

SPORCULARDA AYAK BİLEĞİ SORUNLARINDA ARTROSKOPİNİN YERİ

Semih AYDOĞDU Alp VARILSÜHA Hakkı SUR

ÖZET

Aktif spor yapmakta olan (ikisi lisanslı, yedisi amatör) dokuz sporcuya, spor yaralanması sonucu gelişen ayak bileği yakınmaları nedeniyle ayak bileği artroskopisi uygulanmıştır. Olguların beşi kadın, dördü erkek; yaş ortalaması 24.6'dır. Yaralanmaların üçü futbol, ikisi basketbol, ikisi atletizm, ve birer tanesi jimnastik ve hentbol sporlarında oluşmuştur. Olguların ortalama takip süresi 10.3 aydır. Ayak bileği artroskopisi ile, olgulardan üçünde anterolateral yumuşak doku "impingement"i, ikisinde talus kubbesi osteokondritis dissekansısı, ikisinde kronik lateral ayak bileği instabilitesine bağlı kronik sinovit, ikisinde de geçirilmiş eski ayak bileği travması sonucu gelişmiş eklem içi serbest cisimcikler belirlenerek, lezyonlara yönelik tedavi uygulanmıştır. İki olguda ayak bileği artroskopisine ek olarak, aynı seansta açık cerrahi girişim (anterolateral bağ rekonstrüksiyonu) uygulanmıştır. Hernekadar ayak bileği artroskopik yaklaşımda anatomik sınırlılık ve güçlükler olsa da bu teknik doğru tanı, minimal ve lezyona yönelik cerrahi ve erken günlük yaşam ve spora dönüş özellikleri nedeni ile etkin ve yararlı bir tanı ve tedavi yöntemini oluşturmaktadır.

Anahtar Sözcükler : Artroskopi, ayak bileği, egzersiz

SUMMARY

ARTHROSCOPY IN ATHLETES WITH ANKLE PROBLEMS

Between June 1994 and June 1995, nine sportive patients were examined and treated arthroscopically for their ankle problems related to sports injury. Five of the cases were female and four of them were male. The mean age was 24.6 years. The diagnoses of the patients were; anterolateral soft tissue impingement in three cases, osteochondritis dissecans of talar dome in two cases, synovitis due to chronic lateral ankle instability in two cases and intraarticular loosebodies in two others. The arthroscopic treatment methods were; anterolateral soft tissue excision, excision of the unstable fragments and drilling, synovectomy and loose body excision. The average postoperative follow up period was 10.3 months. In all patients the complaints were lost and they have returned to sports activities between three weeks to four months. Although there are many difficulties in the arthroscopical approach of the ankle, it is obvious that there are significant advantages. It increases the incidence of true diagnosis, makes minimal surgical damage and gives the patient the chance of rapid return to sports and daily activity.

Key Words : Arthroscopy, ankle, exercise

GİRİŞ

Artroskopi diz eklemi sorunlarına yaklaşım amacıyla geliştirilmiş ve günümüzde artık standartlaşmış bir tanı ve tedavi yöntemidir. Dizden sonra, omuz eklemi de, tanısal ve cerrahi artroskopi alanına girmiştir. Ayak bileği artroskopisi ise, ayak bileği sorunlarında tanısal ve cerrahi bir yöntem olarak değerini ancak son yıllarda kanıtlamıştır (2, 4, 5).

Seksenli yılların ortasına kadar ayak bileği artroskopisinde kullanılan gereçlerin diz için kullanılanlarla aynı olması ve ayak bileğinin anatomik yaklaşım güçlükleri nedeniyle yeterince popüler olmayan bu yöntem, son yıllarda görüntü ve artroskopi teknolojisindeki ilerlemeler ve ayak bileğinde kullanım için tasarlanmış gereçlerin ortaya çıkmasıyla daha yaygın uygulama alanına kavuşmuştur.

