Ön Çapraz Bağ Yetersizliğinin
Tedavisinde Kemik Bloklu İliotibial
Bant Transferi

DR. E. MERGEN (*)
DR. M. S. BİNNET (**) 
DR. D. DİNÇER (***)

ÖZET


GİRİŞ:

Anterior ve medial laksite veya kombinasyonu klinik olarak sık karşılaşılan diz instabiliteridir. Pek çok hastada gelişmiş adele gücü ile instabile kontrol edilebilirse de, özellikle ön çapraz bağın tam kopukluklarından sonra belirgin semptomlarla birlikte sürekli instabilite gelişebilir. Bu tip olgularda, daha önceden kestirelemeyen

(*) Ankara Üniversitesi Tip Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Doçenti
(**) Sivas Askeri Hastanesi Ortop. ve Travmatoloji Uzmanı

360
ve küçük dönme hareketleri ile provoke edilen boşalma hissi ve de
dize güvensizlik primer semptom olarak güvenlik aktivasyonlara bile
izin vermez. Özellikle dönme veya ani duruşları gerektiren spor-
lanı/yapılanada gelişmiş adele gücüne rağmen sportif çalışma-
lardan güçlükle karşılaşırlar.

Günümüze kadar cerrahi olarak bağ tamirinde, pek çok statik,
dinamik, intraartiküler ve ekstraartiküler yöntemler tarif edilmişdir.
Diz instabilitelerinin tedavisinde iliotibial bant intraartiküler ve ekses-
traartiküler yöntemlerle kullanılmaktadır. (1, 6, 10, 11, 12, 13).

1981 yılında Insall ve arkadaşları ön çapraz bağ yetersizliği ile
oluşan diz instabilitelerinin tedavisinde diğer yöntemlerin yanısıra
iliotibial bantı intraartiküler olarak kullanarak yeni bir yöntem tarif
etmişlerdir. (1) O tarihlerden başlamak üzere bu yöntemi kliniğimiz-
de de uygulamaya başladı ve sonuçlarla birlikte retrospektif ca-
lışmamızı yayınlayabileceğimiz faydali bulduk.

Hastalarımıza ameliyat öncesi NICHOLAS tarafından önerilen
ağırlik çalışmaları ile takviyeli Quadriceps, kalça fleksör ve abduktör-
larını kuvvetlendirici egzersiz programı uygulandı. (6)

Cerrahi girişim genel veya spinal anestezi altında bacağı turni-
ke konorak uygulandı.

YÖNTEM

Önce, uyluğun lateralinde ve orta kısımdan başlayan ve ti-
bianın üst ucuna uzanan longitudinal kesi yapılır. Iliotibial bant or-
taya çıkarılır. Şekil 1'de görüldüğü gibi iliotibial bantın 2/3 ön bö-
lümünden hazırlanacak bant işaretlenir. Iliotibial bantın yapışma ye-ni olan Gerdy Tüberkülünde 1 cm genişliğinde 1,5 cm uzunluğu-
daki kemik blok osteotomla işaretlenir. Vida giriş deliği açıldık-
tan sonra, blok kortikal ve altında az miktarda spongioz kemiği içe-
recek şekilde kalırsılır. Iliotibial bant geriye doğru konulan işaret-
lerden kesilerek, Şekil 2'deki gibi fasial şerit elde edilir. Şekil 2, A'-
daki gibi bant uzunlamasına kıvrılır ve uçları dikişle birleştirilerek
tüp haline getirilir. (Şekil 2, b)

Daha sonra medial parapatellar kesi ile artrotomi yapılır ve pa-
tella laterale itilerek eklem içi yapılar gözlenilir. Eğri bir Koher pen-
si ile interkondiler aralıkları girilerek eklemın posterolateral bölü-
mündeki kapsül işaretlenerek açılır. Kemik bloğu ve delikten geçi-

Cerrahi girişime, açılan bölgelere vakumlu drenler konularak kapatılmasıyla son verilir. Tesbit diz üstü boru alcı şekilde yapıldı. Drenler post. op. 2’nci gün çekilir ve hastanın ayaga kalkmasına izin verilir. Post. op. 3’ncü günden itibaren düz bacak kaldırma hareketlerine başlandığı ve giderek arttıldı. Post. op. 4’ncü gün koltuk değişikleri ile yük verilerek yürütüldü.

