isimli poliakrilamid içeren bir maddenin gonartroz ağrısını azaltmadaki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2012 Aralık ayı boyunca polikliniğimizde iki farklı hekime gonartroz nedenli diz ağrısıyla başvuran; daha önce uzun süre konservatif tedaviler alarak tatmin olmamış, artroskopik debridman, artroplasti vb. uygun cerrahi girişim önerildiği halde ameliyat olmak istemeyen ya da ameliyatını ertelemek isteyen ve bu tedaviyi kabul etmiş 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaşları 40 ila 82 arasında değişen (ortalama: 62) altısı erkek 25 hastanın sekizi erkeklere ait olmak üzere 32 dizine enjeksiyon yapıldı. Hastaların her birinin her iki diz basarak ön-arka ve yan grafileri alındı ve Kellgren-Lawrence kriterlerine göre evrelendi. Enjeksiyon yapılan her diz için WOMAC ve OXFORD diz skorları yüz yüze görüşme yöntemiyle hesaplandı. Enjeksiyonlar tek bir hekim tarafından aynı günde yapıldı. Hastaların iyilik halleri sonraki kontrollerinde kaydedildi ve üç ay sonra hastalar telefonla aranarak memnuniyet durumları sorgulandı

Bulgular: Toplam 32 diz sahibinin 18 (%56) diz için fayda görmüş, 14 (%44) diz için fayda görmemiş oldukları saptandı. Fayda görmeyen 4 (%12.5) dizde ağrının artmış olduğu belirtildi. Fayda gören dizlerden 5'inin (%15) çok, 7'sinin (%22) orta düzeyde, 6'sının az fayda (%19) gördüğü gözlendi. 25 hastanın 12'si (%48) sonuç olarak tedaviden memnun kalmadıklarını bir daha denemek istemeyeceklerini ve başkasına önermeyeceklerini belirtirken 13 hasta (%52) bu tedaviden memnun kaldığını belirtti. Altı erkek hastanın sadece biri (%17) , 19 kadın hastanın 13'ü (%68) fayda gördüğünü belirtti. Fayda gören hastaların ortalama yaşı 65 iken fayda görmeyen hastalarda ortalama yaş 59'du. Kellgren-Lawrance evre 4, üç dizin hiç biri (%0), evre 1 yedi dizin altısı (%86) fayda görmezken, evre 2 ve 3 olan 22 dizin 17'si (%77) bu işlemden fayda gördü. Yapılan istatistik testlerde artroz evresi, WOMAC ve OXFORD diz skorları cinsiyet ve yaş ile fayda görme arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Hastalarda, ağrısının enjeksiyon sonrası arttığını söyleyenler dışında belirgin objektif bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Literatürde poliakrilamidlerin eklem içi kullanımıyla ilgili bir çalışma olmaması, poliakrilamid hidrojellerin kozmetik amaçlarla kullanılması için bile FDA onayının olmaması, mevcut literatürün yetersiz ve çok az sayıda ülke ile sınırlı olması nedeniyle bu maddenin yararı ve güvenirliliği hakkında kuşku duyulması gerektiğine inanmakla birlikte; ülkemizde 464 0000 6400 19 UBB kodu ile SGK ödeme kapsamında olması nedeniyle son zamanlarda yüksek kullanım oranlarına erişen bu maddenin subjektif değerlendirmelerinin iyi olması ve kendi prospektif serimizde düşündürücü sonuçlar almamız nedeniyle, gonartroz ağrısının tedavisinde seçilmiş hastalarda denenebileceğini düşünüyoruz. Daha geniş evrenli, detaylı ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ise aşikârdır.

P-42 POSTAKSİYEL POLİDAKTİLİ HASTALARDA TEDAVİ SONUÇLARI VE SINIFLANDIRILAMAYAN 2 OLGU

Erhan Bayram, ibrahim Kaya, Akın Uğraş, Musa Korkmaz, Nurullah Şener, Ercan Çetinus

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı polidaktili nedeniyle opere ettiğimiz hastaların klinik sonuçlarını tartışmak, tedavi metotlarının etkinliğini incelemek ve mevcut sınıflamalara göre hasta dağılımını belirlemek.

