



**12. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT
EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ**

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



**Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği**
www.kemikeklemcerrahisi.org

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Onursal Başkanlar

Prof. Dr. O. Şahap Atik

Prof. Dr. Celal Baki

Prof. Dr. Eyüp Selahattin Karakaş

Prof. Dr. Jean Yves Reginster

Kongre Başkanı

Prof. Dr. C.Yıldırım Türk

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Hakan Gürbüz

Doç. Dr. Taşkın Altay

Doç. Dr. Hakan Atalar

Doç. Dr. Ali Doğan

Doç. Dr. Servet Kerimoğlu

Doç. Dr. Ahmet Pişkin

Yrd. Doç. Dr. İbrahim Kafadar

Yrd. Doç. Dr. İbrahim Karaman

Uzman Dr. Sarper Gürsu

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Mahmut Argün
Prof. Dr. O. Şahap Atik
Prof. Dr. Hafız Aydın
Prof. Dr. Nevres Aydoğan
Prof. Dr. Osman Aynacı
Prof. Dr. Celal Baki
Prof. Dr. Okay Bulut
Prof. Dr. Erhan Coşkunol
Prof. Dr. İzge Günal
Prof. Dr. Hakan Gürbüz
Prof. Dr. Mehmet Halıcı
Prof. Dr. Erdem Işıkhan
Prof. Dr. Eyüp S. Karakaş
Prof. Dr. Vasfi Karatosun
Prof. Dr. Mahir Mahiroğulları
Prof. Dr. Recep Memik
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. Mustafa Ürgüden
Prof. Dr. Ömer Selim Yıldırım
Prof. Dr. Mehmet Yıldız
Doç. Dr. Bahadır Alemdaroğlu
Doç. Dr. Taşkın Altay
Doç. Dr. M. Akif Altay
Doç. Dr. Hakan Atalar
Doç. Dr. Tolga Atay
Doç. Dr. Doğan Atlıhan
Doç. Dr. Ayşegül Bursalı

Doç. Dr. Murat Bülbül
Doç. Dr. Ercan Çetinus
Doç. Dr. Cem Çopuroğlu
Doç. Dr. Ali Doğan
Doç. Dr. Ahmet Güney
Doç. Dr. Cemil Kayalı
Doç. Dr. Servet Kerimoğlu
Doç. Dr. Mithat Öner
Doç. Dr. Özal Özcan
Doç. Dr. Kahraman Öztürk
Doç. Dr. Ahmet Pişkin
Doç. Dr. Fırat Yağmurlu
Yrd. Doç. Dr. Kerem Aydın
Yrd. Doç. Dr. Emre Baki
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Sabri Balık
Yrd. Doç. Dr. Ökkeş Bilal
Yrd. Doç. Dr. Atilla Çıtlak
Yrd. Doç. Dr. Adem Erkut
Yrd. Doç. Dr. Cemil Ertürk
Yrd. Doç. Dr. Yılmaz Güvercin
Yrd. Doç. Dr. Ahmet İssin
Yrd. Doç. Dr. İbrahim Halil Kafadar
Yrd. Doç. Dr. İbrahim Karaman
Yrd. Doç. Dr. Nizamettin Koçkara
Uzman Dr. Cengiz Aldemir
Uzman Dr. Ahmet Aslan
Uzman Dr. Nurullah Ermiş
Uzman Dr. Sarper Gürsu
Uzman Dr. Fırat Ozan
Uzman Dr. Hakan Sofu
Uzman Dr. Serhan Yağdı
Uzman Dr. Timur Yıldırım



**12. OSTEOPOROS OSTEoarTRİT
EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ**

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği
www.kemikeklemcerrahisi.org

KONGREYİ DESTEKLEYEN KURULUŞLAR



ÖYD **dünyam** HASTANESİ

3





12. OSTEOPOROZ OSTEOARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği
www.kemikeklemcerrahisi.org

BİLİMSEL PROGRAM

18 Nisan 2014, Cuma

18:00 - 19:00

AÇILIŞ

Kemik ve Eklem Cerrahisi Derneği Başkanı'nın Konuşması
Kongre Onursal Başkanları'nın Konuşmaları
Kongre Başkanı'nın Konuşması
Halk Oyunları Gösterisi (HOYDEK Kırşehir Halk Oyunları Grubu)

19:00 - 19:30

AÇILIŞ KOKTEYLİ

19 Nisan 2014, Cumartesi

08:30 - 10:00

PANEL: 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneyimi

Oturum Başkanları: Dr. Recep Memik - Dr. Hafız Aydın

08:30 - 08:55

GKD'de Uygulanan Salter Innominate Osteotomisinde Yapılan Hatalar

Dr. Birol Gülman

08:55 - 09:20

Benin Agresif Kemik Tümörlerinin Malign Kemik Tümörlerinden
Ayrımı ve Cerrahi Prensipleri

Dr. Nevzat Dabak

09:20 - 09:45

Enfekte ve Defektif Nonunionlarda Cerrahi Tedavi

Dr. Yılmaz Tomak

09:45 - 10:00

Tartışma

10:00 - 10:30

KAHVE ARASI

10:30 - 11:30

Tartışmalı Oturum: Osteoporozda Tartışmalı Konular ve Güncel Yaklaşımlar

Oturumu Yöneten: Dr. O. Şahap Atik

Tartışmacılar: Dr. Ahmet Aslan, Dr. Orkun Gül

11:30 - 12:00

KAHVE ARASI

12:00 - 13:00

KONFERANS

Oturum Başkanı: Dr. Celal Baki

Deneyimli Bir Spor Hekiminin Bakış Açısıyla "Hekim - Sporcu İlişkisi"

Dr. Burhan Uslu

13:00 - 14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00 - 15:30

Tartışmalı Oturum: Total Kalça Artroplastisinde Tartışmalı Konular

Oturum Başkanı: Dr. Nevres Aydoğan

14:00 - 14:12

Preoperatif Planlama ve Cerrahi Yaklaşım Seçenekleri

Dr. Serkan İltar

14:12 - 14:24

Primertotal Kalça Artroplastisinde İmplant Seçimi

Dr. Hakan Atalar



12. OSTEOPOROZ OSTEoarTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği
www.kemikeklemcerrahisi.org

BİLİMSEL PROGRAM

14:24 - 14:36	Displastik Kalçaya Yaklaşım	Dr. Doğan Bek
14:36 - 14:48	Total Kalça Artroplastisinde Komplikasyonlar	Dr. Servet Kerimoğlu
14:48 - 15:00	Revizyon Total Kalça Artroplastisi Uygulaması	Dr. Sarper Gürsu
15:00 - 15:30	Tartışma	
15:30 - 16:00	KAHVE ARASI	
16:00 - 16:45	Serbest Bildiriler 1	
	Oturum Başkanları: Dr. Erhan Coşkunol - Dr. Mithat Öner	
16:00 - 16:05	S1 TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİSİNDE MİNİ-AÇIK YÖNTEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ Adem Erkut, Mehmet Sabri Balık, Yılmaz Güvercin, Volkan Güneş, Davut Yıldız	
16:05 - 16:10	S2 EKSTANSİYON BLOK YÖNTEMİ İLE TEDAVİ EDİLEN MALLET KIRIĞI OLGULARINDA ERKEN RADYOLOJİK SONUÇLAR Ulaş Akgün, Tuğrul Bulut, Atilla Çıtlak, Cihan Aslan, Muhittin Şener	
16:10 - 16:15	S3 DOYLE TİP 4B MALLET KIRIKLARININ PULL-OUT SÜTÜR VE TRANSARTİKÜLER K-TELİ FİKSASYON YÖNTEMİYLE TEDAVİSİ Mehmet Yunus Timurtaş, Alper Çıraklı, Murat Erdoğan, Hüseyin Sina Coşkun, Ahmet Pişkin	
16:15 - 16:20	S4 RADIUS BAŞI KIRIKLARINDA BAŞIN EKSİZYONU VEYA ARTROPLASTİYE BİR ALTERNATİF: PARÇALARIN CERRAHİ MASADA BİRLEŞTİRİLMESİ Çetin Işık, Mustafa Akkaya, Ramazan Akmeşe, Osman Tecimel, Savaş Kudaş, Murat Bozkurt	
16:20 - 16:25	S5 BANKART LEZYONUNDA AÇIK VE ARTROSKOPİK TAMİR SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI Hicabi Sezgin, Alper Çıraklı, Eyüp Çağatay Zengin, Ahmet Pişkin	
16:25 - 16:30	S6 KÜBİTAL TÜNEL SENDROMUNDA ENDOSKOPİ YARDIMLI DEKOMPRESYON: KLİNİK VE ELEKTROFİZYOLOJİK SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI Özgün Barış Güntürk, Atilla Çıtlak, Cihan Aslan, Tuğrul Bulut, Ufuk Şener, Muhittin Şener	
16:30 - 16:35	S7 DÜŞÜK ENERJİ İLE OLUŞAN RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLI 50 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA OSTEOPOROZUN ÖNEMİ Ali Utkan, Asım Cılız, Burak Koçak, Anıl Agar, Cem Cüneyt Köse, Mehmet Emin Uludağ	
16:35 - 16:45	Tartışma	
16:45 - 17:00	ARA	

BİLİMSEL PROGRAM**17:00 - 17:45****Serbest Bildiriler 2****Oturum Başkanları: Dr. Mahmut Argün, Dr. Fırat Ozan**

17:00 - 17:05

S8 DİZ OSTEOARTRİTİNDE İNTRAARTİKÜLER ACS TEDAVİSİ KISA DÖNEM SONUÇLARI**Çağrı Turgut, Mehmet Akif Akçal, Birkan Karıklar, Bilgehan Uğuz, Murat Çetin**

17:05 - 17:10

**S9 ERKEN EVRE GONARTROZ HASTALARINDA EKLEM İÇİ TROMBOSİTTEN
ZENGİN PLAZMA VE HYALUNORİK ASİT TEDAVİSİNİN ERKEN DÖNEM SONUÇLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI****Olca Güler, Serhat Mutlu, Mehmet İşyar, Ali Şeker, Mahmut Enes Kayaalp,
Mahir Mahiroğulları**

17:10 - 17:15

**S10 MEDİAL TALAR ÇATININ OSTOKONDRAL DEFİKTLERİNDE YENİ METAL
İMLANTASYON TEKNİĞİ****Murat Çalbıyık, Sinan Zehir**

17:15 - 17:20

**S11 HUMERUS PROKSİMAL UÇ KIRIĞINDA KİLİTLİ PLAK İLE OSTEOSENTEZ
UYGULAMALARIMIZIN DEĞERLENDİRMESİ****Cem Cüneyt Köse, Asım Cılız, Mehmet Özel, Burak Koçak, Ali Utkan, Mehmet Emin Uludağ**

17:20 - 17:25

**S12 ERİŞKİN ÖNKOL DİYAFİZ KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE LC-DCP VE YENİ TASARIM
İNTRAMEDÜLLER ÇİVİNİN RETROSPEKTİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI****Ahmet Köse, Ali Aydın, Cahit Emre Can, Murat Topal, Naci Ezirmik**

17:25 - 17:30

**S13 İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEMEDE FEMUR PROKSİMAL KİLİT VİDA LOKALİZASYONU
NE OLMALI?****Ahmet Adnan Karaarslan, Ahmet Karakaşlı, Hakan Aycan, Berivan Çeçen,
Didem Venüs Yıldız, Erhan Sesli**

17:30 - 17:35

S14 KALKANEUS KIRIKLARINDA CERRAHİ TEDAVİ ETKİLİ MİDİR?**Mehmet Nuri Konya, Ahmet Aslan, Aykut Özdemir, Serdar Sargin, Gökhan Maralcan****17:35 - 17:45****Tartışma****17:45 - 20:00****ARA****20:00 - 21:30****PANEL: Sağlık Hukuku Sorunları (Ortopedi ve Travmatoloji Alanındaki Vaka Örnekleriyle)****Oturum Başkanları: Dr. Mücahit Görgeç - Dr. Ercan Çetinus**

20:00 - 20:15

Adli Tıpta Süreç Nasıl İşliyor?

Dr. Ümit Gündoğmuş



12. OSTEOPOROZ OSTEOPARTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği
www.kemikeklemcerrahisi.org

BİLİMSEL PROGRAM

20:15 - 20:45 Örneklerle Malpraktis **Dr. Mehmet Subaşı**
20:45 - 21:30 Tartışmacı Panelistler: Dr. Mücahit Görgeç, Dr. Ümit Gündoğmuş,
Dr. Ercan Çetinus, Dr. Mehmet Subaşı

20 Nisan 2014, Pazar

08:30 - 10:00 **WORKSHOP: Tibia Kırık ve Deformitelerinde** **Dr. Mehmet Halıcı**
MAF (Multi Aksiyel Fiksator) Uygulamaları (TASARIMMED)

Oturum Başkanı: Dr. U. Erdem Işıkan

10:00 - 10:30 **KAHVE ARASI**

10:30 - 11:30 **Tartışmalı Oturum: Osteoartritte Tartışmalı Konular ve Güncel Yaklaşımlar**

Oturumu Yöneten: Dr. O. Şahap Atik

Tartışmacı: Dr. Burhan Uslu

11:30 - 12:00 **KAHVE ARASI**

12:00 - 13:00 **PANEL: Pes Equinovarus**

Oturum Başkanları: Dr. Ayşegül Bursalı - Dr. Fırat Yağmurlu

12:00 - 12:15 Ponseti Tekniği **Dr. Hüseyin Yorgancıgil**

12:15 - 12:30 Zor Ayaklarda Ponseti Tekniği
(Nüksler, Cerrahi Geçirmiş Ayaklar ve Nörolojik PEV) **Dr. Timur Yıldırım**

12:30 - 12:45 Ponseti Tekniği Sonrası Sınırlı Cerrahi **Dr. Ali Aydın**

12:45 - 13:00 **Tartışma**

13:00 - 14:00 **ÖĞLE YEMEĞİ**

14:00 - 14:45 **KONFERANS**

Oturum Başkanı: Dr. Eyüp S. Karakaş

Ortopedik İmplant Geliştirmenin Yol Haritası

Kim. Yük. Müh. Ahmet Fethi Polat



12. OSTEOPOROZ OSTEoarTRİT EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği
www.kemikeklemcerrahisi.org

BİLİMSEL PROGRAM

14:45 - 15:30 KONFERANS

Oturum Başkanı: Dr. Muhittin Şener

Ortopedik Radyolojide Tanıyı Etkileyen Tuzaklar

Dr. Berna Dirim Mete

15:30 - 16:00 KAHVE ARASI

16:00 - 17:00 PANEL: Osteoporotik Kırıklarda Tedavi Yaklaşımımız (Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi Deneyimi)

Oturum Başkanı: Dr. Mustafa Cevdet Avkan

16:00 - 16:15 Osteoporotik Kalça Kırıkları

Dr. Mustafa Gökhan Bilgili

16:15 - 16:30 Osteoporotik Vertebra Kırıkları

Dr. Evren Karaali

16:30 - 16:45 Osteoporotik Humerus Üst Uç ve Radius Alt Uç Kırıkları

Dr. Bülent Tanriverdi

16:45 - 17:00 Tartışma

17:00 - 19:00 Kemik ve Eklem Cerrahisi Derneği Olağan Genel Kurulu

21 Nisan 2014, Pazartesi

08:30 - 10:00 WORKSHOP: Yeni Nesil İntramedüller Önkol Çivileri (TST)

Dr. Gürsel Saka

Oturum Başkanı: Dr. Serdar Tüzüner

10:00 - 10:30 KAHVE ARASI

10:30 - 11:30 PANEL: Omuz Artroskopisi

Oturum Başkanları: Dr. Vecihi Kırdemir - Dr. Mahmut Kömürcü

10:30 - 10:45 Subakromial İmpingement Sendromu

Dr. Ahmet Pişkin

10:45 - 11:00 Rotator Cuff Tamiri

Dr. Mahir Mahiroğulları

11:00 - 11:15 Anterior Omuz İnstabilitesi

Dr. Ahmet Güney

11:15 - 11:30 Tartışma

11:30 - 12:00 KAHVE ARASI

12:00 - 13:00 KONFERANS

Oturum Başkanı: Dr. Taşkın Altay

Total Diz Artroplastisi Uygulamalarında

Dr. Vasfi Karatosun

Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri

BİLİMSEL PROGRAM

13:00 - 14:00 **ÖĞLE YEMEĞİ****14:00 - 15:30** **Tartışmalı Oturum: Proksimal Femur Kırıklarında Tartışmalı Konular****Oturum Başkanları: Dr. Hakan Gürbüz - Dr. Murat Bülbül**

14:00 - 14:07 Kırığı Fikse Ederim

Dr. Tolga Atay

14:07 - 14:14 Artroplasti Uygularım

Dr. Güray Batmaz

14:14 - 14:21 Parsiyel Artroplasti Uygularım

Dr. Semih Ayanoğlu

14:21 - 14:28 Total Kalça Artroplastisi Uygularım

Dr. Ömer Selim Yıldırım

14:28 - 14:35 Kırık Tespit Ederken Traksiyon Masası Kullanırım

Dr. Mehmet Akif Altay

14:35 - 14:42 Kırık Tespit Ederken Traksiyon Masası Kullanmam

Dr. T. Cihan Dülgeroğlu

14:42 - 14:49 Kırığın Tespitinde PFN (Proksimal Femur Çivisi) Uygularım

Dr. Mert Karaduman

14:49 - 14:56 Kırığın Tespitinde DHS (Dinamik Kalça Çivisi) Uygularım

Dr. Cemil Kayalı

14:56 - 15:30 Tartışma

15:30 - 16:00 **KAHVE ARASI****16:00 - 16:45** **Serbest Bildiriler 3****Oturum Başkanları: Dr. Sacit Turanlı - Dr. Gökhan Maralcan****16:00 - 16:05** **S15 FEMUR BAŞI OSTEONEKROZU OLUŞTURULAN DENEYSEL HAYVAN MODELLERİNDE OKSİDATİF STRESİN DEĞERLENDİRİLMESİ****Alper Deveci, Serdar Yılmaz, Ahmet Fırat, Burak Bahar, Ahmet Özgür Yıldırım, Özdamar Fuad Öken, Esra Uçaryılmaz, Ertuğrul Akşahin, Ahmet Uçaner, Murat Bozkurt****16:05 - 16:10** **S16 BENİGN VE MALİGN YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNİN AYIRIMINDA DİFÜZYON AĞIRLIKLİ MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEMENİN YERİ VAR MIDIR?****Müjdat Adaş, Mehmet Kürşad Bayraktar, Murat Çakar, Semih Ayanoğlu, Cihan Deniz Öğmen, Cem Zeki Esenyel, İsmail Kalkar****16:10 - 16:15** **S17 TÜRKLERDE DİZ EKLEM ÇİZGİSİNİN ÖLÇÜMÜ****Murat Çakar, Mehmet Kürşad Bayraktar, Müjdat Adaş, Semih Ayanoğlu, Yusuf Özcan, Cem Zeki Esenyel, Hakan Gürbüz****16:15 - 16:20** **S18 ISPARTA İLİNDE SEREBRAL PALSI ÇALIŞMASI: PREVALANS ARAŞTIRMASI VE ORTOPEDİK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****Demir Demirci, Ahmet Aslan, Hüseyin Yorgancıgil, Remzi Arif Özerdemoğlu**

BİLİMSEL PROGRAM

16:20 - 16:25	S19 GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİNDE SADECE AÇIK REDÜKSİYON İLE AÇIK REDÜKSİYON VE DEGA OSTEOTOMİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI Ahmet Issın, Ali Öner, Nizamettin Koçkara, Yalkın Çamurcu, Ayşegül Bursalı
16:25 - 16:30	S20 TOPLUMUMUZDA İKİ FALANKSLI AYAK 5.PARMAK SIKLIĞI, SAĞLIKLI AYAKLAR VE DEFORME AYAKLARIN KARŞILAŞTIRILMASI Timur Yıldırım, İsmet Yalkın Çamurcu, Abdul Fettah Büyük, Çağrı Özcan, Hanifi Üçpunar
16:30 - 16:35	S21 PEDİATRİK FEMUR KIRIKLARINDA DENEYİMİMİZ Timur Yıldırım, Ahmet Issın, Şükrü Sarper Gürsu, Fettah Büyük, Vedat Şahin
16:35 - 16:45	Tartışma
16:45 - 17:00	ARA
10 17:00 - 17:45	Serbest Bildiriler 4 Oturum Başkanları: Dr. Okay Bulut - Dr. Ali Doğan
17:00 - 17:05	S22 UZUN SÜRELİ BİFOSFONAT KULLANIMI SONRASI GELİŞEN ATİPİK KIRIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE KARŞILAŞILAN KOMPLİKASYONLAR Cem Coşkun Avcı, Gürsel Saka, Necdet Sağlam, Tuhan Kurtulmuş
17:05 - 17:10	S23 DEMANSİYEL HASTALARDAKİ STABİL KALÇA KIRIKLARINDA OSTEOSENTEZ VE İNTERNAL FİKSASYONUN AKTİVİTE DÜZEYLERİ YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI Cem Coşkun Avcı, Necdet Sağlam, Gürsel Saka, Tuhan Kurtulmuş
17:10 - 17:15	S24 KLOPIDOGREL KULLANAN YAŞLI KALÇA KIRIKLI HASTALARDA ERKEN CERRAHİNİN SONUÇLARI Sinan Zehir, Taner Sarak, Murat Çalbıyık, Regayip Zehir
17:15 - 17:20	S25 PERTROKANTERİK KIRIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE ANTİ ROTASYON DİNAMİK KALÇA ÇİVİSİ (A-DHS) Cem Coşkun Avcı, Tuhan Kurtulmuş, Gürsel Saka, Necdet Sağlam
17:20 - 17:25	S26 PARSİYEL PROTEZ İLE TEDAVİ EDİLEN KALÇA KIRIKLI HASTALARDA MORTALİTEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER VE KIRMIZI KAN HÜCRE DAĞILIM GENİŞLİĞİ İLE MORTALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Sinan Zehir, Murat Çalbıyık
17:25 - 17:30	S27 ENFEKTE TOTAL KALÇA PROTEZLERİNDE İKİ AŞAMALI REVİZYON SONUÇLARIMIZ İsmet Yalkın Çamurcu, Abdul Fettah Büyük, Şükrü Sarper Gürsu, Timur Yıldırım, Mehmet Akif Kaygusuz, Vedat Şahin



**12. OSTEOPOROZ OSTEoarTRİT
EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ**

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği
www.kemikeklemcerrahisi.org

BİLİMSEL PROGRAM

17:30 - 17:35 **S28 ENFEKTE TOTAL DİZ ARTROPLASTİSİNDE İKİ BASAMAKLI REVİZYON CERRAHİSİ SONUÇLARIMIZ**
Abdul Fettah Büyük, İsmet Yalkın Çamurcu, Şükrü Sarper Gürsu, Timur Yıldırım, Mehmet Akif Kaygusuz, Vedat Şahin

17:35 - 17:45 Tartışma

22 Nisan 2014, Salı

08:30 - 09:30 İnteraktif Olgu Tartışması ve Efsaneler: Radius Alt Uç Kırıkları
Oturum Başkanları: Dr. Vedat Şahin - Dr. Cem Çopuroğlu

08:30 - 08:45 Radius Alt Uç Kırıklarında Efsaneleşmiş Konular

Dr. Ökkeş Bilal

08:45 - 09:15 İnteraktif Olgu Tartışması

Biz Nasıl Tedavi Ettik?

Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?

Dr. İbrahim Kafadar, Dr. İbrahim Karaman, Dr. A. Saltuk Argün

09:30 - 10:00 KAHVE ARASI

10:00 - 11:00 KONFERANS:

Oturum Başkanı: Dr. İzge Günel

Akılci İlaç ve Ortopedide Non-Steroid Antiinflatuvar
İlaç Kullanımı

Dr. Nuri Kalyoncu

11:00 - 11:30 **KAPANIŞ**

BİLİMSEL PROGRAM**POSTER BİLDİRİLER****P1 GÜREŞÇİDE PEKTORALİS MAJOR TENDON RÜPTÜRÜNDE PULL-OUT SÜTÜR TEKNİĞİ AVANTAJLI MI?**

Ahmet Pişkin, Alper Çıraklı, İsmail Büyükceran, Yunus Timurtaş, Sina Coşkun
19 Mayıs Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

P2 KAPALI DİZ CERRAHİSİNDE ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE YAPILAN POPLİTEAL VE FEMORAL SİNİR BLOĞU DENEYİMİMİZ

Ümit Yaşar Tekelioğlu¹, Abdullah Demirhan¹, Hakan Sarman², Cengiz Işık², Hasan Kocaoğlu¹, Fuat Akpınar²
¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Bolu
²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Bolu

P3 EL VE EL BİLEK TÜRÖRLÜ HASTALARDA EKSİZYONEL BİYOPSİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan Sarman¹, Cengiz Işık¹, Abdullah Alper Şahin¹, Tolgahan Kuru¹, Hasan Kızılay¹, Şemsi Taştan²,
Birsen Besinli³, Tuncay Baran⁴, Cengizhan Kantar⁴
¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Bolu
²Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kocaeli
³Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kocaeli
⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

P4 AYAK BİLEĞİ LİGAMAN YARALANMASINI TAKLİT EDEN TİBİAL OSTEOKONDROM NEDENİYLE AYAK BİLEĞİ AĞRISI

Cengiz Işık¹, Hakan Sarman¹, Mustafa Erkan İnanmaz², Yasin Emre Kaya¹
¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Bolu
²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

P5 PLATES VE AEROBİK SIRASINDA OLUŞAN BİLATERAL TİBİA PLATO STRES KIRIĞI

Alper Çıraklı, İsmail Büyükceran, Nevzat Dabak, Hasan Göçer
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

P6 AYAK PARMAKLARINDA DEFORMİTE YARATAN OSTEOKONDROM

Tuğrul Bulut¹, Ulaş Akgün², Cihan Aslan¹, Atilla Çıtlak³, Muhittin Şener¹
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Muğla
³Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

P7 YAŞLI KALÇA KIRIKLI HASTALARDA İNSİZYON BOYUTU KLİNİK SONUÇLARI ETKİLER Mİ?

Ahmet Aslan¹, Mehmet Nuri Konya¹, Vecihi Kırdemir², Ahmet Özmeriç³
¹Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Isparta
³Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

P8 YETİŞKİN İZOLE RADIUS DİAFİZ KIRIKLARINDA İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ TEDAVİSİ

Ahmet Köse, Ali Aydın, Naci Ezirmik, Cahit Emre Can, Murat Topal, Sinan Yılar
Atatürk Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

BİLİMSEL PROGRAM**POSTER BİLDİRİLER****P9 ZOLEDRONİK ASİTİN CERRAHİ OSTEOSENTEZ YAPILAN İNTERTROKANTERİK FEMUR KIRIKLARINDA MORTALİTE VE İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİLERİ**

Ömer Cengiz¹, Mehmet Emin Erdil², İbrahim Tuncay²

¹Muş devlet hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, Muş

²Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji, İstanbul

P10 OSTEOPOROTİK BİLATERAL KALÇA YETMEZLİK KIRIĞI

Mehmet Nuri Konya¹, Gökhan Maralcan¹, Ahmet Aslan²

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyon

²Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyon

P11 SİNOVYAL SARKOM

Mehmet Sabri Balık, Adem Erkut, Yılmaz Güvercin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

P12 EPİLEPSİ NÖBETİ ESNASINDA OLUŞAN BİLATERAL OMUZ ÇIKIĞI

Mehmet Sabri Balık, Yılmaz Güvercin, Adem Erkut

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

P13 BİLATERAL BİFİD MEDİAN SİNİR VARIASYONU VE KARPAL TÜNEL SENDROMU(OLGU SUNUMU)

Adem Erkut¹, Mehmet Sabri Balık¹, Yılmaz Güvercin¹, Davut Keskin²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

P14 RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARINDA EKSPANSE OLABİLEN ESNEK KİLİTLİ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ UYGULANMASI VE ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Murat Çalbıyık¹, Sinan Zehir², Deniz İpek¹

¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Çorum

²Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversite Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji, Çorum

P15 DİSTAL RADIUS KIRIKLARINDA İNTRAMEDÜLLER NAIL İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Murat Çalbıyık¹, Ali Aydoğdu¹, Sinan Zehir², Deniz İpek¹

¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

²Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Erzurum

P16 İPSİLATERAL RADIUS DİAFİZ VE RADIUS BOYUN KIRIKLI OLGUDA İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ UYGULAMASI

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

Atatürk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

BİLİMSEL PROGRAM

POSTER BİLDİRİLER

P17 ERİŞKİN ÖNKOL ÇİFT KIRIKLARININ ALTERNATİF TEDAVİSİ: YENİ TASARIM İNTRAMEDULLER ÇİVİ

Ahmet Köse, Ali Aydın, Naci Ezirmik, Cahit Emre Can, Murat Topal, Tugay Tipi
Atatürk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

P18 BACAĞTA HEMATOMU TAKLİT EDEN DEV BAKER KİSTİ

Mehmet Sabri Balık, Adem Erkut, Yılmaz Güvercin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

P19 LOKOMOTOR SİSTEMİN SIRA DIŞI YARALANMALARI

Mehmet Sabri Balık, Yılmaz Güvercin, Adem Erkut
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

P20 NADİR GÖRÜLEN OLGU: TALONAVİKÜLER EKLEMDE PİGMENTE VİLLONODÜLER SİNOVİT

Yılmaz Güvercin, Mehmet Sabri Balık, Adem Erkut, Nurettin Manti
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

P21 TOTAL DİZ PROTEZİ SONRASI FEMUR BOYUN STRES KIRIĞI

Yılmaz Güvercin, Adem Erkut, Mehmet Sabri Balık, Nurettin Manti
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

P22 YETİŞKİN İZOLE ULNA KIRIKLARINDA YENİ NESİL İNTRAMEDULLER ÇİVİ TEDAVİSİ

Ahmet Köse, Ali Aydın, Naci Ezirmik, Murat Topal, Cahit Emre Can
Atatürk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

**P23 MASSİF ROTATOR MANŞET HASARI İLE ERKEN EVREDE TANI KONAN OMUZ NÖROPATİK
ARTROPATİSİ: OLGU SUNUMU**

Ulunay Kanatlı¹, Baybars Muhammet Ataoğlu¹, Mustafa Özer², Mehmet Çetinkaya¹
¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara
²Beyşehir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Konya

P24 TÜMÖRÜ TAKLİT EDEN SİRİNGOMYELİYE BAĞLI CHARCOT OMUZ EKLEMİ

Cüneyd Günay¹, Ebru Atalar², Baybars Ataoğlu³
¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği A Grubu, Ankara
²Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, Ankara

BİLİMSEL PROGRAM**POSTER BİLDİRİLER****P25 NADİR GÖRÜLEN BİR VAKA OSTEOPORİKİLOZ**

Çağrı Özcan¹, Serda Duman¹, İsmet Yalkın Çamurcu¹, Sarper Gürsu², Vedat Şahin¹

¹M.S Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

²S.B Sultanbeyli Devlet Hastanesi, İstanbul

P26 REKTUM KANSERİ PERFORASYONUNA BAĞLI OLARAK GELİŞEN UYLUKTA NEKROTİZAN FASİİT OLGUSU

Gökhan Maralcan¹, Mehmet Eroğlu¹, Ziya Taner Özkeçeci², Rüchan Bahadır Celep², Mehmet Yücehan¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji A.D., Afyonkarahisar

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi A.D., Afyonkarahisar

**P27 BİLATERAL KONJENİTAL PATELLA DİSLOKASYONUN EŞLİK ETTİĞİ GONARTROZDA TOTAL DİZ
PROTEZİ UYGULANMASI: OLGU SUNUMU**

Özal Özcan¹, Hakan Boya², Recep Abdullah Erten¹

¹Afyon Kocatepe Üniveristesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

²Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Araştırma Merkezi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

P28 REKTUS FEMORİS AVÜLZİYON KIRIĞI

Muhammet Baybars Ataoğlu¹, Tacettin Ayanoglu¹, Fatih İlker Can¹, Mustafa Özer¹, Cemalletin Kunat¹,
Toygün Kağan Eren¹, Hasan Hüseyin Bozkurt¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**P29 FEMUR TROKANTERİK BÖLGE KIRIKLARINDA HEMİARTROPLASTİNİN TEDAVİ SEÇENEĞİ OLARAK
YERİ VAR MI?**

Asım Cılız, Cem Cüneyt Köse, Burak Koçak, Ali Utkan, Remzican Fakioğlu, Mehmet Emin Uludağ
Ankara Numune Hastanesi, Ortopedi B Kliniği, Ankara

P30 MİNİMAL İNVAZİV KİLİTLİ PLAK UYGULANAN FEMUR KIRIĞINDA KAYNAMAMA (VAKA TAKDİMİ)

Kubilay Uğurcan Ceritoğlu, Ali Utkan, Anıl Agar, Burak Koçak, Mehmet Emin Uludağ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji B Kliniği, Ankara

P31 EĞİLEN BİR ŞİŞİRİLEBİLİR FEMUR ÇİVİSİ İLE BAŞ ETMEK (VAKA TAKDİMİ)

Ali Utkan, Mehmet Emin Uludağ, Burak Koçak, Asım Cılız, Cem Cüneyt Köse
Ankara Numune Hastanesi, Ortopedi B Kliniği, Ankara

BİLİMSEL PROGRAM

POSTER BİLDİRİLER

P32 PEDIATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ KIRIK HASTALARININ EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ

Ahmet Issin¹, Nizamettin Koçkara¹, Ali Öner⁴, Mehmet Nuri Konya², Vedat Şahin³

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzincan

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon

³M.S. Baltalimanı Kemik Hastalıkları E.A. Hastanesi, İstanbul

⁴Erzincan Mengücek Gazi E.A. Hastanesi, Erzincan

P33 SAKROİLİAK EKLEM KAYNAKLI OSTEOKONDROM: NADİR BİR LOKALİZASYON

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

Selçuk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

P34 SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS TANILI DOKUZ YAŞINDAKİ HASTADA GLUKOKORTİKÖİD KULLANIMIYLA OLUŞAN OSTEOPOROTİK VERTEBRA KIRIĞINA BAĞLI İNATÇI AĞRI İÇİN UYGULANAN KİFOPLASTİ, 8 YILLIK TAKİP: OLGU SUNUMU

Ulunay Kanatlı¹, Baybars Muhammet Ataoğlu¹, Mustafa Özer², Mehmet Çetinkaya¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Beyşehir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Konya

P35 UZUN DÖNEM BİFOSFONAT KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BİLATERAL FEMUR STRES KIRIĞININ CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Ulunay Kanatlı¹, Baybars Muhammet Ataoğlu¹, Mustafa Özer², Hüseyin Nevzat Topçu¹, Mehmet Çetinkaya¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Beyşehir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Konya

P36 KOLDA YUMUŞAK DOKU SARKOMUNU TAKLİT EDEN TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Ökkeş Bilal¹, Nuh Dünder¹, İbrahim Halil Kafadar², Ahmet Güney², Fatih Doğan³, Selma Güler⁴

¹K.S.Ü. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kahramanmaraş

²Erciyes Ü. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kahramanmaraş

³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hast., Ort. ve Trav. Kliniği., Kayseri

⁴K.S.Ü. Tıp Fak., Enfeksiyon Hastalıkları. A.D., Kahramanmaraş

P37 ÇOCUKLARDA NADİR GÖRÜLEN TROCHLEA + KAPİTELLUM KIRIĞI OLGU SUNUMU

Ökkeş Bilal¹, Mustafa Kınaş¹, Ali Murat Kalender¹, İbrahim Karaman²

¹K.S.Ü. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kahramanmaraş

²Erciyes Ün. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kayseri

BİLİMSEL PROGRAM**POSTER BİLDİRİLER****P38 NADİR GÖRÜLEN PARMAK UCU ENFEKSİYONU: ORF**

Bahattin Kerem Aydın¹, Ali İhsan Tuğrul¹, Ayça Tuğrul², Egemen Altan¹, Ömer Faruk Erkoçak¹,
Güney Yılmaz¹, Hakan Şenaran¹

¹Selçuk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Deri ve Zührevi Hast. Ana Bilim Dalı, Konya

**P39 İZOLE CİLT LEZYONLARI VE HUMERUS ALT UÇ TUTULUMU İLE TANI ALAN BİR HEMATOLOJİK
TÜMÖR VAKASI: MULTİPLE MYELOM**

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

Selçuk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

P40 STABİL OLMAYAN INTERTROKANTERİK KIRIKLARDA PFNA VE INTERTAN ÇİVİ UYGULAMA SONUÇLARI

Sinan Zehir¹, Murat Çalbıyık², Deniz İpek², Tarık Altunkılıç³

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Çorum

³Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Şanlıurfa

P41 KALÇA EKLEMİNDE SİNOVYAL KONDROMATOZİS: OLGU SUNUMU

İbrahim Halil Kafadar¹, İbrahim Karaman¹, Ökkeş Bilal², Mahmut Argün¹, Cemil Yıldırım Türk¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**P42 KONJENİTAL PATELLA ÇIKIĞI OLAN BİR OLGUDA CERRAHİ TEDAVİNİN GEÇ DÖNEMDEKİ
SONUÇLARI: OLGU SUNUMU**

İbrahim Halil Kafadar¹, Ahmet Güney¹, İbrahim Karaman¹, Ökkeş Bilal², Mehmet Halici¹, Mithat Öner¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

P43 TOTAL DİZ PROTEZLERİNDE VASKÜLER KOMPLİKASYON

Murat Çalbıyık¹, Sinan Zehir², Mehmet Taşkoparan¹, Deniz İpek¹

¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

²Sağlık Bakanlığı Çorum Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

P44 RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARINDA VOLAR KİLİTLİ PLAK İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Murat Çalbıyık¹, Deniz İpek¹, Sinan Zehir², Erman Ceyhan¹

¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

²Sağlık Bakanlığı Çorum Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum



**12. OSTEOPOROZ OSTEoarTRİT
EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ**

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



**Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği**
www.kemikeklemcerrahisi.org

18

SÖZLÜ SUNUMLAR

S1

TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİSİNDE MİNİ-AÇIK YÖNTEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Adem Erkut, Mehmet Sabri Balık, Yılmaz Güvercin,

Volkan Güneş, Davut Yıldız,

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji
AnaBilim Dalı, Rize*

AMAÇ: Stenozan tenosinovit olan tetik parmak; konservatif tedaviye cevap vermediği zaman cerrahi tedavi gerektiren, elde en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Tetik parmak tanısıyla kliniğimizde Ocak 2008 Haziran 2013 tarihleri arasında mini-açık yöntemle cerrahi tedavi edilen erişkin vakalar retrospektif değerlendirildi.