Post. op. 6’ncı haftada alcı çıkarıldı ve yoğun rehabilitasyon programı ile dizi bükme ve ağırlik çalışmalarına geçilir. Düz hatta koşmaya 3’ncü ayda, diz üzerinde dönme hareketlerine 6’ncı ayda izin verilir.

MATERIAL ve BULGULAR:


Patoloji 10 dizde sağ, 6 dizde solda lokalizeydi. Olguların 11’inde lezyonların ortaya çıkışı sportif travma sonrasında olmuştur. Diğer olgularımızda oluş mekanizması düşme, iş kazası, trafik kazası şeklinde farklı idi.
Olgularımızdan 12'sinde primer semptom sürekli veya günlük aktiviteler sırasında sıkça olan «dize boşalma hissi» idi. 6 olguda bu instabilite periyotlarını dize effüzyon ve ağrı takip ediyordu. Geriye kalan 4 olguda kilitlenme primer semptomdu.

Travmanın ilk oluşundan cerrahi girisime kadar geçen süre ortalama 26,5 aydır. (En az 6 - En fazla 84 ay).

Preoperatif yapılan fizik muayenede: Olgularımızın tümünde ön çekmece testi pozitif idi. Değerler:

- 5 Olgu (+ 2)
- 7 Olgu (+ 3)
- 4 Olgu (+ 4)
Şekil 8:
Varus stress testi ile mediale açılınma 2 olguda (+1), 2 olguda (+2) değerindeydi. Tüm olgularda rutin uygulanamamakla birlikte, Pivot-Shift testi 6 olguda pozitifti.

3 olguda medial eklem aralığı hassas, 4 olguda Mc Murray testi potüzitifdi. Tüm preoperatif bulguların değerlendirilmesine göre olgularımızdan 12’sinde tek planlı anterior ve 4 olguda anteromedial instabilite tanısı kondu.

1. olgu cerrahi girişimden bir yıl önce iç menisektomi geçirmisti.

Cerrohi girişim sırasında: 4 olguda ön çapraz bağın fibröz uzantı selkinde ve yetersiz olduğu, 12 olguda ise tam kopukluğu gözlandi 9 olguda bu bulgulara iç menisküs lezyonu sürük ediyordu ve aynı seanstta menisektomi uygulandı.

Sadece 6 olguda ön çapraz bağ rüptürü izole olmuş yaralanma idi. 2 olguda femur kondilinde, 1 olguda patellada travmatik chondromalasia tesbit edildi.

SONUÇLAR:

Olgularımız ameliyat sonrası devrede en az 6 ay, en fazla 27 ay takip edilmiştir. Ortalama 18,5 ay takip edilen olgular Kennedy ve ark. kriterlerine göre değerlendirildi (3).

9 olguda çok iyi sonuç elde edildi. Bu olgular dizlerinin ameliyat öncesine göre daha dayanıklı olduğunu ve her aktiviteyi yapabileceklerini belirttiler. Olgularımızda düz ekstansiyonunda kısıtlılık olmamasına karşın 10 derecelik fleksiyon kaybı tesbit edildi. 5 olguda arasırna effüzyon olmasına rağmen ağrı yoktu. 2 olguda öne çekmekte testi negatif, 4 olguda (+1), 3 olguda (+2) idi ve preoperatif değerlerden daha azdı.

4 olguda iyi sonuç elde edildi. Dizlerde instabilite şekayetleri olmamasına karşın zaman zaman ağrı ve effüzyon oluyordu. Olgularımızda 10-20 derecelik fleksiyon kısıtlılığı gözlandi. Öne çekmekte testi 1 olguda (+1), 3 olguda (+2) değerlerindeydi.

Geriye kalan 3 olgumuzun sonuçları kötü olarak değerlendirildi. Bu olgulardan ilkine postoperatif devrede yeterli rehabilitasyon programı uygulayamadığımızdan hareket kısıtlılığı 40 dereceye va-
riyordu. Olgumuzda instabilite olmamasına rağmen hareket kısıtlılığından dolayı kötü olarak değerlendirildi. Diğer olgularımızda teknik yetersizlikten dolayı yeterli sonuç elde edemediğimizden instabilite devam ediyordu. Ön çekmece testi (+3) değerindeydi.

TARTIŞMA:

Ön çapraz bağ yetersizliğinin tanısını, prognozu ve tedavisini iddeleyen sayısı çalışma vardır. (8) Son yıllarda özellikle cerrahi tedaviye ilgi artmışsa da her bir yöntemin çeşitli avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.