Materyal ve Metod: Kliniğimizde 2008-2012 yılları arası ayak polidaktilisi nedeniyle ameliyat edilen hastalar prospektif takip edildi. Hastalar ameliyat öncesi Temptamy ve McKusic sınıflaması ve Venn-Watson sınıflamasına göre sınıflandırıldı. Hastalar Phelps ve Grogan' ın ayak şekli ve semptomların varlığına göre tanımladığı kriterlere göre klinik olarak ve ACFAS scoring scale module 2 kullanılarak ameliyat sonrası değerlendirildi. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics v19 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

Sonuç: Polidaktilisi olan hastalarda literatüre benzer şekilde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0.51$). 21 polidaktilisi olan ayaktan iki tanesi (%9.5) Venn-Watson sınıflamasına göre sınıflandırılamadı. Radyolojik ve fonksiyonel skordan bağımsız olarak klinik sonuçlar iyiydi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada postaksiyel polidaktili oranının %100 olması ile literatürden anlamlı derecede farklılık içermektedir. Yine polidaktili hastalarının varyasyonel çeşitliliği göz önünde bulundurulduğunda eldeki sınıflamalar her zaman bütün hastaları içermeyi yetmediği görülmekte ve mevcut sınıflamaların genişletilmesi veya yeni sınıflamaların tanımlanması gerekliliği dikkat çekmektedir. Lateral parmağın eksizyonu gibi medial parmağın eksizyonu da seçilmiş olgularda başarılı sonuçlar vermektedir.

P-43 PATELLAR TENDON RÜPTÜRÜNDE PERONEUS LONGUS OTOGREFTİ KULLANIMI

Ömer Sertkaya, Cengiz Aldemir, Ali Doğan, Sedat Yeşilbaş

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Giriş: Patellar tendon yaralanmaları ekstensor mekanizma yaralanmalarının yaklaşık %3' ünü oluşturur. Ekstensor mekanizmanın devamı için cerrahi onarım şarttır. Literatürde sütur, tel, stepler, otojen dokuların augmentasyonu, serbest fasya lata greftleri, semitendinosus ve grasilis otogrefti, gastroknemius kası flebi ile primer onarım, patellar tendon otogrefti, ekstensor mekanizm allogrefti, ksenogreft, dacron ve karbon fiber sentetik materyaller ile tendon replasmanı gibi birçok teknik tarif edilmiştir. Çalışmamızda kronik patellar tendon rüptürü olan olgumuzda, kullandığımız peroneus longus otogreftinin sonucunu sunduk.

Hasta ve Yöntem: 37 yaşındaki erkek hasta bacağını kaldıramama şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. Farklı bir merkezde 7 ay önce sütür ankor ile patellar tendon primer onarımı yapılmıştı. 6 aydır bacağını kaldıramadığını ifade eden hasta fizik tedaviye yönlendirilmişti.

Cerrahi Teknik: Supin pozisyonda spinal anestezi altında turnike sonrası sağ diz anterior orta hat kesisi ile patella proksimal polden distale doğru yaklaşık 6 cm'lik cilt kesisi yapıldı. Patellar tendon rüptür halinde eklem açık idi. Patella distal 1/3 ün olmadığı görüldü. Debridman sonrası otogreft ile onarım kararı verildi. Kruris orta 1/3 seviyeden ve lateral malleol distalinden yapılan insizyonlarla peroneal tendonlara ulaşıldı. Peroneus longus tendonu ayrılarak alındı. Tüberositas tibia altında 1 adet tünel açıldı. Daha sonra patellanın distal ucundan proksimal ucuna doğru birbirine paralel 2 adet tünel açıldı. Alınan peroneus longus tendonu açılan tünellerden geçirilerek tycron sütür ile süture edildi. Açılan yapılar usulüne uygun olarak kapatıldı. Uzun bacak atele alındı

Tartışma: Tedavisi kuadriseps güçsüzlüğü, uyluk atrofisi ve yapışıklık nedeniyle zor olan kronik rüptürlerin tamirinde tendon otogreftleri önemli yer tutmaktadır. Tendon otogreftinde aranan özellikler alınan tendonun yeterli dayanıklılığa sahip olması, kolay ve güvenli alınabilmesi, donör sahada fonksiyonel kayba neden olmamasıdır. Literatür incelendiğinde patellar tendon rüptürlerinin tedavisinde sıklıkla hamstring tendonları kullanılmaktadır. Hamstring tendonları yeterli dayanıklılığa sahip olmasına rağmen alımı zor ve tehlikelidir ve alınması için özel alet gereklidir. Cadambi ve Engh çalışmalarında hamstring tendonu otogreft olarak alınan hastalarda 30 aylık takipte 10 derece ekstensör kayıp saptamıştır. Büyük defektli yaralanmalarda kullanılan bir diğer yöntem reverse gastroknemius greftidir. Mikrocerrahi deneyimi gerekliliği ve büyük kas kaybına neden olması dezavantajlarıdır. Jaureguito ve ark. 6 hasta ile yaptıkları çalışmada 26 haftalık takip sonunda ortalama 100 derece eklem hareket açıklığı ve 24 derece ekstansiyon kaybı saptamıştır. Günümüzde otogreft olarak kullanımı giderek yaygınlaşmakta olan peroneal tendonların patellar tendon rüptürü tedavisinde kullanımı ile ilgili elde edebildiğimiz bir çalışma yoktur. Peroneus longus tendonu alımı kolay ve güvenli dayanıklılığı yüksek ve donör

