

*11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

*30, yılda Prof, Dr. Rıdvan Ege Onuruna*

***11. EL VE ÜST EKSTREMİTE  
CERRAHİSİ KONGRESİ***

***BİLDİRİ ÖZET KİTABI***

16-19 MAYIS2008/ ÇEŞME - İZMİR

*11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

## **İÇİNDEKİLER**

<b>ORGANİZASYON KURULU</b>	<b>4</b>
<b>SÖZLÜ ve POSTER BİLDİRLER</b>	<b>6</b>
<b>BİLİMSEL PROGRAM</b>	<b>12</b>
<b>SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ</b>	<b>27</b>
<b>POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ</b>	<b>99</b>
<b>YAZAR İNDEKSİ</b>	<b>170</b>

## ORGANİZASYON KURULU

### Türk El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Derneği Yönetim Kurulu

#### Başkan

Dr. Oğuz Polatkan

#### 2.Başkanlar

Dr. Mehmet Demirtaş

Dr. Aydın Yüçetürk

#### Üyeler

Dr. Sait Ada

Dr. Şadan Ay

Dr. Hüseyin Bayram

Dr. Gürsel Leblebicioğlu

Dr. Türker Özkan

Dr. Levent Yalçın

#### Kongre Düzenleme Kurulu

##### Onursal Başkan

Dr. Rıdvan Ege

##### Onur Konukları

Dr. İsmail Çallı

Dr. Merih Eroğlu

Dr. Orhan Girgin

Dr. Ayan Gülgönen

##### Kongre Başkanı

Dr. Oğuz Polatkan

##### Kongre Sekreteri

Dr. Oğuz Özdemir

##### Bilimsel Sekreteryaya

Dr. Levent Yalçın Dr. Akın Yücel

##### Organizasyon Komitesi

Dr. Yalçın Ademoğlu

Dr. Taşkın Altay

Dr. A.Kadir Bacakoğlu

Dr. Erhan Coşkunol

Dr. Ferit Demirkan

Dr. İbrahim Kaplan

Dr. Zeki Özcan

Dr. Mustafa Özkan

## BİLİMSEL KURUL

Dr. Sait Ada	Dr. İbrahim Kaplan
Dr. Yalçın Ademoğlu	Dr. Günhan Karakurum
Dr. Sinan Adıyaman	Dr. Ahmet Karaoğuz
Dr. Metin Akıncı	Dr. Abdullah Keçik
Dr. Mehmet Alp	Dr. Ahmet Kral
Dr. Şadan Ay	Dr. Mahmut Kömürcü
Dr. Atakan Aydın	Dr. İlhami Kuru
Dr. A. Kadir Bacakoğlu	Dr. Gürsel Leblebicioğlu
Dr. Hüseyin Bayram	Dr. Ufuk Nalbantoğlu
Dr. Mehmet Bayramiçli	Dr. Ersin Nusumlalı
Dr. Oya Bayrı	Dr. Tunç Öğün
Dr. Tahsin Beyzadeoğlu	Dr. İbrahim Ökçesiz
Dr. Sinan Bilgin	Dr. Mesut Özcan
Dr. Aslan Bora	Dr. Oğuz Özdemir
Dr. Erhan Çoşkunol	Dr. Remzi Özerdemoğlu
Dr. İsmail Çallı	Dr. Fuat Özerkan
Dr. Selim Çepel	Dr. Mustafa Özkan
Dr. Hüseyin Demirörs	Dr. Türker Özkan
Dr. Mehmet Demirtaş	Dr. Yüksel Özkan
Dr. Hayati Durmaz	Dr. Kahraman Öztürk
Dr. Rıdvan Ege	Dr. Fatih Parmaksızoğlu
Dr. Ahmet Ekin	Dr. Oğuz Polatkan
Dr. Ömer Erçetin	Dr. Muhittin Şener
Dr. Merih Eroğlu	Dr. Cihangir Tetik
Dr. Eftal Güdenez	Dr. Murat Topalan
Dr. Hakan Gündeş	Dr. Serdar Tüzüner
Dr. Hakan Gürbüz	Dr. Akın Üzümcügil
Dr. Güler Gürsu	Dr. Levent Yalçın
Dr. Mustafa Herdem	Dr. Mehmet Yıldız
Dr. Tufan Kaleli	Dr. Aydın Yüçetürk

## 11. El ve Üst Ekstremité Cerrahi Kongresi

### SÖZLÜ BİLDİRİLER

- S 01 OMUZ IMPINGEMENT SENDROMUNDA SKAPULA MOBİLİTESİ VE FONKSİYONEL DÜZEY ARASINDAKİ İLİŞKİ
- S 02 LATERAL EPİKONDİLİTTE AĞRI İLE KAVRAMA KUVVETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
- S 03 ÇOCUK SUPRAKONDİLER HUMERUS KIRIKLARINDA LATERAL PERKÜTAN İKİ PARALEL K-TELİ İLE OSTEOSENTEZ YETERLİ Mİ?
- S 04 RADİUS BAŞI KIRIKLARI İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN KAPİTELLAR KIKIRDAK YARALANMALARI
- S 06 RADİUS ALT UÇ DÜZELTİCİ OSTEOTOMİLERİNDE KİLİTLİ PLAKLARIN KULLANIMI
- S 07 RADİUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ VOLER KİLİTLİ PLAK SİSTEMİ İLE TEDAVİSİ
- S 08 STABİL OLMAYAN RADİUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ DİNAMİK EL BİLEĞİ FİKSATÖRÜ İLE TEDAVİSİ
- S 09 DORSALE DEPLASE VE İNSTABİL RADYUS DİSTAL UÇ KIRIKLARINDA SABİT AÇILI DORSAL PLAK YÖNTEMİ İLE KİLİTLİ VOLAR PLAK YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI
- S 10 EKLEM İÇİ DİSTAL RADİUS KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE SABİT AÇILI KİLİTLİ KOMPRESYON PLAKLARI İLE DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI
- S 11 RADİUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ EKSTERNAL FİKSATÖR İLE TEDAVİSİ
- S 13 PALMER EVRE 2 TRİANGULER FİBROKARTİL AJ KOMPLEKS LEZYONLARININ ARTROSKOPİK TEDAVİSİNİN ERKEN DÖNEM DEĞERLENDİRMESİ
- S 14 K TELİ KULLANILARAK VOLAR YAKLAŞIMLA PERILUNATE DİSLOKASYON TEDAVİSİNİN SONUÇLARI
- S 15 PARMAKLARDA GÖRÜLEN KOPMA KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİ
- S 16 DİSTAL FALANKS NONUNION'LARININ OLEKRANON KEMİK GREFTİ İLE TEDAVİSİ
- S 17 DÖRDÜNCÜ DORSAL METAKARPAL ARTER FLEBİNİN TERS AKIMLI OLARAK PALMAR DİJİTAL ARTER TABANLI KALDIRILMASI
- S 18 PALMARİS LONGUS KASININ YOKLUĞUNUN TÜRK TOPLUMUNDAKİ SIKLIĞI
- S 19 PALMARİS LONGUS KASININ EL KAVRAMA GÜCÜNE ETKİSİ VAR MIDIR?
- S 20 FLEKSOR DİGİTORUM PROFUNDUS TENDON ANATOMİSİ: KADAVRA ÇALIŞMASI
- S 21 VEN GREFTİ KAYNAĞI AÇISINDAN ÜST EKSTREMİTE VENLERİNİN ANATOMİK ÖZELLİKLERİ
- S 22 KONTRAKTÜRLERİN RHOMBOİD SERBESTLEŞTİRİLMESİNDE ÜÇÜNCÜ MODİFİKASYON: DÖRTLÜ Z-PLASTİ
- S 23 197 EL ve ÜST EKSTREMİTE YANIK KONTRAKTÜRÜ OLGUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ
- S 24 EPİDERMOLİZİS BULLOZA'YA BAĞLI EL KONTRAKTÜRLERİNİN TEDAVİSİNDE ASELLÜLER DERMAL MATRİKS'İN YERİ
- S 25 BİRİNCİ WEB KONTRAKTÜRÜNDE ROTASYON-ADVANCEMENT FLEPLE ONARIM
- S 26 ARTROGRİPOZİSE BAĞLI EL BİLEĞİ FLEKSİYON DEFORMİTESİNDE KARPAL KAMA OSTEOTOMİSİ
- S 27 EL YERLEŞİMLİ LİPOMLARA CERRAHİ YAKLAŞIMDA MRG'NİN YERİ

## 11. El ve Üst Ekstremité Cerrahi Kongresi

- S 28 EL FALANKS OSTEOİD OSTEOMASINDA GEÇ TANININ NEDENLERİ
- S 29 ÜST EKSTREMİTE KİTLE VE LEZYONLARINDA TANI VE TEDAVİ PRENSİPLERİMİZ: RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA
- S 30 58 ÜST EKSTREMİTE MALİGN TÜMÖRÜ OLGUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ
- S 31 ELDE İNTRAMÜSKÜLER YERLEŞİMLİ DEV LİPOMLAR
- S 32 EL ENKONDROMALARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI
- S 33 SPAGETTİ ELBİLEĞİ YARALANMASI OLAN 104 HASTANIN CERRAHİ TEDAVİ ve POSTOPERATİF FONKSİYONEL SONUÇLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
- S 34 PARMAK ÇEVRESİ DOKU KAYIPLARINDA DORSAL DİJİTAL BAYRAK FLEBİ'NİN KULLANIMI
- S 35 İŞ KAZASI SONUCU GELİŞEN TRAVMATİK EL YARALANMALARINDA ETİYOLOJİK SINIFLANDIRMA
- S 36 SPİRAL TAŞA BAĞLI EL YARALANMALARI- 60 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ
- S 37 KÖSTEBEK TABANCASINA BAĞLI EL DEFEKTLERİNİN ONARIMINDA POSTERİOR INTEROSSEOUS ADA FLEBİ
- S 38 ÜST EKSTREMİTE CRUSH YARALANMA SONRASI OLUŞAN YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNDE V.A.C TERAPİNİN KULLANILMASI
- S 39 0-6 YAŞ GRUBU EL YARALANMALARI
- S 40 REPLANTASYON SONRASI EL FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN SİSTEMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI VE REPLANTASYON SONUÇLARIMIZ
- S 41 PARMAK UÇ AMPUTASYONLARINDA KOMPOZİT GREFT UYGULAMASI
- S 42 AYAKTAN ELE PARMAK NAKLİ AMELİYATINDA HASTA TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKET ÇALIŞMASI
- S 43 MAJOR REPLANTASYON UYGULANAN HASTALARDA UZUN DÖNEM TAKİP SONUÇLARIMIZ
- S 44 PEDİYATRİK YAŞ GRUBUNDA SERBEST KASIK FLEBİ UYGULAMALARIMIZ
- S 45 ÜST EKSTREMİTE YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNDE SERBEST LATERAL KOL FLEBİ UYGULAMALARIMIZ
- S 46 ERİŞKİNLERDE VE ÇOCUKLARDA TETİK PARMAK PERKÜTAN CERRAHİ TEDAVİSİ: PROSPEKTİF KLİNİK BİR ÇALIŞMA
- S 47 SÜTÜR KONFIGURASYONU VE YAKALAMA NOKTALARININ TENDON ONARIMI BİYOMEKANİĞİNE ETKİSİ VAR MIDIR? FLEKSOR TENDON TAMİRİNDE DEĞİŞİK KESSLER METODLARI KULLANILARAK YAPILAN BİR BİYOMEKANİK DEĞERLENDİRME
- S 48 TENDON İYİLEŞMESİNE PERİOST VE AMNİYOTİK MEMBRANIN ETKİLERİNİN (Deneysel Çalışmada) KARŞILAŞTIRILMASI
- S 49 FLEKSOR TENDON TAMİRİNDE 'PULL OUT' KOMPLİKASYONU. İKİ FARKLI KİLİTLEME METODU KULLANILARAK YAPILAN BİR BİYOMEKANİK DEĞERLENDİRME