İlk kez 1931 yılında Michael Burman, tüm major eklemlerin artroskopik anatomisini anlattığı klasik makalesinde ayak bileği artroskopisindeki enstrümantasyon güçlüğünden söz etmektedir. Daha sonrasında; 1939 yılında Takagi, dört eklem artroskopisine ait çalışmasında ayak bileği artroskopisine de yer vermektedir. Ayak bileği artroskopisi ile ilgili 28 olguluk ilk klinik seriyi 1970 yılında Watanabe ve arkadaşları yayınlamışlar ve bunu 1976'da Chen'in 67 hasta ve 17 kadavra üzerinde yaptığı çalışması izlemiştir. 1980'lerde Almanya'da Plank, Amerika'da Johnson, Drez, Andrews ve Hawkins gibi araştırmacılar ayak bileği artroskopisinin endikasyonları ve cerrahi teknikleriyle ilgili önemli çalışmalar yapmışlardır. Bu çalışmada tanısal ve cerrahi ayak bileği artroskopisi uygulanan dokuz sporcu olgusunun değerlendirilmesi sunulmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada kliniğimize Haziran 1994-Haziran 1995 tarihleri arasında ayak bileği sorunlarıyla başvuran ve ayak bileği artroskopisi uygulanan 13 olgudan, sporcu olan dokuzuna ait (% 70) değerlendirmeler sunulmuştur.

İkisi lisanslı, yedisi amatör olarak aktif spor yapan 9 olguya, spor yaralanması sonucu oluşan ayak bileği yakınmaları nedeniyle artroskopi endikasyonu konmuştur. Artroskopi yapılmadan önce tüm olgularda en az üç ay süreyle konservatif tedavi (kas egzersizleri, fizik tedavi, ayakkabı modifikasyonları ve non-steroid antiinflamatuar ilaç tedavisi) uygulanmış ve yakınmalarının geçmemesi üzerine girişime karar verilmiştir. Yaralanmadan sonra geçen süre en kısa altı ay, en uzun üç yıl olup, ortalama 11 aydır. Yaralanmaların üçü futbol, ikisi basketbol, ikisi atletizm ve birer tanesi jimnastik ve hentbol nedeniyle olmuştur. Yaralanma mekanizmaları tüm olgularda belirlenememekle birlikte genellikle inversiyon travması olup tüm olgularda artroskopi öncesi direkt radyolojik inceleme ve dört olguda da MRI yapılmıştır. Olguların beşi kadın dördü erkek, ortalama yaş 24.6'dır (17-33). En kısa takip üç ay, en uzun takip 15 ay olup ortalama takip süresi 10.3 aydır.

Artroskopi sırasında spinal anestezi uygulanmış olup; Parisien'in önerdiği gibi, hasta supin pozisyondayken, operasyon tarafındaki kalçanın altına bir yastık konarak yükseltilmiş ve böylece alt ekstremitenin pasif içe rotasyonu ile anterolateral portale kolay yaklaşım amaçlanmıştır (6). İşlem sırasında 4.5 mm- 30 derecelik skop kullanılmış olup manüel distraksiyon dışında başka bir distraksiyon yöntemi uygulanmamıştır. Eklem önce 20 cc serum fizyolojikle şişirilmiş, daha sonra sırasıyla anterolateral ve anteromedial portaller açılmıştır. Bazı olgularda vizüalizasyonu kolaylaştırmak için motorize aletlerle gerektiği kadar sinovektomi yapılmıştır.

Klinik olarak olguların üçünde anterolateral yumuşak doku "impingement" i, ikisinde talus kubbesi osteokondritis dissekansı, ikisinde kronik lateral ayak bileği instabilitesine bağlı kronik sinovit, ikisinde de geçirilmiş eski ayak bileği travması sonucu gelişmiş eklem içi serbest cisimler vardı. "İmpingement" olgularında anterolateral yumuşak doku bandı mekanik ve motorize aletler yardımıyla çıkarılmış; osteokondritis dissekans'da instabil fragmanlar çıkarılarak küretaj ve drilleme yapılmış, kronik sinovitlerde sinovektomi yapılmış olup serbest cisim olgularında da serbest cisimler çıkarılmıştır. Ayrıca iki olguda aynı seansta açık olarak anterolateral bağ rekonstrüksiyonu da uygulanmıştır.