YÖNTEM: Tedavi edilen 93 hastanın 78'i kadın, 16'sı erkek yaş ortalaması 53(aralık18-82) idi. Cerrahi tedavi edilen 93 hastanın 87'sinde(%93) 2'si bilateral olmak üzere elde tek parmak tutulumu vardı. Bu 89 parmaktan 68'i(%77) başparmak (sağ 41, sol 23, bilateral 2), 1'i(%1) sol 2. parmak, 7'si(%8) 3. parmak (sağ 3,sol 4), 12'si(%13) 4. parmak (sağ 4, sol 8), 1'i(%1) sol 5. Parmak idi. 6 hastada(%7) aynı elde 2 parmak tutulumu vardı. 1 hastada sol 2,3. parmak, 2 hastada sağ 3,4. parmak, 2 hastada sol 3,4. parmak ve 1 hastada sağ 4,5. parmak tutulumu vardı. İlave patoloji olarak sol 1. Parmak tutulumu olan 1 hastada aynı tarafta De Quervein's tendiniti, sol 2,3. parmak, sağ 3,4. Parmak ve sol 3,4. parmak tutulumu olan 3 hastada aynı tarafta Karpal Tünel Sendromu vardı. Sistemik hastalık olarak 3 hastada D.M. Tip-2 ve 6 hastada Hipertansiyon vardı. Hastaların hepsi konservatif tedaviden fayda görmemişti. Tüm hastalarda dominant el sağdı. Fizik muayenede tüm hastalarda A1 pulley seviyesin de ağrılı nodül vardı. 101 parmağın 50'sinde(%50) ağrılı fleksiyon-ekstansiyon ve ekstansiyonda takılma, 25'inde (%25) ilaveten zorlanarak klik sesiyle ekstansiyona gelme ve 26'sında(%25) ilaveten diğer elin aktif yardımıyla ekstansiyon yapabilme durumu vardı. Hiçbir parmakta kontraktür tespit edilemedi. Tüm hastalara turnike kullanmadan metakarpofalangeal eklem volarinden palpe edilen nodül seviyesinde dental enjektörle %2'lik prilokain 2cc enjekte edilerek lokal anestezi altında 1cm lik transvers insizyonla dijital

damar ve sinirler ekarte edilip A1 pulley gevşetilerek ameliyat edildi (Resim 1ve2). Ameliyat esnasında tetiklenmenin geçtiği doğrulandıktan sonra cilt kapatıldı. Ek patolojiler aynı seansta ameliyat edildi. Hastalar postop aktif ve pasif egzersiz önerilerek aynı gün taburcu edildi.

BULGULAR: İki hastada elini erken kullanmaya bağlı, bir hastada gelişen hematoma bağlı yara iyileşmesinde gecikme dışında komplikasyon ve nüks görülmedi. Yara iyileşmesinden sonra hastalara Statik İki Nokta Ayırım Testi ve Pulpa Avuç Mesafesi ölçümü uygulandı. Tümü normal değerlendirildi. Hastaların tümü kısa sürede normal aktivitelerine döndüler ve ameliyattan memnun kaldıklarını ifade ettiler. Ortalama takip süresi 36 ay (aralık 6-66 ay) idi.

SONUÇ: Konservatif tedaviye iyileşmeyen, tetik parmak olgularında, mini-açık yöntemle cerrahi tedavi; damar, sinir, ve tendonla birlikte A1 pulleyi görerek yeterli müdahalenin yapılabilmesine imkan sağlamasıyla ve dolayısıyla oluşabilecek komplikasyonun engellenmesinde halen en etkili ve güvenilir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: El, tetik parmak, mini-açık cerrahi

19

S2

EKSTANSİYON BLOK YÖNTEMİ İLE TEDAVİ EDİLEN MALLEET KIRIĞI OLGULARINDA ERKEN RADYOLOJİK SONUÇLAR

*Ulaş Akgün¹, Tuğrul Bulut², Atilla Çıtlak³, Cihan Aslan²,
Muhittin Şener²*

*¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Muğla*

*²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İzmir*

*³Giresun Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İzmir*

AMAÇ: Mallet kırıklarının cerrahi tedavisinde çeşitli teknikler uygulanmaktadır. Kapalı ekstansiyon blok yöntemi açık cerrahinin komplikasyonlarından kaçınmak için tanımlanan cerrahi yöntemlerden birisidir. Biz bu çalışmamızda ekstansiyon blok tekniği ile tedavi edilen mallet kırığı hastalarının erken radyolojik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Eylül 2012 - Aralık 2013 tarihleri arasında Doyle tip 4 mallet yaralanması nedeniyle ekstansiyon blok pinleme yöntemi ile cerrahi tedavi uygulanan 18 hastanın 19 parmağının grafileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların kontrol grafilerinde radyolojik kaynama görüldüğü zaman pinler çıkartıldı. Ameliyat öncesi ve pin çıkartılmasından sonraki grafilerinde eklem yüzündeki ayrılma, dorsal ayrılma ve kaynama zamanı değerlendirildi. Eklem yüzünde ≤ 1 mm ayrılma iyi, > 1 mm ayrılma kötü sonuç olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 18 hastanın 13'ü erkek, 5'i kadındı. Hastaların yaş ortalaması 31,3 (12-60) idi. Bir erkek hastanın eşzamanlı 2 parmağına cerrahi tedavi uygulandı. En sık 5. parmak yaralanması (%37) ile karşılaşıldı. Ameliyat öncesi dorsal parçanın eklem ihtiva etme oranı ortalama %47,3 (27-62) olarak hesaplandı. Bütün hastalarda kaynama elde edildi ve ortalama kaynama süresi 6,8 (4-10) hafta olarak bulundu. Ameliyat öncesi ortalama eklem yüzü ayrılması 1,7 mm, dorsal ayrılma 2,3 mm olarak ölçüldü. Ameliyat sonrası ölçümlerde ise ortalama eklem yüzü ayrılması 0,6 mm, dorsal ayrılma 0,3 mm olarak bulundu. Pin çıkartılması sonrası eklem yüzü redüksiyonu radyolojik olarak değerlendirildiğinde 18 (%94,8) hastada iyi, 1 (%5,2) hastada ise kötü sonuç ile karşılaşıldı. Komplikasyon olarak 1 (%5,2) hastada osteomyelit ve 2 (%10,5) hastada erken dönemde redüksiyon yetersizliği saptandı. Redüksiyonu yetersiz olan hastalar tekrar kapalı ekstansiyon blok yöntemi ile tedavi edilerek değerlendirildi.

SONUÇ: Literatürde redüksiyon kalitesinin fonksiyonel sonuçlarla ilişkili olmadığı bilgisini veren çeşitli yayınlar mevcuttur. Bu durum kemik remodelizasyonu

ile açıklanmaktadır. Biz bu çalışmamızda kapalı ekstansiyon blok pinleme yönteminin mallet kırıklarının redüksiyonunda ve kaynamasında basit, etkin ve güvenilir bir yöntem olduğu kanaatine vardık.

Anahtar Kelimeler: Mallet kırığı, ekstansiyon blok, radyolojik sonuç

S3

DOYLE TİP 4B MALLET KIRIKLARININ PULL-OUT SÜTÜR VE TRANSARTİKÜLER K-TELİ FİKSASYON YÖNTEMİYLE TEDAVİSİ

*Mehmet Yunus Timurtaş, Alper Çıraklı, Murat Erdoğan, Hüseyin Sina Coşkun, Ahmet Pişkin
19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Samsun*

AMAÇ: Bu çalışmada Doyle sınıflamasına göre tip 4b mallet kırığı tedavisinde pull-out suture ve transartiküler kirshner teli ile fiksasyon yönteminin sonuçları değerlendirildi

YÖNTEM: 2005-2013 yılları arasında mallet kırığı nedeni ile opere edilen 10 erkek, 5 kadın olmak üzere 15 hasta çalışmaya dahil edildi (ort. yaş 36,3; dağılım 15-55). Olguların hepsi aynı cerrah tarafından opere edildi. Cerrahide, açık redüksiyonun ardından pull-out suture ve transartiküler k teli ile fiksasyon yapıldı. Hastalar Crawford değerlendirme kriterleri doğrultusunda fonksiyonel ve klinik açıdan değerlendirildi. Ortalama takip süresi 39.3 ay (dağılım 6-99) idi.

BULGULAR: Radyografik olarak tüm hastalarda kaynama sağlandı. Klinik olarak hiçbir hastada teldibi enfeksiyon, cilt nekrozu, avasküler nekroz ve tırnak deformitesi gözlenmemekle birlikte distal interfalangeal (DİP) eklemde daralma, dejenerasyon veya subluksasyon tespit edilmedi. Crawford değerlendirme kriterlerine göre olguların 12 (%80)'sinde mükemmel, 2 (%13)'sinde iyi ve 1 (%7)'inde orta sonuç elde edildi. İyi sonuç sağlanan 2 olguda 5° ekstansiyon kaybı izlendi. Orta

sonuç sağlanan 1 hastada dorsal tümsek oluşumu ve 15° ekstansiyon kaybı gözlemlendi. Herhangi bir açıda fleksiyon kaybı izlenmezken ortalama 1,5° (dağılım 0-15) ekstansiyon kaybı gözlemlendi.

SONUÇ: Hem cerrah hem de hasta memnuniyeti açısından değerlendirildiğinde mallet kırığı tedavisinde pull-out suture ve transartiküler k teli uygulamasının, tatminkar ve önerilebilir bir cerrahi teknik olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Distal interfalangeal eklem, mallet kırığı, pull-out suture

S4

RADIUS BAŞI KIRIKLARINDA BAŞIN EKSTANSİYONU VEYA ARTROPLASTİYE BİR ALTERNATİF: PARÇALARIN CERRAHİ MASADA BİRLEŞTİRİLMESİ

*Çetin Işık¹, Mustafa Akkaya¹, Ramazan Akmeşe²,
Osman Tecimel¹, Savaş Kudaş³, Murat Bozkurt¹*

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk E.A.H. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Üniversitesi Ortopedi Ve Travmatoloji A.D., Ankara

³Medifit Sporcu Sağlığı Merkezi, Ankara

AMAÇ: Çalışmamızda Mason sınıflaması tip 3 ve 4 gibi çok parçalı ve / veya deplase radius başı kırıklarında; mevcut kırık parçaların cerrahi masada birleştirilerek anatomik plak kullanılıp fikse edilmesinin etkili bir yöntem olup olmadığını araştırdık.

YÖNTEM: Haziran 2005 - Eylül 2013 tarihleri arasında, Mason tip 3-4 radius başı kırığı tanısı ile Yıldırım Beyazıt

Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde opere olmuş 38 hastadan, mevcut kırık parçalarının dışarıda redükte edilerek, başın rekonstrükte edildiği ve radius başı plağı ile fiksasyonun sağlandığı 13 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 10'u erkek 3'ü kadın idi. Hastaların yaş dağılımı 24 - 47 arasında olup ortalama yaş 35 iken, ortalama takip süresi 56,3 ay idi. Hastalar klinik açıdan dirsek muayenesi yapılarak, kırık hattının radyolojik olarak incelenmesiyle, omuz, kol ve el sakatlık ölçümü skoru ve Mayo Dirsek Performans İndeksi' ne göre değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların son takiplerinde radius başında nekroz veya kırık fragmanlarında devitalizasyon gözlenmedi. Tüm hastalarda kaynama elde edildi. Fiksasyon kaybı ve heterotopik ossifikasyon görülmedi, fakat radius başının %15'lik bir defekt kalacak şekilde rekonstrükte edildiği bir olguda proksimal radio-ulnar eklemden hafif dejeneratif değişiklikler olduğu görüldü. Hiçbir olguda instabilite yoktu. Nörovasküler bir yaralanma ve enfeksiyon ile de karşılaşmaz iken, hastalar ortalama 12,8 haftada (10-16) günlük aktivitelerine geri döndü. Ortalama dirsek fleksiyonu 129 derece (120-142) iken, 3 hastada ortalama 15 derecelik ekstansiyon kaybı görüldü. Diğer hastalarda ekstansiyon tam veya tama yakın ölçüldü. Ortalama pronasyon 73, ortalama supinasyon 68 derece olarak ölçüldü. Ortalama DASH 2,0(0-5,8) iken, MDPI 90,4 (80-100) bulunarak, radius başının dışarıda rekonstrüksiyonu tekniği ile 10 hastada çok iyi, 3 hastada iyi sonuç alındı.

SONUÇ: Radius başı dirsek ve önkol için sekonder stabilizatör görevi görmektedir. Mason sınıflaması tip 3 ve 4 gibi parçalanma ve/veya deplasman nedeniyle radius başının redükte edilemeyeceği kırıklarda rezeksiyon ve/veya prostetik replasmana geçileceği durumlarda; kırık parçalarının cerrahi masada redükte edilmesi ve radial başın rekonstrüksiyonu sonrası anatomik plak ile fiksasyonunun denenmesi, özellikle genç yaşta hastalarda cerrahi bir alternatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: Radius Kırıkları; Kırıklar-Parçalı, Kırık Sabitlemesi-Internal; Arthroplasti-Replasman

S5**BANKART LEZYONUNDA AÇIK VE ARTROSKOPİK
TAMİR SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

*Hicabi Sezgin, Alper Çıraklı, Eyüp Çağatay Zengin,
Ahmet Pişkin*

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji
Ana Bilim Dalı, Samsun*

AMAÇ: Çalışmamızda travma sonucu tekrarlayan anterior omuz çıkığına neden olan bankart lezyonunun cerrahi olarak açık tamir ile artroskopik tamir sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Tekrarlayan anterior omuz çıkığı nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 23 hastadan son kontrollere gelen 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 10' una [8 erkek, 2 kadın, yaş 30 (17-43), 5 sağ, 5 sol ve 5 dominant ekstremité] açık tamir, 10' una [9 erkek, 1 kadın, yaş 21 (18-49), 4 sağ, 6 sol ve 3 dominant ekstremité] artroskopik tamir uygulandı. Hastaların tümünde ameliyat öncesi manyetik rezonans görüntülemelerinde labrum yırtığı saptandı ve çıkık sayısı en az üç olan hastalar çalışmaya dahil edildi. İlk travmadan cerrahiye kadar geçen süre açık cerrahi grubunda 21 (6-240) ay, artroskopi grubunda 12 (6-120) ay idi. Ameliyat kararı verilirken, hastaların çıkık korkusu nedeniyle günlük aktivitelerinin kısıtlanması ile işgücü kaybının oluşması ve klinik muayenede instabilite testlerinin pozitif bulunması dikkate alındı. Her iki grupta da tamir metal anchor dikişlerle yapıldı. Klinik sonuçlar Rowe ölçütlerine göre, ameliyat sonrası ilk günde ağrı değerlendirmesi vizüel analog skalası (VAS) kullanılarak yapıldı. Ameliyat sonrası ortalama takip süresi açık grupta 37.4±27.1, artroskopi grubunda 23±6.9 idi.

BULGULAR: Ameliyat süresi açık grupta 90 dakika, artroskopigrubunda60dakikabulundu.Kesiuzunluğu açık grupta yaklaşık 9 cm, artroskopi grubunda 3 cm idi. Rowe skoru açık grupta 100 (80-100), artroskopi grubunda 97.5 (50-100) bulundu. Klinik sonuçlar açık grupta 9 hastada (% 90) mükemmel, 1 hastada (% 10) iyi; artroskopi grubunda 8 hastada (% 80) mükemmel, 1 hastada (% 10) iyi, 1 hastada (% 10) kötü bulundu. Ağrı değerlendirmesinde, ortalama VAS skoru

açık grupta 5.7±2.5, artroskopi grubunda 4.1±1.9 bulundu. Dış rotasyonda açık grupta 2 hastada (1 hastada 10°, 1 hastada 5°), artroskopi grubunda ise 5 hastada (2 hastada 20°, 2 hastada 10°, 1 hastada 5°) kısıtlılık saptandı.

SONUÇ: Sonuçlar karşılaştırıldığında iki grup arasında Rowe skoru, VAS ve hareket açıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Ancak geçmişten günümüze geline nokta da cerrahi alet ile tamir yöntemlerinin gelişmesiyle ve cerrahi tecrübenin artmasıyla, gelecekte artroskopik tamir ile daha tatminkar sonuçların alınabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Çıkık, omuz eklemi, bankart lezyonu, cerrahi, açık, artroskopik

S6**KÜBİTAL TÜNEL SENDROMUNDA ENDOSKOPİ YARDIMLI
DEKOMPRESYON: KLİNİK VE ELEKTROFİZYOLOJİK
SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

*Özgün Barış GÜNTÜRK¹, Atilla ÇITLAK¹, Cihan ASLAN¹,
Tuğrul BULUT¹, Ufuk ŞENER², Muhittin ŞENER¹*

¹Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir,

AMAÇ: Çalışmamızda kübital tünel sendromu için endoskopi yardımı in situ gevşetme uygulanan hastaların klinik ve elektrofizyolojik sonuçlarını sunmayı ve bu yöntemin güvenilirliğini ve etkinliğini göstermeyi amaçladık.

YÖNTEM: Operasyon sonrası en az üç ay takip edilen 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Dokuz hasta kadın (%42.9), 12 hasta erkekti (%57.1). Ortalama yaş 46.8'di (dağılım; 31-66 yaş). Bütün hastalar sağ elini kullanıyordu ve 7 hastada (%33.3) ulnar sinir sıkışma

sendromu sağ taraftaydı. Ortalama takip süresi 12.5 aydı (dağılım; 3-20 ay). Bütün operasyonlar aynı cerrah (MŞ) tarafından yapıldı. Onsekiz hastada 4 mm-30 derece açılı endoskop, oluklu ekartör ve 20 cm künt uçlu makas kullanıldı. Ulnar sinirin gevşetilmesi makas kullanılarak endoskop yardımıyla yapıldı, gevşetmeye dirsekten 10-12 cm proksimale, 7-8 cm distale kadar devam edildi. Bu vakalar için herhangi bir özel ekipman kullanılmadı. Üç hastada Cobb tarafından tanımlanan EndoRelease Endoscopic Cubital Tunnel Release sistemi kullanıldı. Preoperatif evreleme için Dellon sınıflaması, postoperatif klinik sonuçlar için modifiye Bishop skorlama sistemi kullanıldı. Dinamometrik ve elektromyografik ölçümler preoperatif dönemde ve son kontrol muayenesinde yapıldı.

BULGULAR: Preoperatif Dellon sınıflamasına göre dört hasta evre 1, on hasta evre 2 ve yedi hasta evre 3'dü. Modifiye Bishop skoruna göre 16 hasta (%76.2) için mükemmel, iki hasta (%9.5) için iyi, bir hasta (%4.8) için orta ve iki hasta (%9.5) için kötü sonuç elde edildi. Etkilenen elin karşı taraf normal ele göre kavrama gücü oranı preoperatif dönemde %68'di (%25-%107). Bu oran son kontrolde %89'a çıktı (%67-%107) (p=0.08). Ortalama pinç değerleri oranlarının palmar, tip ve key pinç için arttığı görüldü (sırasıyla p=0.016; p=0.024; p=0.001). Preoperatif sinir ileti hızı (SİH) 33.7 m/s (17.2-48.8 m/s), ve postoperatif SİH 48.6 m/s (25.0-70.0 m/s) olarak ölçüldü. Preoperatif ve postoperatif SİH farkı anlamlıydı (p<0.001). Tüm hastalarda SİH gevşetme sonrası arttı, fakat sadece 12 hastada (57.1 %) 50 m/s'nin üzerindeydi. Hastaların postoperatif SİH ve modifiye Bishop skoru arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0.54).

SONUÇ: Özel bir ekipman kullanılmadan yapılabilen endoskopi yardımlı dekompresyon tekniği düşük komplikasyon oranıyla başarılı bir şekilde uygulanabilir. Bu yöntemin kübital tünel sendromunun tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kübital tünel sendromu, ulnar sinir, endoskopik dekompresyon.

S7

DÜŞÜK ENERJİ İLE OLUŞAN RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLI 50 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA OSTEOPOROZUN ÖNEMİ

*Ali Utkan, Asım Ciliz, Burak Koçak, Anıl Agar, Cem Cüneyt Köse, Mehmet Emin Uludağ
Ankara Numune Hastanesi, Ortopedi B Kliniği, Ankara*

AMAÇ: Osteoporoz özellikle postmenapozal kadınlarda sık görülen bir hastalıktır ve kırık oluşmasında önemli bir etyolojik faktördür. Radius distal uç kırığı acil serviste en sık görülen kırıktır ve osteoporotik hastalarda düşük enerjili travma sonrası oluşabilmektedir. Çalışmamızda radius distal uç kırığı tanısıyla acil servise başvuran 50 yaş üstü hastalardaki kırıkların sınıflaması ile kemik mineral yoğunlukları arasındaki ilişki araştırıldı.

YÖNTEM: Hastanemiz acil servisinde 2013 Nisan - 2014 Mart ayları arasında kliniğimizin nöbetçi olduğu günlerde, 106 hasta, radius distal uç kırığı tanısıyla tedavi edildi. Bu hastalardan 50 yaş üstü olup kemik mineral dansitometresi bakılabilen 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Kırıklar Frykman sınıflaması ile kategorize edildi. Kemik mineral yoğunlukları kalça ve lomber vertebraların dual enerjili x ışını soğurma (DEXA) yöntemi ile ölçüldü. Kemik mineral dansitometresinde T skoru dikkate alındı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 63 idi. Hastaların altısı (%17,6) erkek, yirmisekizi (%82,4) kadın idi. Frykman sınıflamasına göre osteoporozu olmayan hastaların %17,6(n:6) sı tip 1, %6(n:2) sı tip 2, %11,7(n:4) sı tip 3 idi. Osteoporoz veya osteopenisi olan hastaların % 11,7(n:4) sı tip 1, %17,6(n:6) sı tip 2, %23,5(n:8) sı tip 3, %6(n:2) sı tip 4, %6(n:2) sı tip 6 idi. Hastaların otuzikisi (%94) konservatif, ikisi (%6) cerrahi tedavi edildi. Hastaların ortalama lomber T skoru -1,4, femoral T skoru -0,65 bulundu. %37,5 (n:12) hastada osteoporoz (T skoru < - 2,5), %31,25 (n:10) hastada osteopeni (- 1 > T skoru > -2,5) saptandı. Osteoporozu veya osteopenisi olan hastaların %63,6 (n:14) ünün Frykman sınıflamaları tip 3-8 arasından idi.

SONUÇ: Elli yaş üstü hastalarda görülen Radius distal uç kırıkları genellikle basit(Frykman Tip 1) veya

radiokarpal ekleme uzanan(Frykman Tip 3) kırıklar olup genellikle konservatif tedavi edilmektedir. Osteoporozu olan hastalarda ulnar stiloidin de eşlik etmesi daha sıktır(Frykman Tip 2-4).Daha komplike kırıklar(Frykman tip5-8), osteoporotik hastalarda daha çok görülmektedir.

S8

DİZ OSTEoarTRİTİNDE İNTRAARTİKÜLER ACS TEDAVİSİ KISA DÖNEM SONUÇLARI

Çağrı Turgut¹, Mehmet Akif Akçal², Birkan Karıklar¹, Bilgehan Uğuz², Murat Çetin³

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Antalya

²Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Antalya

³Özel OFM Antalya Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Antalya

AMAÇ: Interlökin 1 reseptör antagonistleri (IL1Ra) ile osteoartrit tedavisi popülerleşen cerrahi dışı güncel tedavi yöntemlerinden birisidir. Autologous conditioned serum (ACS) ile ilgili yapılan çalışmalar sayılı olmakla beraber literatürde iyi sonuçlar bildirilmiştir. Çalışmamızda IL1Ra'lerinin (ACS) gonartroz tedavisinde etkinliğini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Yaptığımız prospektif çalışmada IL1Ra tedavisi verilmesi planlanan 34 gonartroz hastası çalışmaya dahil edildi. Bütün hastalar bilateral gonartroz nedeni ile kliniğimize başvurmuşlardı ve hastaların tamamına bilateral intraartiküler ACS tedavisi uygulandı. Tedavi 3 hafta boyunca haftada 2 defa olmak üzere uygulandı. Tedavi öncesi ve tedavinin 1. ve 3. aylarında hastaların VAS ve Lysholm diz skorları toplandı. Toplanan skorlar kadın erkek ve yaş gruplarında karşılaştırılması yapıldı.

BULGULAR: Literatürde ACS tedavisi ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Yapılan hayvansal çalışmalarda da IL1Ra'lerinin kırıkda erozyonu ve enflamasyonunu azalttığı gösterilmiştir. Çalışmamız devam etmektedir ve uzun dönem sonuçları tekrar değerlendirilecektir.

SONUÇ: Intraartiküler IL1Ra (ACS) tedavisi, kısa dönem sonuçlarında oldukça başarılı ve etkin bir alternatif konservatif tedavi yöntemidir. Uzun dönem sonuçlarının da derlenmesi ve değerlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: ACS, Gonartroz, Konservatif

S9

ERKEN EVRE GONARTROZ HASTALARINDA EKLEM İÇİ TROMBOSİTTEN ZENGİN PLAZMA VE HYALUNORİK ASİT TEDAVİSİNİN ERKEN DÖNEM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Olca GÜLER¹, Serhat MUTLU², Mehmet İŞYAR¹, Ali ŞEKER¹, Mahmut Enes Kayaalp¹, Mahir Mahiroğulları¹

¹Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışma, erken dönem gonartroz hastalarında trombositten zengin plazma (TZP) ve hyalüronik asit (HA) tedavilerinin kısa vadeli klinik sonuçlarını karşılaştırmayı hedeflemiştir

YÖNTEM: Kellgren-Lawrence sınıflamasına göre evre 1 veya 2 gonartrozu olan ve TZP veya HA tedavisi uygulanmış hastaların bilgileri retrospektif olarak incelendi. Hastalara bir hafta aralıklarla üç defa tedavi uygulanmıştı (intraartiküler TZP veya HA).Hastalar tedavi öncesinde, tedavinin ikinci ve altıncı aylarında Diz Cemiyeti Diz Skorum Sistemi (Knee Society's Knee Scoring System (KSS)) ve Vizüel Analog Sistem'e (Visual analog scale-VAS) göre değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmada 132 hasta mevcuttu (ortalama yaş, 55.06±8.41). 86 hasta (86 diz) HA grubunda, 69 hasta (89 diz) TZP grubunda idi. KSS ve VAS skorlarında zaman içerisindeki değişimler ve tedavi grupları arasında zaman içerisinde skordaki değişimler olarak gözlenen farklar anlamlı idi.

SONUÇ: Sonuç olarak TZP, erken dönem osteoartritli hastalarda intraartiküler tedavi için uygun bir opsiyon olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntraartiküler tedavi, Gonartroz, Trombositten zengin plazma

S10

MEDİAL TALAR ÇATININ OSTOKONDRAL DEFEKTLERİNDE YENİ METAL İMPLANTASYON TEKNİĞİ

Murat Çalbıyık¹

¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji, Çorum

AMAÇ: Osteokondral lezyonlar (OKL) post travmatik veya gelişimsel olarak ortaya çıkabilen, eklem yüzeyindeki hiyalin kırıkdağın ve subkondral kemiğin hasarıdır. Doğru tedavi yaklaşımının belirlenmesi, ağrının ortadan kaldırılması, uzun vadeli eklem fonksiyonunun korunması önemlidir. Defektlerin %63'ü medial talar çatıda lokalizedir. Artroskopik debridman ve mikrofraktür 15 mm'ye kadar olan defektlerde primer tedavidir. OKL bazen kendiliğinden iyileşir stabilize olur; fakat sıklıkla progresyon göstererek kistik lezyon oluşur. Yüklenme esnasında derin ayak bileği ağrısı, uzamış şişlik, ayak bileği hareketlerinde kısıtlanma ve synovit meydana gelir. Primer tedavide artroskopik debridman ve kemik iliği stimülasyonu %85 başarı sağlar. Sekonder tedavi seçenekleri osteokondral otogref transver, otojen kansellöz kemik grefti ve otolog kondrosit implantasyonudur. Medial talar çatının büyük lezyonların tedavisinde şekillendirilmiş artiküler implant (Hemicap, Artrosurface) bir tedavi alternatifidir. Cerrahideki amaç ağrının azalması, aktiviteye dönüş süresinin kısaltılması, dejenerasyon ve kist formasyonunun oluşmasını önlemektir. Bu çalışmada metal imlantasyon tekniği uygulanan hastalarımızın klinik sonuçları değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Bu çalışmada Haziran 2011-Nisan 2013 tarihleri arasında medial malleolar osteotomi ile implante edilen 15 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. 6 erkek 9 kadın hasta ortalama yaş

47 (29-68) idi. Ameliyat öncesi dönemde ortalama takip süresi 19.2(12-33) aydır. Ortalama operasyon süresi 38.2(29-57)dakikadır. Çalışmaya MR ve CT tetkik sonucu medial talar çatıda anterior posterior veya medial letaral genişliği 12mm ve üzeri defekt, aralıklı şikayeti olan hastalar değerlendirildi. 18 yaş altı ve 20mm üzeri defekt olan ayak bileği grade 2 veya 3 osteoartrit, tibial OKL, instabilite, tendinit, 6 aydan daha az süre geçmiş kırıklar, diyabetes mellitus, ileri derecede osteoporoz, enfeksiyon ve metal allerjisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Cerrahi sonrası 1 hafta alçı yapıldı 5 hafta yük verilmeyip yürüme botu verildi. Bu dönem boyunca günde 2 defa 15 dakika olmak üzere ayak bileği egzersizleri verildi. 6. hafta 3, 6 ve 12. aylarda kontrole çağırıldı. Takiplerinde Numerik Rating Scale(NRS) AOFAS(American Orthopaedic Food and Ankle Society) skorlaması ile değerlendirildi.

BULGULAR: Tüm hastalarda medial malleolar osteotomi hattında kaynama görüldü. Bir hastada yara yerinde yüzeysel enfeksiyon izlendi takiplerde iyileştiği görüldü. Hiç bir hastada takiplerde ayak bileğinde sekonder osteoartritlik değişiklik ve protezde gevşeme görülmedi. NRS dinlenme sırasında 2.5(0-6)1 yıl sonunda takiplerde 0(0-2)NRS yürüme sırasında preoperatif 6.3(4-8) final takibinde ise 1(0-3) olarak tespit edildi. AOFAS preoperatif 66(38-80) postoperatif 92(68-100)tespit edildi.

SONUÇ: Metalik implantasyon tekniği medial talar çatı OKL tedavisinde başarılı bir cerrahi prosedürdür. Alternatif cerrahi tedavi metodları osteokondral otogref tranfer sistem,kansellöz kemik grefti, allogreft ayak bileği protezi veya artrodezidir.Osteokondral otolog transfer ve kansellöz kemik grefti donör alan ağrısı ve riski nedeniyle limitlidir. Allogreft masif defektlerde kullanılabilir. Lokalize OKL tavsiye edilmez. Ayak bileği artrodezi veya protezi OKL de kesin tedavi çözümüdür fakat genç hastalarda tercih edilmez. Bununla beraber klinik ve radyolojik sonuçlar ortalama 2 yıllık takipler sonucunda umut vericidir. Talar çatıdaki kartilaj incilmesi ve kartilaj üzerindeki deformasyon ölçülmesi daha fazla hasta ve daha uzun takip süresi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Medial Malleol osteotomi, Metal İmplant, Osteokondral Lezyon, Talus

S11

HUMERUS PROKSİMAL UÇ KIRIĞINDA KİLİTLİ PLAK İLE OSTEOSENTEZ UYGULAMALARIMIZIN DEĞERLENDİRMESİ

*Cem Cüneyt Köse¹, Asım Cılız¹, Mehmet Özel¹,
Burak Koçak¹, Ali Utkan¹, Mehmet Emin Uludağ¹*

¹ Ankara Numune Hastanesi Ortopedi B Kliniği; Ankara,

AMAÇ: Kliniğimizde açık redüksiyon ve kilitli plak-vida ile internal fiksasyon yapılarak tedavi edilen proksimal humerus kırıklarının radyolojik ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Constant-Murley fonksiyonel durum değerlendirme kriterlerine göre ortalama puanı 67 olarak bulundu. Kırık tipi ve fonksiyonel sonucun karşılaştırılmasına baktığımızda iki parçalı kırıkların %66'sı çok iyi, %33'ü orta iken; üç parçalı kırıkların %16'sı çok iyi, %50'si iyi, %33'ü orta ; dört parçalı kırıkların %50'si iyi, %25'i orta, %25'i kötü sonuç olarak bulundu.

SONUÇ: Humerus proksimal uç kırığında kilitli plak-vida ile internal fiksasyon uygulaması ile kırıklar yüksek oranda kaynamakta ve diğer fiksasyon yöntemlerinde görülen komplikasyonlarla karşılaşmamaktadır. İki parçalı proksimal humerus kırıklarının fonksiyonel skorları diğer çok parçalı kırıklara göre daha yüz güldürücü olmakla birlikte istatistiksel olarak karşılaştırabilmek için vaka sayımız henüz yeterli değildir.

26

YÖNTEM: Proksimal humerus kırığı tanısıyla Kasım 2009 - Şubat 2013 tarihleri arasında kilitli plak-vida ile internal fiksasyon uygulanan 22 hastadan en az sekiz ay takibi yapılabilen 16'sı çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsine başvuru anında omuz ön-arka ve omuz transtorasik grafileriyle beraber eklem bütünlüğü ve kemik parçalanmayı değerlendirmek amacıyla bilgisayarlı tomografi çektirilmişti. Kırıkları Neer sınıflamasına göre değerlendirdik. Olgular klinik olarak ağrı hareket kapasitesi ve fonksiyonunu içeren Constant-Murley skorlamasına göre değerlendirildi. Bu skorlamaya göre hastalar ağrı, günlük yaşam aktivitesi, hareket açıklığı ve kuvvet yönünden, toplam 100 puan üzerinden değerlendirildiler. Buna göre, 100-80 puan arası çok iyi, 79-60 puan arası iyi, 59-40 puan arası orta, 39-20 puan arası kötü, 19-0 puan arası çok kötü olarak değerlendirilmektedir.