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- S 50 ÇAPA DİKİŞ TEKNİĞİ KULANDIĞIMIZ BAŞPARMAK ULNAR KOLLATERAL BAĞ TAMİRİ SONUÇLARIMIZ
- S 51 FLEKSOR DİGİTORUM PROFUNDUS KAPALI AVÜLSİYON RÜPTÜRLERİNDE CERRAHİ OPERASYON SONRASI UYGULANAN REHABİLİTASYON PROGRAMI
- S 52 SİNİR ONARIMI YAPILMAMIŞ DİSTAL UÇ REPLANTASYONLARINDA DUYUSAL İYİLEŞME SONUÇLARIMIZ
- S 53 KLASİK YÖNTEMLE YAPILMIŞ AÇIK KARPAL TÜNEL AMELİYATI SONRASI GEÇ DÖNEM KOMPLİKASYONLAR
- S 54 İDYOPATİK KARPAL TÜNEL SENDROMU TANISINDA MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME: MRG EMG'NİN YERİNİ ALABİLİR Mİ?
- S 55 KARPAL TÜNEL SENDROMUNUN TANISINDA ULTRASONOGRAFİNİN ETKİNLİĞİ VE SÜBJEKTİF SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ
- S 56 DİYALİZ HASTALARINDA KARPAL TÜNEL SENDROMU PREVALANSI: BİR MERKEZ DENEYİMİ
- S 57 KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA KULLANILAN TANISAL TESTLERİN CERRAHİ TEDAVİ SONRASI HASTA İZLEMİNDEKİ ÖNEMİ
- S 58 KARPAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA DEKSAMETHASON İYONTOFOREZİNİN AĞRI VE DUYU KAYBI ÜZERİNE ETKİNLİĞİ
- S 59 SİNİR DEFEKTLERİNİN DEĞİŞİK KALINLIK VE SAYIDA SİNİR ALLOGRAFT KABLOLARI İLE ONARIMINDA FONKSİYONEL SONUÇLARIN ANALİZİ: DENEYSEL ÇALIŞMA
- S 60 SİNİR UYARISI İÇİN ELEKTROKOTERİN KULLANIMI
- S 61 RADİAL SİNİR ONARIMI: PRİMER INTERNAL SPLİNT GEREKLİ Mİ?
- S 62 PEDİYATRİK OLEKRANON KIRIĞINA BAĞLI ULNAR SİNİR TUZAKLANMASI
- S 63 KUBİTAL TÜNEL SENDROMUNDA ANTERİOR CİLTALTI TRANSPOZİSYON SONUÇLARI
- S 64 OBSTETRİK BRAKİYAL PLEKSUS OLGULARINDA OMUZ EKLEMİNİN MRG İLE DEĞERLENDİRİLMESİ
- S 65 C5-C6 AVÜLSYONLU BRAKİYAL PLEKSUS LEZYONLARINDA SİNİR TRANSFERLERİ
- S 66 BRAKİALİS KASININ BRAKİYAL PLEKSUS LEZYONLARINDA TENDON TRANSFERİNDE KULLANIMI
- S 67 DOĞUMSAL BRAKİYAL PLEKSUS PARALİZİLİ HASTALARDA OMUZ ABDÜKSİYON VE EKSTERNAL ROTASYONUNUN REKONSTRUKSİYONU
- S 68 OBSTETRİKAL BRAKİYAL PLEKSUS PARALİZİSİNDE OMUZUN İÇ ROTASYON ve ADDÜKSİYON DEFORMİTESİNİN TEDAVİSİ İÇİN HUMERUS DEROTASYON OSTEOTOMİ SONUÇLARIMIZ
- S 69 CEREBRAL FELÇLİ HASTALARDA EL BİLEĞİ ARTRODEZİ SONUÇLARIMIZ
- S 70 ÖNKOL PRONASYONUNUN YENİDEN KAZANILMASI İÇİN UYGULANAN BRAKİORADİALİS TENDON TRANSFERLERİNİN ETKİNLİĞİNİN BİOMEKANİK DEĞERLENDİRİLMESİ



## 11. El ve Üst Ekstremité Cerrahi Kongresi

### POSTER BİLDİRİLER

- P 01 TETİK PARMAK DEFORMİTESİNDE LOKAL KORTİKOSTEROİD VE ANESTEZİK MADDE UYGULAMASININ KISA DÖNEM SONUÇLARI
- P 02 TENİŞÇİ DİRSEĞİNİN LOKAL KORTİKOSTEROİD İLE ANESTEZİK KARIŞIMI ENJEKSİYONU VE ANTIENFLAMATUAR İLAÇLA TEDAVİSİNİN SADECE ANTIENFLAMATUAR İLAÇLA TEDAVİSİ İLE KARŞILAŞTIRILMASININ KISA DÖNEM SONUÇLARI
- P 03 EŞZAMANLI PARÇALI RADYUS BAŞ, BOYUN ve OLEKRANON KIRIKLARINDA INTERNAL TESPİT (olgu sunumu)
- P 04 DİSTAL FALANKSI DESTRÜKTE EDEN TENDON KILIFI FİBROMU
- P 05 SPONTAN EKSTENSÖR POLLİSİS LONGUS TENDON KOPMALARININ İKİ OLGU İŞİĞİNDA GÖZDEN GEÇİRİLMESİ
- P 06 DİRSEK BÖLGESİ YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNİN REKONSTRÜKSİYONU P 07 EL CERRAHİNİN RESİM SERGİSİ GEZERKEN BAKIŞ AÇISI
- P 08 TENDON KILIFININ DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜ VE METAKARP İNVAZYONU: BİR OLGU SUNUMU P 09 DELTOİD KASIN NADİR BİR VARYASYONU: AKSESUAR DELTOİD KAS
- P 10 NADİR BİR DÜŞÜK EL SEBEBİ: KOL DÜZEYİNDE KONJENİTAL KONSTRİKTİF BANT VE RADİAL SİNİR BASI NÖROPATİSİ
- P 11 MELORHEOSTOSİS: NADİR BİR LOKALİZASYON
- P 12 KUBİTUS VARUS KORREKSİYONUNDA LATERAL KAMA OSTEOTOMİSİ  
+ MULTIPLANAR K TELİ + KEMİK ÇİMENTOSU FİKSASYONU SONUÇLARIMIZ
- P 13 SEGMENTER BAŞPARMAK AMPUTASYONUNUN REPLANTASYONU
- P 14 BİLATERAL TRANS-SKAFOİD PERİLUNAT KIRIKLI-ÇIKIK: OLGU SUNUMU
- P 15 EL BİLEĞİNDE PİGMENTE VİLLONODÜLER TENOSİNOVİT: İKİ OLGU SUNUMU
- P 16 KARPAL TÜNEL SENDROMUNA NEDEN OLAN PALMAR LİPOM: İKİ OLGU SUNUMU
- P 17 PEDİATRİK TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI
- P 18 TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI
- P 19 DUPUYTREN KONTRAKTURU CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI
- P 20 HEREDİTER MULTIPLE EKZOSİTOZLU BİR OLGUDA KANAT SKAPULA
- P 21 DORSAL TRAPEZOİD ÇIKIĞI (OLGU SUNUMU)
- P22 MUSCULUS PALMARİS BREVIS'İN VASKÜLER ANATOMİSİ
- P 23 ELİN CİLT PERFORATÖRLERİ: ANATOMİK ÇALIŞMA
- P 24 ULNAR ARTER PERFORATOR BAZLI TERS AKIMLI ÖNKOL FAYS A FLEBİ: ANATOMİK ÇALIŞMA
- P 25 EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA HASTALARINDA PSÖDOSİNDAKTİLİ ONARIMINDA İDEAL YÖNTEMİ ARARKEN

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- P 26 MASSON HEMANJİYOMU: ÜST EKSTREMİTENİN AZ BİLİNEREN BİR YUMUŞAK DOKU TÜMÖRÜ
- P 27 DORSAL RADİAL SİNİR TRANSFERİ İLE DİJİTAL DUYU RESTORASYONU
- P 28 ONARILMAMIŞ SİNİR YARALANMALARINDA GEÇ ONARIM VE EŞ ZAMANLI TENDON TRANSFERİ
- P 29 SKAFOİD KEMİĞİN KIRILMASINA HAMATUM ÇENGEL KIRIĞININ EŞLİK ETMESİ: OLGU SUNUMU
- P 30 ÖZEL AKDENİZ YENİ UFUKLAR ÖZEL EĞİTİM OKULU CEREBRAL PALSYLİ ÇOCUKLARDA EL VE ÜST EKSTREMİTE REHABİLİTASYONUNDA EL BECERİ ÇALIŞMALARI VE ÖNEMİ
- P 31 METAKARP DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜNDE NON-VASKÜLER METATARSIN BAŞI İLE BİRLİKTE TRANSFERİ
- P 32 NON-SENDROMİK HASTADA POLİDAKTİLİ, SİNDAKTİLİ, KEPÇE KULAK, KRİPTORŞİDİ BİRLİKTELİĞİ- OLGU SUNUMU
- P 33 MONOZİGOT İKİZLERDE EŞ ZAMANLI BAŞLAYAN BİLATERAL KARPAL TÜNEL SENDROMU-OLGU SUNUMU
- P 34 DOĞUMSAL HER İKİ BAŞPARMAKTA TETİK PARMAC DEFÖRMİTESİ- OLGU SUNUMU
- P 35 LİCTHMANN TİP III B KIENBÖCK HASTALARINDA RADİAL KISALTMANIN FONKSİYONEL VE RADYOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ
- P 3 6 ATİPİK KOMPLEKS POLİDAKTİLİ- OLGU SUNUMU
- P 37 ELDE ATİPİK YERLEŞİMLİ LİPOM- OLGU SUNUMU
- P 3 8 EL VE EL BİLEĞİNİN KİTLE VE LEZYONLARI- 107 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ
- P 39 İNTİHAR AMACIYLA SOL EL BİLEĞİ CİLTALTINA İNSEKTİSİD ENJEKSİYONU- OLGU SUNUMU
- P 40 YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN MULTİPL KSANTOM- OLGU SUNUMU
- P 41 BİLATERAL MULTİPL TETİK PARMAC DEFÖRMİTESİ: OLGU SUNUMU
- P 42 ELDE DOĞUMSAL EKSTENSOR TENDON DİSLOKASYONU
- P 43 EXTANSOR POLLİCİS LONGUS TENDONUNUN KÜÇÜK OSTEOFİTE BAĞLI SPONTON RÜPTÜRÜ
- P 44 ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİ SONRASI REHABİLİTASYONUN AĞRI VE FONKSİYONEL DÜZEY ÜZERİNE ETKİLERİ
- P 45 ÖPERE OLEKRANON KIRIKLARI SONRASI REHABİLİTASYON SONUÇLARIMIZ
- P 46 ABDUCTOR POLLİCİS LONGUS, EXTENSOR POLLİCİS LONGUS VE BREVIS TENDONLARININ KONJENİTAL YOKLUĞU
- P 47 TIRNAK ALTINA ÇOKLU YERLEŞİM GÖSTEREN GLOMUS TÜMÖRÜ: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU
- 48 EL BAŞPARMAK ULNAR KOLLATERAL BAĞ RÜPTÜRÜ OLGULARINDA TAMİR SONUÇLARIMIZ
- 49 ELDE YANIĞA BAĞLI KELOİD VE CERRAHİ TEDAVİSİ
- P 50 DONDURUCUDA SAKLANMIŞ AMPUTE PARMAĞIN BAŞARILI REPLANTASYONU
- P 51 DUYULU SERBEST PERFORATOR FLEPLERİ EL VE ÜST EKSTREMİTE REKONSTRUKSİYONUNDA KULLANIMI; 23 VAKADA KLİNİK DENEYİMLER