Postoperatif dönemde kompresif sargı, elevasyon ve soğuk uygulama yapılmış olup aktif ayak bileği egzersizlerine hemen başlanmıştır. Post op birinci gün hasta koltuk değneği yardımıyla ayağa kaldırılarak ağrıyı tolere edebileceği oranda yüklenmesine izin verilmiş, hastanın yakınmalarına ve yapılan cerrahi müdahaleye göre koltuk değnekleri 3 ile 60 gün süreyle kullanılmıştır.

BULGULAR

Klinik ve radyolojik olarak konan ön tanımlar olguların çoğunda artroskopik olarak doğrulanmış, ancak iki olguda klinik ve radyolojik olarak saptanamayan talus kubbesine ait kırıldak lezyonları artroskopik olarak belirlenmiştir. Tüm olgularda artroskopik cerrahi sonrası, ağrı ya tamamen ortadan kalkmış, ya da günlük yaşam ve sportif aktiviteyi et-

kilemeyecek düzeye inmiştir. Olguların tümü yaptıkları spora üç haftayla dört ay içinde dönebilmişlerdir. Bir olguda gelişen N.peroneus superfisialisin intermediate dalına ait geçici parezi tek komplikasyonumuz olup üç haftada tamamen düzelmiştir.

TARTIŞMA

Serimizde en çok görülen patoloji olan anterolateral yumuşak doku "impingement"ı, ayak bileği burkulmalarına bağlı olup ayak bileği anterolateralinde kronik ağrı ve şişlikle karakterizedir (1, 3). Konservatif tedaviye iyi yanıt vermeyen, klinik muayene ve konvansiyonel radyolojik metodlarla tanısı güç olan bu antitenin saptanması için son zamanlarda MR'dan faydalanılmaktadır (3). Ancak MR ile birlikte dahi yanlış-negatif tanı oranı yüksektir. Klinik bakı bu konuda bazı önemli ipuçları vermekte; ancak kesin tanıyı sağlayabilen yegane yöntem artroskopi olmaktadır. Olguların artroskopik muayenesi sırasında rastlanan bulgular genellikle anterolateral gutter'da sinoviyal hipertrofi ve fibrozisdir. Bazı olgularda bu bölgede fibrotik bantlar ve kondromalazik değişiklikler de saptanabilmektedir. Fibrozik dokular ve hipertrofik sinoviyanın artroskopik olarak debritmanı ile büyük oranda iyi sonuçlar alınabilmektedir (1, 2, 3). Bizim olgularımızda da artroskopik cerrahi sonrası dramatik (anestezi'nin etkisi geçer geçmez) iyileşme gerçekleşmiş, yani lokal ağrı yokolmuştur.

Talar eklem yüzeyine ait osteokondral lezyonlar, küçük defektler olan subkondral kistlerden deplase osteokondral fragmanlara kadar değişen şekillerde görülebilir. Tedavi şeklini belirlemede lezyonun özellikleri önemli olup bu gün en sık kullanılan Berndt ve Harty sınıflamasıdır. Bu sınıflamaya göre Tip 3, yani "tam olmayan kırıklar" en sık rastlananlar olup bizim iki olgumuz da bu gruba girmektedir. Bu lezyonlara yönelik artroskopik girişim sırasında "lezyonun lokalizasyonu" büyük önem taşımaktadır; çünkü artroskopik olarak talus kubbesinin önünde lokalize lezyonlara ulaşılabilirken, daha arkadaki lezyonlar güçlük göstermekte, malleollerin delinmesini gerektirebilmektedir (1, 2). Bizim olgularımızın ikisi de anterior yerleşimli olduğundan yaklaşım güçlük göstermemiştir. Tip 3 lezyonlarda önerilen ve yüksek oranda iyi

sonuçlar verdiği bildirilen tedavi metodu eksizyon + küretaj + drilleme olup bizim olgularımızda da uygulanan tedavi yöntemidir. Bizim edindiğimiz izlenim, lezyona doğru yaklaşımın yapılabilmesi için; öncelikle BT veya MR gibi ileri tanı yöntemleriyle kesin lokalizasyonun belirlenmesi gerektiğidir. Aksi takdirde posteriora uzanan lezyonlarda önemli ulaşma sorunları olabilir.

