

İlk Kez Patella Çıkığı Nasıl Tedavi Edilmeli?

İlk Kez Patella Çıkığı Nasıl Tedavi Edilmeli?(Cerrahi Tedavi)

Hazırlayan: Prof. Dr. İlhan Özkan

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı – AYDIN

Patella çıkığı; patellanın medialindeki yapıların sağlam olduğu bir dizde sıklıkla travma sonucu medial yapıların yaralanması ve patellanın laterale yer değiştirmesi ile karakterize bir tablodur. Bu tabloya sıklıkla hemartroz eşlik eder. Yaralanmaların çoğunluğu spor yaralanmasıdır. Hastaların yaklaşık 2/3'ü 20 yaşın altında genç ve aktif bireylerdir. Patella çıkığı geçiren hastaların büyük çoğunluğunda medial retinekulum ve medial patella-femoral ligament (MPFL) yaralanması da mevcuttur.

İlk kez patella çıkığı geçiren bir hastada bu çıkık ileri dönemlerde tekrarlayan instabiliteye, hastanın aktivite seviyesini azalmasına, diz önü ağrısına ve patella-femoral (PF) osteoartrite neden olabilir. Tekrarlayan çıkıklar PF eklemden kıkırdak lezyonu ve osteoartrit oranını artırır. İlk kez patella çıkığının ardından tekrar çıkık oluşmasında doğumsal ve kazanılmış pek çok faktör rol oynar. Bunların en önemlisi patellanın laterale çıkığına karşı medial desteğin yetersiz olmasıdır. Ayrıca troklear displazi, patella alta, tuberositas tibianın lateralizasyonu, vastus medialis hipoplazisi, hiperlaksite, artmış femoral anteverzasyon ve displazik patella da tekrar çıkık oluşması riskini artıran faktörlerdir. İlk kez patellası çıkan bir hastada tekrar çıkık oluşması riski % 15 – 70 arasında değişmektedir. Gene ilk kez patella çıkığı sonrasında hastaların yaklaşık yarısında bir takım semptomlar devam etmekte, hasta kendisini çıkık öncesindeki gibi rahat hissedememekte ve aynı aktivite seviyesine dönememektedir. Tekrar çıkık oranı sadece travmatik çıkık olanlarda % 20 dolayındayken, buna ek instabilite şikayetleri olanlarda bu oran % 50'lere çıkmakta, çıkık riski oluşturacak anatomik faktörlerin varlığında ise oran % 80'lere ulaşmaktadır.

MPFL ilk 20-30 derece fleksiyonda patellanın laterale çıkmasını engelleyen en önemli anatomik yapıdır ve çıkığı engelleyen kuvvetlerin % 50-60'ını sağlar. Başarısız konservatif tedaviler büyük oranda MPFL yaralanmasına bağlıdır. Akut çıkıklarda MPFL % 90-100 oranında yaralanır. MPFL yaralanmalarını büyük kısmı femoral ve patellar yapışma bölgelerinde, daha az kısmı ise cisim bölgesinde olur. Patella yapışma yerinde olan yaralanmaların kendi başına iyileşme potansiyeli düşüktür. MPFL yaralanmalarını en iyi biçimde MRG ile değerlendirmek mümkündür.

Bu temel bilgiler ışığında ilk kez patella çıkığı olan hasta değerlendirilmeli ve tedavi kararı verilmelidir. Verilecek tedavi kararı konservatif ya da cerrahi tedavi yönünde olacaktır. Bu güne kadarki klasik bilgilerimiz ilk çıkık sonrasında ilk yapılacak tedavinin konservatif tedavi olması gerektiği yönündedir. Konservatif ya da cerrahi tedavi kararını doğru verebilmek için daha önce yapılan çalışmaları değerlendirmek ve kanıt değeri yüksek çalışmaların sonuçları kılavuzluğunda karar vermek gerekir. Ne yazık ki ilk kez patella çıkığı sonrasındaki karar verme sürecimizi kesin bir biçimde etkileyecek veriler mevcut değildir. Bu konuda Cochrane veri tabanında 2010 yılında yayınlanmış olan bir derleme kanıt değeri en yüksek yayınlardan biridir. Bu çalışmada daha önce yapılmış olan 5 çalışma ve toplam 339 olgu değerlendirilmiş konservatif tedavi ve cerrahi tedavi edilen olguların tekrar çıkık oranları (cerrahi grupta 47/182 çıkık, konservatif tedavi grubunda 53/157 çıkık) ve Kujala skorları arasında fark bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmalardaki cerrahi tedavilerin tümü MPFL tamir cerrahisidir. Patella çıkıklı olguların hemen tümünde yaralanan, fleksiyonun ilk derecelerinde çıkığa en önemli engel teşkil eden MPFL'in tamir ya da rekonstrüksiyonu patella çıkığı tedavisinde önemli cerrahi seçeneklerdir. Yukarıdaki çalışma MPFL tamirinin konservatif tedaviden üstün olmadığını söyleyebilir. MPFL rekonstrüksiyonu MPFL tamirinden daha güvenilir bir cerrahi tedavi yöntemidir. Yırtık yerini belirlemede oluşabilecek karışıklıklar, cisimde oluşan ek yırtıklar, tamir edilen bölgenin dışında kalan dokuda oluşan skar dokusu ve zaman zaman tamir edilecek dokunun ayırt edilmesindeki güçlük MPFL rekonstrüksiyonlarını daha güvenilir kılmıştır. Daha önce yapılmış olan çalışmalara bakıldığında MPFL rekonstrüksiyonu ve