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- P 52 TEK TARAFLI İZOLE AKSİLLA YERLEŞİMLİ HODGKİN HASTALIĞI
- P 53 İZOLE EL İKİNCİ PARMAC FLEKSÖR SİSTEMİNİN AGENEZİSİ: OLGU SUNUMU
- P 54 2 VE 3. PARMAC AMPUTASYONU VE KOMPLEKS EL YARALANMASI OLGUSUNDA 2. PARMAC TAN MP EKLEM REKONSTRÜKSİYONU VE ÜZERİNE 3. PARMACIN HETEROTOPİK REPLANTASYONU
- P 55 VARYANT YÜZEYEL ÖNKOL ARTERİ (MEDIAN ARTER) ÜZERİNDEN RADİAL ARTER KORUNARAK TERS A KİMLİ RADİAL ÖNKOL FLEBİYLE 1. WEB REKONSTRÜKSİYONU ve TAŞINAN ARTERE 1.PARMAC REVASKULARİZASYONU
- P 56 HALATA SIKIŞMA SONUCU SOL DİRSEK SEVİYESİNDE KAPALI YARALANMA VE ELDE TOTAL ULNAR SİNİR FELCİ OLGUSUNDA ULNAR SİNİR ANTERIOR TRANSPOZİSYONU
- P 57 SUBTOTAL EL AMPUTASYONU VE TOTAL KARPAL KEMİK KAYBI OLGUSUNDA EL REPLANTASYONU VE KARPAL KEMİK DEFECTİNİN VASKÜLARİZE İLİAK KEMİK GREFTİYLE ONARIMI
- P 58 SAĞ EL 1. PARMAC VE TENAR KAS HIPOPLAZİSİ; BİR OLGU SUNUMU VE TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN TARTIŞILMASI
- P 59 DOĞUMSAL SKAFOİD APLAZİSİ
- P 60 18 HASTADA DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ SONUÇLARIMIZ
- P 61 METAKARP YERLEŞİMLİ OSTEOİD OSTEOMA OLGUSU
- P 62 ÇOCUKTA EŞ ZAMANLI CAPİTATE VE HAMATE KIRIĞI; OLGU SUNUMU
- P 63 ELDE DİSTAL FALANKS YERLEŞİMLİ EPİDERMAL KİST
- P 64 POSTEROLATERAL DİRSEK ÇIKIĞI İLE BİRLİKTE İPSİLERAL ÖNKOL ÇİFT KIRIĞI: NADİR BİR YARALANMA
- P 65 RADİUS DİSTAL UÇ KIRIĞI SONRASI KOMPLEKS BÖLGESEL AĞRI SENDROMU TİP I GELİŞİMİ; PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN ROLÜ
- P 66 BAYILMA SONRASI GÖRÜLEN BİLATERAL ANTERIOR OMUZ ÇIKIĞI: OLGU SUNUMU
- P 67 HUMERUS ŞAFT KIRIĞI VE ONA EŞLİK EDEN İPSİLERAL OMUZ KIRIKLI ÇIKIK OLGUSU
- P 68 PLAK FİKSASYONU İLE YAPILAN OMUZ ARTRODEZİ VAKALARIMIZIN SONUÇLARI
- P 69 EL REHABİLİTASYONUNDA AYNA TEDAVİSİ

11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

**BİLİMSEL PROGRAM**

**16 MAYIS 2008 CUMA**

16.00-20.00	Kayıt
17:30-19:30	Açılış Konferansı Prof. Dr. Rıdvan Ege Açılış konuşması ve anılarda Prof. Dr. Avni Duraman
20:00-22.00	Kokteyl
21:00-22:00	Aile Meclisi

**17 MAYIS 2008 CUMARTESİ, 1.Gün**

08.00-09.00	<b>Eğitim Kursu 1 (Salon 1)</b> <b>Elde Temel Rehabilitasyon Prensipleri / Elde Splintleme Teknikleri</b> Oturum Başkanları: Dr. Banu Kuran, Dr. Ayşenur Bardak <b>Elde Temel Rehabilitasyon Prensipleri</b> Fzt. Tüzün Fırat <b>Elde Splintleme Teknikleri</b> Fzt. Firdevs Kul
	<b>Eğitim Kursu 2 (Salon 2)</b> <b>Fleksör Tendon Onarımı / Fleksör Tendon Rehabilitasyonu</b> Oturum Başkanları: Dr. Metin Erer, Dr. Yaprak Ataker, Dr. Burak Şenel <b>Fleksör Tendon Onarımı</b> Dr. Levent Yalçın <b>Fleksör Tendon Rehabilitasyonu</b> Fzt. Reyhan Çaykuşu Başer
09.00-10.15	<b>Prof.Dr. Merih Eroğlu Dersi</b> CD Gösterimi ve Konuşmalar (Dr. Rıdvan Ege, Dr. Orhan Girgin, Dr. İsmail Çallı) <b>CP'de Güncel yaklaşımlar</b> Oturum Başkanları: Dr. Orhan Girgin, Dr. İsmail Çallı, Dr. Türker Özkan Tartışma ve Dernek Onur Plaketlerinin Verilmesi / 0.15-10.30 Ara
10.30-12.00	<b>Panel 1:</b> <b>FLEP UYGULAMALARI</b> Oturum Başkanları: Dr. Abdullah Keçik, Dr. Akın Yücel <b>Elin Lokal Flepleri</b> Dr. Berkan Mersa <b>Venöz Flepler</b> Dr. Mehmet Alp <b>Lateral Kol Flebi</b> Dr. Tuna Özyürekoğlu <b>Raidal Önkol, Posterior - Anterior İnterosseöz Felpleri</b> Dr. Murat Topalan <b>Serbest Perforator Flepler</b> Dr. Ferit Demirkan <b>Tartışma</b>

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- 12.00-13.00 Öğle Arası / DePuy Hand Innovations Distal Volar Radius Plak Workshop\*  
\* Plastik kemiklerle uygulamalı workshop yapılacaktır.  
Uygulama katılımı 30 kişi ile sınırlı olup başvuru önceliğine göre değerlendirilecektir.  
Başvurularınızı DePuy Hand Innovations standında yapabilirsiniz.
- 13.00-13.45 **Tartışmalı Oturum: EL BİLEĞİ ARTROSKOPİSİ**  
Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Demirtaş, Dr. Şadan Ay  
**El Bileğinde Artroskopik Cerrahi**  
Dr. Mustafa Özkan  
**Açık Cerrahi**  
Dr. Yalçın Ademoğlu  
**Tartışma**
- 13:45-14:15 **Konferans 1**  
**Kapalı Kırık - Çıkıklara Eşlik Eden Damar - Sinir Yaralanmalarına Yaklaşım**  
Oturum Başkanları: Dr. Ömer Erçetin, Dr. Nedim Karaismailoğlu  
Konuşmacı: Dr. Aydın Yüçetürk  
**Tartışma**
- 14.15-14.30 Ara
- 14.30-15:00 **Paramedikal konuşma 1 El ve Sanat**  
Tanıtım: Dr. Oğuz Polatkan Prof. Dr. Hüsamettin Koçan
- 15:00-16:00 **Prof. Dr. İsmail Çallı Dersi: Radial Çarpık El Tedavisi**  
Oturum Başkanları: Dr. Oğuz Özdemir, Dr. Taşkın Özalp  
Konuşmacı: Dr. İsmail Çallı  
Tartışma ve Dernek Onur Plaketi Verilmesi
- 16:00-16:30 Ara
- 16:30-18:00 **Panel 2**  
**DİRSEK ÇEVRESİ KIRIKLARI**  
Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Ekin, Dr. Mehmet Yıldız  
**Humerus Distal Uç Eklem İçi Kırıkları**  
Dr. Mustafa Herdem  
**Radius Başı Kırıkları**  
Dr. Ufuk Nalbantoğlu  
**Olekranon ve Koronoid Kırıkları**  
Dr. Mahmut Kömürcü  
**Kompleks Kırıklar-Ligamantöz Yaralanmalar ve İnstabilite**  
Dr. Hakan Gündes  
**Rehabilitasyon ve Ortezler**  
Dr. Elif Akalın  
**Tartışma**