Eklem içi serbest cisimler, kondral veya osteokondral nitelikte olabilir. Genellikle travmatik olmakla birlikte, çok sayıda lezyonun saptandığı sinoviyal osteokondramatozis olguları da vardır. Hastada kronik ayak bileği ağrısı, şişlik, takılma veya kilitlenme semptomlarına yol açan bu lezyonların eğer osseöz komponenti yoksa konvansiyonel radyolojik metodlar veya bilgisayarlı tomografiyle saptanması mümkün olmamakta; yine MR'dan yararlanmak gerekmektedir. Bu olgularda da doğru artroskopik yaklaşımın yapılabilmesi için gerektiğinde ileri tanı metodlarını da kullanarak kesin lokalizasyonu belirlemenin önemli olduğunu düşünüyoruz.

En sık görülen ayak bileği patolojisi olan kronik anterolateral instabilitenin artroskopik olarak tanısı konabilmekle birlikte, artroskopik cerrahi metodlarla tedavisi halen pek çok güçlükler taşımaktadır. Bu nedenle biz artroskopik olarak tanısını kesinleştirdiğimiz ve eğer varsa intraartikuler patolojilerine yönelik girişimlerimizi yaptığımız iki olgumuzda da, aynı seansta açık cerrahi metodlarla bağ tamiri yapmayı tercih ettik. Ancak, omuz instabilitelerinde olduğu gibi, ayak bileği instabilitelerinde de etkin artroskopik yöntemlerin geliştirilmesi ile ileriki dönemde ayak bileği artroskopisinin akut ve kronik olgularda uygulama alanı oldukça genişleyebilir.

Ayak bileği artroskopisi minimal invazif cerrahi yaklaşım anlayışının bir sonucu olarak gelişmiştir. Öncelikle ayak bileği sorunlarında tanı doğruluk oranını yükseltmekte ve böylece doğru tanıya yönelik artroskopik ve gerekirse açık cerrahi girişim uygulanmasına olanak vermektedir. Hernekadar ayak bileğine artroskopik yaklaşımda anatomik güçlükler olsa da; doğru tanı, minimal ve lezyona yönelik cerrahi girişim, erken günlük yaşam ve spora dönüş özellikleri nedeniyle bu teknik etkin ve yararlı bir tanı ve tedavi yöntemi oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ferkel RD, Fasulo GJ : Arthroscopic treatment of ankle injuries. Orthop Clin North Am 25 : 17-32, 1994.
2. Ferkel RD, Scranton PE : Current concepts review : arthroscopy of the ankle and foot. J Bone Joint Surg 75-A : 1233-42, 1993.
3. Meislin RJ, Rose DJ, Parisien S, Springer S : Arthroscopic treatment of synovial impingement of the ankle. Am J Sports Med 21 : 187-9, 1993.
4. Ogilvie-Harris DJ, Mahomed N, Demaziere A : Anterior impingement of the ankle treated by arthroscopic removal of bony spurs. J Bone Joint Surg 75-B : 437-40, 1993.
5. Parisien JS, Feldman RH : Arthroscopy of the ankle and posterior subtalar joints. In : MH Jahss, Ed : Disorders of the Foot and Ankle, 2nd ed, vol 1, Philadelphia, WB Saunders, 1992, pp 205-35.
6. Parisien JS, Vangsness T : Operative arthroscopy of the ankle. Clin Orthop 199 : 46-53, 1985.