

Kırk Yaş Üzerindeki Eski Futbolcularda Görülen Diz Problemleri ve Cerrahi Tedavisindeki Gelişmeler

Prof. Dr. Mehmet Serdar BİNNET , Dr. Onur POLAT

GİRİŞ

Uzun yıllar aktif spor yaşamını sürdüren futbolcuların, sporu bıraktıktan sonraki yaşamlarını da sorunsuz geçirme isteği en doğal haklarıdır. Futbolcuların dizi, aktif yaşam süresi içerisinde normal popülasyondan daha fazla yaralanma ve aşınma riskinin olduğu eklemidir. Bunun temelinde de, vücudun en büyük eklemine, sportif aktivasyonlar sırasında fazla yük binmesi vardır.



Futbolcular aktif yaşamları boyunca herhangi bir sakatlık geçirmeseler bile, eklem üzerinde oluşan ve spora bağlı aşınmalar, onları zamanla diğer kişilere oranla sağlık açısından daha şansız kılmaktadır. Bu yüzden uzun yıllar futbola hizmet vermiş kişilerin, futbolu bıraktıktan sonraki yaşamlarında da mümkün olduğunca sağlıklı ve sorunsuz geçirilmesinin sağlanması, ana hedef olmalıdır.

Resim 1: Eski bir futbolcuda, dizdeki kırıkdağ hasarı sonucu ortaya çıkan kırıkdağ-altı kemik yapı ve buna bağlı artrosisin artroskopik görünümü.

İleri yaştaki bir kişi için en basit düşünce, genel sağlık ve fitness programının ortaya konarak, yaşlılığa bağlı gelişmelerden en az etkilenmesini sağlamaktır. Bu dönem, hayatın kalp ve akciğer problemlerinin, ayrıca şeker hastalığı, obezite (şişmanlık) ve eklemlerde dejeneratif hastalıkların başladığı dönemdir. Genel sağlık verileri öncelikli olarak ele alınmalıdır. Hareket sisteminde, özel problemleri,

diğer hastalıklardan ayırmak gerekir.

Futbolcularda kırk yaş üzerinde görülen eklem problemlerinin başında, osteoartrosis, bir diğer deyişle kireçlenme gelmektedir. Artrosis primer veya sekonder olarak, iki şekilde meydana gelir. Primer artrosis, yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkar ve esas nedeni bilinmemekle birlikte, yaşın ilerlemesi ile, fiziksel güçlerin, eklem kırıkdağının yapısını değiştirmesi ile ortaya çıkar. Primer artrosis, kırıkdağın 'yiyici ve yıpratıcı' hastalığıdır (Resim 1). Yaşları 45 ile 64 arasında değişen %25-30 kişide ve 65 yaş üzerinde %85 kişide artrosis görülmektedir(2). Futbolcuların aktivite düzeyleri, erken artrosisi artıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sekonder artrosis, daha erken yaşlarda karşılaşılan bir problemdir. Genellikle diz eklemine ilgilendiren kırıklarda veya bağ ve menisküs yaralanmalarından sonra ortaya çıkar(4). Futbolun aktif yıllarında, menisküsleri çıkarılan sporcuların dizlerindeki aşınmaların veya artrosisin hızlandığı tespit edilmiştir(11). Bu yüzden aktif futbol yıllarında dizine yönelik cerrahi tedavi geçiren futbolcular, diğer sağlam futbolculara oranla bir kat daha kireçlenme riski taşırlar.

Kırıkdağta meydana gelen değişiklikler sınırlı veya lokal otabildiği gibi genel olup, artrosise neden olabilir (Resim 2). Bu yazımızda amaçlanan, genel kırıkdağ patolojilerinde uygulanacak güncel tedavi girişimleridir. Çünkü, primer artrosisi engellemek ve oluşumun önüne geçmek imkansızdır.

Aktivitenin önemi, her eski futbolcuya göre değişmektedir. Hastalığın tedavisinde, futbolcunun gelecek yaşamı için, hedefleri esas alınmalı ve bu hedefler üzerine gerçekçi tedavi planları yapılmalıdır. Aktif yaşamlarını sorunsuz sürdürmek isteyen kırk yaş üzerindeki eski futbolcuların, diz problemlerinin tedavisinde çeşitli yaklaşımlar vardır. Bunlar içerisinde, cerrahi olmayan tedaviler geniş bir yer tutar. Bu çerçevede, diz eklemine aşırı zorlamadan korumak için kilolu eski futbolcular, eklem üzerine binen ağırlığın azaltılması amacıyla yönelik olarak zayıflatılmalıdırlar. En azından bu amaca yönelik olarak mantıklı bir çaba gösterilmelidir. İş biçimi, eklem aşırı ve süregelen yüklenmesinden sakınılacak şekilde yeniden planlamalıdır. Bununla birlikte, futbolcuların yitir