*11. El ve Üst Ekstremité Cerrahi Kongresi*

**18 MAYIS 2008 PAZAR 2.Gün**

08.00-09.00

**Eğitim Kursu 3 (Salon 1)**

**Radius Distal Uç Kırıklarının Tedavisi: Kapalı Yöntemler /**

**Açık Yöntemler: Endikasyon ve Teknik**

Oturum Başkanları: Dr. Hüseyin Bayram, Dr. Serdar Tüzüner

**Kapalı Yöntemler** Dr. Sinan Adıyaman

**Açık Yöntemler**

Dr. Taşkın Altay

**Eğitim Kursu 4 (Salon 2)**

**Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tedavisi**

Oturum Başkanları: Dr. Hayati Durmaz, Dr. Zeki Sertöz

**Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon** Dr. Simin Hepgüler

**Algolojik Yaklaşım**

Dr. Meltem Uyar

09.00-10.15

**Panel 3**

**KLİNİK ANATOMİ**

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Alp, Dr. Salih Murat Akkın

**Arthroscopy of the wrist joint in the light of functional and clinical anatomy.**

**What is possible and what is useful?**

Jürgen Koebke, MD

**Ulnar sinirin dirsek ve önkoldaki topografik ve klinik anatomik özellikleri**

Tania Marur, MD

**Elin parmak eklemleri: Fonksiyonel ve klinik anatomi**

Dr. Salih Murat Akkın

**Tartışma ve dernek onur plaketinin verilmesi**

10.15-10.30

Ara

10.30-12.00

**Panel 4**

**HUMERUS DIAFİZ KIRIKLARI**

Oturum Başkanları: Dr. Sait Ada, Dr. Hakan Gürbüz

**Konservatif mi? Cerrahi mi?**

Dr. Erhan Coşkunol

**implant Seçimi**

Dr. Yıldırım Türk

**Kırık ve Radial Sinir**

Dr. A.Kadir Bacakoğlu

**Kaynamama**

Dr. İbrahim Kaplan

**Rehabilitasyon ve Ortezler**

Dr. Selmin Gülbahar

**Tartışma**

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- 12.00-13.15 Öğle Arası / Acumed Workshop  
\* Acumed Firması tarafından “El Bileği Volar Radius Plağı” konulu uygulamalı workshop yapılacaktır. Uygulama katılımı 30 kişi ile sınırlı olup başvuru önceliğine göre değerlendirilecektir. Başvurularınızı İlerimed standında yapabilirsiniz.
- 13.15-13:30 **Paramedikal Konuşma 2**  
**Cerrahi Sunumlarda Görsel Malzeme Kullanımı**  
Tanıtım: Dr. Oğuz Özdemir  
Dr. Levent Efe
- 13.30-15:00 **Serbest Bildiri Oturumu 1 (Paralel Oturum)**  
**Salon I: Rehabilitasyon-Dirsek kırıkları-Distal Radius Kırıkları-Karpal Çıkıklar-Parmak Kırıkları - Artroskopik Konu Başlıklı Bildiriler**  
Oturum Başkanları: Dr. Vedat Şahin, Dr. İlhami Kuru
- S 01 OMUZ IMPINGEMENT SENDROMUNDA SKAPULA MOBİLİTESİ VE F ONKSİYONEL DÜZEY ARASINDAKİ İLİŞKİ**  
*Filiz Can, Zafer Erden, Gürsoy Coşkun, Meltem Arık, Bülent Atilla*
- S 02 LATERAL EPİKONDİLİTTE AĞRI İLE KAVRAMA KUVVETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**  
*Meltem Işıntaş Arık, Filiz Can, Murat Bozkurt*
- S 03 ÇOCUK SUPRAKONDİLER HUMERUS KIRIKLARINDA LATERAL PERKÜTAN İKİ PARALEL K-TELİ İLE OSTEOSENTEZ YETERLİ Mİ?**  
*Murat Bülbül, Semih Ayanoğlu, Sinan Kahraman, Cem Zeki Esenyel, Hakan Gürbüz*
- S 04 RADİUS BAŞI KIRIKLARI İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN KAPİTELLAR KIKIRDAK YARALANMALARI**  
*Ufuk Nalbantoğlu, Arel Gereli, Barış Kocaoğlu, Şeref Aktaş, Metin Türkmen*
- S 06 RADİUS ALT UÇ DÜZELTİCİ OSTEOTOMİLERİNDE KİLİTLİ PLAKLARIN KULLANIMI**  
*Ayhan Kılıç, Yavuz Kabukçuoğlu, Murat Gül, Ümit Özdoğan, Sami Sökücü*
- S 07 RADİUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ VOLER KİLİTLİ PLAK SİSTEMİ İLE TEDAVİSİ**  
*Ayhan Kılıç, Yavuz Kabukçuoğlu, Murat Gül, Sami Sökücü, Ümit Özdoğan*
- S 08 STABİL OLMAYAN RADİUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ DİNAMİK EL BİLEĞİ FİKSATÖRÜ İLE TEDAVİSİ**  
*Adnan Kara, Erden Erlürer, Şenol Akman, Faik Seçkin, İrfan Öztürk*
- S 09 DORSALE DEPLASE VE İNSTABİL RADYUS DİSTAL UÇ KIRIKLARINDA SABİT AÇILI DORSAL PLAK YÖNTEMİ İLE KİLİTLİ VOLAR PLAK YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**  
*Ufuk Nalbantoğlu, Arel Gereli, Yavuz Uçar, Barış Kocaoğlu, Metin Türkmen*
- S 10 EKLEM İÇİ DİSTAL RADİUS KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE SABİT AÇILI KİLİTLİ KOMPRESYON PLAKLARI İLE DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**  
*Barış Gültekin, Ahmet Ekin, Mustafa Özkan, Abdülkadir Bacakoğlu*

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- S 11 **RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ EKSTERNAL FİKSATÖR İLE TEDAVİSİ**  
*Kenan Keklikçi, Selim Şanel, Feridun Çilli, Mahir Mahiroğulları, Cengiz Yıldırım, Kaan Erler*
- S 13 **PALMER EVRE 2 TRIANGULER FİBROKARTİLAJ KOMPLEKS LEZYONLARININ ARTROSKOPİK TEDAVİSİNİN ERKEN DÖNEM DEĞERLENDİRMESİ**  
*Eftal Güdemez, Onur Tetik*
- S 14 **K TELİ KULLANILARAK VOLAR YAKLAŞIMLA PERİLUNATE DİSLOKASYON TEDAVİSİNİN SONUÇLARI**  
*Cihangir Tetik, Hakan Basar, İsmail Ağır*
- S 15 **PARMAKLARDA GÖRÜLEN KOPMA KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİ**  
*Eftal Güdemez, Ayan Gülgönen*
- S 16 **DİSTAL FALANKS NONUNION'LARININ OLEKRANON KEMİK GREFTİ İLE TEDAVİSİ**  
*Berkan Mersa*
- Salon 2: Klinik Anatomi-Yanık ve Kontraktürler-Tümör Konu Başlıklı Bildiriler**  
Oturma Başkanları: Dr. Burçin Keçeci, Dr. Cenk Demirdöver
- S 17 **DÖRDÜNCÜ DORSAL METAKARPAL ARTER FLEBİNİN TERS AKIMLI OLARAK PALMAR DİJİTAL ARTER TABANLI KALDIRILMASI**  
*Alper Sarı, Çiğdem Sanlı, Ferit Demirkan, Atilla Fesli, Hakan Öztürk*
- S 18 **PALMARİS LONGUS KASININ YOKLUĞUNUN TÜRK TOPLUMUNDAKİ SIKLIĞI**  
*Özkan Köse, Oktay Adanır, Meriç Çırpar, Mustafa Kürklü, Mahmut Kömürcü*
- S 19 **PALMARİS LONGUS KASININ EL KAVRAMA GÜCÜNE ETKİSİ VAR MIDIR?**  
*Özkan Köse, Oktay Adanır, Murat Oto, Mustafa Kürklü, Mahmut Kömürcü*
- S 20 **FLEKSOR DİGİTORUM PROFUNDUS TENDON ANATOMİSİ: KADAVRA ÇALIŞMASI**  
*Teoman Doğan, Arel Gereli, Ufuk Nalbantoğlu, Erdal Ansan*
- S 21 **VEN GREFTİ KAYNAĞI AÇISINDAN ÜST EKSTREMİTE VENLERİNİN ANATOMİK ÖZELLİKLERİ**  
*Amaç Kiray, İpek Ergür, Hamid Tayefi, Alper Bağrıyanık, A.Kadir Bacakoğlu*
- S 22 **KONTRAKTÜRLERİN RHOMBOİD SERBESTLEŞTİRİLMESİNDE ÜÇÜNCÜ MODİFİKASYON: DÖRTLÜ Z-PLASTİ**  
*Hasan Fındık, Ercan Cihandide, Okan Morkoç, Habib Başkurt, Adnan Uzunismail*
- S 23 **197 EL ve ÜST EKSTREMİTE YANIK KONTRAKTÜRÜ OLGUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**  
*Cenk Demirdöver, Adnan Menderes, Haluk Vayvada, Araz Salmanov, Reşat Altuğ, Mustafa Yılmaz*
- S 24 **EPİDERMOLİZİS BULLOZA'YA BAĞLI EL KONTRAKTÜRLERİNİN TEDAVİSİNDE ASELLÜLER DERMAL MATRİKS'İN YERİ**  
*Ali Emre Aksu, Gökhan Bacak, Engin Öcal, Tunç Şafak, Abdullah Keçik*
- S 25 **BİRİNCİ WEB KONTRAKTÜRÜNDE ROTASYON-ADVANCEMENT FLEPLE ONARIM**  
*A. Takan Aydın, Metin Erer*



## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- S 26** **ARTROGRİPOZİSE BAĞLI EL BİLEĞİ FLEKSİYON DEFORMİTESİNDE KARPAL KAMA OSTEOTOMİSİ**  
*Alper Kaya, Berk Güçlü, İlhamı Kuru, Teoman Benli, Sait Ada*
- S 27** **EL YERLEŞİMLİ LİPOMLARA CERRAHİ YAKLAŞIMDA MRG'NİN YERİ**  
*Burçin Keçeci, Oğuz Özdemir, Erhan Coşkunol, Elcil Kaya Biçer, Baran Kömür*
- S 28** **EL FALANKS OSTEODİ OSTEOMASINDA GEÇ TANININ NEDENLERİ**  
*Cihangir Tetik, İsmail Ağır, Hakan Başar*
- S 29** **ÜST EKSTREMİTE KİTLE VE LEZYONLARINDA TANI VE TEDAVİ PRENSİPLERİMİZ: RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**  
*Hakan Uzun, Ali Emre Aksu, Mehmet Sürmeli, Tunç Şafak, Abdullah Keçik*
- S 30** **58 ÜST EKSTREMİTE MALİGN TÜMÖRÜ OLGUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**  
*Cenk Demirdöver, Haluk Vayvada, Adnan Menderes, Özgür Sunay, Koray Urgan, Mustafa Yılmaz*
- S 31** **ELDE İNTRAMÜSKÜLER YERLEŞİMLİ DEV LİPOMLAR**  
*Ahmet Kaya, Mert Kumbaracı, Taşkın Altay, Levent Karapınar, Ümit Bayol, Hasan Öztürk, Mustafa Ayas*
- S 32** **EL ENKONDROMALARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI**  
*Hayati Öztürk, Okay Bulut, Umut Gölge*
- 15:00-15:30 Ara  
15:30-17:00 **Serbest Bildiri Oturumu 2 (Paralel Oturum)**  
**Salon 1: Üst Ekstremitte Yumuşak Doku Yaralanmaları- Crush yaralanmalar-Replantasyonlar- Flepler- Tendon Cerrahisi**  
**Konu Başlıklı Bildiriler**  
Oturum Başkanları: Dr. Ümit Kantarcı, Dr. Ercan Çetinus
- S 33** **SPAGETTİ ELBİLEĞİ YARALANMASI OLAN 104 HASTANIN CERRAHİ TEDAVİ ve POSTOPERATİF FONKSİYONEL SONUÇLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**  
*Cenk Demirdöver, Yücel Öztan, Mustafa Yılmaz, Haluk Vayvada, Barış Şahin*
- S 34** **PARMAK ÇEVRESİ DOKU KAYIPLARINDA DORSAL DİJİTAL BAYRAK FLEBİ'NİN KULLANIMI**  
*Mehmet Bekir Ünal, Fatih Parmaksızoğlu, Tolga Mertoğlu, Eren Cansü*
- S 35** **İŞ KAZASI SONUCU GELİŞEN TRAVMATİK EL YARALANMALARINDA ETİYOLOJİK SINIFLANDIRMA**  
*Erden Ertürer, İsmail Bülent Özçelik, Berkan Mersa, Fatih Kabakaş, Serdar Tuncer, İlker Sezer, Hüseyin Pirusa*
- S 36** **SPIRAL TAŞA BAĞLI EL YARALANMALARI- 60 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**  
*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Habib Başkurt, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*
- S 37** **KÖSTEBEK TABANCASINA BAĞLI EL DEFİKTLERİNİN ONARIMINDA POSTERİOR İNTEROSSEOUS ADA FLEBİ**  
*Mustafa Keskin, Osman Akdağ, Tolga Beydeş, Zekeriya Tosun, Nedim Savacı*
- S 38** **ÜST EKSTREMİTE CRUSH YARALANMA SONRASI OLUŞAN YUMUŞAK DOKU DEFİKTLERİNDE V.A.C TERAPİNİN KULLANILMASI**  
*Dilek Senen, Erkan Orhan, Songül Erol, Asuman Sevin, İlsun Aka, Bülent Erdoğan*