BULGULAR: Olguların 12'si (%75) erkek, 4'ü (%25) kadındı. Yaş ortalaması 53' tü. (34-84). Hastaları ortalama 24 ay (8-44) takip ettik. Kırıkların %37.5 i Neer Tip 2, %37.5 i Neer Tip 3, %25 i Neer Tip 4 olarak değerlendirildi. Hastalarımızın onunda 10. hafta sonunda kaynama elde edildi. Beş hastada 18. haftadan sonraki kontrollerinde radyolojik olarak kaynama bulgularına rastlandı. Bir hastada non-union gelişti ve takiplerinde omuz protezi uygulandı.

S12

İNTRAMEDULLER ÇİVİNİN RETROSPEKTİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI

*Ahmet Köse, Ali Aydın, Cahit Emre Can, Murat Topal,
Naci Ezirmik*

Atatürk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Yetişkin önkol diafiz kırıklarının cerrahi tedavisinde kullandığımız plak osteosentezi ile intrameduller çivi tespit yönteminin sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Önkol deplase diafiz kırığı nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız 90 erişkin hasta (erkek: 65 (%72.2), kadın:25 (%27.8)) retrospektif olarak

incelendi. Hastaların 42'sine (%46.7) plak osteosentezi (plak grubu), 48'ine (%53.3) intramedüller çivi tedavisi (İM çivi grubu) uygulandı. Plak grubunda; 28 erkek (%66.7), 14 kadın (%33.3) hastanın yaş ortalaması 38.02 (18-65), İM çivi grubunda; 37 erkek (%77.08), 11 (%22.92) kadın hastanın yaş ortalaması 36.6 (18-63) idi. Plak osteosentezinde LC-DCP plak, İM tedavide yeni tasarım radius ve ulna çivileri kullanıldı. Tüm hastalar ortalama 62.34 (52-170) hafta takip edildi (plak grubunda ortalama 70 (65-150) hafta, İM çivi grubunda ortalama 55.49 (52-170) hafta takip uygulandı). Kırıklar AO/OTA sistemine göre sınıflandırıldı. Son kontrollerinde hastaların fonksiyonel sonuç ve kaynama değerlendirmesi Grace-Eversman kriterlerine, memnuniyet düzeyi DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) anket skoruna göre yapıldı.

BULGULAR: Plak grubunda kaynama süresi ortalama 13.19 (10-20) hafta, İM çivi grubunda ortalama 10.85 (8-20) hafta değerlendirildi ($p<0.05$). Ameliyat süresi plak grubunda 63.29 (40-100) dakika, intramedüller çivi grubunda 46.02 (17-85) dakika idi ($p<0.05$). DASH skoru plak grubunda 9.81 (3.3-38), İM çivi grubunda 12.87 (3.3-38.8) olarak değerlendirildi ($p>0.05$). Grace-Eversman kriterlerine göre plak grubunda; 36 (%85.7) mükemmel, 4 (%9.5) iyi ve 1 (%2.4) kabul edilebilir ve 1 (%2.4) kabul edilemez sonuç, İM çivi grubunda; 40 (%83.3) mükemmel, 8 (%16.7) iyi sonuç elde edildi ($p>0.05$). Supinasyon, pronasyon dereceleri ve kavrama gücü ölçümleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ: Erişkin önkol diyafiz kırıklarının tedavisinde plak ile tespit yöntemi kabul edilmiş bir tedavi seçeneği olarak çok sık kullanılmasına rağmen yeni tasarım intramedüller çivi ile tedavide plakla tespit kadar başarılı bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: İntramedüller çivi, plak osteosentez, önkol

S13

İNTRAMEDÜLLER ÇİVİLEMEDE FEMUR PROKSİMAL KİLİT VİDA LOKALİZASYONU NE OLMALI?

Ahmet Adnan Karaarslan¹, Ahmet Karakaşlı³, Hakan Aycan¹,

Berivan Çeçen², Didem Venüs Yıldız², Erhan Sesli¹

¹Şifa Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji

Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi SBE, Biyomekanik

Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji

Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Femur intramedüller kilitli çivilemede proksimal kilit vida deformasyonu sık görülen ve kırık iyileşmesini kötü yönde etkileyen bir problemdir. Özellikle intramedüller çivinin yük taşıyan bir cihaz durumuna geldiği parçalı kırıklar veya yüksek enerjili travma sonrası kırık ucunda birkaç mm rezorpsiyon ile seyreden kırıklarda proksimal kilit vida dayanımı açısından küçük trokanter hizası ile 20 mm yukarısı arasında herhangi anlamlı bir fark var mıdır? Düz zeminde yürümede femura binen maksimum aksiyel yük 2.8 VA (75 kg kişi için 2060 N) kadar olduğundan kilit vidalar en az bu kadar yüke dayanabilecek kapasitede olmalıdır. Küçük trokanter seviyesinde küçük trokanter üstü seviyelere göre intramedüller kanal çapı daha dar olduğundan kilit vida dayanımının daha fazla olacağı hipotezinden yola çıkarak, proksimal kilit vida için en uygun lokalizasyonu sorguladık.

YÖNTEM: 4 farklı türden 20'şer kilit vidadan oluşan toplam 80 kilit vida 2 farklı trokanterik seviyede 3 nokta eğilme testleri için kullanıldı (küçük trokanter ve 20 mm proksimali). Aksiyel kompresyon test cihazı kullanılarak kilit vidalarda plastik deformasyonun başladığı akma noktaları 3 nokta eğilme deneyleri ile belirlendi.

BULGULAR: Küçük trokanterin 20 mm proksimaline uygulanan 5 mm yivli kilit vida grubunda ortalama akma noktası 1022 ± 49 (986-1057) ($\text{ort} \pm \text{SD}, 95\% \text{CI}$) iken trokanterik seviyede uygulanmış aynı tip kilit vida grubunda ortalama akma noktası 2089 ± 249 (1911-2268) olarak tespit edildi. Bu iki seviye arasında

vida dayanımı açısından %103'lük bir artışı ifade etmektedir. Tüm vida gruplarında küçük trokanterik seviyede, küçük trokanterin 20 mm proksimaline göre vida dayanımının benzer %98-%174 oranda daha fazla olduğunu bulduk. ($p=0,000$)

SONUÇ: Bulgularımıza göre kilit vida eğilme dayanımı konusunda iki uygulama seviye arasında yaklaşık 2 kat fark vardı. Küçük trokanterin 20 mm proksimaline uygulanmış kilit vidaların 4 grubunda en yüksek kilit vida dayanımı 1775 ± 122 N (ort $\pm$ SD) kadardı. Bu değer yüklenme için gerekli 2060 N'dan azdı. Küçük trokanter seviyesinde ise 3 vida grubunda değerler 2760 ± 387 , 3532 ± 255 N and 3190 ± 246 N gibi 2060 N'un üzerinde yani yüklenme için yeterli idi. İntramedüller çivinin yük taşıyan bir cihaz durumuna geldiği parçalı kırıklar veya yüksek enerjili travma sonrası kırık uçlarında kemik kemik rezorpsiyonu ile seyreden kırıklarda erken yüklenme sağlayabilmek için proksimal kilit vida küçük trokanter seviyesine konulmalıdır. Küçük trokanterin 20 mm proksimali kilit vida için uygun bir seviye değildir.

Anahtar Kelimeler: Femur shaft fraktürü, Femoral intramedüller çivileme, kilit vida, 3 nokta eğilme deneyi

S14

KALKANEUS KIRIKLARINDA CERRAHİ TEDAVİ ETKİLİ MİDİR?

Mehmet Nuri Konya¹, Ahmet Aslan², Aykut Özdemir², Serdar Sargin³, Gökhan Maralcan¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyon

²Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyon

³Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balıkesir

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı 2012-2014 yılları arasında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde kalkaneus kırığı nedeni ile takip edilen 24 hastanın klinik ve radyolojik sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM: Hastaların ort yaşı 40.8 (23-67), E/K: 18:6(%75-25), Ortalama takip süresi 18(0-24) ay idi. Yatış süresi ort 9.74(1-18) gün idi. OTA sınıflamasına göre 4 hastada (16.7)tip 1, 8 hastada tip 2(%33.3), 12 hastada(%50) tip 3 kırık vardı. 3 hastada(%12.5) trafik kazası sonrası, 16 hastada(%66.7) yüksekte düşme, 5 hastada(%20.8) basit düşme sonrası kırık meydana gelmişti. Hastaların 13 ünde sağ, 9 unda sol ve 2 sinde bilateral kalkaneus kırığı mevcuttu.

BULGULAR: Hastaların 5 inde (%20.8) konservatif tedavi, 17 sinde plak vida ile osteosentez(%70.8), 1 hastada anchor sütür(%4.2), 1 hastada ise(%4.2) serklaj ile tespit yöntemi kullanılmıştır. Cerrahi tedavide 17 hastaya genişletilmiş lateral L insizyon, 2 hastaya posterior girişim uygulanmıştır. Hastaların 12 sinde kemik defekti nedeni ile greft uygulanmıştır. Ameliyat sonrası 4 hastada enfeksiyon mevcuttu(%16.7). Hastalar vakum yardımcı yara bakımı ve antibiyoterapi ile düzeldi. Hiçbir hastaya ek cerrahi uygulanmadı. Ameliyat sonrası 6. Ay AOFAS skorlamasına göre 13 hastada mükemmel sonuç, 10 hastada iyi sonuç, 1 hastada kötü sonuç mevcuttu. 5 hastada multitravma mevcuttu. Bu hastaların 3ünde femur subtrokanterik kırık, 2 hastada radius alt uç kırığı ve 1 hastada pnomotoraks vardı. Bu hastaların ayağa kalkma süresinde ve mobilizasyonunda gecikme olması nedeni ile AOFAS skorlarında düşüklük vardı.

SONUÇ: Yapılan çalışmada Kalkaneus kırıklarının daha çok genç erkeklerde, yüksekte düşme sonrası ve tip 3 kırıkların daha fazla görüldüğü saptanmıştır. İntraartiküler, deplase, çok parçalı kırıklarda yapılan açık redüksiyon ve internal fiksasyon ameliyatlarının erken dönem sonuçlarının yüzgüldürücü ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır

Anahtar Kelimeler: Kalkaneus, Açık redüksiyon

S15**FEMUR BAŞI OSTEONEKROZU OLUŞTURULAN
DENEYSEL HAYVAN MODELLERİNDE OKSİDATİF
STRESİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Alper Deveci¹, Serdar Yılmaz¹, Ahmet Fırat², Burak Bahar³,
Ahmet Özgür Yıldırım¹, Özdamar Fuad Öken¹,
Esra Uçaryılmaz⁴, Ertuğrul Akşahin¹, Ahmet Uçaner¹,
Murat Bozkurt²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

³Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara

⁴Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Patoloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Femur başı osteonekrozunun oluşmasında temel mekanizmanın femur başı kanlanması azalmasına bağlı gelişen oksidatif stres ve apoptozis olduğu bilinmektedir. Ancak total oksidatif status (TOS), total antioksidan status (TAS) ve paraoksonaz-1 (PON-1) gibi parametreler femur başı osteonekrozu seyrinde yeterince değerlendirilmemişlerdir. Bu çalışmanın amacı vasküler ve steroid kaynaklı osteonekroz modelleri oluşturularak TAS, TOS ve PON-1 ile oksidatif streste değişiklikleri incelemektir.

YÖNTEM: Bu çalışma 30 adet erkek wistar cinsi rat ile yapıldı. Ratlar 3 eşit gruba ayrıldı: vasküler hasara bağlı oluşturulan osteonekroz grubu (Grup 1), steroide bağlı oluşturulan osteonekroz grubu (Grup 2) ve kontrol grubu (Grup 3). Her 3 gruptan da 0. ve 20. günlerde kan örnekleme alındı. Grup 1'deki ratların 20. günde yaşamı sonlandırıldı. Grup 2 ve 3'teki ratlardan ise 30. günde tekrar kan örnekleme alınarak yaşamları sonlandırıldı. Alınan kan örneklerinde TAS, TOS ve PON-1 parametreleri değerlendirildi. Tüm gruplardaki femur başları histopatolojik inceleme ile değerlendirildi.

BULGULAR: 20. günde Grup 1 ve Grup 2'de TAS ve TOS değerlerinde anlamlı değişiklik bulundu ($p<0.05$). Grup 2'de 20. ve 30. günler arasında da anlamlı değişiklik saptandı ($p<0.05$). Grup 1 ve 2'deki

çalışma boyunca oluşan değişiklikler de birbirlerinden farklı olarak gelişti ($p<0.05$). Her 3 grupta da PON-1 değerlerinde değişiklik saptanmadı.

SONUÇ: Femur başı osteonekrozunun gelişmesinde rol alan temel mekanizmalardan oksidatif stresin değerlendirilmesinde TAS ve TOS kullanılabilir. PON-1 ise antioksidan bir parametre olmasına rağmen femur başı osteonekrozunda oksidatif stresi değerlendirmede uygun bulunamadı.

Anahtar Kelimeler: femur başı osteonekrozu, oksidatif stres, paraoksonaz-1, total oksidatif status, total antioksidan status.

S16**BENİGN VE MALİGN YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNİN
AYIRIMINDA DİFÜZYON AĞIRLIKLILIK MANYETİK
REZONANS GÖRÜNTÜLEMENİN YERİ VAR MIDIR?**

Müjdat Adaş, Mehmet Kürşad Bayraktar, Murat Çakar,
Semih Ayanoğlu, Cihan Deniz Öğmen, Cem Zeki Esenyele,
İsmail Kalkar

SB Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemenin (DAG), benign ve malign yumuşak doku lezyonlarının ayırımındaki yeri araştırıldı.

YÖNTEM: Hastanemiz polikliniğine Mayıs 2012-Aralık 2013 tarihleri arasında başvuran, çeşitli semptomları olan ve yapılan muayene ve görüntüleme yöntemleri sonucu yumuşak doku lezyonu tespit edilen 69 hasta (37 E, 32 K; ort. yaş: 51, dağılım 20-70) retrospektif olarak incelendi. Hastaların tamamında direkt grafi, konvansiyonel manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve difüzyon ağırlıklı görüntüleme (DAG) yapılmıştı. Bu hastaların tamamına ultrasonografi eşliğinde yumuşak doku biopsisi yapıldı. Biyopsi materyalleri, patolojik inceleme ve kültür antibiogram (KAB) yapılması için laboratuarlara gönderilerek çıkan sonuca göre nihai tedavileri uygulandı. DAG ile elde edilen apparent diffusion coefficient" (ADC) değerleri

hesaplanarak kesin patoloji raporları ile karşılaştırıldı. ADC değerlerine göre, difüzyon kısıtlılığı olan vakaların benign ve malign olması açısından uyumu incelendi. İstatiksel olarak, student-t testi kullanıldı.

BULGULAR: Hastaların operasyon sonu patolojik incelemeleri sonucu 12 lipom, 10 dev hücreli tendon kılıfı tümörü, 2 nörofibrom, 3 hemanjiom, 3 hematoma, 4 malign mezenkimal tümör, 2 villonodüler sinovit, 4 epidermal kist, 3 elastofibrom, 12 ganglion kisti, 2 dermatofibrosarkoma protuberans, 12 karsinom metastazı tanısı kondu. Tüm malign yumuşak doku tümörleri ve yumuşak doku karsinom metastazlarında difüzyon kısıtlanması gözlemlendi. Ganglion kisti, lipom, hematoma, hemanjiom, epidermal kist tanısı alan lezyonlarda difüzyon kısıtlanması gözlemlenmedi. Fakat dev hücreli tendon kılıfı tümörü, elastofibrom, nörofibrom gibi fibröz doku kökenli yumuşak doku tümörleri ve sinovitlerde difüzyon kısıtlanması gözlemlendi. Ortalama ADC değerleri; difüzyon kısıtlanması olan malign lezyonların $0.67 \pm 0.3 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$; difüzyon kısıtlanması olmayan benign lezyonların $1.34 \pm 0.2 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ olarak hesaplanırken, difüzyon kısıtlanması olan benign lezyonların $0.96 \pm 0.2 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ olarak hesaplandı. Benign lezyonların ortalama ADC değeri, malign lezyonların ortalama ADC değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p > 0,05$). Difüzyon kısıtlanması gösterip benign olan lezyonların ortalama ADC değeri ve malign lezyonların ortalama ADC değeri arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($p > 0,05$); difüzyon kısıtlanması göstermeyen ve gösteren benign lezyonların ortalama ADC değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p > 0,05$).

SONUÇ: İnvaziv olmayan bir işlem olan DAG, yumuşak doku tümörlerinin benign ve malign ayırımı yapılmasında diğer görüntüleme yöntemlerine yardımcı olan güvenilir ve yol gösterici bir görüntüleme yöntemidir. Fibröz kökenli benign tümörler hariç, diğer yumuşak doku tümörleri için hassasiyeti çok yüksektir. DAG'nin, yumuşak dokudaki tümöral lezyonların tetkikinde rutin olarak kullanılmasını önermekteyiz. Difüzyon kısıtlanması olmayan lezyonlar müdahale edilmeden takip edilebilirken, difüzyon kısıtlanması olan

her yumuşak doku lezyonundan maligniteyi dışlamak için biyopsi yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Benign, difüzyon, malign, manyetik rezonans görüntüleme, tümör, yumuşak doku

S17

TÜRKLERDE DİZ EKLEM ÇİZGİSİNİN ÖLÇÜMÜ

Murat Çakar, Mehmet Kürşad Bayraktar, Müjdat Adaş, Semih Ayanoğlu, Yusuf Özcan, Cem Zeki Esenyel, Hakan Gürbüz

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Klin., İstanbul

AMAÇ: Total diz protezi özellikle de revizyon diz protezi sırasında eklem çizgisinin tespiti diz biyomekaniğinin sağlanması için çok önemlidir. Diz eklem çizgisinin doğru tespiti için çeşitli anatomik noktalar referans olarak alınmaktadır. Bu çalışmada, dizlerde addüktör tüberkül, fibula başının en üst noktası ve femur kondillerinin en alt uç noktaları referans alınarak diz eklem çizgisinin yerinin tespiti amaçlandı.

YÖNTEM: Acil servise ve polikliniğe diz travması, yada diz ağrısı ile başvuran 108 hastanın 117 dizi çalışmaya dahil edildi. A-P diz grafisinde femur kondillerinin alt uçlarını birleştiren çizgi eklem çizgisi olarak kabul edildi. Fibula başı en üst noktasından eklem çizgisine olan mesafe, addüktör tüberkülden eklem çizgisine olan mesafe ölçüldü. Femur epikondillerin en çıkıntılı olduğu iki nokta arası femur genişliği olarak alındı. Addüktör tüberkül-eklem çizgisi mesafesi ile femur genişliği arasında korelasyon, fibula başı-eklem çizgisi mesafesi ile femur genişliği arasında korelasyon değerlendirildi

BULGULAR: Ortalama yaş 31.3 yıl idi (16-82 yaş). Cinsiyet dağılımı 63 erkek, 45 kadın idi. Ortalama femur genişliği 87.2 mm. ölçüldü. Addüktör tüberkül-

eklem çizgisi mesafesi ortalama 47.9 mm. fibula başı-eklem çizgisi mesafesi ortalama 20.5 mm. idi. Addüktör tüberkül –eklem çizgisi arası mesafe ile femur genişliği arasında doğrusal bir korelasyon bulundu (oran 0.55). Fibula başı-eklem çizgisi arası mesafe ile femur genişliği arasında bir korelasyon tespit edilemedi.

SONUÇ: Çalışmamızda Türklerde daha önceki yayınlara benzer şekilde; yaş, cinsiyet, boy gibi faktörlerden etkilenmeyen femur genişliği ile addüktör tüberkül-eklem çizgisi mesafesi arasında doğrusal korelasyon bulundu. Bu yüzden eklem çizgisi seviyesini belirlemek için ameliyat esnasında dahi yerini rahatlıkla belirleyip ölçüm yapabileceğimiz, addüktör tüberkülü güvenilir bir belirteç olarak kullanabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Diz eklem çizgisi, artroplasti, revizyon diz artroplastisi

S18

ISPARTA İLİNDE SEREBRAL PALSİ ÇALIŞMASI: PREVALANS ARAŞTIRMASI VE ORTOPEDİK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

*Demir Demirci¹, Ahmet Aslan², Hüseyin Yorgancıgil³,
Remzi Arif Özerdemoğlu⁴*

¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Van

²Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Isparta

⁴Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Serebral palsy (SP): Doğum öncesi, doğum sırası veya doğum sonrası immatür beyindeki bir lezyon sonucu ortaya çıkan ve ilerleyici olmayan ensefalopatidir. Ekstremit bulguları zaman içinde

değişkenlik gösterir ve patolojiler ilerleyicidir. Ortopedik tedavinin amacı eklem kontraktürleri ve kemik deformitelerinin düzeltilerek hastanın işlevinin artırılması ve bireyin bağımsızlığının sağlanmasıdır. Bu çalışmada Isparta İlinde SP prevalansı araştırılmış ve Kliniğimizde cerrahi tedavi gören SP'li çocukların sonuçları değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: 2003-2008 yılları arasında yapılan bu retrospektif çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. I-Isparta Spastik Çocuklar Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kayıtlı engelli çocuklar taranarak bu ildeki SP prevalansı araştırıldı. II- SDÜTF Ortopedi ve Travmatoloji AD tarafından tedavileri yapılan SP tanılı çocukların arşiv kayıtları incelendi. Takipleri düzenli yapılabilen 130 çocuğun alt ekstremitelerine uygulanan ortopedik cerrahi tedavi sonuçları değerlendirildi. Cerrahi tedaviye şu kriterlerle karar verildi: 1-Tarama sırasında ve poliklinik başvurusunda yapılan fizik muayene (FM), 2-Minear Sınıflamasına göre fonksiyonel ve terapötik kapasitesi, 3-Lezyonlarının evresi ve Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (KMFSS) evresi, 4-Ameliyat öncesi ve ameliyat sırasında FM tekrarı. Olgular son kontrollerinde FM ve KMFSS ile tekrar değerlendirildi. Elde edilen tüm verilerle demografik özellikler ve uyguladığımız tedavilerin etkinliği istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışma tarihlerinde Isparta İlinde SP yaygınlığı binde 1.2 olarak tespit edildi. 130 olgunun ortalama yaşı=7.8 ve bunların %3.1'kız, %56.9'u ise erkek çocuklardı. Alt ekstremitelerde bilateral tutulum daha fazlaydı (%55.4). Klinik olarak en sık (%90) spastik tip ve anatomik olarak en sık (%44.6) hemiplejik tip SP tespit edildi. Ortalama takip süremiz 62 ay idi. Hastaların %33.8'ine daha önce çeşitli merkezlerde cerrahi uygulanmıştı. Hastaların %20 .8'inde SP yanında eşlik eden hastalıklar vardı. En çok uyguladığımız cerrahi yöntem (83 olguda) aşıloplasti idi. Ameliyat öncesi ve son kontrolde KMFSS evreleri arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (p=0.000) ve iyi sonuçlarla ameliyatları tek seansta çok aşamalı yapılan olgular arasında pozitif korelasyon vardı (r=0.233).

SONUÇ: SP prevalansı binde 1.9-4.4 arasında bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda binde 1.2 olarak tespit edildi ve literatürde belirtilen oranlardan daha düşüktü. Bunda araştırma evrenimizin ve dahil etme kriterlerimizin etkisi olabilir. Ortopedik cerrahi tedavi uygulamalarımızın SP'li çocukların hareket, postür ve bağımsızlığına katkı açısından anlamlı katkısı vardı. Başarılı sonuçlarla tek seansta çok seviyeli cerrahi yapılan olgular arasında pozitif ilişki vardı. Bunda yapılacak cerrahi için ilk başvuruda, ameliyat öncesi ve ameliyat sırasında hastayı tekrar tekrar muayene edip değerlendirmemizin katkısı olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Serebral palsy, Prevalans, Tedavi, Ortopedik Cerrahi

BULGULAR: Açık reduksiyon grubunun ortalama takip süresi 57,8 ay , Dega grubunun ise 66,6 aydır. Açık reduksiyon grubunda ameliyat öncesi AI 37,5, Dega grubunda 46 derecedir. Takip süresinde açık reduksiyon grubunda AI gelişme hızı Dega grubunun iki katı olmasına rağmen takip sonunda açık reduksiyon grubunun AI i 25,5 derece iken Dega grubunda bu değer 15,9 dur fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

SONUÇ: Dega osteotomisi, asetabular örtümü sağlamak için iyi bir seçenektir. Ortalama yaşı 2,5 olan hasta grubunda ortalama 5 senelik takip sonrasında sadece açık reduksiyona kıyasla daha iyi sonuçlar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gelişimsel kalça displazisi, gkd, dkç, asetabular indeks, wiberg, Dega, kalça, pediatrik

S19

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİNDE SADECE AÇIK REDÜKSİYON İLE AÇIK REDÜKSİYON VE DEGA OSTEOTOMİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ahmet İssin¹, Ali Öner², Nizamettin Koçkara¹,
Yalkın Çamurcu³, Ayşegül Bursalı²

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzincan

²M.S.Baltalimanı Kemik Hastalıkları E.A. Hastanesi, İstanbul

³Erzincan Mengücek Gazi E.A. Hastanesi, Erzincan

AMAÇ: Bu çalışmada gelişimsel kalça displazisinde (GKD) açık reduksiyon ile açık reduksiyona ek olarak Dega osteotomisi sonuçlarımız karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM: Gelişimsel kalça displazisi tanısıyla daha önce hiç tedavi almamış olan ve hastanemizde farklı yaklaşımlara sahip kliniklerde 10 u sadece açık reduksiyon ve 10 u açık reduksiyona ek olarak dega osteotomisi yapılmış toplam 20 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Açık reduksiyon grubunun ortalama yaşı 24,5 ay ken Dega grubunun yaş ortalaması 24,8 dir. Tüm hastaların ameliyat öncesi , ameliyat sonrası ve son takip filmleri bulunmuş ve asetabuler index açısı (AI) ölçülmüştür.

S20

TOPLUMUMUZDA İKİ FALANKSLI AYAK 5.PARMAK SIKLIĞI, SAĞLIKLI AYAKLAR VE DEFORME AYAKLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Timur Yıldırım, İsmet Yalkın Çamurcu, Abdul Fettah Büyük,
Çağrı Özcan, Hanifi Üçpunar

Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Toplumumuzda iki falanksli 5. parmak sıklığını deformiteli ayaklarda ve normal ayaklarda radyografik değerlendirmeye karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Normal ayak grubunu 2013 Ekim ayında travma sonrası acilimize başvuran deformitesi olmayan uygun üç yönlü grafisi çekilen hastalarımızın röntgenlerinden seçtik. Deformiteli ayak grubunu toplumda yaygın görülen ve hastanemizde 2011-2013 yılları arasında tedavi gören halluks valgus, pes planus, pes kavus ve pes equinovarus tanılı uygun üç yönlü grafisi çekilen hastalarımızın grafilerinden oluşturduk. Radyografiler 3 bağımsız gözlemci tarafından değerlendirildi.

BULGULAR: Değerlendirilmeye alınan 151 normal, 300 deformiteli toplam 451 hastanın iki falankslı 5. parmak sıklığı 32,4%(146 hasta) olarak tespit edildi. Gruplara ayrı ayrı bakıldığında normal grupta bu sıklık 31,1%(151 hastanın 47 tanesi), deformiteli grupta 33% (300 hastanın 99 tanesi) olarak tespit edildi. 2 falankslı 5.parmak insidansının normal ayak grubuyla deformiteli ayak grubundaki görülme sıklığının anlamlı derecede farklı olmadığını ortaya koyduk ($p<0,05$). Deformiteli ayak grubunu oluşturan halluks valgus, pes planus, pes kavus ve pes equinovarus tanılı hastalarda da 2 falankslı 5. parmak sıklığının anlamlı derecede farklı olmadığını gördük ($p<0,05$).

SONUÇ: Çalışmamız 2 falankslı ayak 5. parmak sıklığının toplumdayaklaşık üçte bir görülen yaygın bir varyant olduğunu göstermiştir. Cerrahların 2 falankslı 5. parmak varyantının halluks valgus, pes planus, pes kavus ve pes equinovarus gibi sık opere edilen hasta grubunda da operasyon öncesi sık görüldüğünü her zaman göz önünde bulundurmalarıdır.

Anahtar Kelimeler: 5.parmak, anatomik varyans, ayak deformitesi

S21

PEDİATRİK FEMUR KIRIKLARINDA DENEYİMİMİZ

Timur Yıldırım², Ahmet İssin¹, Şükrü Sarper Gürsu², Fettah Büyük², Vedat Şahin²

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzincan

²M.S. Baltalimanı Kemik Hastalıkları E.A. Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Hastanemizde tedavi edilmiş pediatrik yaş femur boyun kırıkları sonuçlarımız tartışılmıştır.

YÖNTEM: 4-16 yaş arası (ort= 9.9 $\pm$ 1) 5 ila 97 ay takip süresi (ort= 28,6 $\pm$ 6) olan 8 erkek 7 kız toplam 15 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Kırığın nedeni, Delbet-Colonna sınıflandırmasına göre tipi ve tedavi yöntemleri kaydedilmiştir. Son kontrolde kalça hareket açıklığı ve femur boyun açısı ölçülmüş, AVN değerlendirmesi için Ratliff sınıflandırması kullanılmıştır.

BULGULAR: 11 hastada düşme öyküsü vardır. Bu hastalardan 3 ü 2 metre üzeri, 5 i 1 metre, 3 ü yer seviyesinden düşmedir. 1 hastada kırık nedeni araç içi trafik kazası, 1 hastada patolojik kırıktır. 2 hastada ise tarif edilen önceki minör travmayı takiben zaman içinde kötüleşme olmuştur. Delbet-Colonna sistemine göre: 1 hasta tip-1, 4 hasta tip-2, 9 hasta tip-3, 1 hasta tip-4 kırıktır 8 hasta kapalı reduksiyon ve internal fiksasyon, 2 hasta açık reduksiyon ve internal fiksasyon ameliyatı yapılmış, 3 hastada kapalı reduksiyon ve alçılama yapılmış, parsiyel kaynamış bir hastada ise kaynama tamamlamasını müteakip valgus osteotomisi ve eksternal fiksasyon yapılmıştır. Ratlif AVN sınıflandırmasına göre 2 hasta tip-3 ve 1 hasta tip-1 AVN ile sonuçlanmıştır. 12 hastada AVN bulgusuna rastlanmamıştır. Ratlif değerlendirme kriterlerine göre 12 hasta iyi, 1 hasta orta 2 hasta kötü sonuçtur. Topyekün başarı oranı %80 dir.

SONUÇ: Kapalı ya da açık olsun anatomik reduksiyon ve internal fiksasyon akabinde küçük çocuklarda pelvi pedal alçı ya da büyük çocuklarda brace ile kırık kaynaması görülene kadar immobilizasyon ve kaynamayı müteakip yük verme pediatrik femur boyun kırıklarının tedavisi için iyi bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik, femur boyun, kırık, ratliff, delbet

S22**UZUN SÜRELİ BİFOSFONAT KULLANIMI SONRASI
GELİŞEN ATİPİK KIRIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE
KARŞILAŞILAN KOMPLİKASYONLAR**

*Cem Coşkun Avcı, Gürsel Saka, Necdet Sağlam,
Tuhan Kurtulmuş*

*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği, İstanbul*

AMAÇ: Uzun süreli oral bifosfonat tedavisi almış hastalarda gelişen atipik kırıkların cerrahi tedavisinde karşılaştığımız per-op ve post-op komplikasyonları bildirmek.

YÖNTEM: Bifosfonat grubu ilaçların uzun süre kullanımı sonrası ortaya çıkan atipik femur diafiz, femur subtrokanterik ve ulna diafiz kırığı olan ve kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen 24 hasta retrospektif olarak incelendi. 17'si bayan 10'u erkek olan hastaların ortalama yaşı 72 (oran:63-86), ortalama takip süresi ise 2 yıldır (oran:2-4). 14 hasta femur diafiz (iki hastada bilateral), 10 hasta femur subtrokanterik ve 1 hasta ulna diafiz kırığı tanısıyla opere edilmişti. Femur diafiz kırığı olan hastalara standart kilitli intramedüller çivi, subtrokanterik kırığı olan hastalardan 8'ine rekonstruksiyon çivisi, 2'sine ise Multifonksiyonlu femur intramedüller çivisi, ulna diafiz kırığı olan hastaya da ön kol çivisi uygulandı.

BULGULAR: Ameliyat sırasında en sık karşılaşılan problem bu hastalarda oluşan femoral bowing deformitesi nedeniyle oyma ve çivileme esnasında medial duvarda gelişen segmenter kırıktı. 3'ü subtrokanterik, 1'i femur diafiz kırığı olmak üzere 4 hastada intra-operatif segmenter kırık komplikasyonu gelişti. Bu hastalardan birine serklay teli ile osteosentez yapıldı. Diğer üç hastada herhangi bir müdahale yapılmadı. 1 subtrokanterik kırıklı hastada femur boyun kırığı gelişti. Ameliyat sonrası dönemde ise 4 femur diafiz kırığında kaynamama ve implant yetmezliği gelişti. Bu hastalara daha büyük çapta çivi ile çivi değişimi yapıldı. Ulna diafiz kırığı tanısıyla opere edilen hastada da cut-out gelişti. Bu hastaya da plak vida osteosentezi ve grefonaj yapıldı.

SONUÇ: Uzun süreli bifosfonat kullanımına bağlı olarak oluşan kemikleşme bozukluğu, atipik kırıklarda intra-op ve post-op komplikasyonlarla daha sık karşılaşılmaya sebep olmaktadır. Karşılaştırmalı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Atipik kırık, bifosfonat, cerrahi tedavi, komplikasyon

S23**DEMANSİYEL HASTALARDAKİ STABİL KALÇA
KIRIKLARINDA OSTESENTEZ VE İNTERNAL
FİKSASYONUN AKTİVİTE DÜZEYLERİ YÖNÜNDEN
KARŞILAŞTIRILMASI**

*Cem Coşkun Avcı, Necdet Sağlam, Gürsel Saka,
Tuhan Kurtulmuş*

*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği, İstanbul*

AMAÇ: Pertrokanterik kırık tanısıyla opere edilen orta ve ileri düzey demansiyel hastalarda üç farklı tedavi yönteminin aktivite düzeyleri yönünden karşılaştırılması ve ameliyat sonrası aktivite düzeyleri ne etki eden faktörlerin araştırılması

YÖNTEM: 2009 - 2012 yılları arasında stabil intertrokanterik kırık (AO/OTA A1.2, A1.3, A2.1) tanısıyla opere edilen ve orta-ileri düzey bilişsel bozukluğu sahip, en az 2 yıl sağ kalımı olan 73 hastanın günlük aktivite düzeyleri Barthel Aktivite İndeksi'ne (BI) göre değerlendirildi. 27 hastaya Proksimal Femoral Çivi (PFÇ), 23 hastaya Dinamik Kalça Çivisi (DKÇ), 20 hastaya hemiarthroplasti (HA) yapılmıştı. Hastaların ameliyat öncesi bilişsel düzeyleri Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMDT) ile, genel tıbbi riskleri Charlson Ko-morbidite İndeksi ile belirlendi. Her hastanın cerrahi öncesi bekleme süresi gün olarak kaydedildi. Değerlendirmeler birinci ve ikinci yıl sonundaki radyolojik ve klinik muayenelere göre yapıldı.