dikleri kas kuvvetinin tekrar kazandırılması gereklidir. Bilinçli hazırlanan egzersiz programları ile eklem üzerindeki dinamik kas kuvveti tekrar canlandırılmalıdır. Öncelikle kas gücünün yeniden kazanılması için izometrik egzersizler uygulanır. Programlı egzersizler, gereksinim halinde uygulanacak olan cerrahi tedavilerden sonraki dönemde erken aktif yaşama dönüşüne yardımcı olmaktadır.

ARTROSKOPİK DEBRİDMAN

Tanı yöntemleri ve müdahale örnekleri;

Dejeneratif veya yıkıcı eklem hastalıklarının hikayesine bakıldığında, sportif aktivite sonrasında, dizde, ağrı ve dolgunluk hissi, ayrıca travma hikayesi olmadan tekrarlayan şişlikler vardır. Futbolcunun dizinde tam hareket alanı mevcuttur fakat tam pasif fleksiyonda ağrı ve semptomların akut olmasına göre, orta veya ileri derecede şişlik ve hassasiyet bulunabilir. İleri yaşlardaki menisküs yırtıkları aktif futbol yıllarından biraz farklıdır. Çünkü yaşla birlikte menisküsün eski güçlü kıkırdak yapısı giderek azalır ve küçük bir zorlama ile zedelenebilir. Yine bu yıllarda menisküs yırtığı eklem hizasında hassasiyet, fleksiyon ve ekstansiyon esnasında 'klik' sesi veya menisküs yırtığını gösteren pozitif testlerle anlaşılabilir. Kilitleme yine ana bulgulardandır.

Çekilecek radyografilerde, ayakta ve tam yük verildiğinde, dejenerasyona bağlı eklem mesafesindeki daralma ortaya konabilir. Her bir kompartmandaki dejenerasyonun ortaya konmasında, kemik sintigrafisi yardımcı olabilir.

Resim 2: Eski bir futbolcuda patella-femoral kıkırdak hasarı sonucunda, düzgün eklem yüzeyinin bozulması.

Erken dejeneratif değişiklikler tespit edildiğinde, konservatif tedavi tercih edilmelidir. Bu durumda, periyodik şekilde, istirahat ve düzenli ekzersizler uygulanmalıdır. Bazen aktivite sırasında koltuk değneği ve kanedian gibi yardımcı destekler gerekebilir. Nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar, fizik tedavi, çeşitli ortezler akut semptomların çözülmesinde ve tekrarının engellenmesinde kullanılabilir.

Artroskopik debridman, diz eklemine kıkırdak yapısı başta olmak üzere diğer yapılarında gözlenmesi için önemlidir. Dejeneratif menisküs yırtıkları genellikle kıkırdak lezyonları (parçaları) ile birlikte. Artroskopik olarak yapılan eklem temizliği ile birlikte uygulanan parsiyel menisektomi, semptomların %73'ünün ilk iki yılda geçmesine sebep olur. Eğer menisküs yırtığı yoksa bu başarı şansı, %66'ya düşer (3). Diz eklemine, orta ve ileri derecede dejenerasyonu olan hastalarda, menisküs yırtığı ve kıkırdak hasarı için artroskopik debridman yapılması, ileride yapılacak olan artroplastisi (protez) ameliyatının geciktirilmesi açısından avantaj sağlar.

YÜKSEK TİBİAL OSTEOTOMİ VE ARTRODEZ

Müdahale Yöntemleri:

Yüksek tibial osteotomi (YTO), daha çok tek taraflı tutulum gösteren bacakta çarpıklık veya aks değişikliği bulunan, orta yaşlı futbolcularda tercih edilen bir metoddur (Resim 3). 50 yaşın altında, 45 hastanın, YTO yapılan 51 dizinde, 10 yıllık izlemlerinde, %70'inde mükemmel veya iyi sonuçlar bildirilmiştir. İyi olanlar içinde, %28 başlangıca göre bozulma görülmüş, %61'inde ağrının azaldığı ve buna bağlı olarak eski aktivitelerine devam ettikleri öğrenilmiştir ki bunlar, tenis, bisiklete binme, avlanma, joggingdir.