konservatif tedaviyi karşılatıran çalışmaların hemen tamamında cerrahi tedavi tekrar çıkık ve kazanımlar yönünden üstün bulunmuştur.

Gene geçmiş yayınlara bakıldığında ilk kez patella çıkığı sonrasında cerrahi ve konservatif tedaviyi karşılaştıran çalışmaların büyük kısmında tekrar çıkık ve ameliyat sonrasındaki kazanımlar yönünden fark bulunmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmalardaki cerrahi tedaviler MPFL'e dokunmayan, osteotomi ve bazı yumuşak doku girişimleridir. Unutulmaması gereken patella çıkıklarının ilk 20-30 derece fleksiyonda olduğu ve bu açıda çıkığa en büyük engelin kemik yapılar değil MPFL olduğudur. Kemik yapılarda anatomik risk oluşturacak faktörlerin varlığında, kemik yapılardaki bozukluğun cerrahi olarak düzeltilmesi tek başına yeterli olmayacaktır. MPFL rekonstrüksiyonunun da bu cerrahilere ilave edilmesi gerekir.

Bugün bizim pratik uygulamamızda patella çıkıklarında risk oluşturacak kemiksel yapıdaki anatomik faktörler (TT-TG mesafesi, patella alta, femoral anteverسیون) ve MPFL değerlendirilmekte, kemik yapılarda risk oluşturacak faktörün yokluğunda yalnızca MPFL rekonstrüksiyonu (seçili olgularda ek olarak lateral gevşetme), risk oluşturacak faktörler varlığında osteotomi ve MPFL rekonstrüksiyonu uygulanmaktadır.

Özet olarak ilk kez patella çıkığı sonrasında her olguda cerrahi tedavi uygulanması gerektiği bugünkü bilgilerimiz ışığında tam olarak söylenemez. Fakat daha önce ilk kez patella çıkığı sonrasındaki tedavide konservatif tedavinin temel alındığı düşünce yapımızın, cerrahi tedavinin temel alındığı düşünce yapısı ile değişmesi gerektiği düşüncesindeyim. Yirmi yaşın altındaki genç ve aktif bireylerde, aktif spor yapan bireylerde, osteokondral kırık tespit edilen olgularda ve tekrar çıkık riskini yükselten anatomik faktörlerin varlığında ilk kez patella çıkığı sonrasındaki tedavi seçeneği cerrahi tedavi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bitar AC, Demange MK, D'Elia CO, Camanho GL. Traumatic patellar dislocation. Nonoperative treatment compared with MPFL reconstruction using patellar tendon. *Am Journal Sports Med* (2012) 40(1):114-22.
2. Hing CB, Smith TO, Donell S, Song F. Surgical versus non-surgical interventions for treating patellar dislocation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No. : CD008106. DOI: 10.1002/14651858.CD008106.pub2.
3. Panni AS, Vasso M, Cerciello S. Acute patellar dislocation. What to do? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* (2013): 21:275-8.
4. Petri M, Liodakis E, Hofmaister M, et al. Operative vs conservative treatment of traumatic patellar dislocation: results of a prospective randomized controlled clinical trial. *Arch Orthop Trauma Surg* (2013) 133: 209-13.
5. Sillanpaa PJ, Maenpaa HM. First time patellar dislocation: surgery or conservative treatment. *Sports Med Arthrosc Rev* (2012) 20(3):128-35.
6. Smith TO, Song F, Doneli ST, Hing CB. Operative versus non-operative management of patellar dislocation. A meta-analysis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* (2011) 19:988-98.
7. Smith TO, Walker J, Russell N. Outcomes of medial patellafemoral ligament reconstruction for patellar instability: a systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* (2007) 15:1301-14.
8. Volnberg B, Koehlitz T, Jung T, et al. Prevalance of cartilage lesions and early osteoarthritis in patients with patellar dislocation. *Eur Radiol* 2012, DOI 10.1007/s00330-012-2493-3.