Kanımızda göre bu yöntemler içindeki seçime temel kriterler, bağ rekonstrüksiyonundan sonrağın gücün analizini ve yapının nörovasküler beslenmesini içermelidir. Sonuçları etkileyen diğer faktörler cerrahi tekiğin uygulanabilirliği ve postoperatif rehabilitasyon programının yeterliliğinidır. Özellikle bu program pek çok hasta için mümkün olabilecek eklem sertliklerinin gelişmesini önlemelidir.

Çapraz bağın yerine getirilen yapı ne olursa olsun, revaskülarizasyonun biomekanik özelliklerini azaltır (12). Bu ise uzun süreli kuremayı gerektirir. Proksimal olarak alınan iliotibial bantın transferinde kan akımı lateral circumfleks arterin transvers dalından sağladığı için revaskülarizasyon gereksizdir (5, 11, 13).

Insall ve arkadaşlarının cerrahi yönteminde komposit yapının proksimal orijini ve nöravasküler beslenmesi korunacak şekilde bütünlüğü bozulmadan başka bir lokalizasyona alma prensibine dayanır (1). Fasiyanın Gerdy tükercülünden kemik bloku ile birlikte alınması ve vida kullanılarak stabilizasyonu daha emniyetli olmaktadır.

Herhangi bir greft formu ile anatomik yapının aynısını gerçekleştirmenin imkânsız olduğu bilinmektedir. Fasial greftin interkondilere çarıklktan geçirilmiş ve kemik blokun tibiaya yerleştirilmesi için çapraz bağı iyı bir kopya şeklinde tamirini sağlamaktadır. Scott ve arkadaşlarının çalışmasında da, intraartiküler olarak konulan vidaların erken dönemde çıkarılması sırasında yaptıkları eksporotriss artrotomi ile; transfer edilen parçanın fonksiyonel bütünlükte olduğunu, synovial sividan etkilendigi ve interkondilre çıkıntının mekanik hareketleri ile parçalanmam考えını izlemişlerdir (12).

Son zamanlarda iliotibial bantın fonksiyonel olarak ön çapraz bağın yerine geçebilecek gusto sahip olmadığı bildirilmiştir (7, 9). Bu çalışmada test edilen iliotibial bant bölüm, ön çapraz bağın
yüklendiği gücün %44'üne dayanmıştır. Ancak bu çalışmada kullanılan iliotibial bant bölümü, proksimal adele kısmını bünyesinde taşıımamakta ve distal kemik fiksasyonu uygulanmamaktadır.


Ön çapraz bağ rekonsürsiyonundan sonra dizlerin tekrar normal haline geleceği umit ediliyorsa, elde edilen sonuçların umut kırıcı olmasına karşın, hastaların işlevsel kapasitelerindeki artış oldukça büyüktür. 9 olgunun hepsi kendini iyileşmiş kabul etti ve dizleri ameliyat öncesinden daha dayanıklı idi. Olgularımızdan 13'ünde belirgin bir instabiliteye rastlanmadı.

Serimizdeki sonuçların gerek insall’un orijinal makalesindeki, gerekse Scott’un modifikasyonundan sonraki değerlerden farklı tek bulgusu hareket kaybı derecelerindeki artış oldu. Olgularımız postoperatif dönemde aynı olanaklara rehabilite edemeşimizden dolayı hareket açılarında, diğer sonuçlara oranla ortalama 10 derecelik fazla bir fleksiyon kaybı ortaya çıktı.


Sonuçlarımızın diğer yöntemlerini sonuçlarıyla karşılaştırılması kemik bloklu ilirotibial bant transferi yönteminin en azından di-
SUMMARY

TRANSFER OF THE ILIO-TIBIAL TRACT AND BONE BLOCK IN TREATMENT
OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT IN SUFFICIENCY

The anterior distal part of the iliotibial tract with an attached bone block from Gerdy’s tubercle was used as an intra-articular graft firmly fixed by a screw to the knees which were followed for eighteen months. No other ligament procedures were performed simultaneously. At follow up stability was improved and the result was regarded good or excellent in thirteen of the sixteen knees. The operation is applicable to the majority of the chronic laxities of the knee and, because the postoperative care is much simplified and the rehabilitation time is much shorter. The procedure is contraindicated when there is posterior or single plane lateral laxity.

KAYNAKLAR