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- S 39 0-6 YAŞ GRUBU EL YARALANMALARI**  
*Azimet Özdemir, Aydın Gözü, Tayfun Türkaslan, Fatma Nilay Yoğun, Ali Murat Akkuş, Ali Cem Akpınar, Zafer Özsoy*
- S 40 REPLANTASYON SONRASI EL FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN SİSTEMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI VE REPLANTASYON SONUÇLARIMIZ**  
*Haldun Onuralp Kamburoğlu, Ali Emre Aksu, Evren Tevfik İşçi, Mehmet Dadacı, Tunç Şafak, Abdullah Keçik*
- S 41 PARMAK UÇ AMPUTASYONLARINDA KOMPOZİT GREFT UYGULAMASI**  
*Tolsa Türker, Osman Saani, Ajlan Kasabahgil, Mehmet Alp, Levent Yalçın*
- S 42 AYAKTAN ELE PARMAK NAKLİ AMELİYATINDA HASTA TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKET ÇALIŞMASI**  
*Serhan Tuncer, İsmail Küçüködük, Tolga Eryılmaz, Betül Ak, Hakan Bulam, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*
- S 43 MAJOR REPLANTASYON UYGULANAN HASTALARDA UZUN DÖNEM TAKİP SONUÇLARIMIZ**  
*Kemal Uzaksar, Tahir Sadık Süğün, Firdevs Kul, Sait Ada, Fuat Özerkan, İbrahim Kaplan, Yalçın Ademoğlu, Aslan Bora*
- S 44 PEDİYATRİK YAŞ GRUBUNDA SERBEST KASIK FLEBİ UYGULAMALARIMIZ**  
*Erhan Sönmez, Gökhan Bacak, Tunç Şafak, Abdullah Keçik*
- S 45 ÜST EKSTREMİTE YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNDE SERBEST LATERAL KOL FLEBİ UYGULAMALARIMIZ**  
*Murat Kayalar, Emin Bal, Tulgar Toros, Levent Küçük, Yusuf Gürbüz, İbrahim Kaplan*
- S 46 ERİŞKİNLERDE VE ÇOCUKLARDA TETİK PARMAK PERKÜTAN CERRAHİ TEDAVİSİ: PROSPEKTİF KLİNİK BİR ÇALIŞMA**  
*Adnan Sevencan, Ulukan Inan, Bayram Gülasan*
- S 47 SÜTÜR KONFIGURASYONU VE YAKALAMA NOKTALARININ TENDON ONARIMI BİYOMEKANİĞİNE ETKİSİ VAR MIDIR? FLEKSOR TENDON TAMİRİNDE DEĞİŞİ KESSLER METODLARI KULLANILARAK YAPILAN BİR BİYOMEKANİK DEĞERLENDİRME**  
*Yunus Doğramacı, Aydın Kalacı, Teoman Toni Sevinç, Erdinç Esen, Mahmut Kömürçü, Ahmet Nedim Yanat, Ganim Sümer*
- S 48 TENDON İYİLEŞMESİNE PERİOST VE AMNİYOTİK MEMBRANIN ETKİLERİNİN (Deneysel Çalışmada) KARŞILAŞTIRILMASI**  
*Şener Özbölük, Yüksel Özkan, Alpaslan Öztürk, Serkan Aykut, Nazan Yalçın, Mehmet Recai Özdemir*
- S 49 FLEKSOR TENDON TAMİRİNDE ‘PULL OUT’ KOMPLİKASYONU. İKİ FARKLI KİLİTLEME METODU KULLANILARAK YAPILAN BİR BİYOMEKANİK DEĞERLENDİRME**  
*Yunus Doğramacı, Aydın Kalacı, Teoman Toni Sevinç, Ganim Sümer, Anıl Emir, Erdinç Esen, Ahmet Nedim Yanat, Mahmut Kömrcü*
- S 50 ÇAPA DİKİŞ TEKNİĞİ KULANDIĞIMIZ BAŞPARMAK ULNAR KOLLATERAL BAĞ TAMİRİ SONUÇLARIMIZ**  
*Faik Murat Unsal, Nevzat Selim Gökay, Burhan Uslu*

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- S 51 FLEKSOR DİGİTORUM PROFUNDUS KAPALI AVÜLSİYON RÜPTÜRLERİNDE CERRAHİ OPERASYON SONRASI UYGULANAN REHABİLİTASYON PROGRAMI**  
*Serap Birdane, Ömer Erçetin, Şadan Ay, Metin Akıncı, İsmail Ceylan*

15:30-17:00

**Salon 2: Sinir Sorunları-Cerebral Palsy Konu Başlıklı Bildiriler**  
Oturum Başkanları: Dr.Haldun Orhan, Dr. Atilla Zenciroğlu

- S 52 SİNİR ONARIMI YAPILMAMIŞ DİSTAL UÇ REPLANTASYONLARINDA DUYUSAL İYİLEŞME SONUÇLARIMIZ**  
*Serdar Tunçer, İsmail Bülent Özçelik, Hüsrev Purisa, İlker Sezer, Berkan Mersa, Fatih Kabakaş, Pınar Çelikkelen*

- S 53 KLASİK YÖNTEMLE YAPILMIŞ AÇIK KARPAL TÜNEL AMELİYATI SONRASI GEÇ DÖNEM KOMPLİKASYONLAR**  
*Hakan Boya, Özal Özcan, Haluk H. Öz tekin*

- S 54 İDYOPATİK KARPAL TÜNEL SENDROMU TANISINDA MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME: MRG EMG'NİN YERİNİ ALABİLİR Mİ?**  
*Ahmet Yılmaz, Alper Pınar, Bozkurt Gülek, Mehmet Şirik*

- S 55 KARPAL TÜNEL SENDROMUNUN TANISINDA ULTRASONOGRAFİNİN ETKİNLİĞİ VE SÜBJEKTİF SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ**  
*Haluk Özcanlı, Emel Alimoğlu, Serdar Tüzüner, Ali Apaydın*

- S 56 DİYALİZ HASTALARINDA KARPAL TÜNEL SENDROMU PREVALANSI: BİR MERKEZ DENEYİMİ**  
*Erdem Bagatur, Mehmet Yetiş, Sinan Trabulus, Mine Besler*

- S 57 KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA KULLANILAN TANISAL TESTLERİN CERRAHİ TEDAVİ SONRASI HASTA İZLEMİNDEKİ ÖNEMİ**  
*Murat Gülçek, Fuad Öken, Özgür Yıldırım, Vuslat Sema Ünal, Serap Yücel Gülçek, Ahmet Uçaner*

- S 58 KARPAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA DEKSAMETHASON İYONTOFOREZİNİN AĞRI VE DUYU KAYBI ÜZERİNE ETKİNLİĞİ**  
*Tomris Duymaz, Dilşad Sindel, Ayşe Zengin*

- S 59 SİNİR DEFEKTLERİNİN DEĞİŞİK KALINLIK VE SAYIDA SİNİR ALLOGRAFT KABLOLARI İLE ONARIMINDA FONKSİYONEL SONUÇLARIN ANALİZİ: DENEYSEL ÇALIŞMA**  
*Alper Sarı, Şakir Ünal, Erhan Sönmez, Maria Siemionow*

- S 60 SİNİR UYARISI İÇİN ELEKTROKOTERİN KULLANIMI**  
*Nazım Karalezli, Tunç Cevat Ögün, Serhat Yıldırım, Mehmet Öz, Hatice Toy, Aydın Yücetürk*

- S 61 RADİAL SİNİR ONARIMI: PRİMER İNTERNAL SPLİNT GEREKLİ Mİ?**  
*Murat Kayalar, Emin Bal, Tulgar Toros, Yusuf Gürbüz, Yalçın Ademoğlu, İbrahim Kaplan*

- S 62 PEDİYATRİK OLEKRANON KIRIĞINA BAĞLI ULNAR SİNİR TUZAKLANMASI**  
*Kadir Ertem*

- S 63 KÜBİTAL TÜNEL SENDROMUNDA ANTERİOR CİLTALTI TRANSPOZİSYON SONUÇLARI**  
*Nevzat Selim Gökay, Erdem Bagatur*

11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- S 64 **OBSTETRİK BRAKİYAL PLEKSUS OLGULARINDA OMUZ EKLEMİNİN MRG İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**  
*Akın Üzümcügil, Gürsel Leblebicioğlu, Mahmut Nedim Doral*
- S 65 **C5-C6 AVÜLSYONLU BRAKİYAL PLEKSUS LEZYONLARINDA SİNİR TRANSFERLERİ**  
*Atakan Aydın, Berkan Mersa*
- S 66 **BRAKİALİS KASININ BRAKİYAL PLEKSUS LEZYONLARINDA TENDON TRANSFERİNDE KULLANIMI**  
*Atakan Aydın, Türker Özkan, Metin Erer*
- S 67 **DOĞUMSAL BRAKİYAL PLEKSUS PARALİZİLİ HASTALARDA OMUZ ABDÜKSİYON ve EKSTERNAL ROTASYONUNUN REKONSTRUKSİYONU**  
*Çiğdem Bircan, A.Kadir Bacakoğlu, Mustafa Özkan, Selmin Gülbahar, Özlem El, Meltem Baydar, Serdar A (fidan, Ahmet Ekin*
- S 68 **OBSTETRİKAL BRAKİYAL PLEKSUS PARALİZİSİNDE OMUZUN İÇ ROTASYON ve ADDÜKSİYON DEFORMİTESİNİN TEDAVİSİ İÇİN HUMERUS DEROTASYON OSTEOTOMİ SONUÇLARIMIZ**  
*Kahraman Öztürk, Bilal Demir, Sinan Kahraman, Cem Zeki Esenyel, Murat Bülbül, Semih Ayanoğlu*
- S 69 **CEREBRAL FELÇLİ HASTALARDA EL BİLEĞİ ARTRODEZİ SONUÇLARIMIZ**  
*Cemil Yıldırım Türk, İbrahim Kafadar, Ahmet Güney, Mithat Öner, Mehmet Halıcı*
- S 70 **ÖNKOL PRONASYONUNUN YENİDEN KAZANILMASI İÇİN UYGULANAN BRAKİORADİALİS TENDON TRANSFERLERİNİN ETKİNLİĞİNİN BİOMEKANİK DEĞERLENDİRİLMESİ**  
*Halil Bekler, Türker Özkan*