BULGULAR: Birinci yıl sonunda BI skorları PFÇ grupta 57.5 , DKÇ grupta 58.7 , HA grupta 65.6 ve aradaki fark HA grup lehine anlamlı bulundu ($p<0.01$). İkinci yıl sonundaki BI skorları tüm gruplarda anlamlı oranda düşmekle birlikte PFÇ grupta 50.5, DKÇ grupta 53.7, HA grupta ise 60.1 ve fark yine HA grubu lehine anlamlı olarak belirlendi ($p<0.01$). Lineer regresyon analizi sonucu yaş, Charlson indeks , mental skor ve bekleme süresi gibi faktörler arasından, aktivite düzeyleri üzerinde en etkili faktörlerin, mental skor ve ameliyat öncesi bekleme süresi olduğu görüldü. ($p:0.001$)

SONUÇ: Daha iyi aktivite düzeyleri elde edilebildiğinden, hemiarthroplast, bilişsel bozukluğu olan hastalarda, kırık stabil dahi olsa ilk seçenek olabilir. Ameliyat öncesi bekleme süresi ve mental düzey ile ameliyat sonrası elde edilen aktivite düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aktivite düzeyi, cerrahi, demans, kalça kırığı

S24

KLOPIDOGREL KULLANAN YAŞLI KALÇA KIRIKLI HASTALARDA ERKEN CERRAHİNİN SONUÇLARI

Sinan Zehir¹, Taner Sarak², Murat Çalbıyık³, Regayip Zehir⁴

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilimdalı, Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilimdalı, Çorum

³Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Çorum

⁴Çarşamba Devlet Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, Samsun

AMAÇ: Antiplatelet tedavi alırken kalça kırığı gelişen hastaların cerrahi müdahale zamanlaması tartışmalı bir durumdur. Klopidoğrel bir çok hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılan antiplatelet bir ilaçtır. Bu çalışmada klopidoğrel tedavisi alırken kalça kırığı olan hastaların cerrahi müdahale sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

HASTALAR ve YÖNTEMLER: 2009 ile 2014 yılları arasında ileri yaş femur boyun kırığı nedeni ile açık cerrahi uygulanan hastalar geriye dönük olarak tarandı. Çalışmaya 211 hasta dahil edildi. Hastalar; klopidoğrel kullanan ve ilk 48 saat içinde opere edilenler (grup 1, 74 hasta), klopidoğrel kullanan ve 5. günden sonra opere edilen (grup 2, 55 hasta) ve herhangi bir antiagregan kullanmayan (grup 3, 82 hasta) olarak 3 gruba ayrıldı. Gruplar kan transfüzyon miktarı, yatış süresi, komplikasyon ve mortalite açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş cinsiyet operasyon öncesi hemoglobin değerleri ve ASA skorları açısından anlamlı fark tespit edilemedi. Birinci gruptaki hastaların daha fazla kan transfüzyonu ihtiyacı oldu ($p=0.023$). İkinci grupta hastanede kalış süresi daha yüksek idi ($p<0.01$) ve daha yüksek oranda (%25.4) komplikasyon görüldü ($p<0.01$). İkinci gruptaki hastalarda ilk otuz gün içinde ve ilk 3 ay içinde ölüm oranı diğer gruplara göre daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.031$, $p<0.01$).

SONUÇ: Kalça kırıklarında cerrahi müdahale klopidoğrel kullanan hastalarda ertelenmemelidir.

S25

PERTROKANTERİK KIRIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE ANTI ROTASYON DİNAMİK KALÇA ÇİVİSİ (A-DHS)

Cem Coşkun Avcı, Tuhan Kurtulmuş, Gürsel Saka, Necdet Sağlam

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Pertrokanterik kırık tanısıyla anti rotasyon kamalı dinamik kalça çivisi (a-DHS) uyguladığımız hastalarda elde ettiğimiz sonuçları bildirmek

YÖNTEM: AO/OTA 3.1A1, 3.1A2, 3.1A3, 3.2A1, 3.2A2 tipte femur proksimal uç kırığı tanılarıyla cerrahi tedavi uyguladığımız ve yeterli süre takip ettiğimiz 52 hastada

S26**PARSİYEL PROTEZ İLE TEDAVİ EDİLEN KALÇA
KIRIKLI HASTALARDA MORTALİTEYE ETKİ EDEN
FAKTÖRLER VE KIRMIZI KAN HÜCRE DAĞILIM
GENİŞLİĞİ İLE MORTALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sinan Zehir¹, Murat Çalbiyık²

¹ Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji
Anabilim Dalı, Çorum

² Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim Araştırma
Hastanesi, Çorum

AMAÇ: Bu çalışmada kalça kırığı nedeni ile parsiyel kalça protezi uygulanan hastalarda mortaliteye etki eden faktörler ve Kırmızı kan hücre dağılım genişliği(RDW) ile mortalite arasındaki ilişki incelendi

HASTALAR ve YÖNTEMLER: Kalça kırığı nedeni ile ameliyat edilen ve en az bir yıllık takibi bulunan 316 hasta(183 kadın, 133 erkek) değerlendirildi. Erkek hastaların yaş ortalaması 77.50(65-95), kadın hastaların yaş ortalaması 78.23(65-100) idi. Çalışmamızda mortaliteyi etkileyeceği düşünülen kronik hastalıklar,kırık oluşumu ile ameliyat olana kadar geçen süre, hastaların hastanede yatış süresi, kırık tipi, kırık taraf, anestezi şekli, ASA skoru, yaş, cinsiyet, cerrahi yaklaşım şekli, kan transfüzyon miktarı, protez fiksasyon şekli, çıkık ve enfeksiyon ile mortalite arasındaki ilişki araştırıldı. Ayrıca hastaların albumin, sodyum, Potasyum, Kalsiyum, beyaz küre, hemoglobin düzeyleri ve RDW ile mortalite arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda yaş, trokanterik kırık, kan transfüzyon miktarı, ASA skoru, Albumin düzeyi(<3.4g/dl), eşlik eden kronik hastalık sayısının yanı sıra yüksek(>14.5) RDW düzeyleri ile mortalite arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

SONUÇ: Kalça kırıklarının tedavisinin planlanması ve ameliyat sonrası mortalite oranlarının tahmininde kullanılan skorlama sistemlerinde ek maliyet oluşturmaması ve değerlendirmenin kolay olması nedeni ile RDW düzeylerinin yer alması gerektiğini düşünmekteyiz.

sonuçlar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş aralığı 21-83, ortalama yaş 62 idi. 14 hastada kırık yüksek enerjili yaralanma ile, 38'inde ise düşük enerjili travma ile (osteoporotik) oluşmuştu. Tüm hastalara yeni dizayn a-DHS ile osteosentez uygulandı. İmplant klasik DHS'den farklı olarak baş vidasının üzerinde oluşturulmuş oluğa oturan bir adet rotasyon engelleyici kama (blade) ve bir adet de kaymayı engelleyici tepe vidası (set screw) içermektedir. Sistem 15 mm akut kompresyon sağlayarak kırık redüksiyonunu ameliyat sırasında sağlamakta daha sonra kırığın kollapsına izin vermemektedir. Hastalar ameliyat sonrası dönemde mümkün olduğu kadar erken mobilize edildi. Kallus görülene kadar yük vermelerine izin verilmedi. Değerlendirmeler 1,3,6 ve 12. aylardaki klinik ve radyolojik muayenelere göre yapıldı.

36

BULGULAR: Yüksek enerjili yaralanma sonucu oluşan 14 kırıkta hiçbir komplikasyonla karşılaşmadı. Osteoporotik kalça kırığı olan 38 hastanın 22'sinde (%58) komplikasyonsuz kaynama elde edilirken, 13 hastada (%34) cut-out , 5 hastada (%13) varusta kötü kaynama ve 4 hastada da (%10) kaynamama ve implant yetmezliği gelişti.Hastaların 1 . yıl sonunda standart pelvis graflerinde baş vidasındaki kayma oranı (teleskop etkisi) ortalama 1.9 mm($\pm$ 0.2)olarak ölçüldü. Literatürle karşılaştırıldığında osteoporotik kalça kırıklarındaki komplikasyon oranı (%42), özellikle cut-out oranı (%34) yüksek bulundu. Ancak osteoporotik olmayan, yüksek enerjili kırıklarda kaynama problemi olmadığı gibi klasik DHS ile bildirilen kollapsa bağlı femur boyun kısalığı ve malunion gibi komplikasyonlara da rastlanmadı.

SONUÇ: Yeni dizayn a-DHS ile ameliyat esnasında kırık hattında akut kompresyon sağlanarak daha rijid bir kemik-implant kompleksi elde edilebilir. Bu rijid sistem kemik kalitesinin iyi olduğu hastalarda kırık hattındaki kollapsa bağlı kısalık ve malunion gibi problemleri önler. Ancak osteoporotik kırıklarda sistemin rijid olması nedeniyle cut-out ve kaynamama oranlarını artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi tedavi,dinamik kalça çivisi, pertrokanterik kırık

S27**ENFEKTE TOTAL KALÇA PROTEZLERİNDE İKİ
AŞAMALI REVİZYON SONUÇLARIMIZ**

İsmet Yalkın Çamurcu, Abdul Fettah Büyük, Şükrü Sarper Gürsu, Timur Yıldırım, Mehmet Akif Kaygusuz, Vedat Şahin

Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, enfekte total kalça protezi tanılı hastalarda iki aşamalı revizyon cerrahisinin klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM: 2005-2012 yılları arasında hastanemizde enfekte total kalça protezi tanısıyla iki aşamalı revizyon yapılan 45 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların ortalama yaşları 62 olup (28-87 yaş), takip sırasında vefat eden ve kontrollere gelmeyen hastalar çalışmadan çıkartıldı. Birinci aşamada protezin tüm komponentleri çıkartıldı ve cerrahi debridmanla birlikte yumuşak doku ve kemik dokudan kültür örnekleri alındı. Nekrotik ve enfekte dokular debride edildikten sonra antibiyotik eklenmiş sement spacer yerleştirildi. 4 hastada gentamisin eklenmiş hazır sement spacer (%8,9), 41 hastada ortalama 7,2 gr teikoplanin (4-10 gr.) eklenmiş elle hazırlanan sement spacer kullanıldı. Profilaktik sefazolin kültür sonuçları çıkana kadar ve düşük molekül ağırlıklı heparin ameliyat sonrası 4.haftaya kadar rutin olarak uygulandı. Kültür sonucu sonrası enfeksiyon hastalıkları doktorunun önerisiyle parenteral antibiyotik tedavisi başlanan hastalar CRP ve ESR değerleri düşmesi sonrası yine enfeksiyon hastalıkları doktoru önerisiyle ayaktan parenteral antibiyotik tedavisi düzenlenerek haftalık poliklinik takibi önerisiyle taburcu edildi. Antibiyotik tedavisi ortalama 8 hafta sürdü (4-10 hafta). Ortalama 6 ay sonra ikinci aşama planlandı. İkinci aşamada sement spacer çıkartılıp tekrar debridman yapıldı ve benzer şekilde tekrar doku kültürleri alındı. Daha sonra revizyon total kalça protezi uygulandı. Hastalar ilk kültür sonuçlarına göre ortalama 4 hafta antibiyotik tedavisi düzenlenerek ilk aşamaya benzer şekilde taburcu edildi. Harris kalça skorları ilk başvuru anında ve son kontrolde dolduruldu. Hastaların tüm kontrollerinde pelvis AP (anteroposterior) grafisi ve CRP, ESR ve hemogram değerleri kontrol edildi. Ortalama takip süresi 49 aydı.

BULGULAR: İki aşamalı revizyon sonrası takiplerde 45 hastanın 43'ünde enfeksiyon klinik olarak saptanmadı (%95,5). 43 hastanın 35'inde periprostetik enfeksiyon tedavisinde iki aşamalı revizyon yeterli olurken, 8 hastada ek cerrahiler uygulandı. İki aşamalı revizyona ek olarak cerrahi uygulanan 8 hastadan, 6 hastaya ek sement spacer revizyonu ve 2 hastaya ek yıkama uygulandı. Takiplerde 1 hastada periprostetik kırık gelişirken (plakla tespit uygulandı), 2 hastada asetabuler gevşeme tespit edildi (asetabuler revizyon uygulandı). İntraoperatif kültür sonuçlarını değerlendirdiğimizde 45 hastanın 13'ünde (%31,1) kültür steril olup, MRSE (meticiline resistant staphylococcus epidermidis) 12 hastada saptanarak (%26,6) en sık üretilen mikroorganizma olarak tespit edildi.

SONUÇ: Kronik enfekte total kalça protezinin revizyonu enfeksiyon tedavisi ve fonksiyonların geri kazanılması açısından ortopedik cerrahlar için oldukça zor bir girişimdir. Debridman sonrası revizyon kalça protezinin hemen uygulandığı tek aşamalı revizyonun avantajı tek cerrahi girişimle ameliyat riskini ve yatış süresini azaltmasıdır. Enfekte total kalça protezlerinde tek aşamalı revizyon sonrası başarılı sonuçlar bildirilmiştir fakat ortak görüş olarak sadece seçilmiş hastalara uygulanması önerilmektedir. İki aşamalı revizyon cerrahisi %90 üzerinde başarı oranıyla kronik enfekte total kalça protezi tedavisinde halen en başarılı tedavi yöntemidir. İki aşamalı revizyon cerrahisinin avantajı uygulanan antibiyotikli sement spacer ile lokal antibiyotik düzeyinin yüksek düzeyde olması ve enfeksiyon tedavisi için süre tanınmasıdır. Özellikle virulan mikroorganizmalarla enfekte total kalça protezi sonrası iki aşamalı revizyon cerrahisi altın standarttır. Biz hastalarımızın %90'ından fazlasına uyguladığımız teikoplanin eklenmiş sement spacer ile kronik periprostetik enfeksiyon tedavisinde başarılı sonuç elde ettik ve bu ajanın periprostetik enfeksiyon tedavisinde etkili olduğuna inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotikli sement spacer, enfekte total kalça protezi, iki aşamalı revizyon, teikoplanin

S28**ENFEKTE TOTAL DİZ ARTROPLASTİSİNDE İKİ
BASAMAKLI REVİZYON CERRAHİSİ SONUÇLARIMIZ**

Abdul Fettah Büyük, İsmet Yalkın Çamurcu, Şükrü Sarper Gürsu, Timur Yıldırım, Mehmet Akif Kaygusuz, Vedat Şahin

Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Total diz protezi, osteoartrit hastalarında başarıyla uygulanan ortopedik cerrahi prosedürlerden bir tanesidir. Başarılı sonuçların yanında, derin protez enfeksiyonları hala bu uygulamaların en can sıkıcı komplikasyonlarından biri olmaya devam etmektedir. Biz de bu çalışmamızda, merkezimizde enfekte total diz protezli hastaların tedavisinde tercih ettiğimiz iki basamaklı revizyon cerrahisi yönteminin sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2005- Temmuz 2012 tarihleri arasında hastanemizde iki basamaklı revizyon cerrahisi yöntemi ile tedavi edilen 31 enfekte total diz protezli hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 69,6 idi (52-88). Hastaların 23'ü bayan iken 8 tanesi erkek idi. Birinci basamakta 7 hastada gentamisinli hazır spacer kullanılırken, 24 hastada teikoplanin karıştırılmış el yapımı spacer kullanıldı. 2 hastada 2. Basamak öncesi enfeksiyon bulgularının devam etmesinden dolayı spacer değişimi yapıldı. İlk basamak cerrahisinden ortalama 6 ay sonra, laboratuvar değerleri normale dönen ve enfeksiyon bulgusu olmayan hastalarda ikinci basamak revizyon cerrahisine geçildi.

BULGULAR: Son takiplerinde 31 hastanın 30'unda (%96.8) enfeksiyonun başarı ile eradike edildiği görüldü. Takiplerde hastaların ikisinde enfeksiyon dışı nedenlerle revizyon gerekti. Bir hastada periprostetik kırık nedeni ile revizyon yapılırken, bir hastada da aseptik gevşeme nedeni ile revizyon yapıldı. Kültür sonuçları incelendiğinde; 10 hastanın derin cerrahi kültürlerinde üreme saptanmazken, 10 hastada MRSE, 3 hastada MSSE, 3 hastada MRSA, 2 hastada MSSA, 1 er hastada da Staf. Capitis, Candida ve Pseudomonas etken olarak saptandı. Hastaların diz cemiyeti skoru

revizyon öncesi ortalama 46,5 iken, son takiplerde ortalama 83,3 olarak saptandı.

SONUÇ: Enfekte total diz protezlerinin tedavisinde, iki basamaklı revizyon cerrahisi ile hastaların ağrısında belirgin azalma, klinik ve fonksiyonel sonuçlarında ise belirgin iyileşme saptandı. Bu sonuçlar ışığında iki basamaklı revizyon cerrahisi yönteminin, enfekte total diz protezi tedavisinde etkin ve güvenilir bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca metisilin dirençli organizmlarda da dahil olmak üzere teikoplanin içeren el yapımı spacer kullanımının iyi bir alternatif olduğunu düşünüyoruz

Anahtar Kelimeler: Antibiyotikli sement, enfekte diz protezi, iki basamaklı revizyon, teikoplanin



**12. OSTEOPOROZ OSTEoarTRİT
EKLEM CERRAHİSİ KONGRESİ**

18 - 22 NİSAN 2014 ANTALYA



**Kemik ve Eklem
Cerrahisi Derneği**
www.kemikeklemcerrahisi.org

39

POSTER SUNUMLAR

P1**GÜREŞÇİDE PEKTORALİS MAJOR TENDON
RÜPTÜRÜNDE PULL-OUT SÜTÜR TEKNİĞİ
AVANTAJLI MI?**

Ahmet Pişkin, Alper Çıraklı, İsmail Büyükceran, Yunus
Timurtaş, Sina Coşkun

19 Mayıs Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana
Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Nadir görülen pektoralis majör yaralanması ilk olarak 1822 yılında Patissier tarafından tanımlanmıştır. Tedavide literatürde farklı konservatif ve cerrahi yöntemler bildirilmiştir. Yazımızda güreşçi olan 23 yaşındaki erkek olguda müsabaka sırasında meydana gelen ve pull-out suture tekniği ile onarılan pektoralis majör tendon rüptürü sunulmuştur.

YÖNTEM: 23 yaşındaki erkek hasta sağ kol ve sağ göğüste ağrı, şişlik ve morarma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde güreşçi olduğunu ve 4 gün önce müsabaka sırasında ani klik şeklinde ses duyduğunu ve sonrasında da yanma şeklinde ağrı hissettiğini belirtti. Fizik muayenesinde sağ kol anteromedialinde şişlik ve ekimoz, sağ göğüs ön duvarında sol taraf ile karşılaştırıldığında şişlik ve asimetri, her iki bölgede palpasyonla ağrı mevcuttu. Omuz hareketlerinde ağrıya sekonder kısıtlılık mevcuttu. Nöromotor ve vasküler muayene doğaldı. Magnetik rezonans görüntülemesinde pektoralis major tendonunda humerus yapışma yerinde total rüptür tespit edildi. Cerrahi tedavi planlanan hastaya supin pozisyonunda ve şezlong pozisyonunda müdahale edildi. Deltopektoral insizyon kullanılarak ulaşılan tendonun hasarlanan uçları temizlendi ve iki sıra şeklinde suture geçildi. Tendonun humerus yapışma yeri olan intertuberküler sulcusun lateraline kanama ve neticesinde tendonun iyi yapışması için burr motor ile dekortikasyon işlemi uygulandı. Anchor suture yerleştirildi ancak stabil olmadığının görülmesi üzerine pull-out suture tekniği planlandı. Tendonun ucu uzunluğunda ancak eni dar olan longitudinal tünel açıldı. Krushner telleri (KT) humerus medialinden lateraline geçirilerek 3 adet delik açıldı. Tellerin çıktığı lokalizasyonda kol lateralinde longitudinal insizyonla aksiller sinir korunarak kemik yüzeye ulaşıldı. Delikli

KT ile 4 adet suture ucunun 1'i proksimal, 2'si orta ve 1'i distal delikten geçirildi. Tendonun uçları tünel açılan yapışma yerine gömüldü ve sutureler gerdirilerek lateralde bağlandı. Hareketle tespitin stabil olduğu görüldü. İnsizyonlar yıkama yapıldıktan sonra retrograd usulüne uygun şekilde onarıldı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen olguya 6 hafta vello bandajı uygulandı ve 15. günde başlanan omuz hareketleri kademeli olarak arttırıldı. Postoperatif 1. yılında olan olgu tam eklem hareket genişliğine sahip olup sportif aktivitesine başlamıştır.

BULGULAR:

SONUÇ: Pull-out suture tekniği ile herhangi bir cerrahi tespit malzemesi kullanılmamakta, sadece sutureler ile tespit yapıldığı için de enfeksiyon riski ve maliyet azalmaktadır. Ancak suturelerin tespit edildiği lokalizasyon itibarıyla aksiller sinir risk altında olduğundan dikkatli diseksiyon yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Diğer tendon tamirlerinde de uygulanan pull-out suture tekniğinin nadir görülen pektoralis majör rüptürü tamirinde de başarıyla uygulanabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Pektoralis majör tendon rüptürü, cerrahi tedavi, pull-out suture tekniği.

P2**KAPALI DİZ CERRAHİSİNDE ULTRASONOGRAFİ
EŞLİĞİNDE YAPILAN POPLİTEAL VE FEMORAL SINIR
BLOĞU DENEYİMİMİZ**

Ümit Yaşar Tekelioğlu¹, Abdullah Demirhan¹, Hakan Sarman², Cengiz Işık², Hasan Kocaoğlu¹, Fuat Akpınar²

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Bolu

² Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Bolu

AMAÇ: Femoral sinir bloğu ön uyluk, diz ve ayağın medial küçük bir kısmında anestezi sağlayarak cerrahi ve postoperatif ağrı için kullanılmaktadır. Siyatik sinir

popliteal fossada popliteal sinir adını alır. Popliteal sinir ise popliteal katlantının üst kısmında tibial ve peroneal sinir olarak iki dala ayrılır. Bu sinirlerin blokajı ayak, ayak bileği cerrahisi ve diz cerrahisine olanak sağlar. Özellikle USG eşliğinde femoral ve popliteal blok uygulamaların artmasıyla birlikte, literatürde farklı operasyonlar sırasında kullanıldığı görülmektedir. Biz bu sunuda kapalı diz cerrahisi nedeniyle operasyon planlanan, genel anestezi ve santral nöroaksiyel blokajı zor olan hastada alternatif olarak uyguladığımız femoral, popliteal sinir bloğu deneyimimizi sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Hastanemiz ortopedi ve travmatoloji bölümünce operasyon planlanan 70 yaşındaki bayan hastanın vücut ağırlığı 110 kg, boyu 1,50 cm idi (Vücut Kitle İndeksi: 48,8). Hastanın özgeçmişinde Tip 2 Diabetes Mellitusu ve hipertansiyonu bulunmakta idi. Öncesinde operasyon öyküsü olmayan, baş boyun hareketleri kısıtlı, tiromental mesafesi: 5,5 cm, sternomental mesafesi: 11,5cm, sağlıklı ve kırılmaya müsait dişleri olan hastanın mallampati skoru 3 idi. Morbit obezitesi ve kısa boylu olması nedeniyle, santral nöroaksiyel blok düşünülmeyen hastada, havayolu yönetiminin de zor olacağı öngörüsüyle (Resim 1-2), USG eşliğinde femoral ve popliteal sinir blokajı planlandı. Preoperatif değerlendirmede ASA 3 risk sınıflaması ile operasyona alınan hastaya, sinir stimülatörü ve ultrasonografi yardımıyla önce lateral pozisyonda popliteal blok, hemen sonrasında ise supin pozisyonda femoral blok uygulandı (Resim 3-4). Lokal anestezi ajan olarak % 0,5'lik bupivakain hidroklorür femoral blok için 14 ml, popliteal blok için 18 ml volümde enjekte edildi. İşlemin bitmesini takiben, hasta Bromage Skoru (Tablo 1) ve Pimpirik testi ile değerlendirildi. 15 dakika sonra Bromage skoru: 3 pimpirik testi (-) olan hastanın cerrahi operasyonuna başlandı. Operasyon süresince hemodinami ve vital bulguları stabil seyreden hastanın peroperatif ağrısı olmadı.

BULGULAR: Alt ekstremitte cerrahisi anestezisinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Nöroaksiyel reyonel bloklar, hem peroperatif anestezi hemde postoperatif

ağrı kontrolü sağlamak amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır. Santral reyonel blokların kontrendike olduğu ya da başarısızlıkla sonuçlandığı durumlarda, genel anestezi yaklaşımı tercih edilmektedir. Her iki yönteminde uygulanmadığı durumlarda ise, periferik sinir blokları alternatif yöntem olabilmektedir. Bizde bel çevresi 149 cm, boyu 150 cm olan, spinöz çıkıntıların hiç palpe edilemediği, zor entübasyon kriterlerine sahip olan hastada, cerrahi işlemin gerçekleştirilebilmesi amacıyla periferik sinir blokajını tercih ettik. Femoral sinir bloğu; ön uyluk, diz ve ayağın medial bölgesinin anestezisini sağlamak amacıyla uygulanır. Siyatik sinir, yüksek popliteal fossada tibial ve peroneal sinirlere ayrılır. Bu seviyede yapılacak blokaj ayak, ayak bileği ve diz cerrahisinde analjeziye katkıda bulunmaktadır. Bu amaçla hastamızda femoral ve popliteal bloğu tercih ettik. Popliteal bölgede gerçekleştirilen siyatik sinir bloklarında, bloğun USG eşliğinde yapılması ile, anatomik değişkenlikler gözlemlenerek, (tibial ve peroneal sinirlerin ayrılma yerleri, aralarındaki mesafe farklılıkları) daha etkin, daha az volümde lokal anestezi ajan kullanımı ve daha az yan etki hedeflenir. Bu amaçla hastada USG eşliğinde hem tibial hem de peroneal siniri popliteal fossanın 3-4 cm yukarısında tespit ederek bloke ettik. (Resim 3) L2-L4 lomber segmentlerden köken alan femoral sinir seyri boyunca uylukta birçok anterior kutanöz dala ayrılır. Uyluk ve dizin ön yüzü ile bacağın medial yüzünde anestezi sağlamaktadır. Bu blok sadece kas biyopsisi gibi yüzeysel cerrahi işlemler için kesin anestezi sağladığından, tipik olarak siyatik sinir bloğu gibi diğer bloklarla kombine edilmektedir. Bu amaçla biz de hastada femoral ve popliteal bloğu kombine ederek analjezi sağlamayı hedefledik.

SONUÇ: Diz cerrahisi operasyonlarında genel anestezi ve nöroaksiyel blokların yüksek riskli olduğu ya da başarısızlıkla sonuçlandığı durumlarda, USG eşliğinde uygulanacak femoral+popliteal bloğun etkin, uzun süreli ve güvenilir bir şekilde alternatif bir uygulama olarak ağrı kontrolünü sağlayabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Diz cerrahisi, meniskopati, yüksek risk, sinir blok, ultrason

P3**EL VE EL BİLEKTÜMÖRLÜ HASTALARDA EKSIZYONEL
BİYOPSİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Hakan Sarman¹, Cengiz Işık¹, Abdullah Alper Şahin¹,
Tolgahan Kuru¹, Hasan Kızılay¹, Şemsi Taştan²,
Birsen Besinli³, Tuncay Baran⁴, Cengizhan Kantar⁴*

*¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi
ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Bolu*

*²Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği, Kocaeli*

³Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, Kocaeli

*⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli*

AMAÇ: El ve el bileği tümörleri vücudun diğer bölgelerindeki tümöral oluşumlardan farklılık gösterir. Kas-iskelet sisteminin herhangi bir yerinde ki tümörler elde de görülebilir. Ancak eldeki kitlelere kozmetik nedenler, hareket kısıtlılığı, ağrı olması, şişlikten dolayı malign tümör olması yönündeki endişelerden dolayı daha erken opere edilmektedir. Bu çalışmamızda bir yıllık periyot içinde kliniğimize başvuran hastaları literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine 2012 ile 2013 yılları arasında başvurup, el ve el bileğine uygulanan eksizyonel biyopsi sonuçlarını geriye dönük olarak inceledik.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen toplam 30 olgunun yaş ortalaması 37, 6 (14-79) idi, olguların 9'u erkek, 21'i kadındı. Eksize edilen tümörlerin 18 tanesi sağ ekstremiteden, 12 tanesi sol üst ekstremiteden, 8 tanesi el palmarından ve 22 tanesi el dorsalindendi. Patoloji sonucunda 29 kitle benign karakterdeyken 1 tanesi malign karakterdeydi.

SONUÇ: Kocaeli nüfusu 2012 yılı resmi rakamı 1.634.691 olup, Gölcük ise nüfus yoğunluğu açısından 143,867 ile ilin dördüncü büyük ilçesidir. El bilek ve elde kitle görülme sıklığı 30/143.867 olarak görülmektedir. Gölcük sanayi bölgesi olması nedeniyle mesleki hastalıkların sık görüldüğü bir yerleşim bölgesidir.

Kitle dağılımları açısından bakıldığında, daha çok elini ritmik kullananlarda görülen gangliyon kistli hasta sayısının 18 olması bu hipotezi desteklemektedir. Çalışmanın limitasyonu ise el ve el bileğinde kitlesi olan hastaların hepsinin hastanemize başvurmadıkları; bir kısmının sanayi kuruluşunun anlaşmalı olduğu özel sağlık merkezlerine yönlendirilmeleri, üniversite hastanesinde el cerrahisi kliniğini olduğu göz önünde bulundurulduğunda mevcut sayının daha fazla olduğunu düşünülmektedir. Çalışmamız nüfusa göre el bilek ve elde kitle yıllık sayılarının görülme sıklığı açısından Türkiye için fikir vermesi açısından yol göstericidir. Sonuç olarak il bazında tüm hastanelerin dâhil edilmesi ve kayıt sisteminin merkezi olması ile daha doğru sonuç elde etmemizi sağlayacak yeni çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: El ve el bilek, tümör, eksizyon, sonuç

P4**AYAK BİLEĞİ LİGAMAN YARALANMASINI TAKLİT
EDEN TİBİAL OSTEOKONDROM NEDENİYLE AYAK
BİLEĞİ AĞRISI**

*Cengiz Işık¹, Hakan Sarman¹, Mustafa Erkan İnancmaz²,
Yasin Emre Kaya¹*

*¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi
ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Bolu*

*²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya*

AMAÇ: Osteokondrom vücutta kas iskelet sisteminde en sık görülen benign kemik tümörüdür. Osteokondromlar vücutta her hangi bir kemikten kaynaklanabilse de genellikle diz çevresinde görülmektedir. Ayak bileğinde ise nadiren görülmektedir. Biz bu olguda ayak bileği ağrısı ile gelen hastada ligamantöz yaralanmayı taklit eden tibia distalindeki osteokondrom olgusunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: On altı yaşında bayan hasta, yaklaşık 1 yıldır sol ayak bileğinde ağrı ve dönem dönem artan şişlik şikâyeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde kendisinin fark etmediği fakat ailesi tarafından son 6 aydır fark edilen aksayarak yürümesi mevcuttu. Sol ayak bileğinin yaklaşık 5cm üzerinde anterolateralde yüzeysel bir şişlik mevcuttu. Palpasyon ile minimal ağrı mevcuttu. Ayak bileğinin eversiyon-inversiyon, plantar ve dorsal fleksiyon hareketleri minimal kısıtlılığı mevcuttu. Kururis bölgesi sıkıştırma testi ile ayak bileğinde ağrı mevcuttu. Anterior talofibular ligaman ve kalkaneofibular ligaman lokalizasyonunda ağrı mevcuttu. Vasküler ve nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Çekilen X-ray grafide sol tibia distali-lateralinde, distal tibio-fibular eklem seviyesinin 2,5cm proximalinden başlayan yaklaşık 5X3,5cm lik kitle tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans inceleme yapıldı. 5X3,5X2,5cm boyutlarda osteokondrom ön tanılı kitle tespit edildi. Bu kitle fibulaya bası yaptığı lokalizasyonda fibulada 35 derecelik açısal deformite ve o bölgede fibula kalınlığında incelleme ve skleroza neden olmuştu. Hastaya kitlenin cerrahi eksizyonu önerildi. Cerrahi eksizyon rejyonel anestezi altında kitle lokalizasyonundan anterolateral insizyon ile girildi. Künt diseksiyon ile katlar geçildi. Kitle tam olarak ortaya konuldu. Fibular osteotomi yapılmadan kitlenin pedikülünden osteotomize edilerek total çıkarıldı. Çıkarılan yüze kemik mumu ile kanama kontrolü yapıldı. Skopi altında sindesmoz muayenesi yapıldı. Stabilitenin yeterli olması nedeniyle ek bir işlem yapılmadı, fibuladaki açısal deformite için osteotomi yapılmadan cerrahi işlem sonlandırıldı. Yara usulüne uygun olarak kapatıldı. Hasta servise alındı ve bacak elevasyonu uygulandı. Yara yeri sıkıntı olmayan hasta post op ikinci gün taburcu edildi.

BULGULAR: Kitle eksizyonun patoloji sonucu osteokondrom olarak rapor edildi. Hastanın takiplerinde çekilen radyografilerinde fibuladaki açısal deformitenin zamanla düzelmeye başladığı gözlemlendi. Fibulada basıya maruz kalan bölgede basının kalkması ile kalınlaşma gözlemlendi. Ayakbileği hareketleri post op 3. aydan sonra ağrısızdı.

SONUÇ: Osteokondromlar nadiren de olsa ayak bileğinde görülmektedir. Ayak bileğinde bulunduğu yere göre travma öyküsü olmaksızın ligamentöz şikâyetler oluşturabilmektedir. Kitlenin hastada fibula basısına bağlı açısal deformite sonucu ligamentöz gerginlik ile sprain olduğu düşünülebilir. Bu olgu bize ayak bilek ligaman hassasiyeti olan hastalarda dikkatli fizik muayene ve radyolojik görüntüleme ile kitle ayırıcı tanısının akılda tutulmasının gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ayak bilek, ligaman ağrısı, osteokondrom, açısal deformite, eksizyon, iyileşme

P5

PLATES VE AEROBİK SIRASINDA OLUŞAN BİLATERAL TİBİA PLATO STRES KIRIĞI

*Alper Çıraklı, İsmail Büyükceran, Nevzat Dabak, Hasan Göçer
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji
Ana Bilim Dalı, Samsun*

AMAÇ: Stres kırığı kemiğin lokal bir bölgesinde tam kırık oluşturacak güçten daha az ancak artan ve tekrarlayan streslerle meydana gelen inkomplet bir kırık türüdür. Sporcularda, askeri personelde ve tekrarlayıcı ağır egzersiz yapan kişilerde oluşabilir. Femur boynu, tibia ve metatars sık görüldüğü lokalizasyonlardır. Yazımızda yaklaşık 3 hafta plates ve aerobik egzersizi yapan 28 yaşında bayan hastada oluşan bilateral tibia plato stres kırığını nadir görülmesi nedeniyle sunduk.

YÖNTEM: Bilinen osteoporoz veya sistemik hastalığı olmayan, ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 28 yaşında bayan hastada, 3 haftalık aerobik ve plates egzersizinin ardından bilateral baldır ağrısı oluşmuş ancak kas yorgunluğu olduğu düşünülerek egzersize ara verilmeden devam edilmiş. Ağrılarının şiddetlenmesi üzerine polikliniğimize başvuran olguya çekilen direkt grafide patoloji tesbit edilmemesi üzerine, stres kırığı düşünülerek çekilen magnetik rezonans görüntüleme (MRG) bilateral tibia platoda stres kırığı ile uyumlu kemik ödemi ve periost reaksiyonu

tesbit edildi. İstirahat ile analjezik tedavisi uygulanan ve koltuk değneği kullanan olgunun 1 aylık takibi sonrasında şikayetlerinin geçmesi üzerine kademeli olarak yük verildi. 6 aylık takip sonunda hastamız sağlıklı ve işine devam ediyor.

BULGULAR:

SONUÇ: Aşırı aktivite sonucu ağrı ile başvuran hastalarda stres kırığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıca tanıda erken dönemde direk grafinin yetersiz olabileceği bilinmeli ve ileri görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, stres kırığı, tedavi.

sağ ayak 2. parmak aralığında genişlemeye neden olan sert, hareketsiz kitle ve 2. parmak laterali ile 3. parmak medialinde hipoestezi tespit edildi (Resim 1). Çekilen direkt grafisinde 2. parmak proksimal falanksın proksimal metafizer bölgesinin lateralinden kaynaklanan, saplı, mantar şeklinde kitle görüldü. Kitlenin 3. falanksa doğru uzanım göstererek 2. parmak aralığında genişlemeye neden olduğu saptandı. Radyolojik olarak osteokondrom ile uyumlu olduğu düşünüldü (Resim 2).

BULGULAR:Yapılan manyetik rezonans görüntülenmesinde 30 x 25 mm boyutlarında, medüller devamlılığı olan ve en geniş yerinde 5 mm kıkırdak şapkaya sahip kitlesel oluşum görüldü. Hastanın klinik bulguları nedeniyle cerrahi tedavi planlandı ve kitle eksize edildi (Resim 3). Kitlenin histopatolojik incelemesi osteokondrom ile uyumlu geldi. Cerrahi sonrası 15. aydaki kontrolünde deformitenin ve ağrının tamamen düzeldiği, hipoestezilerinin geçtiği ve nüks gelişmediği tespit edildi (Resim 4).