Resim 3: Dizdeki artrosis ve yapılan YTO sonrası, eklem aralığının normal sınırlara getirilmesi.

Karışıklığa engel olmak açısından, ameliyat öncesi, artroskopi yaparak, menisküs yırtığını ve loose-bodyleri (serbest parçacıkları) temizlemek oldukça faydalıdır.

Eğer uygun ise futbolcularda, seçilmesi gereken en iyi cerrahi şekli, osteotomidir. YTO'nun ileride yapılacak, total diz protezinde, proksimal tibia (ekleme bakan yüzey) ortaya konmasını zorlaştırdığı belirtilmiştir (7). Fakat böyle bir problem söz konusu değildir.

Artrodez, kişinin dizini, fiziksel aktivitesini yapacak şekilde stabil hale getirerek, dondurmaktır. Koşma ve oturmada açıkça görülen problemler sonucu, tercih edilmeyen bir metoddur. Artrodez yapılan kişilerin dizleri oldukça stabil olduğu için, yüksek fiziksel aktivite göstermişlerdir.

ARTROPLASTİ-UNI KOMPARTMANTAL VE TOTAL DİZ PROTEZİ

60 yaşın altında total diz protezi yapılan sporcularda, daha yaşlı hastalara göre karşılaştırma yapıldığında

sonuçlar daha az tatmin edicidir. Bunun en büyük sebebi genç hastaların, daha aktif yaşantılarının olması ve diz eklemi üzerine daha fazla yük binmesindedir. Fazla aktivite sonunda, ameliyatta yerleştirilen polietilen yapı çabuk yıpranmakta ve gevşeme gerçekleşmekte böylece polietilen yapıda partiküller meydana gelerek bu partiküller, eklem aralığına düşerek yabancı cisim reaksiyonu, snovitis ve hızlı kemik yıkımı meydana gelmektedir. Total diz protezi yapılan hastalarda, ani yüklenmeli ve fazla torklu aktivitelerden kaçınmaları, öğütlenmelidir.

Artroplasti yapılmasına karar verildiği zaman, ameliyatın unikompartmantal veya total diz protezi seçeneklerinden hangisi olduğuna karar baştan verilmelidir. Bu kararın verilmesinde, önemli faktörler vardır. Bu faktörler, futbocunun 60 yaşının üzerinde olması, ileri düzeyde ağrı ve yaşamı güçleştirecek fonksiyon bozukluğu olması, ön çapraz ve arka çapraz bağın sağlam olması ve aktivitenin önceki yaşama göre daha kısıtlı olmasına bağlıdır. Yaş, endikasyonun konmasında en önemli kriterlerden birisidir. Total diz protezi uygulanan hastaların tekrar aktiviteye dönüşlerinde, eski aktivitelerine göre daha yavaş ve dikkatli olmaları öğütlenmelidir. Örneğin yüzme sırasında, kurbağalama stilinden uzak durulmalıdır. Çünkü dize binen tork oldukça fazladır ve alt ekstremitayı yuvarlama, istenmeyen bir harekettir. Eğer kişi tenis oynuyor ve devam etmek istiyor ise, mutlaka çift oynamalı ve her topa koşup vurmamalıdır. Golf sırasında adımların dar tutulması ile dize binen yük azaltılabilir. Aktivite sırasında en önemli faktör, spordan zevk almak fakat bu sırada, dize fazla yüklenmekten kaçınmak ve arada dengeyi kurmaktır. Yumuşak dokuların korunması açısından ve daha fazla aktiviteye izin vermesi açısından, bracerler kullanılabilir.

Sonuç

Sonuç olarak, kırk yaşın üzerinde, dejeneratif eklem hastalığına sahip futbolcuların cerrahi tedavileri ile sorunsuz , aktif yaşantılarına döndürülmesi takdir edilecek bir

durumdur. Diğer yöntemler sonuç vermiyorsa, cerrahi olarak ağrının ortadan kaldırılması, aktif günlük yaşama geri dönülmesi açısından önemlidir. Artroskopik debridman, yüksek tibial osteotomi ve diz protezi cerrahisinin uygulanabilmesi için spesifik kriterlerin göz önünde bulundurulması gereklidir. Bu kriterler futbolcuya açıklanmalı ve başarı şansı göz önünde bulundurulmalıdır. Tatmin etmeyen sonuçların gerçekleşmesine göz yumulmamalıdır.