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

### 19 MAYIS 2008 PAZARTESİ, 3.Gün

08.00-09.00

#### Eğitim Kursu 5 (Salon 1)

##### Elin Klinik / Radyolojik Değerlendirilmesi

Oturum Başkanları:Dr. Sait Ada, Dr. Zeki Özcan

##### Klinik Değerlendirme

Dr. Eftal Güdemez

##### Radyolojik Değerlendirme

Dr. Gürsel Leblebicioğlu

#### Eğitim Kursu 6 (Salon 2)

##### Tuzak Nöropatileri / EMG

Oturum Başkanları: Dr. Aydın Yüçetürk, Dr. Adnan Sevencan

##### Tuzak Nöropatiler

Dr. Yüksel Özkan

##### EMG

Dr. Zafer Çolakoğlu

09.00-10.30

#### Panel 5

##### MAJOR EKSTREMİTE YARALANMALARINA YAKLAŞIM

Oturum Başkanları:Dr. Ayan Gülgönen, Dr. Kahraman Öztürk

##### Acil Yaklaşım- Hasta Şevki ve Organizasyonu

Dr. İlker Yüzbaşıoğlu

##### Tıbbi Yaklaşım

Dr. Adnan Noyan

##### Cerrahi Yaklaşım

Dr. Ersin Nuzumlalı

##### Komplikasyonlar

Dr. Fatih Parmaksızoğlu

##### Sosyal ve Hukuksal Yaklaşım

Av. Çağatay Cengiz

##### Tartışma

10.30-11.00

Ara

11.00-11.20

#### Konferans 2:

##### Avrupa El Yaralanmalarını Önleme Komitesi Çalışmaları

Oturum Başkanları:Dr. Fahir Demirkan Dr. Semih Takka

Dr. Tufan Kaleli

##### Tartışma

11.20-12.20

#### EN İLGİNÇ OLGULARIM

Tartışmalı Sözlü Bildiri Oturumu (15 Bildiri)

Oturum Başkanları: Dr. Sinan Bilgin, Dr. Atakan Aydın

12.20-12.30

#### En İyi Sözlü Bildiri Ödül Töreni

Oturum Başkanları: Dr. Oğuz Polatkan, Dr. Oğuz Özdemir

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

12.30-13.00 **Video Konferans:**  
**El Cerrahisinin Geleceği:El Transplantasyonu**  
**“Bir Transplantasyon ve Reamputasyon Öyküsü”**  
Oturum Başkanları: Dr. Oğuz Polatkan, Dr. Oğuz Özdemir  
Konuşmacı: Dr. Ahmet Karaoğuz

13:00 Kapanış

### POSTER BİLDİRİLER

- P 01 TETİK PARMAK DEFORMİTESİNDE LOKAL KORTİKOSTEROİD VE ANESTEZİK MADDE UYGULAMASININ KISA DÖNEM SONUÇLARI**  
*Serdar Toker, Volkan Kdınçoğlu, Elif Aksakallı, Figen Taşer, Melih Güven*
- P 02 TENİŞÇİ DİRSEĞİNİN LOKAL KORTİKOSTEROİD İLE ANESTEZİK KARIŞIMI ENJEKSİYONU VE ANTIENFLAMATUAR İLAÇLA TEDAVİSİNİN SADECE ANTIENFLAMATUAR İLAÇLA TEDAVİSİ İLE KARŞILAŞTIRILMASININ KISA DÖNEM SONUÇLARI**  
*Serdar Toker, Volkan Kdınçoğlu, Elif Aksakallı, Erim Gülcan, Korhan Özkan*
- P 03 EŞZAMANLI PARÇALI RADYUS BAŞ, BOYUN ve OLEKRANON KIRIKLARINDA İNTERNAL TESPİT (olgu sunumu)**  
*Yavuz Akalın, Cemil Kayalı, Orhan Akıncı, Ali Turgut*
- P 04 DİSTAL FALANKSI DESTRÜKTE EDEN TENDON KILIFI FİBROMU**  
*Şafak Uygur, Sühan Ayhan, Hakan Bulam, Gonca Özgün, Ömer Uluoğlu*
- P 05 SPONTAN EKSTENSÖR POLLİSİS LONGUS TENDON KOPMALARININ İKİ OLGU IŞIĞINDA GÖZDEN GEÇİRİLMESİ**  
*Ahmet Duymaz, Osman Akdağ, Mustafa Sütçü, Mustafa Keskin, Nedim Savacı*
- P 06 DİRSEK BÖLGESİ YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNİN REKONSTRÜKSİYONU**  
*Ahmet Duymaz, Furkan Erol Karabekmez, Osman Akdağ, Mustafa Sütçü, Mustafa Keskin, Zekeriya Tosun*
- P 07 EL CERRAHİNİN RESİM SERGİSİ GEZERKEN BAKIŞ AÇISI**  
*Ümit Kantarcı*
- P 08 TENDON KILIFININ DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜ VE METAKARP İNVAZYONU: BİR OLGU SUNUMU**  
*Ali Emre Aksu, Hakan Uzun, Abdullah Keçik*
- P 09 DELTOİD KASIN NADİR BİR VARYASYONU: AKSESUAR DELTOİD KAS**  
*Haldun Onuralp Kamburoğlu, Ömer Boran, Mustafa Sargon, Abdullah Keçik*
- P 10 NADİR BİR DÜŞÜK EL SEBEBİ: KOL DÜZEYİNDE KONJENİTAL KONSTRİKTİF BANT VE RADİAL SİNİR BASI NÖROPATİSİ**  
*Ali Emre Aksu, Ebru Yörük, Figen Özgür, Abdullah Keçik*
- P 11 MELORHEOSTOSİS: NADİR BİR LOKALİZASYON**  
*Cengiz Yıldırım, Feridun Çilli, Kenan Keklikçi, Kaan Erler, Mehmet Demirtaş*
- P 12 KUBİTUS VARUS KORREKSİYONUNDA LATERAL KAMA OSTEOTOMİSİ + MULTIPLANAR K TELİ + KEMİK ÇİMENTOSU FİKSASYONU SONUÇLARIMIZ**  
*Tunç Cevat Ögün, Mehmet Ali Acar, Hacı Mustafa Özdemir, İbrahim Tuncay, Hakan Şenaran*

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- P 13** **SEGMENTER BAŞPARMAK AMPUTASYONUNUN REPLANTASYONU**  
*Mehmet Bekir Ünal, Fatih Parmaksızoğlu, Tolga Mertoğlu, Eren Cansü*
- P 14** **BİLATERAL TRANS-SKAFOİD PERİLUNAT KIRIKLI-ÇIKIK: OLGU SUNUMU**  
*Cengiz Yıldırım, Mehmet Demirtaş, Fatih Ünüvar, İbrahim Akmaz*
- P15** **EL BİLEĞİNDE PİGMENTE VİLLONODÜLER TENOSİNOVİT: İKİ OLGU SUNUMU**  
*Nevzat Selim Gökay, Erdem Bagatur, Merter Yalçınkaya, Tuncay Centel*
- P16** **KARPAL TÜNEL SENDROMUNA NEDEN OLAN PALMAR LİPOM: İKİ OLGU SUNUMU**  
*Erdem Bagatur, Merter Yalçınkaya*
- P17** **PEDİATRİK TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI**  
*Hayati Öztürk, Okay Bulut, Umut Gölge*
- P18** **TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI**  
*Hayati Öztürk, Okay Bulut, Zekeriya Öztumur*
- P19** **DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI**  
*Hayati Öztürk, Okay Bulut, Turan Taş*
- P 20** **HEREDİTER MULTIPLE EKZOSİTOZLU BİR OLGUDA KANAT SKAPULA**  
*Hayati Öztürk, Teoman Aslan*
- P 21** **DORSAL TRAPEZOİD ÇIKIĞI (OLGU SUNUMU)**  
*Tolga Türken Mehmet Alp*
- P 22** **MUSCULUS PALMARİS BREVIS 'İN VASKÜLER ANATOMİSİ**  
*Murat Şahin Alagöz, Ahmet Çağrı Uysal, Eray Tüccar, İbrahim Tekdemir*
- P 23** **ELİN CİLT PERFORATÖRLERİ: ANATOMİK ÇALIŞMA**  
*Murat Şahin Alagöz, Ahmet Çağrı Uysal, Hakan Orbay, Ayhan Cömert, Eray Tüccar, Alaittin Elhan*
- P 24** **ULNAR ARTER PERFORATOR BAZLI TERS AKIMLI ÖNKOL FAYS A FLEBİ: ANATOMİK ÇALIŞMA**  
*Murat Şahin Alagöz, Hakan Orbay, Ayhan Cömert, Eray Tüccar, İbrahim Tekdemir*
- P 25** **EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA HASTALARINDA PSÖDOSİNDAKTİLİ ONARIMINDA İDEAL YÖNTEMİ ARARKEN**  
*Serhan Tuncer, Başar Kaya, Şafak Uygur, Reha Yavuzer, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*
- P 26** **MASSON HEMANJİYOMU: ÜST EKSTREMİTENİN AZ BİLİLEN BİR YUMUŞAK DOKU TÜMÖRÜ**  
*Serhan Tuncer, Billur Sezgın, İsmail Küçüködük, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*
- P 27** **DORSAL RADİAL SİNİR TRANSFERİ İLE DİJİTAL DUYU RESTORASYONU**  
*Serhan Tuncer, Onur Çukurluoğlu, Betül Ak, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*
- P 28** **ONARILMAMIŞ SİNİR YARALANMALARINDA GEÇ ONARIM VE EŞ ZAMANLI TENDON TRANSFERİ**  
*Serhan Tuncer, Onur Çukurluoğlu, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*
- P 29** **SKAFOİD KEMİĞİN KIRILMASINA HAMATUM ÇENGEL KIRIĞININ EŞLİK ETMESİ: OLGU SUNUMU**  
*Selahattin Özvürek, Bahadır Seyhan, A. Turan Ilıca, Murat Durusu*



## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- P 30 **ÖZEL AKDENİZ YENİ UFUKLAR ÖZEL EĞİTİM OKULU CEREBRAL PALSYLİ ÇOCUKLARDA EL VE ÜST EKSTREMİTE REHABİLİTASYONUNDA EL BECERİ ÇALIŞMALARI VE ÖNEMİ**  
*Salime Yılmaz Altunbay, Lütfi Beyhan*
- P 31 **METAKARP DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜNDE NON-VASKÜLER METATARSIN BAŞI İLE BİRLİKTE TRANSFERİ**  
*Mehmet Yıldız, Yılmaz Güvercin, Emre Baki, Kadriye Yıldız*
- P 32 **NON-SENDROMİK HASTADA POLİDAKTİLİ, SİNDAKTİLİ, KEPÇE KULAK, KRİPTORŞİDİ BİRLİKTELİĞİ- OLGU SUNUMU**  
*Habib Başkurt, Hasan Fındık, Ercan Cihandide, Okan Morkoç, Adnan Uzunismail*
- P 33 **MONOZİGOT İKİZLERDE EŞ ZAMANLI BAŞLAYAN BİLATERAL KARPAL TÜNEL SENDROMU- OLGU SUNUMU**  
*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Habib Başkurt, Adnan Uzunismail*
- P 34 **DOĞUMSAL HER İKİ BAŞPARMAKTA TETİK PARMAC DEFÖRMİTESİ- OLGU SUNUMU**  
*Okan Morkoç, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*
- P 35 **LİCHTMANN TİP III B KIENBÖCK HASTALARINDA RADİAL KISALTMANIN FONKSİYONEL VE RADYOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ**  
*Erden Erliirer, Adnan Kara, Şenol Akman, Faik Seçkin, Mehmet Mesut Sönmez, İrfan Öztürk*
- P 36 **ATİPİK KOMPLEKS POLİDAKTİLİ- OLGU SUNUMU**  
*Okan Morkoç, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*
- P 37 **ELDE ATİPİK YERLEŞİMLİ LİPOM- OLGU SUNUMU**  
*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Güray Yeşiladalı, Adnan Uzunismail*
- P 38 **EL VE EL BİLEĞİNİN KİTLE VE LEZYONLARI- 107 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**  
*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*
- P 39 **İNTİHAR AMACIYLA SOL EL BİLEĞİ CİLTALTINA İNSEKTİSİD ENJEKSİYONU- OLGU SUNUMU**  
*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Berat Bora Ok, Adnan Uzunismail*
- P 40 **YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN MULTİPL KSANTOM- OLGU SUNUMU**  
*Habib Başkurt, Hasan Fındık, Ercan Cihandide, Güray Yeşiladalı, Adnan Uzunismail*
- P 41 **BİLATERAL MULTİPL TETİK PARMAC DEFÖRMİTESİ: OLGU SUNUMU**  
*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Okan Morkoç, Berat Bora Ok, Adnan Uzunismail*
- P 42 **ELDE DOĞUMSAL EKSTENSOR TENDON DİSLOKASYONU**  
*Haluk Özcanh, A. Merter Özenci, Hakan Özdemir*
- P 43 **EXTANSOR POLLİCİS LONGUS TENDONUNUN KÜÇÜK OSTEOFİTE BAĞLI SPONTAN RÜPTÜRÜ**  
*Mustafa Kürklü, Serkan Bilgiç, Yüksel Yurttaş, İsmail Safaz, Mahmut Kömürcü*
- P 44 **ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİ SONRASI REHABİLİTASYONUN AĞRI VE FONKSİYONEL DÜZEY ÜZERİNE ETKİLERİ**  
*Zafer Erden, Filiz Can, Gürsoy Coşkun, Meltem Arık, Murat Bozkurt*



## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- P 45 ÖPERE OLEKRANON KIRIKLARI SONRASI REHABİLİTASYON SONUÇLARIMIZ**  
*Gürsoy Coşkun, Filiz Can, Zafer Erden, Meltem Arık, Sinan Adıyaman*
- P 46 ABDUCTOR POLLİCİS LONGUS, EXTENSOR POLLİCİS LONGUS VE BREVIS TENDONLARININ KONJENİTAL YOKLUĞU**  
*Yüksel Yurttaş, Mustafa Kürklü, Hüseyin Özkan, Cemil Yıldız*
- P 47 TIRNAK ALTINA ÇOKLU YERLEŞİM GÖSTEREN GLOMUS TÜMÖRÜ: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU**  
*Hüseyin Bayram*
- P 48 EL BAŞPARMAK ULNAR KOLLATERAL BAĞ RÜPTÜRÜ OLGULARINDA TAMİR SONUÇLARIMIZ**  
*Kahraman Öztürk, Cem Zeki Esenyel, Cem Dinçay Büyükkurt, Bilal Birkan Demir, Hakan Gürbüz*
- P 49 ELDE YANIĞA BAĞLI KELOID VE CERRAHİ TEDAVİSİ**  
*Adnan Menderes, Cenk Demirdöver, Haluk Vayvada, Ozan Balık, Mustafa Yılmaz, Atay Atabey*
- P 50 DONDURUCUDA SAKLANMIŞ AMPUTE PARMAĞIN BAŞARILI REPLANTASYONU**  
*Şahin Alagöz, Eda Işıl, Çiğdem Ünal, Tonguç İşken*
- P 51 DUYULU SERBEST PERFORATOR FLEPLERİ EL VE ÜST EKSTREMİTE REKONSTRUKSİYONUNDA KULLANIMI; 23 VAKADA KLİNİK DENEYİMLER**  
*Mehmet V. Karaaltın, Adnan Erdem, Azimet Özdemir*
- P 52 TEK TARAFLI İZOLE AKSİLLA YERLEŞİMLİ HODGKİN HASTALIĞI**  
*Mehmet V. Karaaltın, Adnan Erdem, Azimet Özdemir*
- P 53 İZOLE EL İKİNCİ PARMAK FLEKSOR SİSTEMİNİN AGENEZİSİ: OLGU SUNUMU**  
*Mehmet V. Karaaltın, Azimet Özdemir, Adnan Erdem*
- P 54 2 VE 3. PARMAK AMPUTASYONU VE KOMPLEKS EL YARALANMASI OLGUSUNDA 2. PARMAKTAN MP EKLEM REKONSTRUKSİYONU VE ÜZERİNE 3. PARMAĞIN HETEROTOPIK REPLANTASYONU**  
*Adnan Erdem, Mehmet V. Karaaltın*
- P 55 VARYANT YÜZEYEL ÖNKOL ARTERİ (MEDİAN ARTER) ÜZERİNDEN RADİAL ARTER KORUNARAK TERS AKIMLI RADİAL ÖNKOL FLEBİYLE 1. WEB REKONSTRUKSİYONU ve TAŞINAN ARTERE 1.PARMAK REVASKULARİZASYONU**  
*Adnan Erdem, Mehmet V. Karaaltın*
- P 56 HALATA SIKIŞMA SONUCU SOL DİRSEK SEVİYESİNDE KAPALI YARALANMA VE ELDE TOTAL ULNAR SİNİR FELCİ OLGUSUNDA ULNAR SİNİR ANTERİOR TRANSPOZİSYONU**  
*Adnan Erdem, Mehmet V. Karaaltın, Azimet Özdemir*
- P 57 SUBTOTAL EL AMPUTASYONU VE TOTAL KARPAL KEMİK KAYBI OLGUSUNDA EL REPLANTASYONU VE KARPAL KEMİK DEFECTİNİN VASKÜLARİZE İLİAK KEMİK GREFTİYLE ONARIMI**  
*Adnan Erdem, Mehmet V.Karaaltın, Erdeniz Duygulu*
- P 58 SAĞ EL 1. PARMAK VE TENAR KAS HİPOPLAZİSİ; BİR OLGU SUNUMU VE TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN TARTIŞILMASI**  
*Adnan Erdem, Mehmet V.Karaaltın, Azimet Özdemir*

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

- P 59 DOĞUMSAL SKAFOİD APLAZİSİ**  
*Haluk Özcanlı, Yetkin Söyüncü, Murat Baloğlu*
- P 60 18 HASTADA DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ SONUÇLARIMIZ**  
*Cenk Demirdöver, Özgür Sunay, Reşat Altuğ, Adnan Menderes, Haluk Vayvada, Mustafa Yılmaz*
- P 61 METAKARP YERLEŞİMLİ OSTEÖİD OSTEOMA OLGUSU**  
*Murat Bülbül, Semih Ayanoğlu, Sinan Kahraman, Kahraman Öztürk, Hakan Gürbüz*
- P 62 ÇOCUKTA EŞ ZAMANLI CAPİTATE VE HAMATE KIRIĞI; OLGU SUNUMU**  
*Mustafa Celiktaş, Özkan Köse, Seyhan Sağıroğlu*
- P 63 ELDE DİSTAL FALANKS YERLEŞİMLİ EPİDERMAL KİST**  
*Haluk Özcanlı, Çağnur Özcanlı, Ahmet Turan Aydın, Elif İnanç Gürer*
- P 64 POSTEROLATERAL DİRSEK ÇIKIĞI İLE BİRLİKTE İPSİLATERAL ÖNKOL ÇİFT KIRIĞI: NADİR BİR YARALANMA**  
*Özkan Köse, Mehmet Oğuz Durakbaşa, Nazir Cihangir İslam*
- P 65 RADIUS DİSTAL UÇ KIRIĞI SONRASI KOMPLEKS BÖLGESEL AĞRI SENDROMU TİP I GELİŞİMİ; PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN ROLÜ**  
*Banu Dilek, Beyazıt Yemez, Ramazan Kızıl, Esin Kartal, Selmin Gülbahar, Özden Sarı, Elif Akalın*
- P 66 BAYILMA SONRASI GÖRÜLEN BİLATERAL ANTERİOR OMUZ ÇIKIĞI: OLGU SUNUMU**  
*Selahattin Özvürek, Bahadır Seyhan, İbrahim Akmaz, Osman Rodop, Can Solakoğlu, Mesih Kuşkucu*
- P 67 HUMERUS ŞAFT KIRIĞI VE ONA EŞLİK EDEN İPSİLATERAL OMUZ KIRIKLI ÇIKIK OLGUSU**  
*Selahattin Özvürek, Feridun Çilli, Mahir Mahiroğulları, Kenan Keklikçi, Murat Durusu, Kaan Erler*
- P 68 PLAK FİKSASYONU İLE YAPILAN OMUZ ARTRODEZİ VAKALARIMIZIN SONUÇLARI**  
*Cem Zeki Esenyel, Kahraman Öztiirk, Sinan Kahraman, Murat Bülbül, Semih Ayanoğlu, Hakan Gürbüz*
- P 69 EL REHABİLİTASYONUNDA AYNA TEDAVİSİ**  
*Yaprak A taker, Önder Çerezci, Sibel Cömert, Eftal Güdemez*

*11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

***Sözlü Bildiriler***

*11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

**S 01**  
**OMUZ IMPINGEMENT SENDROMUNDA SKAPULA MOBİLİTESİ VE FONKSİYONEL DÜZEY ARASINDAKİ İLİŞKİ**

*Filiz Can<sup>(2)</sup>, Zafer Erden<sup><2></sup>, Gürsoy Coşkun<sup>(2)</sup>, Meltem Arıkoğlu<sup>1</sup>, Bülent Atilla<sup>01</sup>*

1) H. Ü. Ortopedi ve Travmatoloji ABD/Ankara

2) H. U. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Tedavi ve Reh. Bölümü/Ankara

**Giriş**

Omuz eklemi, vücudun geniş eklem hareket sınırı bulunduran ve mobilitenin stabiliteye göre daha fazla önem kazandığı bir yapıya sahiptir. Bu eklem de ortaya çıkan hareketler tek bir eklem hareketi ile değil, birçok eklem belirlenen derecelerdeki katılımı ile gerçekleşmektedir. Omuzda ağrı ve fonksiyon kayıplarının önemli bir kısmını oluşturan impingement sendromu kişilerin günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek fonksiyonel kapasitelerinde azalmaya neden olmaktadır. Omuz eklemi oluşturan kompleks yapıların fonksiyonellik üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı omuz impingement sendromunda skapular mobilitenin değerlendirilerek fonksiyonel düzey ile olan ilişkisinin incelenmesidir.