SONUÇ: Bazı yazarlar osteokondromun gerçek bir tümör olmadığını, büyüme plaklarının çevresindeki perikondriyal defekten oluşmuş bir gelişim bozukluğu olduğunu düşünmektedir [1-2]. Sıklıkla 2. dekatta görülen bu tümöre erkeklerde daha sık rastlanır. Osteokondromun üzerinde histolojik olarak büyüme plağı ile benzerlik gösteren bir kıkırdak şapka bulunur. Bu kıkırdak şapka iskelet gelişimi tamamlanana kadar lezyonun büyümesinden sorumludur[10]. Radyolojik görüntülemelerde lezyonun kemikle kortikal ve medullar devamlılık göstermesi tipiktir[2]. Daha çok distal femur, proksimal tibia ve proksimal humerus gibi aktif büyüme plaklarının olduğu kemiklerde görülen osteokondrom ayakta ise nadir olarak karşımıza çıkar. Mayo klinik tarafından 748 soliter osteokondromun incelediği seride 10 (%1,3) vakada ayak tutulumu saptanmıştır [1]. Ayakta görülen tümörlerin prevelansı konusunda literatürde farklı veriler mevcuttur. Ayağın en sık görülen benign kemik tümörü Bakotic ve ark. tarafından anevrizmal kemik kisti, Özdemir ve ark. tarafından ekzositoz ve Helm ve ark. tarafından ise osteoid osteoma olarak bulunmuştur [11-12-13]. Osteokondrom ayakta en sık metatarsal

P6**AYAK PARMAKLARINDA DEFORMİTE YARATAN
OSTEOKONDROM**

*Tuğrul Bulut¹, Ulaş Akgün², Cihan Aslan¹, Atilla Çıtlak³,
Muhittin Şener¹*

*¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İzmir*

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Muğla

*³Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

AMAÇ: Osteokondrom insanlarda en sık görülen kemik kaynaklı benign neoplazmdır. En sık diz çevresinde görülür ve ayak falanks kemiklerinde ise nadir olarak rastlanır. Osteokondromlar genellikle asemptomatik olarak seyretmekle birlikte klinik bulgu veren soliter osteokondrom olgularında cerrahi eksizyon uygun bir tedavi seçeneğidir. Biz bu yazımızda 19 yaşında bir hastanın sağ ayak 2. parmak proksimal falanksından köken alan ve ayak parmaklarında deformiteye neden olan gerçek bir soliter osteokondrom olgusunu sunduk.

YÖNTEM: Olgu Sunumu 19 yaşında erkek hasta, sağ ayak 2. parmakta şekil bozukluğu, ayakkabı giymekte güçlük, ağrı, 2. ve 3. parmakta uyuşma şikâyeti ile ortopedi polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde;

kemiklere yerleşir [14]. Diğer lokalizasyonlara kıyasla ayakta cilt altı dokusunun ince olması nedeniyle osteokondrom ayakta daha erken bulgu verir. Bütün osteokondromların cerrahi eksizyonu gerekli olmamakla birlikte vakamızda olduğu gibi semptomatik olgularda veya malignant dönüşüm şüphesi varlığında cerrahi eksizyon uygundur. Ayak parmaklarında ortaya çıkan deformiteler, genellikle altta yatan nöromuskuler veya romatolojik etyolojilere sekonder olarak meydana gelir[15]. Bizim olgumuzda kitleye bağlı parmaklarda deformite gözlenmesi nedeniyle farklı olduğunu düşünmekteyiz. Osteokondrom eksizyonu sonrası nüks nadirdir ve nüks genellikle eksizyonun güç olduğu pelvis ve proksimal femur gibi bölgelerde kırıkda şapkanın yetersiz eksizyonuna bağlı oluşmaktadır[1]. Vakamızda takip süresi kısa olmasına rağmen nüks gelişmeyeceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ayak, falanks, osteokondrom, deformite

P7

YAŞLI KALÇA KIRIKLI HASTALARDA İNSİZYON BOYUTU KLİNİK SONUÇLARI ETKİLER Mİ?

Ahmet Aslan¹, Mehmet Nuri Konya¹, Vecihi Kırdemir², Ahmet Özmeriç³

¹Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Isparta

³Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Literatürde total kalça artroplastisinde minimal invaziv ya da mini insizyonla cerrahi tedaviyle ilgili birçok çalışma olmasına rağmen parsiyel kalça artroplastisinde minimal invaziv ya da mini insizyonla cerrahi tedaviyle ilgili kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada posterior mini ya da klasik insizyon ile cerrahi tedavi uygulanan hastaların klinik sonuçlarında fark olup olmadığı araştırıldı.

YÖNTEM: Ortopedi ve Travmatoloji Kliniklerimizde 2009-20012 tarihleri arasında, posterior mini insizyonla parsiyel kalça artroplastisi yapılan ve en az bir yıl düzenli takip edilen 29 hasta (18 kadın 11 erkek) çalışma grubunu oluşturdu. Aynı hastanelerdeki kalça kırığı nedeniyle klasik posterior insizyonla parsiyel kalça artroplastisi uygulanmış hastalardan arşiv dosyasına ulaşılabilen 93 olgudan rastgele seçimle belirlenen ve kontrolü yapılabilen 25 hasta kontrol grubunu oluşturdu.

BULGULAR: Çalışma ve kontrol grupları karşılaştırıldığında insizyon boyutları, kanama miktarı, ve hastanede kalma süresi bakımından anlamlı istatistiksel fark vardı ($p < 0.05$). Ancak bir yıllık takipte tespit edilen enfeksiyon, gevşeme ve günlük yaşam aktiviteleri bakımından anlamlı fark bulunamadı ($p > 0.05$).

SONUÇ: Klasik ve mini insizyon yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları iyi değerlendirilmeli, cerrahın deneyimli olduğu ve hasta için daha uygun olacak yaklaşım tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kalça kırıkları; mini insizyon; parsiyel artroplastisi.

P8

YETİŞKİN İZOLE RADIUS DİAFİZ KIRIKLARINDA İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ TEDAVİSİ

Ahmet Köse, Ali Aydın, Naci Ezirmik, Cahit Emre Can, Murat Topal, Sinan Yılar

Atatürk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Erişkin önkol kırıklarının tedavisinde rotasyonel ve aksiyal stabiliteyi sağlamak esas hedeftir. Bu çalışmada amacımız; intramedüller çivi tedavisinin erişkin deplase önkol diafiz kırıklarının tedavisinde etkinliği ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmektir.

P9**ZOLEDRONİK ASİTİN CERRAHİ OSTEOSENTEZ
YAPILAN İNTERTROKANTERİK FEMUR KIRIKLARINDA
MORTALİTE VE İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİLERİ**

Ömer Cengiz¹, Mehmet Emin Erdil², İbrahim Tuncay²

¹Muş devlet hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, Muş

²Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji, İstanbul

AMAÇ: Çalışmamızda Zoledronik asitin osteoporoz tedavisindeki etkinliğini ve intertrokanterik kırık cerrahisi sonrasında mortalite ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Cerrahi olarak tedavi ettiğimiz 65 yaş üstü intertrokanterik femur kırığı olan hastaları 1 yıl boyunca randomize, prospektif olarak izledik. Kemik mineral yoğunluğu ölçümü sonrasında hastalarımızı iki gruba ayırdık; post-operatif 5 mg/yıl iv zoledronik asit verilen 56 (%49) ile tedavi edilen ve 58 (%51) hastalık kontrol grubu. Bir yıllık mortaliteyle birlikte Harris Kalça skoru ve Merle d'Aubigne kalça skoru ile fonksiyonel sonuçlar değerlendirildi. Ayrıca yaş, cinsiyet, ameliyat tarafı, ek hastalık, ameliyata alınma zamanı, anestezi tipi, yapılan ameliyat tipi, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve takip sürelerine göre kategorize edilerek incelendi. Çalışmaya GFR<30 ml/dk olan hastalar ile ikiden fazla komorbidite yaratacak ek hastalığı olanlar dahil edilmedi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 78,56 (65-93) idi. Evans-Jensen sınıflamasına göre 24 hasta (%21,1) Tip 2, 28 hasta (%24,6) Tip 3, 16 hasta (%14) Tip 4 ve 46 hasta (%40,4) Tip 5 kırık olarak değerlendirildi. 38 hastaya (%33,3) DHS, 76 hastaya (%66,7) PFN uygulandı. Zoledronik asit verilen hastaların post-operatif T skorlarında kontrol grubuna göre anlamlı artış izlendi (p<0,001). Zoledronik asit grubunda mortalite %14,3 iken kontrol grubunda %34,5 olup anlamlı olarak fazlaydı (p=0,012). Her iki skorlama sistemine göre Zoledronik asit yapılan grupta anlamlı olarak daha iyi fonksiyonel sonuçlar elde edildi (Harris Kalça skoru için p=0,025 ve Merle d'Aubigne kalça skoru için p=0,020).

YÖNTEM: İzole deplase radius kırığı nedeniyle intrameduller çivi tedavisi uyguladığımız hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Ortalama takip süresi 112.7 (105-170) haftaydı. Hastaların tamamına kapalı yöntemle tespit uygulandı. Fizis hattı açık hastalar, patolojik kırığı olan hastalar, Galeazzi kırığı olan hastalar, distal radioulnar eklem instabilitesi olan hastalar, ilk başvuruda nörovasküler hasarı olan hastalar, bilateral kırığı olan hastalar ve posttravmatik malunion ve nonunionu olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Kaynama ve fonksiyonel sonuçların değerlendirilmesi Grace- Eversman kriterleri ve Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) score anketine göre yapıldı.

BULGULAR: İzole radius kırığı olan 17 erişkin hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların 11'i (%64.7) erkek, 6'sı (%35.3) kadındı. Yaş ortalaması 35.76 (23-61) idi. 11 (%64.7) hastada sağ, 6 (%35.3) hastada sol tarafta kırık vardı. Ortalama kaynama süresi 10.2 (8-20) hafta olarak değerlendirildi. Ortalama supinasyon 75.35 (67-80) derece, pronasyon 85.18 (74-90) derece idi. Hastaların DASH ortalaması 12.58 (3.3-32.5) olarak değerlendirildi. Grace-Eversman değerlendirme kriterlerine göre 16 (%94) olguda mükemmel 1 (%6) olguda iyi sonuç elde edildi.

SONUÇ: Yetişkin önkol diafiz kırıklarının cerrahi tedavisinde altın standart tedavi yöntemi plak vida osteosentezidir. Fonksiyonel sonuçlarının çok iyi olması ve plak vida osteosentezine benzer kaynama oranları nedeniyle intrameduller çivi tedavisinin önkol kırıklarında alternatif bir tedavi yöntemi olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Diafiz, intramedüller çivi, radius

SONUÇ: Osteoporotik 65 yaş üstü intertrokanterik femur kırığı cerrahi tedavisi sonrası Zoledronik asit kullanımı, mortaliteyi azaltan, fonksiyonel sonuçları iyileştiren yılda tek doz kullanımı ile yan etkileri az olan güvenilir bir tedavi modalitesidir.

Anahtar Kelimeler: İntertrokanterik kırıklar, Mortalite, Osteoporoz, Zoledronik asit

P10

OSTEOPOROTİK BİLATERAL KALÇA YETMEZLİK KIRIĞI

Mehmet Nuri Konya¹, Gökhan Maralcan¹, Ahmet Aslan²

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyon

²Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyon

AMAÇ: Ülkemizde yaşlanan nüfusumuz nedeniyle başta osteoporoz olmak üzere metabolik kemik hastalıklarına bağlı kemik kırıklarının sayısı giderek artmaktadır. Bu kırıklar yaşam kalitesini düşürmenin yanı sıra kalıcı sakatlık veya ölümle de sonlanabilir. Kalça eklemi çevresi (femur boyun, intertrokanterik ve subtrokanterik) kırıklarda internal fiksasyon, hemiartroplasti ve total kalça artroplastisi gibi farklı tedavi seçenekleri bulunmakla birlikte hem kalça çevresi hem de femur cismine uzanan kırıklarda tedavi çoklu yaklaşımı gerektirmektedir.

YÖNTEM: Ülkemizde yaşlanan nüfusumuz nedeniyle başta osteoporoz olmak üzere metabolik kemik hastalıklarına bağlı kemik kırıklarının sayısı giderek artmaktadır. Bu kırıklar yaşam kalitesini düşürmenin yanı sıra kalıcı sakatlık veya ölümle de sonlanabilir. Kalça eklemi çevresi (femur boyun, intertrokanterik ve subtrokanterik) kırıklarda internal fiksasyon, hemiartroplasti ve total kalça artroplastisi gibi farklı tedavi seçenekleri bulunmakla birlikte hem kalça çevresi hem de femur cismine uzanan kırıklarda tedavi çoklu yaklaşımı gerektirmektedir.

BULGULAR: 84 yaşında bayan Hasta yaklaşık 1 yıl önce düşme sonrası femur diafiz kırığı nedeni ile femur intramedüler çivi ile osteosentez operasyonu yapıldı. Post- op 3. Ayda kırık hattında yeterli kaynama saptanması üzerine O ekstremitesine tam yük verilmesine izin verildi. Hastaya yaşından ve geçirdiği kırık operasyonu nedeni ile Alendronat sodyum 70 mg tablet ve kalsiyum Karbonat 1000 mg effervesan tablet tedavisine başlandı. Hasta 1 yıl sonra herhangi bir düşme şikayeti olmadan her iki kalçasında ağrı ve yürüyememe şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Çekilen grafiğinde her iki Femur boyun kırığı olduğu saptandı. Hastaya acil bipolar parsiyel protez ameliyatı önerildi ancak hasta opere olmak istemediğini belirtti. Yaklaşık 3 ay sonra hasta tekrar polikliniğe başvurarak Ameliyatı kabul ettiğini belirtti. Hastaya birer hafta ara ile bipolar kalça hemiartroplasti ameliyatı uygulandı-

SONUÇ: Osteoporozun sistemik bir hastalık olması nedeni bir kez kırık geçiren ve ailesinde major kırık öyküsü olan hastalarda kırık geçirme riskinin normal popülasyona göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Olgumuz da da görüldüğü gibi osteoporotik hastalarda travma bulgusu olmadan yetmezlik kırıkları gelişebilmektedir. Kalçasında ağrı ve yürüyememe şikayeti olan hastalarda yetmezlik kırıkları akılda tutulmalıdır. Yaptığımız literatür incelemesinde Femur diafiz kırığı sonrasında nontravmatik bilateral femur boyun kırığı geçiren bir vakaya literatürde rastlayamadık.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, Femur Boyun Kırığı

P11

SİNOVYAL SARKOM

*Mehmet Sabri Balık, Adem Erkut, Yılmaz Güvercin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji
Ana Bilim Dalı*

AMAÇ: Ekstremitte travması sonrası dizde ağrı şikayeti olan hastanın, travma bölgesinin değerlendirmesi esnasında belirlediğimiz, klinik olarak myositis ossifikası taklit eden sinovyal sarkom (SS) olgusunu sunduk.

YÖNTEM: 12 yaşında erkek hasta. Sol dizde ağrı ve şişme yakınması ile polikliniğimize müracaat etti. Anamnezde yaklaşık 2 ay önce futbol oynarken sol dizine lateralden aldığı darbe sonrası başlayan ağrı hikayesi vardı. Radyolojik ve klinik değerlendirme yapıldı. Sol diz ligamentöz strain tanısıyla poliklinik takibe alındı. Dizdeki şişlik geriledi. Ağrı uyluk distalinde lateralde yaklaşık 2 cm lik alanda lokalize oldu. Ağrının lokalize olduğu bölgede sol diz ön arka direkt grafide yumuşak doku içinde paraosteal yerleşimli yaklaşık 1 cm lik kalsifiye kitle vardı. Anestezi öncesi ağrılı bölge marker kalemi ile işaretlendi. Kalsifiye kitle skopi vizyonunda görüntülendi. İşaretlenen ağrılı bölge üzerine kılavuz olarak lateralden halka şeklinde tel kondu. Skopi vizyonunda kılavuz tel ile kalsifiye kitlenin aksiyel hatta uyumlu olduğu görüldü. Rejyonal anestezi altında sol uyluğa turnike uygulandı. Uyluk lateralden yaklaşık 2 cm lik insizyon ile girildi. Tensor faysa lata açıldı. Vastus lateralisin üzerinden yaklaşık 2X10 mm boyutta madeni para şeklinde yüzeyi parlak kıkırdak dokusuna benzer yapı insizyon hattından görüldü. Kitle mobildi. Çevre dokuya yapışıklığı yoktu. Çevre dokuda anormal görüntü yoktu. Kitlenin patolojik incelemesi yapıldı. Hastanın ameliyat sonrası 1. ayda diz lateraldeki ağrısı yoktu. Dizin aktif ve pasif hareketleri ağrısızdı.

BULGULAR: Hasta desteksiz yürüyordu. Fakat ağrı yürümesini etkiliyordu. Yürüme esnasında sol alt ekstremitenin stand fazı kısaydı. İncelemede sol diz lateralde yaygın şişlik vardı. Sol dizin aktif ve pasif fleksiyon ve ekstansiyon hareketi esnasında

diz lateralinde ağrı oluşuyordu. Palasyonla, özellikle uyluk lateralde ve distalde lokalize edilen hassasiyet vardı. Sol diz varusa zorlandığında lateral kollateral ligaman bölgesinde provake olan ağrı oluşmaktaydı. Sol dizin instabilite testleri negatifti. Rutin biokimya değerleri normal sınırlardaydı. Röntgen ve magnetik rezonans görüntüleme yapıldı (Figure-1).

SONUÇ: SS yumuşak doku tümörlerinin %5-10'u oluşturur. Büyük bölümü ekstremitte çevresinde yerleşim gösterirken, daha küçük oranda boyun, kalp ve akciğer yerleşimi görülmektedir. Ekstremitede diz eklemi gibi büyük eklem çevresinde yerleşmektedir. Eklem kapsülü, tendon kılıfı, bursa ve fasyal yapılar ile yakın ilişkilidir. Primitif mezenkimal hücrelerden kaynaklanmaktadır. SS kalsifiye ise radyografide yumuşak doku içinde belirlenebilir. Metastatik yayılımı sıklıkla regional lenf bezleri ile akciğerdir. Histolojik olarak bifazik, monofazik ve kötü diferansiye tipleri vardır. Olgumuzun immun histokimyasal incelemesinde Ki 67 proliferasyon indeksi hafif yüksek (%5-6) bulundu. Vimentin pozitif. CK 7 ve EMA fokal pozitif. Histolojik olarak bifazik tipti. Olgumuzda SS olduğu bölgede hastanın semptomu yoktu. Bu bölgenin travmaya maruz kalması sonrası oluşan yaralanmanın değerlendirmesi esnasında rastlantı sonucu kalsifiye kitle belirlendi. Böylece semptom vermeden erken evrede tanısı kondu. Cerrahi tedavisi yapıldı. Olgumuzda olduğu gibi hikaye ve radyolojik olarak myositis ossifikans düşünülen olgularda SS akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Miyositis ossifikans, sinovyal sarkom, yumuşak doku tümörü

P12

EPİLEPSİ NÖBETİ ESNASINDA OLUŞAN BİLATERAL OMUZ ÇIKIĞI

*Mehmet Sabri Balık, Yılmaz Güvercin, Adem Erkut
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji
Ana Bilim Dalı, Rize*

AMAÇ: Epileptik nöbete bağlı spontan lokomotor sistem yaralanmaları oluşabilir. Çoğunlukla yaralanmaya yatkınlık oluşturan ilave bir neden vardır. Biz epilepsi nöbeti esnasında oluşan, geçmişinde yaralanmaya yatkınlık oluşturabilecek etken olmayan spontan bilateral glenohumeral eklem çıkığı oluşan olguyu sunduk.

YÖNTEM: 45 yaşında erkek hasta. Gece uyku esnasında, yatağında her iki omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınması ile uyandı. Travma hikayesi yoktu. Mevcut şikayetlerle hastanemiz acil servisine müracaat etti. Eşi, hastanın bu süreç esnasında kasılmalarının olduğunu ve idrar kaçırdığını belirtti. Hastanın ön tanısı epileptik nöbeti. Hasta ameliyathaneye alındı. Sedasyon altında her iki glenohumeral eklem çıkığı Hipokrat manevrası ile redükte edildi. Velpau bandaj ile her iki omuz eklemi tesbit edildi. Nöroloji konsültasyonu yapıldı. Epilepsi etyolojisini belirlemeye yönelik klinik ve radyolojik değerlendirme yapıldı. Hasta çıkıkların redüksiyonu ve gözlem sonrası nöroloji ve ortopedi poliklinik takibe alındı.

BULGULAR: Hastanın klinik değerlendirmesinde her iki omuz ekleminde ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınması vardı. İncelemede omuzlarda deformite ve apolet bulgusu vardı. Omuz eklemlerinin aktif hareketi yoktu. Pasif olarak hareket kısıtlı ve ağrılı idi. Her iki aksiller sinir dermatomunda hipoestezi vardı. Radyolojik tetkik sonucu iki glenohumeral eklemden de çıkık mevcuttu (Figure 1). Hastanın özgeçmişinde epileptik nöbet, omuz çıkığı, sistemik bir hastalık ve herhangi bir ilaç kullanım hikayesi yoktu. Hastanın çocukluğunda yüksekten düşme sonucu kafa içi kana nedeniyle ameliyat hikayesi vardı. Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde glc, Na, K, Ca, Alp, Üre, Kreatinin, Hb, SGOT, SGPT değerleri normal sınırlarda idi. Nörolojik değerlendirmesinde yapılan beyin magnetik rezonans

görüntülemesinde, beyinde skar odağı tesbit edildi (Figure 2). Çocukluktaki geçirdiği kafa travması sekeli olarak beyindeki skar odağı ilişkilendirildi.

SONUÇ: Glenohumeral eklem çıkığı acil serviste sık karşılaştığımız büyük eklem çıkıklarındandır. Çoğunlukla tek taraflıdır. Etiyolojisinde travma vardır. Ancak eklem çıkığını oluşturan neden karşımıza olgumuzda olduğu gibi çocuklukta meydana gelmiş kafa travması sekeline bağlı epileptik nöbet gibi nadir bir durum olabilmektedir. Bu durumda klinik tanının yanında detaylı anamnez tanı yöntemlerinin köşe taşlarından biri olarak düşünülebilir. Epileptik nöbet esnasında o kadar güçlü tonik klonik kasılmalar olur ki lokomotor sistem yaralanmasına neden olabilir. Locomotor sistem yaralanmaları olarak; kemik kırığı, eklem çıkığı, tendon rüptürüne kadar varabilen olgular bildirilmiştir. Özellikle nöbet esnasındaki spontan tendon rüptürlerinde, uzun süreli antiepileptik tedavi predispozan faktör olarak bildirilmiştir. Bunun yanında nöbete bağlı düşme de yaralanma için risk oluşturmaktadır. Spontan bilateral eklem çıkığı olan hastalarda epileptik nöbetin neden olabileceğini ve multidisipliner çalışmanın gerekli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, omuz çıkığı, spontan çıkık

P13

BİLATERAL BİFİD MEDİAN SİNİR VARIASYONU VE KARPAL TÜNEL SENDROMU(OLGU SUNUMU)

*Adem Erkut¹, Mehmet Sabri Balık¹, Yılmaz Güvercin¹,
Davut Keskin²*

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Üst ekstremitenin ensık görülen kompresyon nöropatisi olan Karpal Tünel Sendromu'nda bifid median sinir; oldukça nadir görülen, zor tespit edilebilen ve komplikasyonlara sebep olan anatomik

bir varyasyondur. Bu çalışmada bilateral bifid median sinir olgusu sunulmuş ve karpal tünel sendromunun teşhis ve tedavisi tartışılmıştır.

YÖNTEM: Karpal tünel sendromu (KTS); median sinirin el bileği seviyesinde kompresyon nöropatisi olarak bilinir. Median sinirin önkol ve el bileğindeki anatomik varyasyonları da KTS'na sebep olabilir. KTS'unda bifid median sinir oldukça nadir görülür, ameliyattan önce tesbiti zordur ve ameliyat sırasında komplikasyonlara sebep olabilir. Bu çalışmada, açık cerrahi tedavi esnasında patent median arter ve aberan muskulotendinöz yapılar olmaksızın bilateral bifid median sinir varyasyonu bulunduğu tesbit edilen bilateral karpal tünel sendromlu (sol nüks) 45 yaşında bayan olgu sunulmuş ve KTS'nun teşhis ve tedavisi tartışılmıştır.

testlerin (EMG) eşliğinde teşhisin konup, altta yatan etiyoloji ne olursa olsun, konservatif tedavi ile zaman kaybetmeden, standart açık karpal tünel cerrahisi ile karpal tünelin eksplore edilmesi gerektiğine inanıyoruz. Böylece hem etiyoloji ortaya konmuş hem de median sinirin dekompresyonu sağlanarak kesin tedavi gerçekleştirilmiş olacaktır. Bu çalışmada sunulan olguda olduğu gibi, nadir de olsa bifid median sinir varyasyonu olabileceği akılda tutulmalı, cerrahi sırasında sinir dokusunu yeterince ortaya koyan yaklaşımlar tercih edilmelidir. Böylece median sinirin karpal tünel içerisinde uzanan her iki dalının da zarar görmeden transvers karpal ligamentin tam olarak kesilmesi yolu ile dekompresyonu mümkün olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Açık cerrahi tedavi, bifid median sinir, karpal tünel sendromu

50

BULGULAR: Her iki el ve el bileğinde geceleri daha fazla olan, uykudan uyandıran ve gittikçe artan ağrı ve uyuşma şikayetiyle 45 yaşında bayan hasta polikliniğimize müracaat etti. Hasta, şikayetlerinin bir yıldan beri devam ettiğini, başka bir merkezde medikal ve sol taraftan cerrahi tedavi olduğunu ancak şikayetlerinin düzelmediğini ifade etti. Fizik muayenede, rutin tetkik ve Elektromiyografide(EMG) bilateral ağır karpal tünel sendromu ile uyumlu bulgular tespit edildi. Hastada bilinen ilave bir hastalık yoktu. Klinik ağır olduğundan hastaya açık cerrahi tedavi önerildi. İntravenöz sedasyon ve lokal anestezi eşliğinde, turnike altında önce sol bir ay sonra sağ tarafa standart açık KTS cerrahisi uygulandı. Ameliyatlarda, kalın ulnar parçayla ayrılmış bifid median sinir varyasyonu olduğu görüldü. Patent median arter veya aberan muskulotendinöz yapılar yoktu (Resim-1,2). Ameliyatlardan sonrası 1. günde hasta ağrının ve uyuşmanın önemli oranda azaldığını ve elinin rahatladığını ifade etti. Postop 15. günde suturler alındıktan sonra ellerini sorunsuz olarak rutin işlerde kullanmaya başladı. Hastanın bir yıl sonraki kontrolünde hiçbir şikayeti yoktu.

SONUÇ: Biz, KTS'unda klinik hikaye ve fizik muayenenin yanı sıra altın standart sayılan elektrodiagnostik

P14

RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARINDA EKSPANSE OLABİLEN ESNEK KİLİTLİ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ UYGULANMASI VE ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Murat Çalbıyık¹, Sinan Zehir², Deniz İpek¹

¹ Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Çorum

² Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversite Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji, Çorum

AMAÇ: El bileği vücudun en komplike eklemlerinden biridir. El bileği fonksiyonları ve karpal kemiklere destek için distal radius eklem yüzeyinin düzgün olması

gerekmektedir. Eklem içi veya dışı yanlış kaynaklı kırıklarda, el bileğinin hareketlerinde kayıp, radiokarpal ekleme gelen yük dağılımında değişiklik, kavrama gücünde azalma, radioulnar ve radiokarpal instabilite olduğu bilinmektedir. Distal Radius kırıklarında konservatif tedavi, kirschner telleri ile osteosentez, eksternal fiksator uygulaması ve plak osteosentezi gibi yöntemler kullanılabilir. İntramedüller tespit yöntemleri çeşitli distal radius kırıklarının tedavisinde kullanılmaktadır. Bu çalışmada eklem dışı ve basit eklem içi distal radius kırıklarında ekspansize olabilen esnek kilitli intramedüller çivi (Sonoma) uygulanan olguların sonuçları değerlendirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: İzole eklem dışı ve basit eklem içi kırık(AO A2.2, A2.3, A3.1, C2.1, C2.2) nedeni ile intramedüller tespit uygulanan takip süresi en az 6 ay olan 2 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara başvurularını takiben kapalı redüksiyon sirküler alçı tedavisi uygulandı. Alçı tedavisi sonrası çekilen kontrol grafilerinde herhangi bir planda 15 dereceden fazla açılma, 2mm'nin üstünde eklem içi basamaklaşma ve 2mm'nin üzerinde radial kısalık varsa hastalara ekspansize olabilen esnek kilitli intramedüller çivi uygulandı. Olgularımızın 19'u(%70.37) kadın, 8'i(29.63) erkek idi. Hastalarımızın yaş ortalaması 56.7(31-89) olarak tespit edildi. Kırık pozisyonu skopi kontrolünde Kirschner teli ile geçici tespit uygulanmış ardından raidal stiloid proses üzerinden 2cm uzunluğunda bir kesi yapılmış, 1. ve 2. ekstansör kompartman arasından girilerek uygun yer açıcıları ile hazırlık sonrası çivi uygulanmış proksimal de bulunan 2 kanat yapılarının açılmasını takiben distalde rehber yardımıyla 3 adet vida ile, kırık tespiti sağlanmıştır. Cerrahi tedavi sonrası parmak hareketlerine hemen başlanmış, yara iyileşmesi için 1 hafta statik el bileği splinti kullanılmış 1. haftadan sonra el bileği egzersizlerine başlanmıştır. 3,6,12 hafta ve 6. ayda kontrolleri yapılmış klinik sonuçlar Görsel Analog Skala (VAS), ve fonksiyonel değerlendirmeleri MAYO Klinik el bileği skorlama sistemine göre yapıldı.

BULGULAR: Hastaların ameliyat süresi ortalama 33 dakika (21-56) olarak tespit edilmiştir. 23 hasta ameliyattan bir gün sonra taburcu edilmiştir. 4

hasta ise eşlik eden sistemik hastalıklar nedeni ile 5. günden sonra taburcu edilebilmiştir. Son takip değerlendirmesinde yaralanmış tarafa göre yaralı bilekte aktif hareket açıklığı; fleksiyon %94, ekstansiyon, %93, ulnar deviasyon %92, radial deviasyon %89, pronasyon %99, supinasyon %99 olarak tespit edilmiştir. fonksiyonel sonuçlar; MAYO Klinik el bileği skorlarına göre değerlendirildiğinde %89,5 olarak tespit edilmiştir. Ortalama VAS skoru 0.8(0-3) elde edildi. Redüksiyon kaybı 1 hasta da görüldü. 2 hasta da 3 ay içerisinde düzelen geçici duysal, yüzeysel radial nörit gelişti. 1 hasta da tenosinovit görüldü.

SONUÇ: Sınırlı hasta sayısı nedeni ile kesin sonuç çıkarılmamakla birlikte eklem dışı ve basit eklem içi distal radius kırıklarının tedavisinde ekspansize olabilen esnek kilitli intramedüller çivi uygulamasının sınırlı cerrahi diseksiyon ile kolay uygulanabilen, minimal postoperatif immobilizasyon ve erken fonksiyonel geri dönüşe izin veren, düşük komplikasyon oranı olan bir yöntem olduğu çıkarımına varılabilir. İntramedüller esnek ekspansize rijit fiksasyon volar ve dorsal plak komplikasyonlara yatkın hastalar için iyi bir alternatif tedavi yöntemidir. Düşük profilli intramedüller implant olması, volar periostun korunması implant tespit sırasında kırık fragman parçalarının vaskülarizasyonunun korunması nedeni ile iyi bir tedavi yöntemidir. Daha büyük hasta gruplarında yapılacak çok merkezli çalışmalar mevcut osteosentez yöntemlerine göre avantajı olup olmadığını ortaya çıkacaktır.

Anahtar Kelimeler: Distal Radius Kırıkları, Esnek Rijit İntramedüller Çivi, Minimal İnvaziv Cerrahi

P15**DİSTAL RADIUS KIRIKLARINDA İNTRAMEDÜLLER
NAIL İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ**

Murat Çalbıyık¹, Ali Aydoğdu¹, Sinan Zehir², Deniz İpek¹

*¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Çorum*

*²Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ortopedi Ve Travmatoloji Çorum*

AMAÇ: Distal Radius kırıkları acil serviste görülen kırıkların %15-20'sini oluşturur. Radius distal uç kırıklarının tedavisinde alçılama, kapalı redüksiyon, eksternal tespit, açık redüksiyon ve internal tespit bu kırıkların tedavisi için uygulanan çeşitli tekniklerdir. Distal Radius kırıkları için geliştirilen intramedüller çivilerde bunlardan biridir. Bu çalışmada MİCRONAIL (Wright Medical Technologies) ile tedavi edilen 20 hastanın fonksiyonel ve radyolojik sonuçları değerlendirilerek intramedüller tekniğin avantaj ve dezavantajlarını ortaya koymaya çalıştık.

YÖNTEM: Bu çalışmada Eylül 2011-Temmuz 2012 tarihleri arasında instabil distal radius uç kırığı sonucunda micronail ile intramedüller tespit uygulanan 20 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. 16'sı kadın 4'ü erkek olan çalışma grubunun ortalama yaşı 60.3 (dağılım: 21-83) idi. 14'ü düşme, 3'ü trafik kazası, 2'si spor yaralanması, 1 hasta darp nedeni ile opere edildi. Beraberinde kalkaneus kırığı, lomber vertebra kırığı, aynı taraf omuz çıkığı ve karşı taraf humerus kırığı eşlik etmekteydi. Ameliyata kadar geçen süre ortalama 5.1 (1-9) gündü. A sınıflamasına göre 8 vaka A2, 10 vaka A3, 2 vaka C2 idi. Redüksiyon sonrası yapılan kontrolde 15 derece üzeri dorsal veya volar açılma 2mm üzeri eklem içi basamaklanma, 2mm üzeri radial kısalık olan vakalarda instabilite nedeni ile cerrahiye karar verildi. Ortalama operasyon süresi 34.6 (22-55) dakika, takip süresi 20.9 (15-26) aydır. Hastalara floroskopi eşliğinde kapalı manüplasyon uygulandı. Radiusun ulnar tarafından bir kirschner ile tespit yapıp, radial stiloid üzerinden 2cm insizyon ile girilip raspalama işlemi yapıldıktan sonra uygun çaptaki implant yerleştirildi. Distal 3 adet subkondral kilitli vida ile tespit yapıldı. Proksimal kilitlenme ise 2 adet vida ile yapıldı. Bütün hastalara postoparatif statik el bileği splinti uygulandı. 5. günde egzersize başlandı. 3,6,12

haftalar ve 12. ayda kontrollere çağırıldı. Kontrollerde volar tilt, radial yükseklik ve radial inklinasyon açıları ölçüldü hastanın fonksiyonel değerlendirilmeleri MAYO Klinik modifiye el bileği skorumu göre yapıldı.

BULGULAR: Tüm hastalarda ortalama kaynama süresi 6.8 (5-9) haftadır. Hiçbir hastada tendon rüptürü, kompleks bölgesel ağrı sendromu, redüksiyon kaybı gibi majör komplikasyonlar gelişmedi. 1 hastada antibiyotik tedavisine cevap veren yüzeysel yara enfeksiyonu ve 1 hastada derin yara enfeksiyonu gelişti. Kırık kaynadıktan sonra 3. ayda implant çıkarıldı. 2 hastada süperfisial radial sinir arazi gelişti. Hastaların takiplerinde 3. ayda iyileşme görüldü. 1 hasta da ekstansör pollicis brevis tendonunda geçici tenosinovit gelişti. Hiçbir hastada tendon rüptürü görülmedi. Hastaların ortalama el bileği fleksiyonu 60, ekstansiyon 68, pronasyon 75, spinasyon 77, radial deviasyon 21, ulnar deviasyon 30 elde edildi. Fonksiyonel sonuçlar MAYO Klinik el bileği skorumu göre değerlendirildiğinde 11 hasta mükemmel, 6 hasta iyi, 2 hasta orta 1 hasta kötü olarak tespit edildi. Ortalama MAYO skoru 87,5 idi.