Ani başlayan diz ağrılarında, yine diğer sporlarda olduğu gibi soğuk uygulama yapılması da önerilmektedir. Bu şekilde ağrılı spazmlar, varsa yaralanma ve iltihaplanmış hücreler sonucu oluşan şişlikler, azaltılabilir.

Bunun yanısıra soğuk, bizzat bir ağrı giderici ajan olarak da kullanılabilir. Bu işlem günde 3-4 kere tekrarlanabilir. Enflamatuar olaylarda soğuk uygulamanın süresi 20 dakika kadar sürdürülür. Travmadan sonra ise şişlik ve kanama gelişmeden önce, bu uygulamanın yapılması gerekir. Uygulama 4-6 saat kadar sürdürülmelidir. Ödem ve/veya kanama önlenildiğinde artık soğuk uygulamayı sürdürmek gereksizdir. Bundan sonra problemin tanı ve tedavisine yönelik olarak günümüz tanı yöntemleri olan ultrasonografi, MRI, kemik sintigrafisi ve artroskopiye baş vurulmalıdır. Bu tetkiklerle, tanıya yönelik olarak, planlanan cerrahi tedavinin nasıl olacağını ortaya konmasında ana faktör, yaştır. Bundan sonra günümüz cerrahi tedavi alternatifleri olarak, artroskopik temizleme, yüksek tibial osteotomi, artrodez (eklem dondurması) veya artroplasti (diz protezi) uygulanabilir.

Eğer sporcuya, protez cerrahisi uygulanacak ise, implantın dayanma süresi göz önünde bulundurulmalıdır. Yenileme cerrahisinin, primer prosedürden her zaman daha zor olduğu bilinmeli ve ameliyat zamanı buna göre belirlenmelidir. Futbolcunun yaşam standardındaki beklentilerine karşılık verilmeli ve artroplasti sonrası aktivitesine dönmesi sağlanmalıdır. Futbolcunun yeni yeteneklerini keşfetmesi sağlanmalı ve dizine aşırı stres vermeden yaşamına devam etmesine izin verilmelidir. Ameliyatı yapan cerrah, her zaman yaşlı bir dizi tedavi etmediğini, yaşlı bir futbolcuyu tedavi ettiğini asla unutmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dert JM., Masclika K: The arthroscopic treatment of unikompartmantal gonarthrosis: a five-year follow up study of abrasion arthroplasty plus arthroscopic debridement and arthroscopic debridement alone. Arthroscopy 40 5 : 25-32, 1989.
2. Chorf J, Bert JM, Scott RD, Stulberg DA, Greenwald S: Unikompartmantal knee arthroplasty. Orthopedic Special Edition 2 : 14-28, 1993.
3. Ewing JW: Management of degenerative articular lesions and management of degenerative and cystic menisci. AAOS Postgraduate Courses- The athlete's knee Maui, HI. April 5-8, 1992.
4. Harris IE, Leff AR, Gitelis S, Simon MA: Function after amputation, arthrodesis, or arthroplasty for tumors about the knee. J. Bone Joint Surg. 72A : 1477-85, 1990.
5. Holden DL, James SL, Darson RL, Slocum DB: Proksimal tibial osteotomi in patients who are fifty years old or less. J. Bone Joint Surg. 70A: 977-82, 1988,
6. Jackson RN, Silver R, Marans H: The arthroscopic treatment of degenerative joint disease. Arthroscopy 9: 114, 1986.
7. Katz MM, Hungerford DS, Krackov KA, Lennox DV: Results of total knee arthroplasty after failed proximal tibial osteotomy for arthritis. J. Bone Joint Surg. 60A: 225-33, 1987.

8. Mattson E, Brostrom LA, Linnarsson D: Changes in walking ability after total knee replacement. *International Orthop* 14: 277-80, 1990.
9. Padgett DH, Stern SH, Insall JN: Revision total knee arthroplasty for failed unikompartmantal replacement. *J. Bone Joint Surg.* 73:186-190, 1991
10. Rand JA, Ilstrup DM: Survivorship analysis of total knee arthroplasty. Cumulative rates of survival of 9200 total knee arthroplasties. *J. Bone Joint Surg.* 73:397-409, 1991.
11. Salisbury RB, Nottage WN, Gardner V: The effects of alignment results in arthroscopic debridement of the degenerative knee. *Clin Orthop.* 198-268, 1985.
12. Tsahakis PJ, Brick GV, Thornhill TS: Arthritis and arthroplasty in Larson RL and Grana WA (eds) : *The Knee: Form, Function, Pathology, And Treatment*, pp 274-322. Philadelphia: WS. Saunders Co., 1993.