sahada fonksiyonel kayba neden olmayan bir tendondur. Bizde hastamızda cerrahi sırasında ve agresif fizik tedavi sonrasında komplikasyonla karşılaşmadık. 12 aylık takip sonrası hastalarımızda dizde tam eklem hareket açıklığına ulaştık, donör sahada fonsiyonel kayıp saptamadık.

Sonuç: Patellar tendon rüptürlerinin nadir bir yaralanma olması nedeniyle çalışmamızda onarım sonrası kuadriseps fonksiyonunun ve patellar dizilimin sağlanması, hastanın erken mobilizasyonu ve tam diz hareket açıklığı elde edilmesi, donör sahada fonksiyonel kayıp saptanmadığı göz önüne alındığında, peroneus longus otogrefti ile patellar tendon onarımı diğer güncel tedavi yöntemlerine alternatif olabilir.

P-44 VİTAMİN D EKSİKLİĞİNİN, KALÇA KIRIK TİPİNİN OLUŞMASINDA ETKİSİ VARMIDIR?

Metin Uzun*, ***Mehmet Ali Talmaç****, Burak Beksaç*, Vahit Emre Özden*, Remzi Tözün*

Acıbadem Maslak Hastanesi*
Litfüye Nuri Burat Devlet Hastanesi**

GİRİŞ: Düşük enerjili travmalar sonrası meydana gelen kalça kırıkları osteoporoz için bir göstergedir ve ortopedistler osteoporozun tedavisinden çok osteoporotik kırığın tedavisi ile ilgilenmektedirler.

Osteoporotik kırıkların önlenmesi için osteoporozun tanısı ve tedavisi önemli bir yer tutmaktadır. Bu tanı için en sık kullanılan yöntem BMD olmakla beraber, davranış, kas fonsiyonları ve kalsiyum dengesi; dolaylı olarak da kemik yapısının döngüsünü sağlayan vit d nin osteoporotik kırıkların oluşmasında etkilidir; ama bu etkinin kalça kırığının tipinin oluşmasındaki etkisi açık değil. Bu nedenle femur boyun kırığı ile kollum femoris kırıklarında, vit d nin etkisini değerlendirdik.

MATERYAL & METHOD: Düşük enerjili travma sonrası meydana gelen ve kalça kırığı tanısı ile servise yatırılarak cerrahisi planlanan 40 hasta A ve B diye iki gruba ayrıldı. A grubu, 20 intertrokanterik femur; B grubu, 20 kollum femoris kırığı olan olgulardan oluşturuldu. Tüm hastaların yatışlarının 1-3. gününde 25-OH D3 vitamin değerleri için prospektif olarak örnek alındı. A grubunda ortalama yaş 81,85; B grubunda 82,2 idi.

SONUÇ: A grubunda 25-OH vitamin D değeri ortalama 10,42; B grubunda 24,84 olarak bulundu.

TARTIŞMA: 25-OH vitamin D nin aktif formu olan 1-25 OH vitamin D, kas fonksiyonları ve kemik metabolizmasında kritik rol almaktadır. Vitamin D değerleri düşük olduğunda, kas fonksiyonlarının etkilenerek daha sık düşmelere neden olmakta; kemik fonsiyonlarına etkisinden dolayı da kırıklar daha sık görülmektedir. İntertrokanterik kırığı olan hastalarda vitamin değerlerinin, kollum femoris kırığı olan olgulara göre daha düşük saptandı. Ortopedistler arasında, osteoporotik hastalarda görülen intertrokanterik kırıkların tedavisi en çok tartışma konusu olmaktadır. Bu hastaların kırık olmadan tedavi edilmesi, intertrokanterik kırıkların görülme sıklığını azaltarak, bu tartışmaları azaltabileceği düşünebilir.

Bu nedenle yaşlı hastalar da osteoporoz araştırması yapılırken vitamin D değerlendirmesinin yapılması ve düşük tespit edilen olgularda tedavinin yapılması, kalça kırıklarının, özellikle intertrokanterik kalça kırıklarının önlenmesinde bir etken olacağı kanaatindeyiz.