SONUÇ: Klinik olarak bir sorun oluşturmaya da istatistik analizler sonucunda radial inklinasyon ve fleksiyon değerleri sağlam tarafla kıyaslandığında anlamlı derece de düşük idi. ($p < 0.05$) Küçük bir kesiden uygulanabilmesi, minimal yumuşak doku diseksiyonu, yük paylaşan biyolojik bir tespit elde edilmesi intramedüller raspalama sırasında ortaya çıkan kemik yongaları nedeniyle kaynamaya etkisi ve uygun çapta konulmasından dolayı redüksiyonu kolaylaştırması erken el bileği hareketlerine izin vermesi bu tekniğin avantajlarından. Sonuç olarak hem kendi verilerimizi hemde literatürdeki verileri değerlendirdiğimizde distal radius kırıklarında uygulanan intramedüller tespit, kırık bölgesinde yeterli mekanik stabiliteyi sağlaması ve buna bağlı olarak erken aktif egzersizlere izin vermesi, minimal invaziv teknikle uygulanabilmesi ve biyolojik bir tespit olması gibi avantajlarına rağmen eklem uzanan parçalı kırıklarda kullanımının sınırlı olması ve endikasyonlarının volar plak kadar geniş olmaması dezavantajdır.

Anahtar Kelimeler: Distal Radius Kırığı, İntramedüller Nail, Mikronail, Minimal İnvaziv Cerrahi

P16**İPSİLATERAL RADIUS DİAFİZ VE RADIUS
BOYUN KIRIKLI OLGUDA İNTRAMEDULLER ÇİVİ
UYGULAMASI**

Ahmet Köse, Cahit Emre Can, Ali Aydın, Murat Topal
Atatürk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim
Dalı, Erzurum

AMAÇ: İpsilateral radius diafiz ve radius boyun kırığı erişkinlerde nadir izlenen bir kırık tipidir. Segmente ve parçalı önkol kırıklarında intrameduller çivi tespiti tercih edilen tedavi yöntemidir. Aynı taraf radius diafiz ve boyun kırığı olan bu olguyu; ameliyat sonrası ek tespit materyali kullanmadan, erken dönemde dirsek ve önkol hareketlerine olanak vermesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: 33 yaşındaki erkek olgu, sağ kolu üzerine eli açık olarak düşme sonrası acil serviste değerlendirildi. Önkolda şekil bozukluğu ve ağrı şikayetiyle başvuran olgunun sağ önkol direkt grafisinde radius distal 1/3' te oblik ve radius boynunda minimal deplase transvers kırığı mevcut idi.

BULGULAR: Olgunun sağ önkolunun inspeksiyonunda radial distal 1/3'ü şiş, ekimotik ve deforme izlenmekte idi. Palpasyonla radius başı ve radiohumeral eklem üzerinde ağrı ve hassasiyeti olan olgunun nörolojik ve vasküler hasarı yoktu. Olguda kompartman sendromu açısından pasif germe testi negatif idi. İpsilateral sağ radiusta, kapalı, distal 1/3'te oblik (AO/OTA Tip 22A2) ve radius boynunda transvers kırığı (AO/OTA Tip 21A2) olan olguya yeni nesil radius intrameduller çivi ile tespit uygulandı. Ameliyat sonrası direkt radyografide maksimum radial eğimin bozulmadığı izlenmekte idi.

SONUÇ: Önkol kırıklarının cerrahi tedavisinde intrameduller çiviler kullanımı kabul edilmiş, parçalı ve segmente kırıklarda tercih edilen tespit materyalleridir. Radius başı ve boyun kırıkları; dirsek çevresinde en sık görülen; ek bağ yaralanmaları ve eşlik eden kemik kırıklarının izlendiği kırıklardır. İzole minimal deplase radius boyun kırıklarında konservatif tedavi metodları ile birlikte erken dönem ROM (range of motion) egzersizleri başlanması önerilmektedir. Cerrahi tespit

gerektiren radius diafiz kırığı ve konservatif olarak takip edilebilecek radius boyun kırıklı bu olguda kullandığımız intrameduller çivi tespit metodu; radius diafiz kırığı için geniş cerrahi ekspozur kullanımını ve geniş yara izi oluşmasını önlemiş, alçı- atel ile uzun süren immobilizasyona gereksinimi azaltmış ve ameliyat sonrası erken dönemde dirsek ve önkol hareketlerine olanak sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Radius, dirsek, diafiz, intrameduller

P17**ERİŞKİN ÖNKOL ÇİFT KIRIKLARININ ALTERNATİF
TEDAVİSİ: YENİ TASARIM İNTRAMEDULLER ÇİVİ**

Ahmet Köse, Ali Aydın, Naci Ezirmik, Cahit Emre Can,
Murat Topal, Tugay Tipi
Atatürk Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim
Dalı, Erzurum

AMAÇ: Erişkin deplase radius ve ulna diafiz kırıklarının cerrahi tedavisinde intrameduller çivi tedavisinin sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Radius ve ulna kırığı nedeniyle intrameduller çivi tespiti uyguladığımız 18 hasta (36 önkol kırığı) retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya; deplase önkol çift kırığı olan erişkin hastalar dahil edildi. Fizis hattı açık hastalar, patolojik kırığı olan hastalar, Monteggia ve Galeazzi kırığı olan hastalar, distal radioulnar eklem instabilitesi olan hastalar, ilk başvuruda nörovasküler hasarı olan hastalar, bilateral kırığı olan hastalar ve masif yumuşak doku ve kemik kaybı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

BULGULAR: Hastaların 13'ü (%72.2) erkek, 5'i (% 27.8) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 35.16 (18-63) idi. 12 (%66.7) hastanın sağ, 6 (%33.3) hastanın sol önkolunda kırık vardı. Ortalama takip süresi 77.7 (55-162) hafta, ortalama kanama miktarı 51.11 (15-100) ml, ortalama kaynama süresi 11.3 (8-20) hafta, ortalama ameliyat süresi 61,94 (45-80) dakika ve ortalama skopi süresi ortalama 2 (1-5) dakika olarak

değerlendirildi. Grace-Eversman kriterlerine göre yapılan değerlendirilmesinde 14 (%77.8) hastada mükemmel, 3 (%16.8) hastada iyi ve 1 (%5.6) hastada kabul edilebilir sonuç elde edildi. DASH anket skoru ortalaması 15.15 (4-38.8) olarak değerlendirildi. Ameliyat esnasında iyatrojen damar, sinir, ve kemik hasarı izlenmedi. 1 hastada ameliyattan dört ay sonra uygulama ve teknik sonucunda ekstansör pollicis longus tendonu geç rüptürü gerçekleşti.

SONUÇ: İntrameduller tespit yönteminin; kapalı uygulanabilmesi, kısa ameliyat süresi, kozmetik sonuçlarının iyi olması, erken hareket başlanması gibi avantajları vardır. İntrameduller tespit yöntemini klinik ve fonksiyonel sonuçlarının çok iyi olması nedeniyle radius ve ulna diafiz kırıklarının cerrahi tedavisinde plak osteosentezine alternatif bir tedavi metodu olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: İntrameduller çivi, radius, ulna

P18

BACAKTA HEMATOMU TAKLİT EDEN DEV BAKER KİSTİ

*Mehmet Sabri Balık, Adem Erku, Yılmaz Güvercin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji
Ana Bilim Dalı, Rize*

AMAÇ: Bacak bölgesi anatomik lokalizasyonu nedeni ile travmaya oldukça fazla maruz kalmaktadır. Bizde bacakta travma sonrası oluşan hematomu taklit eden dev baker kisti olan olgumuzu sunduk.

YÖNTEM: 24 yaşında erkek hasta. Bacağında ağrı ve şişlik yakınması ile polikliniğimize müracaat etti. Hikayesinde üç hafta önce futbol oynarken sağ bacağına aldığı darbe sonrası bacakta ağrı ve şişlik başladığını belirtti. Öz geçmişinde sağ dizinde aktiviteyle artan tekrarlayan ağrısı vardı. Bacaktaki şişliğin ve ağrının geçmemesi nedeniyle başka bir merkeze müracaat etti. Klinik ve USG değerlendirmesi sonrası hematom tanısı kondu. Sağ bacakta derin doku yerleşimli hematom iğne ile aspire edildi. Kitle kayboldu. Hastanın kliniği rahatladı. Rutin yaşamına

döndü. Üç gün sonra bacakta şişlik tekrar oluşmaya başladı. İstirahatla artıp aktiviteyle azalmaya başladı. Son günlerde ağrı ve şişlikte artma olunca hasta polikliniğimize müracaat etti. Klinik ve radyolojik değerlendirmesi yapıldı. Bacağa uzanan baker kisti (BK) tanısı kondu. Cerrahi tedavi planlandı. Popliteal bölgeden girilerek BK drene edildi. Dize uzanan lümen bağlandı.

BULGULAR: Hasta antalgik yürüyordu. Sağ bacak orta hatta posteriorde 10X15X15 cm boyutlarında elipsoit şişlik vardı. Bacak gergindi. Kitlede hassasiyet vardı. Bacak distal nabızlar palpablidi. Motor ve duysal defisit yoktu. Diz ekleminde hareketle krepitasyon vardı. Ayak bileği hareketlerinde bacakta ağrı oluşuyordu. X ray de diz ekleminde evre 4 kondromalazi vardı. MRI da bacak posteriorde yerleşim gösteren 10X15X15 cesamette hipointens içi sıvı dolu yapı vardı. Kist diz eklemi ile popliteal bölgeden ilişkiliydi.

SONUÇ: Popliteal kistler ilk defa 1840 yılında Adams tarafından tanımlandı. 1877 yılından sonra William Marrant Baker isminden kaynaklanan Baker kisti (BK) olarak isimlendirilmeye başlandı. BK popliteal fossalarda sıvı artışı ile oluşmaktadır. Yetişkinlerde bu fossalar çoğunlukla eklemlerle ilişkilidir. Fakat çocuklarda popliteal bursalardaki izole şişlikler şeklindedir. BK yetişkinlerde çoğunlukla diz içi patolojilerin neden olduğu sinovyal sıvı artışı neticesinde oluşur. Oluşan bu sıvı artışı vücut ağırlığı etkisiyle diz eklemi içinde basınç artışına neden olur. Basınç artışının etkisiyle diz arka kısımdaki kapsülün zayıf bölgelerinden popliteal bursalarla ilişki oluşabilir. Bu ilişki dar lümen yoluyla sağlanmaktadır. Bu lümen diz fleksiyondayken açılan fakat diz ekstansiyondayken kapanan valv mekanizması içerir. Diz fleksiyondayken valv açık olduğundan kist yumuşaktır, diz ekstansiyondayken valv kapalı olduğundan kistin gerginliği artar. Buna Foucher Sign denir. BK çocuklarda juvenil artrit ile oluşabilir. Ayrıca kartilaj yırtığı, romatoid artrit ve diğer diz patolojileri ile oluşabilir. Çoğunlukla degeneratif artrit ile ilişkilidir. Olgumuzda dizde degeneratif değişiklikler vardı. Bu değişikliklere sekonder dev BK gelişti. Diz arkasından bacağa uzanmaktaydı. Bacaktaki hematomların ayırıcı tanısına BK alınmalıdır.

P19

LOKOMOTOR SİSTEMİN SIRA DIŞI YARALANMALARI

*Mehmet Sabri Balık, Yılmaz Güvercin, Adem Erkut
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize*

AMAÇ: Çalışmamızın amacı, lokomotor sistemin yabancı cisimlere (YC) bağlı sıra dışı yaralanmalarıyla gelen hastalarda morbidite oluşturabilecek faktörlerin belirlenmesidir.

YÖNTEM: Haziran 2009 ile Kasım 2013 tarihleri arasında lokomotor sistemin YC'e bağlı sık görülmeyen yaralanmasıyla hastanemize müracaat eden 11 hasta dahil edildi. Hastanın yaşı, cinsi, YC'in cinsi, büyüklüğü, giriş yeri, tanı şekli, yaralanma yeri ve fonksiyonel durumu kayıtlı edildi.

BULGULAR: Olguların yaş ortalamaları 30,9(24-60) yıl idi. 2'si kadın 9'u erkekti. YC olguların 1'inde sıvı, 2'sinde odun, 8'inde metaldi. Sıvı YC önkola inektisite enjektisyonuydu. Ultrasonografi (USG) ile tanı kondu. Odun olan YC tanılarını birkaç ay sonra lokal enflamasyon bulguları kliniği oluşunca USG'yle kondu. Metal YC'in 7'si gözle görülecek cesamette idi. Ekstremiteler yerleşimliydi ve ekstremiteleri delip geçti. Sadece biri ayakta fleksör tendon içinde idi. Radyografik olarak tanı konmuştu. Olguların birinde cerrahi tedavi gerektirecek akromion kırığı, birinde önkolda fleksör tendon yaralanması vardı. Olgularda sekel kalmadı.

SONUÇ: Yaralanmaya neden olan YC, muayenede belirlenemezse komplikasyon gelişmedikçe tanısı konamayabilir. Olgularımızın Yaralanma bölgelerinde lokalize ağrı ve şişme yakınması vardı. Birden çok kez doktora müracaat etti. Hastanın çıktı diye yönlendirmesi ve röntgende odun parçasının görülememesi nedeniyle yabancı cisim tanınmadı. Yaralanma bölgelerinde fistül gelişti. Eksplozasyon esnasında YC belirlendi. YC'in ilk değerlendirmesinde %90'a yakın kısmı belirlenebilmektedir. Kullanılan görüntüleme yönteminde cisimleri belirlemek için cisimlerin yapısı önemlidir. Yapılan bir çalışmada çıkartılan YC değerlendirildi. Cam, metal ve odun oldukları belirlendi. Metalik YC radyoopak oldukları için X ray'de belirlenebilir. Fakat bu cisimler radyoopak

olan kemik korteksle üst üste geldiklerinde X ray'de tanınamayabilir. Bu nedenle değerlendirilen bölgenin en az iki planlı X ray değerlendirilmesi yapılmalıdır. Radyolusent YC tanınmasında ve yumuşak dokudaki lokalizasyonunu belirlemede X ray'e göre USG avantajlıdır. Bir olgumuzda yabancı cisim inektisite. Lokal etkinin yanında sistemik etkiye oluşturabilirdi. Tanıda ve sıvının miktarı konusunda USG kullanıldı. Diğer bir olguda ise ayakta fleksör tendon içinde yerleşen iğne parçasının lokalizasyonu USG ile belirlendi. YC'in erken belirlenip çıkartılması önemlidir. Tüm YC'in %70'i acil serviste çıkartılmaktadır. Bu cisimler enfeksiyon, sinovitis, abse gibi komplikasyonlar oluşturabilirler. Bunun yanında damar, sinir gibi anatomik yapılar ile ilişkileri önemlidir. Çünkü YC yüzey yapısına bağlı olarak hareketi ile çevre dokuda yaralanma oluşturabilir. Ayrıca büyük yabancı cisimler yaralanma traktı boyunca çevre dokuyu sıkıştırdıkları için cisimlerin hareketi ile sürtünme etkisine bağlı olarak çevre dokularda yaralanma oluşturabilir. Bu nedenlerden dolayı olgularımızda YC'in traktı cerrahi olarak anatomik planlara uygun şekilde genişletildi. Cisimler çevre dokuyla sürtünme oluşturmadan çıkartıldı. YC'in yüzey yapısı, büyüklüğü, cinsi, fonksiyonel anatomik yapılarla yakınlığı morbidite ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Ekstremiteler yaralanması, radyolojik görüntü, yabancı cisim

P20

NADİR GÖRÜLEN OLGU: TALONAVİKÜLER EKLEMDE PİGMENTE VİLLONODÜLER SİNOVİT

*Yılmaz Güvercin, Mehmet Sabri Balık, Adem Erkut,
Nurettin Manti*

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize*

AMAÇ: Pigmente villonodüler sinovit (PVNS) eklem tendon kılıfında görülen eklem dışı bursayı tutabilen, etiyolojisi tam olarak açıklanamayan, sinovyanın iyi

huylu proliferatif hastalığıdır. Genellikle 3-4. dekatlarda görülür. Klinikte tutulan eklemde ağrı, şişlik, eklem hareket kısıtlılığıyla karşılaşılır. En çok diz eklemde, ardından kalça ve parmaklarda görülür. Diffüz ve lokalize diye iki gruba ayrılır. Tedavide açık veya artroskopik sinoviektomi, artroplasti ve radyoterapi seçenekleri kullanılabilir. Lokal nüks görülebilmekle beraber malign dönüşüm bildirilmiştir. Biz talonavikular eklemde kaynaqlanan diffüz PVSN vakasının tanı, tedavi ve takibini inceledik.

YÖNTEM: 39 yaşında bayan hasta kliniğimize sağ ayak bileği anteriorunda, yaklaşık bir yıldır yavaş yavaş büyüyen şişlik ve ağrı şikayetiyle müracaat etti. Yapılan muayenesinde; sağ ayak bileği anterolateralinde yaklaşık 3*5 cm büyüklüğünde, orta sertlikte, yer yer lobulasyon palpe edilen, ciltte renk değişikliği yapmayan kitle ile karşılaşıldı. Hastanın özgeçmişi normaldi. Laboratuvar testleri normal geldi. Çekilen düz filminde yumuşak doku şişliği görüldü. Hastanın MR tetkikinde; talonavikular eklem dorsalinde, tibiotalar eklem anterioruna ulaşan 17,5*28*30mm boyutlarında sinovial lezyon dikkati çekti.

BULGULAR: Spinal anestezi altında sağ ayak bileği anterolateral insizyonla açıldı. Cilt, cilt altı geçildi. Kitle talonavikular eklemde tibiotalar eklem kadar uzanan, yumuşak dokuyu içine alan karakterdeydi. Kitle kapsülüyle birlikte total eksize edildi. Kitlenin makroskopisinde; 5*3*2cm kesit yüzeyi kirli sarı renkte, düzensiz sınırlı doku örneği, mikroskopisinde; mononükleer hücreler arası osteoklast benzeri dev hücreler, küme oluşturmuş ksantomatöz hücreler, bol sayıda hemosiderin pigmenti görülmüştür. Hastanın ameliyat sonrası birinci yıl takibinde klinik ve radyolojik nüks görülmemiştir.

SONUÇ: PVNS seyrek görülen sinovyanın benign proliferatif hastalığıdır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber tekrarlayan travmadan sonra inflamatuvar değişiklikler, anormal hücrel ve humoral immunité, genetik yatkınlık, eklem içi kanama suçlanmıştır. Bizim vakamızda hastanın çay işçisi olması ayak bileğinde tekrarlayan mikrotravma

görüşünü destekler. İlk olarak 1941 yılında tanımlanan PVNS en çok diz eklemde, daha az sıklıkta kalça ve parmaklarda görülür. Omuz, ayak bileği, vertebral kolon, talonavikular eklemde vakalar bildirilmiştir. Kadın ve erkeklerde aynı oranda görülür. Semptomları ise tutulan eklemde ağrı, şişlik ve eklem hareket kısıtlılığıdır. Diffüz ve lokalize olarak iki tipi vardır. Diffüz PVNS de nüks daha fazladır. Kotwal ve arkadaşları nüks vakalarında tam olmayan eksizyon, mitotik aktivite ve kemik aşınmasının katkısı olduğunu bildirmişlerdir. Diffüz PVNS de malign transformasyon bildirilmiştir. Nüks olan olgularda total sinoviektomi, artroplasti yapılabilir. Biz hastamızda açık total sinoviektomi tedavisini uyguladık ve birinci yılda nüksle karşılaşmadık. Tedavi edilmemiş PVNS çevre yumuşak doku ve eklem invaze olabilir. Eklemde yıkıma sebep olabilir. Erken teşhis ve tedavi hastalığın kontrolünde, eklemde hasar oluşturmada eklem koruyucu cerrahi ile tedavi edilebilmesi nedeniyle önemlidir.

P21

TOTAL DİZ PROTEZİ SONRASI FEMUR BOYUN STRES KIRIĞI

Yılmaz Güvercin, Adem Erkut, Mehmet Sabri Balık, Nurettin Manti

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

AMAÇ: Total diz protezi (TDP) sonrası femur boyun stres kırığı (FBSK) nadir görülür. Osteoporoz, TDP sonrası artan aktivite, kalçanın mekanik aksının değişmesi, steroid kullanımı, romatoid artrit suçlanan bazı etiyolojik faktörlerdir. Hastalar genellikle diz protezinden 3-18 ay sonra kalça ağrısıyla doktora müracaat eder. Düz röntgen grafisinde kırık hattı, kırık oluşumundan 2-3 hafta sonra görülür hale gelir. Bu nedenle MR ve kemik sintigrafisi ile daha erken tanı konulabilir. Tedavi seçenekleri kırılan kalçanın immobilizasyonu, osteosentez veya artroplastidir.

YÖNTEM: Yaklaşık 2 yıl önce sağ diz ağrısı nedeniyle polikliniğimize müracaat eden 75 yaşında bayan hastanın alınan anamnez ve yapılan muayenesinde; yaklaşık 10 yıldır sağ diz ağrısı olduğu, temel ihtiyaçları gidermekte zorlandığı öğrenildi. Hastanın sağ diz hareketleri ileri derecede kısıtlı ve ağrılı, krepitasyon mevcuttu. Laboratuvar testleri normaldi. Çekilen düz röntgen grafisinde grade IV dejenerasyon bulguları mevcuttu. Q açısı 25 derece ölçüldü. Hastada valgus dizi mevcut idi. Hastaya TDP ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyon olmadı. ve Q açısı 13 derece ölçüldü. Post op 1. yılda hastanın yapılan kontrolünde diz hareketleri ağrısız idi. 100 derece kadar fleksiyon açıklığı mevcuttu.

BULGULAR: Yaklaşık bir yıl önce hasta sağ kalça ağrısı nedeniyle kliniğimize müracaat etti. Kalça ağrısının yaklaşık 3 haftadır giderek artan vasıfta olduğu öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Kalça muayenesi yapmaya izin vermiyordu. Çekilen düz filmde garden tip 3 femur boyun kırığı olduğu görüldü. Hastaya bipolar parsiyel kalça protezi yapıldı. Son kontrolünde düşük- orta derece kalça ağrısı olan hastanın diz protezi sonrası aktivasyon halini yakalamış olduğu görüldü.

SONUÇ: TDP sonrası FBSK nadir görülür. Bilateral TDP sonrası daha sık olduğu bildirilmiştir. İngiliz literatüründe 20 vaka bildirilmiştir. Bazı yazarlara göre FBSK TDP ameliyatından 9 ay sonra görülür. Diğer bazı yazarlara göre TDP ameliyatından 3-18 ay sonra görülür. Etiyolojide osteoporoz, steroid kullanımı, romatoid artrit, artan fiziksel aktivite, kalçaya artan yük binmesi, kalçanın mekanik aks değişikliği suçlanmaktadır. Stres kırıkları kompresyon ve tansiyon kırıkları olarak ikiye ayrılır. Bizim vakamızda görülen kompresyon kırığıydı ve literatürde nadir görüldüğü belirtildi. FBSK deplasman olmadan fark edilebilirse kalça immobilizasyonu, veya internal tespit ile tedavi edilebilecekken, deplasman miktarı arttıkça tedavide artroplasti seçeneği kullanılabilir. Travma hikayesi olmadan inguinal bölgede ağrısı olan, TDP sonrası 3-18 ay geçmiş hastalarda aynı kalça düz röntgen grafisi dikkatlice incelenmeli, şüphe halinde

MR veya sintigrafi ile doğrulanmalıdır. FBSK dan şüphelenip, erken farkına varabilirsek komplikasyonu az girişimlerle hastanın morbiditesini azaltmış oluruz.

Anahtar Kelimeler: Femur boyun stres kırığı (FBSK), Total diz protezi (TDP)

P22

YETİŞKİN İZOLE ULNA KIRIKLARINDA YENİ NESİL INTRAMEDULLER ÇİVİ TEDAVİSİ

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

Atatürk Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Bu çalışmada amacımız yetişkin ulna kırıklarının tedavisinde yeni tasarım intrameduller çivi uygulamasının sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM: Çalışmaya 17 hasta dahil edildi (1 hastada bilateral ulna kırığı vardı). Hastaların 15'i (% 88.2) erkek, 2'si (%11.8) kadındı. Yaş ortalaması 38.3 (23-58)'dü. 6 hastanın (%33.3) sağ ulnası, 12 hastanın (%66.6) sol ulnasında kırık vardı. Kırıkların etyolojik dağılımında; 5 düşme (%29.4), 7 trafik kazası (%41.2), 2 iş kazası (%11.8) ve 3 hastada darp (%17.6) sonucu kırık gelişmişti. Üç (%17.6) hastada açık kırık vardı. Tip1 açık kırığı olan 2 ve Tip 3a kırığı olan 1 hastaya tetanoz profilaksisi, yeterli irrigasyon ve debridman sonrası aynı gün içerisinde İntrameduller çivi tespiti uygulandı. Hastalar başvuru anından ortalama 17.17 (0-48) saat içinde ameliyata alındılar.

BULGULAR: Ortalama kaynama süresi 10.94 (8-20) haftaydı. Kavrama gücü ortalaması tedavi edilen önkolda 59.27 (40-98) kgw, sağlam önkolda 65.62 (42-108) kgw olarak değerlendirildi. Supinasyon ortalaması tedavi edilen önkolda 76.7 (68-80) derece, pronasyon ortalaması 86.29 (76-90) derece olarak

değerlendirildi. Hastaların ortalama Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) skoru ortalaması 9.9 (4-32.5) olarak değerlendirildi. Ameliyat esnasında radyasyona ortalama 0.8 (0.5-2) dakika maruz kalındı. İmplant yetmezliği, mekanik irritasyon, implant kırılması, refraktür ve radioulnar sinostoz gelişen hasta olmadı. Grace- Eversman'ın fonksiyonel ve kaynama yönünden değerlendirme kriterlerine göre 13 (%76,5) hastada mükemmel ve 4 (%23.5) hastada iyi sonuç elde edildi.

SONUÇ: Sonuç olarak İM çivi yöntemini izole ulna kırıklarının cerrahi tedavisinde sağladığı; kozmetik avantajları, kapalı uygulanabilmesi, erken mobilizasyona olanak sağlaması, kısa ameliyat süresi ve plak osteosentezine benzer kaynama oranları nedeniyle alternatif bir tedavi metodu olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Ulna, kırık, intrameduller çivi

P23

MASSİF ROTATOR MANŞET HASARI İLE ERKEN EVREDE TANI KONAN OMUZ NÖROPATİK ARTROPATİSİ: OLGU SUNUMU

Ulunay Kanatlı¹, Baybars Muhammet Ataoğlu¹,
Mustafa Özer², Mehmet Çetinkaya¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji
Anabilim Dalı, Ankara

²Beyşehir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji
Kliniği, Konya

AMAÇ: Nöropatik artropati (Charcot nöroartropatisi) azalmış sensöriyel inervasyona bağlı olarak meydana gelen kronik dejeneratif ve destrüktif bir artropatidir. En sık olarak ayak ve ayak bileği bölgelerinde görülmekte olup sıklıkla diabetes mellitusa bağlı olarak karşımıza çıkar. Kalça ve diz ekleminde daha çok tabes dorsalis ile birlikte görülürken; omuz ve dirsekte ise syringomiyeli ile sık görülür. Bu olgu sunumunda masif rotator manşet hasarıyla

kliniğimize başvuran ve syringomiyeliye bağlı erken evre omuz nöropatik artropati tanısı koyduğumuz hastayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kırk bir yaşında erkek hasta kliniğimize bir ay önce yaklaşık 100 kilogramlık bir kutuyu itmeye çalışırken başlayan sol omuzda şişlik ve krepitasyon şikayetleriyle başvurdu. Hastanın çekilen MR görüntülerinde masif rotator manşet hasarı bulundu. 2007 yılında Arnold Chiari tip1, syringomiyeli tanısı konan ve opere olan hastaya, syringomiyeliye bağlı nöropatik artropati tanısı konarak takibe alındı.

BULGULAR: Hastanın röntgenogramında yeni başlayan dejeneratif değişiklikler mevcuttu. MR görüntülerinde biceps tendonunda medial dislokasyon, massif rotator manşet hasarı ve SLAP lezyonu saptanmasına karşın ağrısı yoktu. Dejeneratif değişiklikler yeni başladığından dolayı hastanın eklem hareket açıklığını korumak amacı ile konservatif tedavi başlandı.

SONUÇ: Nöropatik artropati yavaş ilerleyen bir hastalık olsa da, bazı vakalarda geç döneme kadar tanı konulamamaktadır. Bu nedenle syringomiyeli ve tabes dorsalis gibi nörolojik problemleri olan hastalarda nöropatik artropati daima akılda tutulmalıdır. Bizim vakamızda; erken dönemde dejeneratif süreç başlamadan ağrısız massif rotator manşet hasarı ile tanı konması tedavi başarı şansını da arttırmaktadır. Ağrısız rotator manşet patolojisi olan hastalarda altta yatan nörolojik bir problem varsa mutlaka nöropatik artropati düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Charcot nöroartropati, Masif rotator manşet hasarı, Nöroatik artropati, Syringomiyeli

P24**TÜMÖRÜ TAKLİT EDEN SİRİNGOMYELİYE BAĞLI
CHARCOT OMUZ EKLEMİ**

Cüneyd Günay¹, Ebru Atalar², Baybars Ataoğlu³

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği A Grubu, Ankara

²Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Ankara

AMAÇ: Omuz eklemi yumuşak doku tümörü tanısıyla ameliyat edilen hastada şikayetlerin geçmemesi ve nüks şüphesiyle yapılan ek tetkiklerde saptanan siringomyeliye bağlı nadir görülen Charcot omuz eklemi hastalığının vurgulanması.

YÖNTEM: 44 yaşında, ev hanımı bayan hasta, sol omuzda 3 aydır süren ağrı şikayetiyle başvurduğu dış merkezde yapılan tetkikler sonrası agresif fibromatozis ön tanısıyla ameliyat edilmiş ve sonrasında radyoterapi uygulanmış. Şikayetleri geçmeyen hasta, dış merkezde çekilen MRI sonrası nüks şüphesiyle ilk ameliyatından 9 ay sonra merkezimize gönderildi. Hikayesinde, omuzunda şişlik ve hareket kısıtlılığı olduğu, omuz ağrılarının devam ettiği ve ayrıca boynunda da ağrı olduğu öğrenildi.

BULGULAR: Fizik muayenesinde, delto-pektoral insizyon skarı ve sol omuz bölgesi üzerinde muhtemel radyoterapiye ikincil yer yer yüzeysel cilt lezyonları saptanan hastanın ayrıca sol omuzunda şişlik ve hareket kısıtlılığı da tespit edildi (Şekil 1). Laboratuvar testlerinde patolojik bulgu saptanmadı. Ön-arka omuz grafisinde humerus başında destrüksiyon ve yumuşak dokuda kalsifikasyon görüldü (Şekil 2). Omuz MRI incelemesinde T1’de humerus proksimal uç çevresinde, hiperintens, irregüler, ekspansil, deksrükatif görünüm saptandı (Şekil 3). Hikayesinde boyun ağrısı olduğu öğrenilen hastaya Boyun MRI çekildi ve C3 den T3’e kadar uzanan syrinksler saptandı (Şekil 4). Dış merkezde tümör tanısıyla tedavi uygulanmış olan hastada syrinksler tespit edilmesine rağmen genel anestezi altında açık biyopsi yapılması planlandı. Açık biyopsi

sonucu, histopatolojik incelemede tümöral dokuya rastlanmadı. Tüberküloz artriti ve omuz eklemine diğer artritlerini ekarte etmek için yapılan kültür incelemeleri negatif geldi. Tüm bu bulgular ışığında hastaya Siringomyeliye bağlı Charcot omuz eklem hastalığı teşhisi koyuldu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınan hasta 3 aylık kontrollerle izlendi. İki yıl sonraki takibinde günlük işlerini yapabildiği ve kendi bakım ihtiyaçlarını gerçekleştirdiği görülen hastanın ağrısı ve ek bir yakınması yoktu.

SONUÇ: Charcot artropatisi omuz ekleminde %5 civarında görülmektedir. Siringomyeli vakalarının %25’inde artropati geliştiği ve bunların %80’inin üst ekstremitayı içerdiği bilinmektedir. Charcot eklem nadir olarak da, spinal kord ve periferik sinir yaralanması, lepra, meningomyelozel, amiloidozis, ailesel disotonomi ile ilgilidir. Bu vakada olduğu gibi tümör teşhisi nedeniyle yapılan tedaviler sonrası geçmeyen ağrıları ve özellikle boyun ağrılarına yönelik yapılan boyun MRI tetkikinde saptanan siringomyeliye bağlı Charcot eklem nöropatisi yumuşak doku tümörleriyle karışabilmektedir. Doğru hikaye alımı, fizik muayene ve ek görüntüleme tetkikleri ayırıcı tanıda oldukça önemlidir. Bu olgu, siringomyelinin nadir komplikasyonu olan nöropatik omuza ışık tutmaktadır. Umarız ki bu vaka örneği, deksrükatif eklem hastalıklarında klinisyenleri uyarması açısından örnek teşkil eder.

Anahtar Kelimeler: Charcot eklem, nöropatik artropati, omuz, siringomyeli

P25**NADİR GÖRÜLEN BİR VAKA OSTEOPOİKİLOZ**

*Çağrı Özcan¹, Serda Duman¹, İsmet Yalkın Çamurcu¹,
Sarper Gürsu², Vedat Şahin¹*

¹ M.S Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

² S.B Sultanbeyli Devlet Hastanesi

AMAÇ: Osteopoikiloz kemiğin kansellöz kısımlarında, birden fazla aynı boyutta yuvarlak veya oval yapılı, hiperdens görünüme yol açan, otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalıktır. Genelde rastlantısal olarak grafilerde saptanabilir. Röntgen bulgusu olarak çok sayıda küçük görünümlü, iyi tanımlanmış, sferosklerotik odaklar bulunmaktadır. Kemik bulgularıyla beraber cilt lezyonları ve efüzyona bağlı eklem ağrısı ile hasta başvurabilir. Ayırıcı tanıda osteosklerotik kemik lezyonlarına, metastaz ve osteoblastik kemik tümörlerine dikkat edilmesi gerekir.

YÖNTEM: 31 yaşında erkek hasta, 2 senedir mevcut olan sağ diz ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın çekilen basarak sağ diz grafisinde tibia ve femur metafizer bölgelerde çoklu hiperdens opasiteler görüldü. Bunun üzerine çekilen sağ diz MR (manyetik rezonans) görüntülerinde; tibia proksimal ve femur distal epifizer ve metafizer bölgede medüller kemikte çok sayıda, çoğunluğu nodüler oval konfigürasyonda, T1 ve T2 sekanslarda hipointens odaklar mevcuttu. Hastanın her iki el, pelvis ve kafa röntgenleri çekildi. Bu grafilerde de benzer şekilde benekli, oval, yoğun görünümde nodüller görülmesi üzerine tanı olarak osteopoikiloz düşünüldü. Hastanın yapılan tam kan sayımı, biyokimya değerleri, sedimentasyon, CRP, ALP, LDH değerleri normal olarak bulundu.

BULGULAR: Hastanın yapılan tetkikleri sonucunda; odaklarının metafizer ve epifizer bölgede oluşması, sintigrafide tutulum olmaması ve ALP değerini normal sınırlarda olması ayırıcı tanıdaki hastalıkları (paget, metastatik tümör ve osteoblastik tümör) dışlayıp osteopoikiloz tanısı koymamızı sağlamaktadır.

