

Ayak Bileğinde Deformite

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010;10(2):77 [90]

Özge Duman ATILLA,¹ Yalçın GÖLCÜK,¹ Deniz ORAY¹

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir

V. Türkiye Acil Tıp Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (29 Ekim-1 Kasım 2009, Antalya).

Kırk bir yaşındaki erkek, acil servise ambulansla 2 metre yükseklikten dengesini kaybedip sol ayağının üstüne düşme nedeniyle getirildi. Fizik muayenede sol ayağın yumuşak doku ödemiyle birlikte dorsal ve medial yöne doğru deforme olduğu (Şekil 1) ve sol ayakta dorsalis pedis nabızı alınamadığı tespit edildi. Sistemik muayenesinde başka bir anormal bulguya rastlanmayan hastaya lateral ayak grafisi çekildi (Şekil 2). Doppler ultrasonografide arteriyel akım paterninin azaldığı saptandı. [Tanı için, bkz. s. 90]



Şekil 1. Başvuru anındaki ayak bileği deformitesi.



Şekil 2. Lateral ayak grafisi.

İletişim

Dr. Deniz ORAY

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Acil Tıp Kliniği, Konak, İzmir, Turkey.

Elektronik posta: denizoray@hotmail.com

77. sayfanın devamıdır.

Tanı

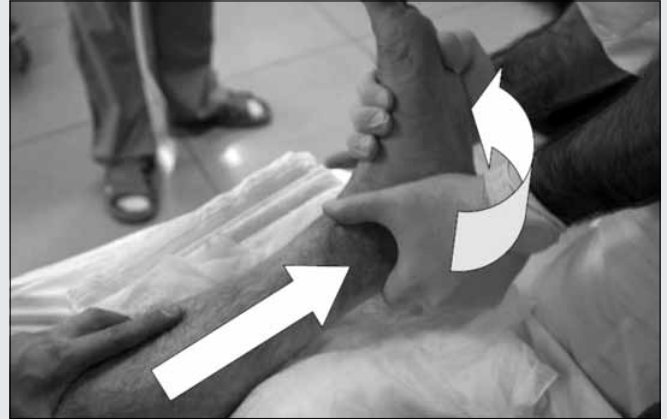
Chopart Çıkığı

Özellikle diyabetik ayak amputasyonlarında referans olarak kullanılan Chopart eklem aralığı ilk olarak Fransız cerrah Dr. François Chopart tarafından tariflenmiştir.^[1] Chopart eklem aralığı talonavikular eklem ile kalkaneoküboidal eklem tarafından oluşturulur.^[2] Chopart çıkığı çoğunlukla genç erkeklerde yüksekte düşme ya da motosiklet kazası sonucu gelişir ve nadiren görülür. Genellikle kalkaneus, kuboid ve navikular kırık eşlik eder.^[3] Main ve Jowett, midtarsal eklem yaralanmalarını beş gruba ayırmıştır:^[4]

1. Medial kuvvetle beraber medial yer değiştirme
2. Longitudinal kuvvetle beraber impaksiyon ve burkulma
3. Lateral kuvvetle beraber lateral yer değiştirme
4. Plantar kuvvetle beraber plantar yer değiştirme
5. Crush yaralanma.

Chopart kompleksinin çıkıkları yönetim açısından en zor ayak yaralanmaları arasındadır. Nörovasküler muayene redüksiyon öncesi ve sonrası kritik öneme sahiptir. Yüksek enerjili travmalarda kompartman sendromu gelişebilir. Fizik muayene ve direkt grafiler tanı için yeterlidir. Palpasyonunda distal nabızın varlığından emin olunamıyorsa Doppler ultrasonografi ile değerlendirme yapılabilir. Düz radyografiler küçük kırıkları tespit edemeyebileceği nedeni ile olguların tomografi ile kontrolü önerilir.^[3] Tedavi çıkığın acil kapalı redüksiyonu ve ayağın immobilizasyonudur.^[5]

Bizim olgumuza Chopart Çıkığı (mediale yer değiştiren) tanısı konuldu. Sedasyon analjezi eşliğinde aksiyal traksiyon ile kapalı redüksiyon (Şekil 3) uygulandı. Redüksiyon sonrası nörovasküler muayenesinin normal olması üzerine kısa bacak atel uygulanarak immobilizasyon sağlandı. Kontrol amaçlı çekilen sol ayak bileği tomografisinde kırık saptanmayan olgumuz ortopedi poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.



Şekil 3. Hastaya sedasyon analjezi altında aksiyal traksiyonla kapalı redüksiyon uygulandı.

Kaynaklar

1. Klaue K. Chopart fractures. *Injury* 2004;35:64-70.
2. Puthzath K, Veluthedath R, Kumaran CM, Patinharayil G. Acute isolated dorsal midtarsal (Chopart's) dislocation: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2009;48:462-5.
3. Dislocation, Foot. <http://emedicine.medscape.com/article/823168-overview> (Accessed: September 07, 2009).
4. Main BJ, Jowett RL. Injuries of the midtarsal joint. *J Bone Joint Surg Br* 1975;57:89-97.
5. Lawrence SJ. Midfoot trauma, bony and ligamentous: evaluation and treatment. *Curr Opin Orthop* 2002;13:99-106.