SONUÇ: Nadir görülen bu hastalığın ortopedistler tarafından bilinmesi, radyolojik olarak tanısının

konulması, tanı güçlüğüne ortadan kaldırılması ve gereksiz tetkik yapılmasının önlenmesi açısından önemlidir. Bu hastalıkla ilgili literatürde de sınırlı sayıda vaka sunumu mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: osteopoikiloz, kemik metastazi, osteosklerotik displazi

P26**REKTUM KANSERİ PERFORASYONUNA BAĞLI
OLARAK GELİŞEN UYLUKTA NEKROTİZAN FASİİT
OLGUSU**

*Gökhan Maralcan¹, Mehmet Eroğlu¹,
Ziya Taner Özkeçeci², Rüchan Bahadır Celep²,
Mehmet Yücehan¹*

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji
A.D., Afyonkarahisar

² Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi A.D.,
Afyonkarahisar

AMAÇ: Nekrotizan fasiit (NF), nadir görülen ve yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan enfeksiyöz bir tablodur. NF, esas olarak fasya ve çevre dokuları etkiler ve fasyal planlar boyunca yayılır, vücudun herhangi bir bölümünde görülebilmekte ve erken tanı konulamadığı takdirde büyük oranda mortal seyretmektedir. Tanı konulmamış rektum karsinomunun perforasyonuna bağlı olarak gelişen ölümcül NF olgusunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Bilinç bozukluğu ve delirium tablosu nedeniyle iki gün önce nöroloji servisine yatırılan yetmişiki yaşındaki erkek hasta sağ uyluğunda çap ve ısı artışı ve kızarıklık nedeniyle ortopedi kliniğine danışıldı. Hastanın muayenesinde uylukta cilt altı amfizem, lokal ısı artışı, çap artışı ve fluktuasyon veren şişlik ile sağ alt kadranda şişlik tespit edildi (Şekil 1). Hasta daha önce sağ inguinal herni nedeniyle opere edilmiş ve normalde sağ alt kadranda bulunan şişlik 3 gündür artmıştı. Acil şartlarda yapılan yüzeysel doku USG'sinde

uyluk boyunca uzanan yaygın sıvı koleksiyonları görüldü. Yayılımın boyutunu belirlemek için çekilen MRG'sinde uyluk boyunca uzanan ve fasyaları içeren sıvı görünümü izlendi (Şekil 2). Hasta nekrotizan fasiit tanısıyla opere edildi. Tibia proksimalinden uyluk ortasına kadar yapılan insiyonda bol miktarda yoğun kıvamlı pürülan kötü kokulu mayi geldiği görüldü. Püyün geldiği yeri belirlemek için insizyon proksimale uzatılınca femoral kanaldan pelvise girildi. Hastanın batını genel cerrahi bölümünce explore edildi ve karaciğerinde bir adet 7X7 cm kitle olduğu görüldü. Pelvis içi organların ileri düzeyde yapışık ve pelvis içinde fiks olduğu, kolonun retroperitona geçtiği kısımda perforasyon olduğu tespit edildi. Hastaya debulking cerrahi+ parsiyel kolektomi+kolostomi uygulandı. Ancak operasyon sonunda hasta kaybedildi.

BULGULAR: Kolorektal kanserlerin neden olduğu perforasyona bağlı olarak ortaya çıkan NF olguları oldukça nadirdir ve literatürde birkaç kez bildirilmiştir. Bu tabloda batin içindeki enfeksiyon femoral kanal yoluyla distale yayılmaktadır. Özellikle retroperitoneal yayılım tanıda gecikmeye neden olmaktadır. NF'de erken evrelerde tanı koymak zordur ve klinik tablo hızla kötüleşebilir. İmmunsupresyon, malignite, diyabet, malnutrisyon, alkolizm ve ileri yaş NF için risk faktörleridir. Toplam mortalitesinin % 25-60 oranında olduğu bildirilmiştir. Başlangıçta etkilenen bölgede şiddetli ağrı bulunurken gözle görülür bir değişiklik bulunmaz. Zamanla dokular eritemlenir ve şişer (selülit tablosu) ve cilt altı krepitasyon palpe edilir. Hastanın genel durumu bozularak septik şok tablosuna ilerler. Enfeksiyon polimikrobiyaldir ve bunların birçoğu gaz oluşturur. NF tedavisinde nekrotik dokuların acil agresif cerrahi debridmanı ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve hastanın yoğun bakım şartlarında takibi gereklidir. Fasyal nekroz genelde dışarıdan görülen tablodan daha ileri boyuttadır. Debridmanlar sonrası rekonstrüksiyonlar daha ileri bir tarihe ertelenebilir.

SONUÇ: Dışarıdan NF'ye kaynak olabilecek bir odak görülmediğinde gastrointestinal ve genitouriner odaklar araştırılmalıdır.

P27

BİLATERAL KONJENİTAL PATELLA DİSLOKASYONUN EŞLİK ETTİĞİ GONARTROZDA TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANMASI: OLGU SUNUMU

Özal Özcan¹, Hakan Boya², Recep Abdullah Erten¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

²Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Araştırma Merkezi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Konjenital patella dislokasyonu ile beraber gonartroz oldukça seyrek görülen bir durumdur. Gonartroz tedavisinde total diz protezi(TDP) uygulaması sırasında ekstansör sistem yumuşak doku dengesi ve kemik dizilimi sağlamak, ameliyatın başarısı için oldukça önemlidir(1). Bu olgu sunumunda, bilateral konjenital patella çıkığının eşlik ettiği gonartrozu olan hastamızın TDP ile tedavisini sunmaktayız.

YÖNTEM: Elli sekiz yaşında bayan hasta her iki diz ağrısı ve fonksiyon kısıtlılığı ile polikliniğimize başvurdu. Hasta çift koltuk değneği yardımı ile mobilize olabiliyordu. Fizik muayenede her iki diz varus deformitesi, patellar dislokasyon mevcut olup, eklem hareket açıklığı(EHA) 5-85 ° arasındaydı. Radyografik incelemelerde Kellgren ve Lawrence evre 4 gonartroz mevcut olup, patellanın ön-arka grafilerde laterale disloke görünümü izlendi. Çekilen patella tanjansiyel grafilerde femoral sulkusta hipoplazi ve patellanın laterale dislokasyonu görüldü.(Şekil 1) Hastaya aynı seansta her iki dize TDP uygulandı.Ameliyatta lateral retinakular gevşetme, vastus medialis ve medial retinakulumun 1-1,5 cm lateral transferi ile İnşall'ın tüp quadricepsoplasti tekniği uygulandı.Ameliyat sonrasında diz fleksiyonu kademeli olarak arttırıldı. Post-op 15.ayında yapılan fizik muayenesinde her iki diz EHA 0-110° arası olarak tespit edildi. Hastanın diz önu ağrı şikayeti şu an için yok. Çekilen röntgenlerde patellanın redükte pozisyonunda olduğu tespit edildi. (Şekil 2)

BULGULAR: Sabit konjenital patella çıkığı olan hastalar iki alt gruba ayrılır. Birinci gruptakilerde patella doğuştan redükte edilemeyecek şekilde çıkıktır ve hipoplaziktir. İkinci grupta ise zamanla laterale fiske olur(2). Konjenital

patella dislokasyonu, gonartroza neden olabilmektedir. Tedavide TDP uygulaması tek başına yeterli olmamaktadır. Ekstansör sisteme proksimal dizilim cerrahisinde, lateral retinakular gevşetme, medial patellofemoral ligaman rekonstrüksiyonu, quadricepsoplasti, medial retinakulum ve vastus medialisin lateral ilerletilmesi uygulanan yöntemlerdir. Distal dizilim cerrahisi ise tuberositas tibia osteotomileri ile sağlanmaktadır. Literatürde proksimal dizilim ameliyatları kullanılarak beraberinde TDP uygulanan olgular mevcut olup sonuçları tatminkar olarak bildirilmektedir.(3,4,5,6,7)

SONUÇ: Bu olgu ile komponent rotasyon ve diziliminin düzgün yapıldığı TDP uygulaması ile proksimal dizilim cerrahisinin, kronik patella çıkığının eşlik ettiği gonartroz vakalarında etkin bir tedavi yöntemi olduğunu bildirmektediriz. Ameliyat sonrası erken ve agresif rehabilitasyonunda EHA'nı sağlamada oldukça önemli olduğunu vurgulamaktayız.

Anahtar Kelimeler: Konjenital patella dislokasyonu, proksimal dizilim cerrahisi, total diz protezi

YÖNTEM: Futbol oynarken topa vurma sırasında sağ uylukta aniden gelişen ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile Gazi Üniversitesi Çocuk Acil Polikliniğine başvuran hastanın yapılan değerlendirmesinde rektus femoris avülzyon kırığı tanısı konularak tedavisine başlandı. Başlangıç tedavisi olarak non steroid anti inflamatuvar ilaç tedavisi başlanarak, 4 hafta koltuk değneği ile yük vermek kısıtlandı. 2 hafta 30 derece fleksiyonda hareket kısıtlanarak yatak istirahati önerildi. 2 hafta sonra pasif-yardımlı aktif egzersizlere başlandı. Sekiz hafta sonra eklem hareket açıklığı normal sınırlarda ve ağrısızdı. Sağ alt ekstremiteye yük vermeye başlandı. Sekiz hafta sonunda ağrısız tam kalça fleksiyonu elde edildi. Dördüncü ay kontrolüne gelen hastanın hiçbir aktif şikayeti kalmaması ve muayenesinde herhangi bir bulguya saptanmaması üzerine sportif aktivitelere tekrar başlaması uygun görüldü.

BULGULAR: Boyu 170cm ve ağırlığı 65 kg'dı. İncelemede inguinal bölgede patolojik bulgu saptanmadı. Sağ kasık bölgesinde palpasyonda hassasiyet vardı. Aktif ve pasif kalça hareketlerinde kısıtlılık vardı. Özellikle kalça pasif olarak fleksiyona getirildikten sonra ekstansiyona getirmekte zorlanıyordu. Sağ kalça eklemde aktif hareket açıklığı ekstansiyonda 10 derece ve fleksiyonda 45 derece ile sınırlıydı. Sağ kalça eklemi pasif hareket açıklığı 20 derece ekstansiyon ve 70 derece fleksiyon ile sınırlıydı. Sağ alt ekstremita rotasyonda duruyordu. Sekiz hafta sonra eklem hareket açıklığı normal sınırlarda ve ağrısızdı. Sekiz hafta sonunda ağrısız tam kalça fleksiyonu elde edildi. Dördüncü ay kontrollerinde sağ kalçada ağrı, şişlik, hassasiyet yoktu. Kalça hareket açıklığı normal sınırlarda ve ağrısızdı.

SONUÇ: Dördüncü ay kontrolüne gelen hastanın hiçbir aktif şikayeti kalmaması, muayenesinde herhangi bir bulguya saptanmaması ve radyolojik olarak kaynama bulguları saptanması üzerine sportif aktivitelere tekrar başlaması uygun görüldü.

Anahtar Kelimeler: Avülzyon kırığı, futbol, iliak kemik, rektus femoris

P28

REKTUS FEMORİS AVÜLZYON KIRIĞI

*Muhammet Baybars Ataoğlu¹, Tacettin Ayanoglu¹,
Fatih İlker Can¹, Mustafa Özer¹, Cemalletun Kunat¹,
Toygun Kağan Eren¹, Hasan Hüseyin Bozkurt¹*
¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji
Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Rektus femoris avülzyon kırığı tanısı ile konservatif tedavi uygulayarak izlediğimiz hastanın dört ay sonraki klinik ve radyolojik sonuçlarını paylaşmak.

P29**FEMUR TROKANTERİK BÖLGE KIRIKLARINDA
HEMIARTOPLASTİNİN TEDAVİ SEÇENEĞİ OLARAK
YERİ VAR MI?**

*Asım Cılız, Cem Cüneyt Köse, Burak Koçak, Ali Utkan,
Remzican Fakioğlu, Mehmet Emin Uludağ
Ankara Numune Hastanesi Ortopedi B kliniği, Ankara*

AMAÇ: İntertrokanterik femur kırıkları yaşlı hastalarda basit düşmeler sonrası görülen kırıklar olup bu yaş grubunda eşlik eden hastalıklar ve kemik mineral yoğunluğundaki düşüklük nedeniyle tedavisi zordur. Tedavinin amacı erken mobilizasyon ve hastanın en kısa sürede kırık öncesi fonksiyonel duruma ulaştırılmasıyla, mortalite ve morbiditeden kaçınmak olmalıdır. Bu çalışmada hemiartoplastinin bu koşulları yeterince karşılayıp karşılamadığı araştırılmıştır.

YÖNTEM: Ocak 2010 - Mart 2014 tarihleri arasında femur intertrokanterik kırık nedeniyle kliniğimizde tedavi edilen toplam 105 hastadan 17 sine hemiartoplasti uygulanarak çalışmaya alındı. Hastaların tedavi yöntemi, kırık tipi, hastanın ve kemiğin genel durumu göz önüne alınarak klinik konseyince planlanmıştır. Ortalama yaş 79 idi. Hastaların 10 u kadın (%60), 7 si erkek (%40) idi. Kırık 7 hastada sağ (%40), 10 hastada sol (%60) taraftaydı. Hastaların ameliyat sonrası takipleri uygun aralıklarla yapıldı.

BULGULAR: Ameliyatlar hastaların anestezi bölümüne istenen konsültasyonları tamamlandıktan ve gereğinde ilgili bölümlerin önerdiği tedaviler başladıktan sonra, ortalama 4 (1-8) gün sonra gerçekleştirildi. Hastaların ortalama ASA skorları 3.25 (3-4) di. Sekiz hastaya (%47) genel anestezi, dört hastaya (%24) spinal anestezi, beş hastaya (%29) kombine spinal epidural anestezi uygulandı. Onbeş hastaya çimentolu kalkar replasmanlı, iki hastaya poroz kaplamalı endoprotez uygulandı. Tüm hastalara güncel tromboemboli profilaksisi yapıldı. Hastaların onbeşi ameliyattan ortalama 3,5 gün sonra ayağa kaldırıldı. Takiplerde ameliyat tekniği ile ilgili ciddi bir komplikasyonla karşılaşmadı. On hasta (%60) ilk altı ay içinde exitus oldu.

SONUÇ: Birçok yayında, osteoporotik yaşlıların stabil olmayan, çok parçalı, intertrokanterik kırıklarında, parsiyel endoprotez uygulaması, ameliyattan hemen sonra tam yük vermeye izin vererek erken mobilizasyon sağlayan, hastanede kalış süresini kısaltan, kırık öncesi fonksiyonel seviyesine en kısa sürede dönmesine imkan sağlayan iyi bir tedavi seçeneği olarak belirtilmesine rağmen kliniğimizdeki uygulamalarda ilk altı aydaki mortalite oranları oldukça yüksek bulunmuştur.

P30**MİNİMAL İNVAZİV KİLİTLİ PLAK UYGULANAN
FEMUR KIRIĞINDA KAYNAMAMA (VAKA TAKDİMİ)**

*Kubilay Uğurcan Ceritoğlu, Ali Utkan, Anıl Agar,
Burak Koçak, Mehmet Emin Uludağ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi
ve Travmatoloji B Kliniği, Ankara*

AMAÇ: Biyolojik tespit sağlaması nedeni ile Minimal İnvaziv Plakla Osteosentez (MİPO) büyük kemik kırıkları tedavisinde başarılı sonuçlar sağlamaktadır ancak MİPO ile tedavi edilen kırıklarda görülebilecek kaynamama tedavisine dair literatürde çok fazla bilgi bulunmamaktadır. Segmente ve parçalı femur kırığı MİPO ile tedavi edilen bu hastada gelişen kaynamama ve tedavisi bu nedenle rapor edilmeye değer bulunmuştur. Femur kırıklarında kaynamama cisim kırıklarında %3-12,5, intertrokanterik kırıklarda %1-2 sıklıkta görülmektedir. Bu kırıkların birlikte olduğu vakalarda kaynamama sıklığı artmaktadır.

YÖNTEM: Yüksekten düşme sonucu oluşan sol femur cisim kırığı (AO/OTA 32.A2.2) ve sol femur intertrokanterik parçalı kırık (AO/OTA 31.A3.3) tanıları ile acil servise getirilen 58 yaşındaki erkek hastaya tibia proksimalinden iskelet traksiyonu uygulandı ve hastanın genel durumu düzeltildikten sonra (3.

gün) cerrahi olarak tedavi edildi. Hastanın kırıkları anestezi altında indirekt redükte edildikten sonra sağ femur distali için üretilmiş uzun bir anatomik kilitli plak (LISS-Synthes) ters çevrilerek ve genelde kilitli vidalar kullanılarak MİPO yöntemi ile sadece en distal ve proksimalden fikse edildi. Hasta ilk 45 gün çift koltuk değneği ile sol ayağına yük vermeden ambule oldu ve daha sonra koltuk değnekleri ile birlikte kısmi yük vermesine izin verildi. Hasta günde en az bir paket sigara içmekteydi. Postoperatif sekizinci ayda proksimaldeki 7 vidanın 5 tanesinin kırıldığı tespit edilmesine rağmen kalan 2 vida ile göreceli tespit ile kaynamanın gerçekleşeceği düşünülerek takibe devam edildi. Hasta tek bastonla rahatlıkla yürüyebiliyor fakat zaman zaman ağrısı olduğunu söylüyordu.

BULGULAR: Ameliyattan 13 ay sonra proksimalde kalan iki vida da kırılınca revizyon planlandı. Çekilen bilgisayarlı tomografide distal segmentte de kaynama olmadığı tespit edildi. Kırığın her iki ucunda da kırık uçları tazelandırıldıktan sonra anatomik proksimal femur plağı ile fiksasyon yapıldı. İliak kanattan alınan otograft ile grefaj yapıldı. Hastadan alınan 50 cc kan 15 dakika süre ile 3200 devirde PRP kiti ile santrifüj edildikten sonra elde edilen 6 cclik PRP kırık hatlarına enjekte edildi. Revizyon ameliyatı sonrası postoperatif 4. ayda klinik ve radyografik olarak kaynamanın her iki hatta da sağlandığı tespit edildi.

SONUÇ: İntramedüller çivilemede kaynama gecikmesinde dinamizasyon kullanılan bir yöntem olup kilitli plaklarla tespitte dinamizasyon mümkün olmamaktadır. Bu hastada proksimaldeki kilitli vidaların kırılıp sadece kansellöz vida kaldığında kilitli plakta da "dinamizasyon" sağlandığı düşünülerek hastaya gerekli açıklamalar yapılarak kaynamanın sağlanması beklendi. Ancak postoperatif 13. ayda revizyon cerrahisinde her iki kırık hattında da kaynama olmadığı görüldü ve bu nedenle revizyonda hem otojen kemik grefti hem de PRP uygulanarak başarı şansının artırılması planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mipo, prp, mippo, kaynamama, femur

P31

EĞİLEN BİR ŞİŞİRİLEBİLİR FEMUR ÇİVİSİ İLE BAŞ ETMEK (VAKA TAKDİMİ)

Ali Utkan, Mehmet Emin Uludağ, Burak Koçak, Asım Cılız, Cem Cüneyt Köse

Ankara Numune Hastanesi Ortopedi B Kliniği, Ankara

AMAÇ: Şişirilebilir femur çivilerinin eğilmesi bilinen bir komplikasyondur. Bu vakaların revizyonları oldukça zordur. Bu vaka benzer durumlarda tedavi planına yardımcı olabileceği, için rapor edilmeye değer bulunmuştur.

YÖNTEM: Kapalı femur kırığı şişirilebilir femur çivisi ile tedavi edilen, görme engelli 42 yaşında bir erkek hasta ameliyatından on hafta sonra kliniğimize sevk edilmişti. Kırık hattında 40 derece açılma mevcuttu ve kaynama belirtisi yoktu. Hastaya mevcut çivinin çıkartılarak intramedüller çivi ile revizyon yapılması planlandı. Benzer olgularda literatürde kullanılan teknikler gözden geçirilerek gerekli hazırlıklar yapıldı.

BULGULAR: Genel anestezi altında eğilmiş şişirebilir çivi kapalı olarak düzeltilmeye çalışıldı fakat ancak 30 dereceye kadar düzeltililebildi. Kırık yeri açıldı ve büyük bir tel kesici ile çivinin dört barı da kesildi. Proksimaldeki çivi giriş deliğinden girilerek çivinin çıkarıcısı ile proksimal parça çıkartılmaya çalışıldı fakat birkaç cm geri çekildikten sonra çivi sıkıştı. Bilinen her yöntem denedikten sonra çivi çakılarak kırık hattında çıkartılmaya çalışıldı fakat yarısı çıktıktan sonra kalan parça tekrar sıkıştı. Uzunlamasına bir kortikotomi yapıldı. Proksimal kırık parça çıkartıldı fakat kemikte parçalı kırık oluştu. Çivinin distal parçası olduğu gibi kanal içinde bırakıldı. Kilitli bir plak kullanılarak osteosentez yapıldı. Distal parça unikortikal vidalar ve sirkulaj teli kullanılarak plağa tutturuldu. Ameliyat önceden planladığımızdan çok uzun sürdü ve dört uzman sırayla vakaya dahil oldu. Ameliyat bittiğinde tüm ameliyat ekibi, hastanın ilk ameliyatında daha sağlam bir intramedüller çivi kullanılmış olmasını veya şişirebilir çivi kesilip redüksiyon sağlandıktan sonra kilitli plakla her iki parçanın tutturulup çiviye kanalda bırakarak vakadan çok daha önce çıkmış olmayı dilemekteydi. Hastanın femuru 3 cm kısalıkla kaydı.

SONUÇ: Şişirebilir çivilerin kullanım kolaylığı olmasına karşın komplikasyonları bilinmektedir. Vaka seçimlerinde dikkatli davranılmalı ve ameliyat sonrası rehabilitasyonun daha farklı yapılması gereken, görme özürü vakamızda olduğu gibi kırık kaynamadan yük vermesi gereken hastalarda kullanılmamalıdır. Şişirebilir çivilerin çıkarılması oldukça zor olmakta veya hiç çıkartılamayabilmektedir. Revizyon ameliyatlarında bu durum göz önüne alınarak ameliyat planı yapılmalıdır.

P32

PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ KIRIK HASTALARININ EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ

Ahmet Issın¹, Nizamettin Koçkara¹, Ali Öner⁴,
Mehmet Nuri Konya², Vedat Şahin³

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi; Erzincan

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon

³M.S. Baltalimanı Kemik Hastalıkları E.A. Hastanesi, İstanbul

⁴Erzincan Mengücek Gazi E.A. Hastanesi, Erzincan

AMAÇ: Türkiye kaynaklı geniş çaplı kırık epidemiyolojisi çalışmalarında eksiklik vardır. Bu çalışmayla bu boşluğun doldurulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma için, Mart 2010 - Aralık 2013 tarihleri arasında (1397 gün), M.S. Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi acil servisine başvurmuş (0-16) yaş arası kırık vakaları otomasyon sisteminden bulundu. Tarih, başvuru saati, yaş, cinsiyet, kırık türü ve sosyal güvence türü verileri toplanarak sonuçlar ortaya konuldu.

BULGULAR: Yapılan değerlendirmelerde; Mart 2010 - Aralık 2013 tarihleri arasında (1397 gün), acil servise toplam 212.383 başvuru olmuştur. Bu başvuruların 21.563'ü (%10,2) 16 yaş altı hastalardır. On altı yaş altı hastalardan kırık tanısı ile tedavi edilen hasta sayısı 4879 (%22,6) dur. 16 yaş altı kırık olgularının %65'inin erkek %35'inin kız olduğu görüldü. %81 üst ekstremitte kırığına karşılık %19 alt ekstremitte kırığı mevcuttu. Yirmi iki hastada açık kırık görüldü ve bunun oranı %0,5 olarak bulundu. Kırık olgularının mevsime göre değiştiği, yaz ve sonbahar aylarında başvurunun daha fazla olduğu kış ve ilkbahar aylarında başvuruların

azaldığı görüldü. Hafta ortasında daha düşük olan vaka sayılarının haftasonuna doğru arttığı gözlemlendi. Başvuruların en yoğun olduğu saatlerin akşam saatleri olduğu görüldü. Bu parametrelerden hiçbirinin kız erkek farkı yoktu.

SONUÇ: Bu çalışmayla İstanbul Sarıyer bölgesindeki pediatrik yaş grubu kırıklarının özellikleri ortaya konulmuştur. Sonuçlar benzer yurtdışı çalışmalarıyla benzerlikler göstermekle beraber Türkiye'ye özgüdür. Anahtar Kelimeler: pediatrik, kırık, çocuk, acil, epidemiyoloji, sarıyer, istanbul, baltalimanı

P33

SAKROİLİAK EKLEM KAYNAKLI OSTEOKONDROM: NADİR BİR LOKALİZASYON

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

Selçuk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim
Dalı, Konya

AMAÇ: Benign kemik tümörlerinin en büyük grubunu kırık şapka formasyonu ile karakterize olan osteokondromlar oluşturur. Her kemikte yerleşebilmesine karşın % 90 oranında uzun kemiklerin proksimal metafizinde izlenmektedirler. Sakroiliak eklem ve çevresi osteokondrom için oldukça nadir olan bir lokalizasyondur. 16 yaşında cerrahi olarak tedavi ettiğimiz sağ sakroiliak eklem yerleşimli osteokondrom vakasını sunmayı planladık.

YÖNTEM: 16 yaşında bayan hasta kalça ağrısı, aksama sakroiliak bölgede hassasiyet şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde mevcut şikayetlerinin yaklaşık 5 aydır olduğu fakat son 2 ayda şiddetlendiği anlaşıldı. Ağrı nedeniyle ile başvurduğu dış merkezlerde mekanik bel ağrısı tanısı ile oral analjezikler ve istirahat ile tedavisi planlanmış. Ancak şikayetlerinin azalmaması üzerine başka merkezlere de başvuran hastada lumbosakral bölgeye yönelik yapılan MR ve BT incelemelerinin "sağ sakroiliak bölgede kitle: osteoid osteoma?",

osteokondrom?" şeklinde raporlanması üzerine hasta kliniğimize sevk edilmiş. Kliniğimizde yapılan X-ray incelemesinde herhangi bir anormal görünüm izlenmedi. Yapılan 3 fazlı kemik sintigrafisi normal olarak rapor edildi. Yapılan kan tetkiklerinde sedimantasyon ,crp, alkalen fosfataz ve diğer biyokimya değerleri normal olarak saptandı. Direk grafide anormal bir görüntüye rastlanmadı. BT ve MRI görüntülemesinde sağ iliak kanat posteriorunda sakroiliak eklem uzanan sakral 2. foramen hizasında bulunan osteokondrom ile uyumlu görüntü izlendi. Hastanın şiddetli klinik şikayetleri nedeniyle kitlenin total eksizyonu planlanarak servise yatırılıp sağlandı.

BULGULAR: Prone pozisyonda ameliyat masasına alınan hastanın sağ iliak kanat posterior kenarına paralel olarak eklem 1 cm lateralinden yaklaşık 7 cm lik longitudinal insizyon ile cilt altı geçildi. İliak kanat posterioru ortaya konularak multiple drilllemenin ardından osteotom ile iliak kanat kaldırıldı. İliak kanat eklem yüzündeki osteokondrom eksize edildi. Sakrum üzerindeki dejeneratif saha kürete edilerek patolojik örnek alındı. Kaldırılan iliak kemik tekrar orijinal yerine adapte edilerek iliak kanat gövdesine doğru 6,5 mmlik 2 adet kanüllü vida ile fiks edildi. Hemovac dren konulmasının ardından cilt altı ve cilt primer kapatıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası 2. günde ayağa kaldırılarak çift koltuk değneği ile mobilize edildi. 1,5 ay süre ile çift koltuk değneği ile ardından da 15 gün süre ile tek koltuk değneği ile mobilizasyonu sağlandı. Patolojik incelemesi osteokondrom olarak rapor edilen hastanın post operatif 2. aydan itibaren desteksiz yürümesine izin verildi. En son 4. ay kontrolünde ağrılarının tamamen geçtiği izlenen hastanın klinik izlemi halen sürmektedir.

SONUÇ: Osteokondromlar için özellikle femur distali, tibia ve humerus proksimali en sık lokalizasyon bölgeleridir. Birçok lezyon iskeletin hızlı büyüme döneminde saptanır. Sakroiliak eklem ve çevresi osteokondrom lokalizasyonu için nadir yerlerdendir. Literatür incelendiğinde sakroiliak eklem kaynaklı osteokondromla ilgili 1 adet vaka takdimi izlenmektedir. Güner ve arkadaşlarının yayınladığı bu yazıda

sakroiliak bölgedeki osteokondroma laparoskopik olarak anteriordan yapılan eksizyon işlemi detaylı bir şekilde anlatılmaktadır. Bizim vakamızda ise lezyonun eklem içinde posteriora yakın olması nedeniyle posterior yaklaşım tercih edildi. Lezyonun tamamen görüntülenmesi ve eksizyonun güvenli bir şekilde tamamlanması bu yaklaşımın önemli avantajları arasındadır. Bu bölgede yapılan osteotomi aslında kontrolü iliak kanat crescent kırığına yol açmaktadır. 2 adet kanüllü vida ile rigid fiksasyon ile kaynama sorunları önemli oranda azalmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla sakroiliak eklem kaynaklı osteokondromun posterior yaklaşımla eksizyonunu tarifleyen bu ilk vaka takdimi bu nadir yerleşimli tümörlerin cerrahi tedavisinde kullanılabilecek güvenli ve tecrübe gerektirmeyen bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Osteokondrom, Sakroiliak eklem

P34

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS TANILI DOKUZ YAŞINDAKİ HASTADA GLUKOKORTİKÖİD KULLANIMIYLA OLUŞAN OSTEOPOROTİK VERTEBRA KIRIĞINA BAĞLI İNATÇI AĞRI İÇİN UYGULANAN KİFOPLASTİ, 8 YILLIK TAKİP: OLGU SUNUMU

Ulunay Kanatlı¹, Baybars Muhammet Ataoğlu¹, Mustafa Özer², Mehmet Çetinkaya¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Beyşehir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Konya

AMAÇ: Glukokortikoid kullanımına bağlı osteoporoz insidansı, 6 aydan daha uzun süredir tedavi alan hastalarda yaklaşık % 50 dir. Uzun dönem glukokortikoid kullanıma bağlı kırık riski ise yaklaşık %34 tür. Oluşan kırıkların çoğu asemptomatik ve çok azında ciddi ağrı olmasına rağmen, glukokortikoid kullanımı ile oluşan osteoporozla bağlı pediatrik vertebra kırığı farkındalığı giderek artmaktadır. Bu olgu sunumunda sistemik lupus eritematosus tanısı olan 9 yaşındaki hastada uzun süreli glukokortikoid kullanımı ile ilişkili osteoporotik vertebra

kırığına bağlı konservatif tedaviye rağmen gerilemeyen inatçı ağrı için uygulanan kifoplasti ve 8 yıllık takibini sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Ağustos 2004'te Sistemik lupus eritematozus tanısı konan ve glukokortikoid başlanan 9 yaşındaki kız hastada tedavinin 4. ayında ani başlayan sırt ve bel ağrısı olması üzerine yapılan tetkiklerde L3 vertebrada kompresyon kırığı saptandı. Yatak istirahati, NSAİ ilaçlar, torakolumbosakral ortez, pamidronate ve vitamin D ile uygulanan konservatif tedaviye rağmen ağrılarda gerileme olmaması ve mobilizasyonda ciddi kısıtlılık olması nedeniyle üç ay sonra Balon kifoplasti işlemi uygulanarak ağrı kontrolü sağlandı.

BULGULAR: Balon kifoplasti işlemi sonrası herhangi bir komplikasyon oluşmazken, ağrı kontrol altına alınarak hastanın mobilizasyonu sağlandı. İşlem sırasında amaç vertebra yüksekliğini sağlamak değil ağrı kontrolünü sağlamaktı. Enkondral vertebra plakları zarar görmez ise büyüme ve remodelizasyon ile yükseklik kaybı düzelebilmektedir. Kemik çimento kullanımı ile ortaya çıkan ısı etkisi ile enkondral ossifikasyon, büyüme ve remodelizasyon etkilenebilmektedir. Biz vakamızda klasik kemik çimentosu (polymethylmethacrylate) yerine daha az ekzotermik olan yüksek çapraz bağlı resin içeren biyoaktif çimento (Cortoss) kullandık. Büyüme plakları zarar görmediği için 8 yıllık takipte remodelizasyon ile yükseklik kaybında düzelme gördük.

SONUÇ: Bildiğimiz kadarıyla glukokortikoid kullanımı ile ilişkili osteoporotik vertebra kırığına bağlı inatçı ağrı için kifoplasti uygulanan ilk ve en genç hasta. Sekiz yıllık takip sırasında kifoplasti işlemiyle ilişkili olarak hiç bir problemin görülmemesi, ağrı kontrolünün sağlanması ve remodelizasyon ile yükseklik kaybının düzelmesi göz önünde bulundurularak, glukokortikoid kullanımı ile ilişkili osteoporotik vertebra kırığına bağlı inatçı ağrı olan seçilmiş pediatrik vakalarda kifoplasti alternatif bir tedavi metodu olabilir.

Anahtar Kelimeler: Glukokortikoid, Kifoplasti, Osteoporoz, pediatrik, Sistemik Lupus Eritematozus, Vertebra kırığı

P35

UZUN DÖNEM BİFOSFONAT KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BİLATERAL FEMUR STRES KIRIĞININ CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Ulunay Kanatlı¹, Baybars Muhammet Ataoğlu¹, Mustafa Özer², Hüseyin Nevzat Topçu¹, Mehmet Çetinkaya¹
¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara
²wBeyşehir Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Konya

AMAÇ: Toplumun yaşlanması ile beraber artan osteoporoz, temel sağlık problemlerinden biridir. Osteoporoz tedavisinde osteoklast fonksiyonunu inhibe eden bifosfonatlar ilk tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Azalan osteoklast fonksiyonu ile ilişkili olarak zamanla kemik döngüsü bozularak osteoblast fonksiyonu da azalmakta ve kemik kırılabilirliği artmaktadır. Bu olgu sunumunda osteoporoz nedeniyle uzun dönem (5 yıl) bifosfonat kullanımı olan ve bilateral femur stres kırığı tesbit edilip cerrahi tedavi uygulanan hastayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Altmış yedi yaşında kadın hasta bir yıldır her iki uylukta ağrı şikayeti nedeniyle polikliniğe başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Beş yıl önce osteoporoz tanısı konarak alendronat başlanan hasta beş yıldır düzenli olarak bifosfonat tedavisi almaktaydı. Uyluk ağrıları yük binen aktiviteyle artmaktaydı. Radyografik incelemede her iki femur orta diyafiz korteksinde kalınlaşmalar görüldü. Yapılan kemik taramasında femur orta diyafizinde artmış tutulum gözlenerek bilateral femur stres kırığı tanısı kondu.

BULGULAR: Bilateral femur stres kırığı uzun dönem bifosfonat kullanımı ile ilişkilendirilerek bifosfonat tedavisi sonlandırıldı. Hastanın metabolik başka bir hastalığı yoktu. Mayıs 2009 da kaynamayı sağlamak amaçlanarak proflaktik olarak bilateral titanyum elastik çivi uygulandı. Sol uylukta ağrılar devam etmesi üzerine haziran 2012 de plak ile fiksasyon uygulandı. Literatürde bifosfonat ile ilişkili atipik spontan kırıklarda kaynama gecikmesi veya kaynamama

riskinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Şuanda hastamızda radyografik olarak kırık bulgusu bulunmamakta ve herhangi bir kısıtlanma olmadan aktivitelerini ağrısız devam ettirebilmektedir.

SONUÇ: Literatürde bifosfonatların güvenli bir şekilde kullanım süreleriyle ilişkili tam bir fikir birliği olmamakla beraber ilk beş yıl güvenli bir şekilde kullanılabileceği ancak beş yıldan sonra kesilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Beş yıldan uzun süredir bifosfonat kullanım hikayesi olan hastalarda özellikle aktivite ile artan ağrılar dikkate alınmalı ve stres kırığı açısından değerlendirilmelidir. Bu tür ağrılar dikkate alınmaz ise minör travma ile kırıklar deplese olarak karşımıza gelebilmektedir. Eğer stres kırığı tanısı konursa deplese kırığa dönüşmede profilaktik fiksasyon düşünülmeli ve iyileşme problemleri nedeniyle kırık iyileşmesi yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alendronat, Bifosfonat, Stres kırığı, Titanyum elastik çivi

az görülenidir ve tüm ekstrapulmoner tüberküloz olgularının %1-2'sini oluşturur. Tüberküloz apseleri soğuk apse olarak adlandırılır ve "dolor-color" bulguları göstermez. Bu sunumumuzda kolda cilt altı yumuşak doku içerisinde yerleşmiş, yumuşak doku sarkomunu taklit eden tüberküloz olgusunu sunuyoruz.

YÖNTEM:

BULGULAR: 24 yaşında erkek hasta kliniğimize sol kolda şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sol kol distal medialde cilt altında yaklaşık 3*4 cm, immobil, orta sertlikte, palpasyonla hafif ağrılı ve hafif fluktuasyon veren kitle mevcuttu. Kızarıklık, lokal ısı artışı yoktu. Sol aksillada palpe edilebilen yaklaşık 2 cm ve 3 cm boylarında 2 adet sert, mobil lenfadenopati mevcuttu.

Histopatolojik incelemede tüberküloz ile uyumlu, geniş kazeifikasyon nekrozları içeren kronik granülomatoz enfeksiyon bulguları görüldü

SONUÇ: Verem Savaş Dispanserliği ile koordineli olmak üzere hastaya 1 yıl boyunca rifampisin, izoniazid, pirazinamid ve etambutol olmak üzere 4'lü antitüberküloz tedavi uygulandı. Hastada 18. aydaki takibinde herhangi bir nüks gözlenmedi.

P36

KOLDA YUMUŞAK DOKU SARKOMUNU TAKLİT EDEN TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Ökkeş Bilal¹, Nuh Dünder¹, İbrahim Halil Kafadar², Ahmet Güney², Fatih Doğan³, Selma Güler⁴

¹K.S.Ü. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kahramanmaraş

²Erciyes Ü. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kahramanmaraş

³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği., Kayseri

⁴K.S.Ü. Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

AMAÇ: Tüberküloz sıklıkla akciğer ve plevrayı tutmakla birlikte, ekstrapulmoner tüberküloz formunda da seyredebilir. Ekstrapulmoner yumuşak doku tüberkülozu tüm tüberküloz tipleri içinde en

P37

ÇOCUKLARDA NADİR GÖRÜLEN TROCHLEA + KAPİTELLUM KIRIĞI OLGU SUNUMU

Ökkeş Bilal¹, Mustafa Kınas¹, Ali Murat Kalender¹, İbrahim Karaman²

¹K.S.Ü. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kahramanmaraş

²Erciyes Üniv. Tıp Fak., Ort. ve Trav. A.D., Kayseri

AMAÇ: Erişkinlerde trochlea ve kapitellum kırığının birlikteliği nadirdir, tüm dirsek kırıklarının % 1 inden azını oluşturur, çocuklarda ise bu durum çok daha nadir görülür. Birkaç çalışmada anterior trochlea ve kapitellum kırığının birlikte görüldüğü bildirilmiştir.

YÖNTEM:

BULGULAR: 10 yaşındakız çocuğu düşme sonrası sol dirsek ağrısı ile acil servise başvurdu. Yapılan muayenesinde sol dirsek ağrısı ve dirsek çevresinde yaygın hassasiyet mevcuttu. Hastada damar sinir yaralanması yoktu. Yapılan radyografik tetkiklerde; x-ray ve BT ile kapitellum + trochlea kırığı mevcut olduğu tespit edildi. Hasta genel anestezi altında pnömatik turnike kullanılarak anterior girişim kullanılarak kırık hattına ulaşıldı. Açık redüksiyonu takiben 2 adet Herbert vidası ile internal fiksasyon uygulandı

SONUÇ: Postoperatif 3. hafta uzun kol ateli uygulandı, 3. haftadan sonra hastaya pasif ve aktif egzersiz başlandı. Postop 18.ayda hastanın sol dirsek romları tamdı.

P38**NADİR GÖRÜLEN PARMAK UCU ENFEKSİYONU: ORF**

Bahattin Kerem Aydın¹, Ali İhsan Tuğrul¹, Ayça Tuğrul², Egemen Altan¹, Ömer Faruk Erkoçak¹, Güney Yılmaz¹, Hakan Şenaran¹

¹Selçuk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Deri ve Zührevi Hast. Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ: Orf; poxvirus grubuna ait bir viral enfeksiyon olup, insanlara koyun ve keçilerden bulaşır. Bu hastalığın ortopedi polikliniğinde az karşılaşılmaması nedeniyle parmak ucu enfeksiyonu ile polikliniğimize başvurup orf tanısı alan 32 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Otuz iki yaşında çiftçilikle uğraşan erkek hasta 3. parmağında ağrılı, kırmızı kabarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 3 hafta önce başlayan şikayetleri için hastaya dış merkezlerde

antibiyotik ve antiinflamatuvar tedavi başlanmış, şikayetlerinin geçmemesi üzerine hasta kliniğimize sevk edilmiş idi. Hikayesinde 25 gün önce koyun tarafından ısırılma öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde 3. parmak dorsalinde soliter kırmızı-mavi renkli ağrılı papüler lezyonu vardı. Dermatoloji polikliniğine danışılan hastanın öykü ve fizik muayenesine dayanarak hastaya orf tanısı konuldu. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç ve topikal antibiyotik tedavisi alan hastanın 60. gün poliklinik kontrolünde şikayetleri tamamen ortadan kaybolmuş idi.

BULGULAR: Nadir görülen, poxvirus grubuna ait bir viral enfeksiyon olan orf insanlara koyun ve keçilerden bulaşır. Genellikle çiftçilik ve etle uğraşan kişilerde görülür. Kendisini sınırlayan lezyonlar skar bırakmadan iyileşirler. Hastanın öyküsü ve karakteristik deri lezyonları tanı koymaya yardımcıdırlar. Hastalık sunulan olguda da olduğu gibi enfekte hayvanla temastan bir hafta sonra genellikle parmakların dorsalinde ağrılı papüler lezyon şeklinde belirir. Ayırıcı tanıda akut febril nötrofilik dermatozlar, erizipel ve sütçü nodülü gibi hastalıklar akla gelmelidir. Hastalığa yönelik bilinen etkin bir tedavi olmamakla birlikte hastalara semptomatik tedavi uygulanır. Sekonder bakteriyel enfeksiyon geliştiğinde sistemik ya da topikal antibiyotik mutlaka verilmelidir. Son zamanlarda topikal antiviraller de kullanılmaktadır. Geniş ekzofitik lezyonlarda cerrahi tedavi uygulanabilir. Semptomatik tedavi uyguladığımız bizim olgumuzda da lezyonun 2 ay içerisinde skar bırakmadan iyileştiği gözlenmiştir.

SONUÇ: Sonuç olarak parmak ucu ağrılı enfektif lezyonlarında hastanın hikayesi oldukça önemli olup hayvancılıkla uğraşan kişilerde mikrobiyal enfeksiyonların yanı sıra viral enfeksiyonların da ayırıcı tanıda unutulmaması, lezyonun tedavisinde faydası olmayan cerrahi debridmandan kaçınılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Orf, Paramiksovirus

P39**İZOLE CİLT LEZYONLARI VE HUMERUS ALT UÇ
TUTULUMU İLE TANI ALAN BİR HEMATOLOJİK
TÜMÖR VAKASI: MULTIPLE MYELOM**

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

*Selçuk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim
Dalı, Konya*

AMAÇ: Multipl myelom kemik iliğinden köken alan ve monoklonal immunglobulin üreten plazma hücreleri ile karakterize hematolojik bir malignitedir. Multiple myelomda klinikte en önemli şikayetlerden biri de kemik ağrısı olup çoğu zaman hastalarda tanı multipl kemik lezyonları ve klinik bulgularla ortopedi ve travmatoloji kliniklerince konabilmektedir. Bu yazıda klinik pratikte sık rastlanmayan lokalizasyonlarda şikayetleri olan bir multipl myelom hastasını takdim etmeyi amaçladık.

YÖNTEM: 60 yaşında kadın hasta sağ dirsekte yaklaşık 6 hafta önce başlayan ağrı şikayetiyle ortopedi polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde ilk şikayetleri başkadıktan 2 hafta sonra dirsek ağrısı şikayeti ile bir ortopedi kliniğine başvurduğu ve yapılan fizik muayenenin ardından lateral epikondilit teşhisi ile lokal steroid enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. Enjeksiyon öncesi herhangi bir radyolojik veya biyokimyasal tetkik yapılmadığı ancak şikayetlerinin gerilememesi ve giderek artması üzerine kliniğimize başvuran hastanın çekilen direk grafisinde humerus alt uça ekleme komşu bölgede litik lezyonlar görüldü. Takiben hastanın yaşı nedeniyle metastatik lezyon ?, kondrosarkom?, dev hücreli tümör? ön tanıları ile ileri radyolojik incelemeler ve üç fazlı kemik sintigrafi tetkikleri tamamlanarak hasta medikal onkoloji kliniğine konsülte edildi. Sedimentasyonu 40mm/saat, hemoglobini 10,5g/dl olan hastanın sintigrafisinde sadece lezyon bölgesinde tutulum saptanmakla birlikte diğer radyolojik incelemeler tanıya yönelik ekstra bir bilgi sağlamamıştır. Medikal onkoloji polikliniğinde yapılan muayenesinde sağ meme altında toraks duvarı anteriorunda cilt lezyonları saptanması üzerine meme ca ön tanısı ile cilt lezyonlarından biyopsi ve

mamografi tetkiki yapıldı. Ayrıca kemik lezyonundan da patolojik tanının doğrulanması için biopsi yapılan hastanın tüm patolojik incelemeleri multiple myelom ile uyumlu olduğu rapor edildi. Hastanın yapılan biopsisi ve patolojik tanının ortaya konması esnasında geçen 3 haftalık süre içinde litik lezyonun ilerleyerek eklem içine açılması ve ağrıların artması üzerine hastaya dirsek total artroplastisi uygulandı. Hematoloji kliniğine yönlendirilen hastanın halen ameliyat sonrası 1 yıllık takibinde olup ek kemiksel patoloji saptanmadan klinik izlemi sürmektedir.

BULGULAR: Multiple myelom hastalarında halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, yaygın kemik ağrıları başlıca klinik semptomlardır. Özellikle kafa kemiklerinde ve büyük kemiklerin diafiz metafiz bileşkelerinde yaygın litik lezyonlar önemli radyolojik bulgulardır. Multiple myelomlu hastalarda deri tutulumu çok nadir görülmektedir. Multipl myelomun osteosklerotik formunda özellikle göğüs duvarında bulunan cilt lezyonları klasiktir. Primer olarak kemoterapi ile tedavisi yapılan multiple myelomun nadir formlarının da akılda tutulmalıdır

SONUÇ: Sonuç olarak 40 yaş üstü hastalarda kemik ağrısı şikayetinde radyolojik tetkik kemik lezyonların ortaya konması için gereklidir. İnatçı kemik ağrılarında, litik kemik lezyonlarda ileri yaşlarda ilk akla gelen metastatik lezyonlardır. Hematolojik malignensiler arasında ileri yaşlarda sık izlenen hastalıklardan biri olan multiple myelomda sintigrafinin anormallik göstermemesi, yüksek sedimentasyon ve anemi ayırıcı tanıda yol göstericidir. Meme tümörlerinin de sıklıkla üst ekstremitelere metastaz yaptığı bilinmekle birlikte ilgili vakada meme bölgesindeki cilt lezyonları tanıda gecikmeye yol açmıştır. Doğru tanı ve tedavi için radyolojik ve klinik evreleme kas iskelet sistemi lezyonları için oldukça önemli olup nadir lokalizasyonlu lezyonların ortaya konulabilmesi için şarttır

Anahtar Kelimeler: Multiple Myelom, metastaz

P40**STABİL OLMAYAN INTERTROKANTERİK KIRIKLARDA
PFNA VE INTERTAN ÇİVİ UYGULAMA SONUÇLARI**

Sinan Zehir¹, Murat Çalbıyık², Deniz İpek², Tarık Altunkılıç³

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji
Anabilim Dalı Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma
Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Çorum

³Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi
ve Travmatoloji Bölümü, Şanlıurfa

AMAÇ: Trokanterik bölge femur kırıkları alt ekstremitenin en önemli kırıklarından biridir. Tedavideki asıl amaç yaş ve immobilizasyonun getireceği komplikasyonları düşürmek, mümkünse hastanın kendi kemiğini koruyarak en kısa sürede sosyal ve işlevsel faaliyetlerine geri dönmesini sağlamaktır. Cerrahi tedavi hızlı uygulanabilmeli, en azından kısmi yük vermeyi sağlamak için güçlü ve stabil bir tespit sağlanmalıdır.

Çalışmamızda trokanterik bölge kırıkları için kullanılan PFNA II(Synthes) ve Intertan(Smith Nephew) çivilerinin kısa dönem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

HASTALAR ve YÖNTEM: Aralık 2009 ve Mart 2013 tarihleri arasında düşük enerjili travma ile oluşan femur stabil olmayan trokanterik bölge kırıkları(AO sınıflamasına göre 32-A2.1-3 ve A1.1-3) 129 hasta çalışmaya dahil edildi. PFNA grubunda 61 Intertan grubunda ise 68 hasta mevcut idi.İki grup ameliyat süresi, floroskopi süresi, hastanede kalış süresi, komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.

İstatistiksel analiz Ki-kare, Kaplan meier testleri ve Cox regresyon modeli kullanılarak yapıldı. Tüm analizler SPSS 15.0 Windows istatistik paket programında yapıldı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

BULGULAR: Ortalam takip süresi 19.34±5.9 ay idi. Ameliyat süresi PFNA grubunda 43.1±8.3 dakika, Intertan grubunda ise 58.4±13.2 dakika ile daha uzun olarak bulundu(p=0.012). Floroskopi zamanı PFNA grubunda 1.20±0.11 dakika iken Intertan grubunda ise 1.47±0.18 dakika ile daha uzun olarak bulundu(p=0.021).

Operasyon sırasında lateral trokanterik kırık Intertan grubunda(n=6) anlamlı olarak daha fazla olarak görüldü(p=0.020). Operasyon sonrası PFNA grubunda cutout(n=6) anlamlı olarak daha yüksekti(p<0.01). Uyluk ağrısı anlamlı olarak PFNA grubunda(n=14) yüksekti(p=0.013). PFNA grubunda 7 hastada, Intertan grubunda ise 2 hastada reoperasyon yapıldı(p=0.042). Harris kalça skoru PFNA grubunda 81.7±11.4, Intertan grubunda 82.3±13.2 olarak bulundu. Diğer komplikasyonlar ve iyileşme süreleri açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

SONUÇ: Intertan grubunda daha uzun ameliyat süresi, daha uzun floroskopi süresi ve daha yüksek oranda ameliyat sırasında lateral trokanter kırığı görüldü. PFNA grubunda ise daha yüksek oranda cutout, uyluk ağrısı ve reoperasyon görüldü. Komplikasyonların azaltılması için implantlar ile ilgili iyileştirmelerin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

71**P41****KALÇA EKLEMİNDE SİNOVYAL KONDROMATOZİS:
OLGU SUNUMU**

*İbrahim Halil Kafadar¹, İbrahim Karaman¹, Ökkeş Bilal²,
Mahmut Argün¹, Cemil Yıldırım Türk¹*

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

AMAÇ: Sinovyal kondromatozis sinovyal membranın kondral metaplazisi sonucu sinovyal konnektif doku içinde osteokondral nodül oluşumlarıyla kendini gösteren nadir bir hastalıktır. En sık diz ekleminde görülmesine karşılık kalça ekleminde nadirdir. Bu osteokondral nodüller eklem içerisinde serbest cisimler haline dönüşüp dejeneratif değişiklikler oluşturabilir. Burada kalça ekleminde ağrı şikayetiyle gelen ve kalça ekleminde sinovyal kondromatozis tanısı alan genç bir hastayı sunuyoruz.

YÖNTEM: Sol kalça ekleminde ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri nedeniyle 31 yaşında erkek hasta

kliniğimize başvurdu. Hastanın beraberinde ek bir hastalığı olmayıp, fizik muayenesi, rutin kan tetkikleri, sırasıyla direkt grafi, pelvis bilgisayar tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemeleri yapıldı.

BULGULAR: Fizik muayenesinde sol kalça eklemi hareketlerinin ağırlı olduğu ve eklem hareket açıklıklarında da ileri derecede kısıtlılık olduğu görüldü. Rutin kan tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Pelvis ön-arka grafisinde sol kalça eklemi ve periartiküler alanda multipl sayıda ossifiye nodüler lezyonlar görüldü. Daha ayrıntılı inceleme için yapılan BT ve MRG incelemelerinde de femur baş ve boynu anterior ve posteriorunda multipl sayıda ossifiye nodüler lezyonlar görüldü. Sinovyal kondromatozis tanısı düşünülerek hasta operasyona alındı. Kalça eklemine anterior yaklaşımla (Smith Peterson insizyonu) ulaşılarak, femur boynuna yapılan longitudinal insizyonla artrotomi yapıldı. Eklem içerisinde çok sayıda serbest osteokondral nodüllerin olduğu görüldü. Boynun anterior ve posteriorundan bu serbest nodüllere ulaşılarak eklem debridmanı yapıldı. Koksofemoral eklem etkilenmediği, makroskobik olarak kıkırdak yapıların korunduğu görüldü. Debridmandan sonra intraoperatif eklem hareket açıklıklarının normale yakın hale geldiği görüldü. Yaklaşık 27 adet irili ufaklı osteokondral nodül çıkarıldı ve bunlar patolojik incelemeye gönderildi. Postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadı. Patolojik inceleme sonucunda da sinovyal kondromatozis tanısı konuldu. Nüks ve ikincil dejeneratif değişiklikler gelişmesi açısından hasta takibe alındı.

SONUÇ: Sinovyal kondromatozis etyolojisi bilinmeyen benign, monoartiküler tutulumla kendini gösteren sinovyal membranın metaplazisi sonucu ortaya çıkan, 30-50 yaşlar arasında görülen bir hastalıktır. Nadir görülür ve kalça eklemine de son derece az rastlanır. Eklemde ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olabilir ve eklemdeki serbest osteokondral parçacıklar nedeniyle ikincil dejeneratif değişikliklere neden olabilir. Bu açıdan özellikle genç yaşta hastalarda

erken tanı ve gerekli cerrahi müdahaleyle hastaların şikayetleri ortadan kaldırılabilir, eklem hareket açıklıkları normale yakın değerlere gelebilir ve ikincil dejeneratif değişiklikler gelişmesi engellenebilir.

P42

KONJENİTAL PATELLA ÇIKIĞI OLAN BİR OLGUDA CERRAHİ TEDAVİNİN GEÇ DÖNEMDEKİ SONUÇLARI: OLGU SUNUMU

*İbrahim Halil Kafadar¹, Ahmet Güney¹,
İbrahim Karaman¹, Ökkeş Bilal², Mehmet Halıcı¹,
Mithat Öner¹*

*¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri*

*²Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş*

AMAÇ: Konjenital patella çıkığı (KPÇ) sıklıkla kuadriseps mekanizmasının bozukluklarının eşlik ettiği bir durumdur. KPÇ; sendromlarla ilişkili olarak dizin fleksiyon kontraktürü şeklinde ortaya çıkabildiği gibi izole anomali olarak dizin fleksiyonu ve ekstansiyonuyla patellanın çıkabildiği veya kendiliğinden redükte olabildiği şeklinde de ortaya çıkabilir. Burada izole anomali şeklinde KPÇ tanısıyla tedavi ve takip edilen bir olguyu geç dönem sonuçlarıyla sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Sağ diz eklemine hareket kısıtlılığı ve yürümede güçlük şikayetiyle gelen ve KPÇ tanısı konulan 7 yaşında erkek hasta rutin kan tetkikleri ve fizik muayenesi yapılarak yatırıldı ve cerrahi tedavi uygulandı. Hasta postoperatif dönemde yaklaşık 6 yıl boyunca takip edildi.

BULGULAR: Fizik muayenesinde sağ diz eklemi fleksiyonu ve ekstansiyonunda karşı sağlam tarafa göre kısıtlılık vardı. Fleksiyon açıklığı yaklaşık 110

derece ve ekstansiyon kısıtlılığı yaklaşık 10 dereceydi. Hastada ekstansör mekanizma zayıflığına bağlı olarak yürüme gücü mevcuttu. Patella lateral femoral kondilin lateralinde ve fikse konumda palpe ediliyordu. Pasif olarak diz eklemi fleksiyonu ve ekstansiyonuyla redükte edilemiyordu. Çekilen ön-arka diz eklemi grafilerinde patellanın lateral femoral kondilin lateralinde olduğu, tanjansiyel patella grafisinde patellanın laterale disloke olduğu, femurdaki patellar yüzeyin gelişmediği ve troklear displazinin olduğu görüldü. Hasta KPÇ tanısıyla operasyona alınarak modifiye Roux- Goldthwait tekniği kullanılarak tedavi edildi. Postoperatif 45 gün boyunca diz eklemi yaklaşık 30 derece fleksiyonda ve iç rotasyonda uzun bacak alçısına alınarak takip edildi. Postoperatif takiplerde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hasta yaklaşık 6 yıl boyunca takip edildi. Son kontrollerinde diz eklemi eklem hareket açıklıklarının normale yakın derecelere ulaştığı ve çekilen ön-arka diz grafilerinde patellanın normal anatomik lokalizasyonunda olduğu, tanjansiyel patella grafisinde patellanın femur trokleasıyla uyum içerisinde olduğu ve hatta displazik olan trokleanın normal anatomik yapısını kazandığı görüldü.

SONUÇ: KPÇ nadir görülebilen bir doğumsal diz anomalisidir. Sıklıkla sendromlara eşlik edebildiği gibi izole olarak da karşımıza çıkabilir. Fonksiyonel olarak etkileyerek çeşitli semptomlara neden olabilir. Uygulanan cerrahi, fonksiyonların gelişmesinde ve instabilitenin düzeltilmesinde etkilidir.

P43

TOTAL DİZ PROTEZLERİNDE VASKÜLER KOMPLİKASYON

Murat Çalbıyık¹, Sinan Zehir², Mehmet Taşkoparan¹, Deniz İpek¹

¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

²Sağlık Bakanlığı Çorum Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

AMAÇ: Total diz protezleri son 30 yıldır gelişmekte, klinik olarak çok fazla cerrahi tedavi yapılmaktadır. Total diz protezinde memnuniyet %85'dir. Bununla beraber düşük oranda vasküler yaralanmalar görülmektedir. Düşük oranda vasküler yaralanma görülmekte, bunun sonucunda mortalite %7, amputasyon oranı da %42 olarak literatürde belirtilmektedir. İnsidansı %0,9-0,17 belirtilmekle beraber bu oran bir çok yayınlarda %0,03-0,05 oranında verilmektedir. Literatürde limitli sayıda yayın mevcut olup daha çok vasküler dergilerde bu yayınlanmıştır. Kliniğimizde total diz protezi ve revizyon diz protezi yapılan vakalar tanımlanmış damarsal patolojiler sunulmuştur.

YÖNTEM: Kliniğimizde retrospektif olarak vakalar incelenmiş morbidite ve mortalite verileri değerlendirilerek Çorum Devlet Hastanesi ve Çorum Hasanpaşa Devlet Hastanesinde 2004-2013 yılları arasında analiz yapılarak 9 yıllık dönem incelenmiş standart insizyon ve minimal invaziv cerrahi uygulanan hastalar değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 9 Yıllık takip sonucunda 5 damarsal patoloji olan 2647 (%0,19) vaka incelenmiş olup, akut damar yaralanması-laserasyon 4 hasta (%0,016) ve 1 tane arteriel tromboembolizm (%0,04) vaka tespit edilmiştir. Bütün vakalar 5 ortopedist cerrah tarafından operasyonu gerçekleştirilmiş olup, iki ortopedist vakaların %75'ini yapmıştır. Bu 115 vaka minimal invaziv cerrahi yapılmış ve diğerleri standart cerrahi insizyon ile operasyonu gerçekleştirilmiştir. Bizim grubumuzda hiçbir hasta da vasküler komplikasyonların sonucu olarak amputasyon ve mortalite görülmemiştir. 463 (%21) vaka turnikesiz olarak cerrahi işlem yapılmış olup, 2204 vaka (%79) turnike kullanılarak cerrahisi uygulanmıştır. 3 vaka turnike uygulanmayan grupta, 2 vakada turnike uygulanarak yapılan grupta görülmüştür. Akut vasküler travma olan hastalardan 3'ü operasyon sırasında tespit edilip 2 vaka anteriordan tamir yapılarak tedavisi gerçekleştirilmiştir. Diğer bir vakamızda ise anteriordan damarsal tamir yapıldı. Postop 6. saatte dolaşımın bozulduğu görülerek

CT anjiyografi yapıldı. Tekrar cerrahiye alındı. Arteriel tromboembektomi ve damar tamiri yapıldı. 1. Vaka da ise atrial fibrilasyon olan turnike uygulanmış hastada postop 12. Saate dolaşımın bozulduğu görülerek cerrahi uygulanmış arteriel tromboemboloktomi yapıp takibi yapılmıştır.

SONUÇ: Bizim grubumuzda vasküler yaralanma %0,19 olup literatür ile uyumludur. Bu komplikasyonların erken teşhisi daha kötü sonuçların ortaya çıkmasını engeller. Geç teşhis amputasyon ve ölümle sonuçlanmaktadır. Cerrahi sırasında implantı koymadan dizi ekstansiyonla yıkama ve dolaşım kontrolü turnike uygulanan hastalarda ise çimento konulduktan sonra kanama ve dolaşım kontrolü yapılması erken teşhis açısından önemlidir. Preoperatif dönemde yüksek riskli hastalar tanımlanmalı özellikle vasküler hastalığı olan vücut kitle indeksi 30 ve üzerinde olan obez hastalar atrial fibrilasyon olan hastalar değerlendirilmeli bu hastalarda cerrahi deneyim mevcut ise turnikesiz veya çimentolama esnasında steril turnike uygulaması yapılara turnike zamanını minimize etmek gereklidir.

Anahtar kelimeler: Vasküler yaralanma, Total Diz Protezi Arteriel tromboembolizm

Konvansiyonel yöntem kapalı redüksiyon ve alçı ile immobilizasyondur. Kırıkta redüksiyon kaybı veya intraartüküler kırık mevcut ise cerrahi tedavi tavsiye edilir. En çok popüler olan tedavi yöntemi de volar kilitli plak tespittir. Bu çalışmamızın amacı volar kilitli plak ile tedavi edilen radius distal uç kırıklarının radyolojik ve fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Retrospektif olarak 2011-2013 yılları arasında Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde açık redüksiyon, internal fiksasyon ve volar kilitli plak kullanılarak tedavi edilen 50 hastanın 52 radius distal uç kırığı değerlendirildi. Hastalara volar insizyon ile açık redüksiyon ve volar kilitli plak uygulandı. 4 hafta tespit yapıldı. 2. haftadan itibaren pasif el bileği hareketlerine izin verildi. Hastalar 4. hafta, 6. hafta, 12. haftada kontrollere çağırıldı. Hastaların x-ray grafilerinde kırık kaynaması değerlendirmekle beraber volar ve radial inklinasyon değerlerine bakıldı. DASH skoru değerlendirildi.

BULGULAR: 38(%73) vaka dorsale açılı, 14(%27) vaka volara açılı, 5 vaka grade 1-2 açık kırıktı. Kırıkların 27'si kadın 13'ü erkekti. Ortalama yaş 45(22-71) idi. Kırıkların %65 AO sınıflamasına göre B2-B3, %35'i C2-C3'tür. Ortalama takip süresi 18.5 ay (6-37) idi. Bütün kırıklarda ortalama 12 haftada kaynama görüldü. DASH skoru ortalama 14 olarak tespit edildi. 2 hastada redüksiyon kaybı görüldü. Fonksiyonel olarak orta derecede değerlendirilip; 3 hasta da RSD tespit edildi. İyi ve mükemmel sonuç %79,4'tür.

SONUÇ: Kırık tipinde hastanın yaşından ve cinsiyetinden bağımsız olarak volar yaklaşımla radius distal volar plağı güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Cerrahi endikasyon olan vakalar da intraartüküler fragman tespiti ve eklem yapısının restorasyonu için tercih edilebilecek bir tedavi metodudur.

Anahtar Kelimeler: Distal Radius, İnternal Fiksasyon, Volar

P44

RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARINDA VOLAR KİLİTLİ PLAK İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Murat Çalbıyık¹, Deniz İpek¹, Sinan Zehir², Erman Ceyhan¹

¹Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

²Sağlık Bakanlığı Çorum Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Çorum

AMAÇ: Radius distal uç kırıkları bütün kırıklar içinde %17 oranla en sık karşılaşılan kırıklardır. 2/3'si deplase kırık olup redüksiyon gereklidir.

Index

A

Abdul Fettah Büyük 10, 11
Abdullah Alper Şahin 12
Abdullah Demirhan 12
Adem Erkut 2, 5, 13, 14
Ahmet Adnan Karaarslan 6
Ahmet Aslan 2, 4, 6, 9, 12, 13
Ahmet Fethi Polat 7
Ahmet Fırat 9
Ahmet Güney 2, 8, 16, 17
Ahmet İssin 2, 10, 16
Ahmet Karakaşlı 6
Ahmet Köse 6, 12, 13, 14
Ahmet Özgür Yıldırım 9
Ahmet Özmeriç 12
Ahmet Pişkin 1, 2, 5, 8, 12
Ahmet Uçaner 9
Ali Aydın 6, 7, 12, 13, 14
Ali Aydoğdu 13
Ali Doğan 1, 2, 10
Ali İhsan Tuğrul 17
Ali Murat Kalender 16
Ali Öner 10, 16
Ali Şeker 6
Ali Utkan 5, 6, 15
Alper Çıraklı 5, 12
Alper Deveci 9
Anıl Agar 5, 15
Asım Cılız 5, 6, 15
Atilla Çıtlak 2, 5, 12
Ayça Tuğrul 17
Aykut Özdemir 6
Ayşegül Bursalı 2, 7, 10

B

Bahadır Alemdaroğlu 2
Bahattin Kerem Aydın 16, 17
Baybars Ataoğlu 14
Baybars Muhammet Ataoğlu 14, 16
Berivan Çeçen 6
Berna Dirim Mete 8
Bilgehan Uğuz 6
Birkan Karıklar 6
Birol Gülman 4
Birsan Besinli 12
Bülent Tanriverdi 8
Burak Bahar 9
Burak Koçak 5, 6, 15
Burhan Uslu 4, 7

C

Çağrı Özcan 10, 15
Çağrı Turgut 6
Cahit Emre Can 6, 12, 13, 14
Celal Baki 1, 2, 4
Cemalletin Kunat 15
Cem Çopuroğlu 2, 11
Cem Coşkun Avcı 10
Cem Cüneyt Köse 5, 6, 15
Cemil Ertürk 2
Cemil Kayalı 2, 9
Cem Zeki Esenyel 9
Cengiz Aldemir 2
Cengizhan Kantar 12
Cengiz Işık 12
Çetin Işık 5
Cihan Aslan 5, 12
Cihan Deniz Ögmen 9
Cüneyd Günay 14
C. Yıldırım Türk 1, 2, 17

D

Davut Keskin 13
Davut Yıldız 5
Demir Demirci 9
Deniz İpek 13, 17
Didem Venüs Yıldız 6
Doğan Atlıhan 2
Doğan Bek 5

E

Ebru Atalar 14
Egemen Altan 16, 17
Emre Baki 2
Ercan Çetinus 2, 6, 7
Erdem Işıkan 7
Erdem Işıkanhan 2
Erhan Coşkunol 2, 5
Erhan Sesli 6
Erman Ceyhan 17
Ertuğrul Akşahin 9
Esra Uçaryılmaz 9
Evren Karaali 8
Eyüp Çağatay Zengin 5
Eyüp Selahattin Karakaş 1, 2, 7

F

Fatih Doğan 16
Fatih İlker Can 15
Fettah Büyük 10
Fırat Ozan 2, 6
Fırat Yağmurlu 2, 7
Fuat Akpınar 12

G

Gökhan Maralcı 6, 9, 13, 15
Güney Yılmaz 16, 17
Güray Batmaz 9
Gürsel Saka 8, 10

H

Hafız Aydın 2, 4
Hakan Atalar 1, 2, 4
Hakan Aycan 6
Hakan Boya 15
Hakan Gürbüz 1, 2, 9
Hakan Sarman 12
Hakan Şenaran 16, 17
Hakan Sofu 2
Hanifi Üçpınar 10
Hasan Göçer 12
Hasan Hüseyin Bozkurt 15
Hasan Kızılay 12
Hasan Kocaoğlu 12
Hicabi Sezgin 5
Hüseyin Nevzat Topçu 16
Hüseyin Sina Coşkun 5
Hüseyin Yorgancıgil 7, 9

I

İbrahim Halil Kafadar 1, 2, 11, 16, 17
İbrahim Karaman 1, 2, 11, 16, 17
İbrahim Tuncay 13
İsmail Büyükcera 12
İsmail Kalkar 9
İsmet Yalın Çamurcu 10, 11, 15
İzge Günel 2, 11

J

Jean Yves Reginster 1

K

Kahraman Öztürk 2
Kerem Aydın 2
Kubilay Uğurcan Ceritoğlu 15

M

Mahir Mahiroğulları 2, 6, 8
Mahmut Argün 2, 6, 17
Mahmut Enes Kayaalp 6
Mahmut Kömürcü 8
Mehmet Akif Akçal 6
Mehmet Akif Altay 2, 9
Mehmet Akif Kaygusuz 10, 11
Mehmet Ali Acar 16, 17
Mehmet Çetinkaya 14, 16
Mehmet Emin Erdil 13
Mehmet Emin Uludağ 5, 6, 15
Mehmet Eroğlu 15
Mehmet Halıcı 2, 7, 17
Mehmet İşyar 6
Mehmet Kürşad Bayraktar 9
Mehmet Nuri Konya 6, 12, 13, 16
Mehmet Özel 6
Mehmet Sabri Balık 2, 5, 13, 14
Mehmet Subaşı 7
Mehmet Taşkoparan 17
Mehmet Yıldız 2
Mehmet Yücehan 15
Mehmet Yunus Timurtaş 5
Mert Karaduman 9
Mithat Öner 2, 5, 17
Mücahit Görgeç 6, 7
Muhammet Baybars Ataoğlu 15
Muhittin Şener 2, 5, 8, 12
Müjdat Adaş 9
Murat Bozkurt 5, 9
Murat Bülbül 2, 9
Murat Çakar 9
Murat Çalbıyık 6, 10, 13, 17
Murat Çetin 6
Murat Erdoğan 5
Murat Topal 6, 12, 13, 14
Mustafa Akkaya 5
Mustafa Cevdet Aykan 8
Mustafa Erkan İnancmaz 12
Mustafa Gökhan Bilgili 8
Mustafa Kınaş 16
Mustafa Özer 14, 15, 16
Mustafa Ürgüden 2

N

Naci Ezirmik 6, 12, 14
Necdet Sağlam 10
Nevres Aydoğan 2, 4
Nevzat Dabak 4, 12
Nizamettin Koçkara 2, 10, 16
Nuh Dünder 16
Nurettin Mantı 14
Nuri Kalyoncu 11
Nurullah Ermiş 2

O

Okay Bulut 2, 10
Ökkeş Bilal 2, 11, 16, 17
Olca Güler 6
Ömer Cengiz 13
Ömer Faruk Erkoçak 16, 17
Ömer Selim Yıldırım 2, 9
Orkun Gül 4
O. Şahap Atik 1, 2, 7
Osman Aynacı 2
Osman Tecimel 5
Özal Özcan 2, 15
Özdamar Fuad Öken 9
Özgün Barış Güntürk 5

R

Ramazan Akmeşe 5
Recep Abdullah Erten 15
Recep Memik 2, 4
Regayip Zehir 10
Remzi Arif Özerdemoğlu 9
Remzican Fakıoğlu 15
Rüchan Bahadır Celep 15

S

Sacit Turanlı 2, 9
Şafak Şahlan 2
Sarper Gürsu 1, 2, 5, 10, 11, 15
Savaş Kudaş 5
Selim Safalı 16
Selma Güler 16
Semih Ayanoglu 9
Şemsi Taştan 12
Serda Duman 15
Serdar Sargın 6
Serdar Tüzüner 2, 8
Serdar Yılmaz 9

Serhan Yağdı 2
Serhat Mutlu 6
Serkan İltar 4
Servet Kerimoğlu 1, 2, 5
Sina Coşkun 12
Sinan Yılar 12
Sinan Zehir 6, 10, 13, 17

T

Tacetin Ayanoglu 15
Taner Sarak 10
Tarık Altunkılıç 17
Taşkın Altay 1, 2, 8
T. Cihan Dülgeroğlu 9
Timur Yıldırım 2, 7, 10, 11
Tolga Atay 2, 9
Tolgahan Kuru 12
Toygün Kağan Eren 15
Tugay Tipi 14
Tuğrul Bulut 5, 12
Tuhan Kurtulmuş 10
Tuncay Baran 12

U

Ufuk Şener 5
Ulaş Akgün 5, 12
Ulunay Kanatlı 14, 16
Ümit Gündoğmuş 6, 7
Ümit Yaşar Tekelioğlu 12

V

Vasfi Karatosun 2, 8
Vecihi Kırdemir 8, 12
Vedat Şahin 2, 10, 11, 15, 16
Volkan Güneş 5

Y

Yalkın Çamurcu 10
Yasin Emre Kaya 12
Yılmaz Güvercin 2, 5, 13, 14
Yılmaz Tomak 4
Yunus Timurtaş 12
Yusuf Özcan 9

Z

Ziya Taner Özkeçeci 15