**Metod**

Çalışmamıza yaş ortalamaları 38.70± 12.53 yıl olan evre II impingement sendromu tanısı ile konservatif olarak takip edilen ve rehabilitasyon amacıyla başvuran 26 erkek 38 kadın, toplam 64 olgu alınmıştır. Skapula mobilitesindeki azalma palpasyonla hafif orta ve şiddetli olarak değerlendirilmiştir. Fonksiyonel düzeyin belirlenmesinde Constant- Murley Omuz Skorlama Sistemi (0-100 puan) kullanılmıştır. Fonksiyonel düzey ve skapula mobilitesi arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

**Bulgu**

Olguların 48 sinde sağ, 16 sinde ise sol omuz etkilenmiştir. Ağrının basmama zamanına göre geçen süre ortalaması 12.53 ± 7.42 aydır. Skapula mobilitesindeki kayıp 24 hastada hafif, 20 hastada orta, 9 hastada şiddetli olarak tespit edilmiştir. 11 hastanın skapula mobilitesi normal olarak değerlendirilmiştir. Ortalama Constant skoru 34.12 ± 9.03 puandır. Skapula mobilitesi ile Constant skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r: -0.62) (p<0.01).

**Tartışma ve Sonuç**

Omuz impingement sendromunda, skapular mobilitenin değerlendirilerek, hastaların ihtiyaçlarına göre rehabilitasyon programına dahil edilmesinin fonksiyonel düzeyin artırılmasında büyük öneme sahip olduğu görüşüne varılmıştır.

S 02  
LATERAL EPİKONDİLİTTE AĞRI İLE KAVRAMA KUVVETİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİ

Meltem Işıntaş Arık<sup>(2)</sup>, Filiz Can<sup>(2)</sup>, Murat Bozkurt<sup>(1)</sup>

1) Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Ortopedi Klinik Şefliği/Ankara

2) Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü/Ankara

### Giriş

Lateral epikondilit, ön kolun distaline yaydan ve kavrama ile artan, sinsibaşlangıçlı dirsek ağrısıyla karakterize bir hastalıktır. Lateral epikondilite görülen en büyük yakınma ağrı ve kavrama kuvvetindeki azalmadır. Lateral epikondilite ağrı nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri sırasındaki kavramalarda çekilen zorluk, bu hastalarda kavrama kuvvetinin değerlendirilmesini gerekli kılar. Önceki çalışmalarda her ne kadar ağrı veya kavrama tek başına incelenmiş olsa da, ağrının kavrama üzerine olan etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### Metod

Ağrı ile kavrama kuvveti arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan bu çalışma unilateral lateral epikondiliti olan 30 hasta üzerinde yapılmıştır. 25 kadın, 5 erkekten oluşan hastaların yaş ortalamaları  $42,97 \pm 2,22$  yıldır. Palpasyon ile olguların lateral epikondil, medial epikondil ve Froshe arkındaki hassasiyetleri değerlendirilmiştir. Basınç ağrı eşiği ise her iki ekstremitede lateral epikondil, medial epikondil ve Frohse arkı üzerinden J Tech Commander Algometer ile ölçülmüştür. Kavrama kuvveti ise dirsek fleksiyonda, ön kol nötral pozisyonda ölçülmüştür<sup>90</sup>

### Bulgu

Lateral epikondil ve Frohse arkı üzerinden yapılan palpasyonda olan ağrı ile ağrısız kavrama kuvvetleri arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür (rL: -0.54 p<0.01; rF: -0.50 p<0.01). Maksimum kavrama kuvvetleri yönünden ise daha düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (rL: -0.43 p<0.01; rF: -0.38 p<0.01). Medial epikondil üzerinden yapılan palpasyonda olan ağrı ile ağrısız ve maksimum kavrama kuvvetleri arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ilişkiye raslanmıştır (rA: -0.37 (\*\*)) (p<0.01; rM: -0.30 p<0.05) Basınç ağrı eşiği ile kavrama kuvveti arasındaki ilişkiye bakıldığında tüm değerler arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (rLA: 0.40 p<0.01, rLM: -0.32 p<0.05; rFM: 0.31 p<0.05, rFA: 0.35 p<0.01; rMM: 0.38 p<0.01, rMA: 0.39 p<0.01).

### Tartışma ve Sonuç

Yapılan bu çalışmanın sonucuna göre lateral epikondilite özellikle lateral epikondil ve Froshe arkı üzerindeki ağrı arttıkça kavrama kuvveti azalmaktadır. Buna karşılık medial epikondil üzerindeki ağrı ile kavrama kuvveti arasındaki ilişki daha zayıftır. Basınç ağrı eşiğinin azalmasına bağlı olarak kavrama kuvveti de azalır. Lateral epikondilite bu ilişkilerin bilinmesinin, klinik değerlendirme ve tedavi programının oluşturulmasında önemli bir yeri vardır.

## ÇOCUK SUPRAKONDİLER HUMERUS KIRIKLARINDA LATERAL PERKÜTAN İKİ PARALEL K-TELİ İLE OSTEOSENTEZ YETERLİ Mİ?

*Murat Bülbül, Semih Ayanoğlu, Sinan Kahraman, Cem Zeki Esenyel, Hakan Gürbüz*

*Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi /İstanbul*

### **Giriş**

Çalışmamızda çocuk suprakondiler humerus kırıklarında kapalı redüksiyon ve perkütan çivileme yaptığımız hastalarda uyguladığımız kapalı redüksiyon sonrası lateralden iki paralel çivileme ile lateralden iki paralel ve medialden bir adet çivilemenin klinik ve radyolojik sonuçlarını karşılaştırarak değerlendirdik.

### **Metod**

Tüm olgularda kapalı redüksiyonu takiben lateralden paralel iki K-teli, 62 olguda medialden 1 adet K-teli gönderildi. Ameliyat sonrası tüm hastalara dirsek üstü atel uygulanıp sonrasında üçüncü hafta tamamlanmaya kadar atel ile takip edildi. Üçüncü hafta atel çıkarıldı ve tüm olgularda K-tellerini ekstirpe etmeden harekete başlandı. Tüm olgularda 28.gün K-telleri de ekstirpe edildi. Çalışmamız için çağırdığımız hastaların dirsek ön-arka grafilerinde taşıma açıları ve Baumann açıları ölçüldü. Klinik olarak fleksiyon ekstansiyon aralığı ölçüldü. Olguların fonksiyonel ve kozmetik açıdan değerlendirilmesi Flynn kriterlerine göre yapıldı. Sonuçları Fisher's Exact testi ile  $p<0.05$  anlamlılık düzeyinde SPSS 15.0 istatistik program ile yapıldı.

### **Bulgu**

Suprakondiler humerus kırığı teşhisiyle 161 çocuk (125 erkek, 36 kız ) perkütan telleme yöntemi ile tedavi edildi. Ortalama yaş 7,39 (1-14) olarak bulundu. Olguların 64'ü (%39,75) sağ, 97'si (%60,25) sol dirsek bölgesi travmalı idi. Kırıkların 142'si (%88) ekstansiyon tipi, 19'u (%12) fleksiyon tipi idi. Yirmi iki hastada Gartland tip 2, 139 hastada Gartland tip 3 kırık vardı. Olgularımızdaki kırıkların tümünün kaynadığı gözlemlendi. Sonuçlar Flynn ve ark.nın ölçütlerine göre değerlendirildi. Ortalama takip süreleri 58.9 ay (dağılım 12-119 ay) idi. Hiçbir olguda myozitis ossifikans, kompartman sendromu, çivi yolu enfeksiyonu ve iatrojenik damar-sinir yaralanması gözlenmedi. Flynn ve ark.nın tanımladığı ölçütlere göre fonksiyonel olarak olguların tamamında(%100), radyolojik olarak 3 (%2) olgu hariç hepsinde tatminkar sonuç elde edildi. Bu üç olgunun üçünde de Kübitis Varus deformitesi saptandı. Bu üç olgu da sadece lateralden iki paralel K-teli ile osteosentez yapılan hasta grubundaydı. Lateralden iki paralel K-teli uyguladığımız hastalardaki komplikasyon oranı ile kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmadı. Olgularımızdaki kırıkların tümünün kaynadığı gözlemlendi. Hiçbir olguda myozitis ossifikans, kompartman sendromu, çivi yolu enfeksiyonu ve iatrojenik damar-sinir yaralanması gözlenmedi. Flynn ve ark.nın tanımladığı ölçütlere göre fonksiyonel olarak olguların tamamında(% 100), radyolojik olarak 3 (%2) olgu hariç hepsinde tatminkar sonuç elde edildi. Bu üç olgunun üçünde de Kübitis Varus deformitesi saptandı. Bu üç olgu da sadece lateralden iki paralel K-teli ile osteosentez yapılan hasta grubundaydı.

### **Tartışma ve Sonuç**

Çocuklardaki suprakondiler humerus kırıklarında kapalı redüksiyon sonrası karşılaştığımız iki perkütan çivileme yönteminden lateralden iki K-teli ile yapılan osteosentez ve iki lateral bir medial K-teli ile osteosentez yöntemi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi. Medialden K teli uygulanması sırasında oluşabilecek komplikasyonlardan kaçınmak için, lateralden iki Kteli ile osteosentezin daha uygun olabileceği sonucuna vardık.

S 04  
**RADIUS BAŞI KIRIKLARI İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN KAPİTELLAR  
KIKIRDAK YARALANMALARI**

*Ufuk Nalbantoğlu<sup>(1)</sup>, Arel Gereli<sup>(1)</sup>, K Barış Kocaoğlu<sup>(2)</sup>, Şeref Aktaş<sup>(2)</sup>, Metin Türkmen<sup>(3)</sup>*

1) Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Servisi/İstanbul

2) Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü /İstanbul

3) Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü/İstanbul

**Giriş**

Mason tip 2 ve 3 radyus başı kırıkları ile birlikte görülen humeral kapitellar kıkırdak yaralanmalarının sıklığını ve tiplerini araştırmak.

**Metod**

Açık redüksiyon ve internal fiksasyon ile tedavi edilen 51 deplase Mason tip 2 ve 3 radyus başı kırığı geriye dönük incelendi. On hastada radyus başı kırığına eşlik eden humeral kapitellar kıkırdak yaralanması vardı. Sekiz hasta erkek, iki hasta kadındı. Ortalama yaş 32,7 (24-39) bulundu. Dokuz hastanın kıkırdak yaralanması ancak ameliyat sırasında saptanabilirken, sadece bir hastada ameliyat öncesi çekilen bilgisayarlı tomografide kıkırdak yaralanması saptanabildi. Kıkırdak yaralanmalarının yeri, çapı ve kalınlığı ameliyat sırasında doğrudan gözlenerek kaydedildi.

**Bulgu**

Açık redüksiyon ve internal fiksasyon ile tedavi edilen 51 deplase Mason tip 2 ve 3 radyus başı kırığında, eşlik eden kapitellar kıkırdak yaralanması sıklığı %19,6 bulundu. Kıkırdak yaralanmalarında ortalama çap 4.8 mm x 4.9 mm (aralık 10x10 mm - 2x2 mm) bulundu. Dört hastada Mason tip 2 (%40), altı hastada Mason tip 3 (%60) radyus başı kırığı mevcuttu. Mason tip 2 radyus başı kırıklarında kıkırdak yaralanmasının ortalama alanı 5.7 mm x 6.5 mm (aralık 3x6 mm-10x10 mm) bulundu. Mason tip 3 radyus başı kırıklarında kıkırdak yaralanmasının ortalama alanı 4.1 mm x 3.8 mm (aralık 2x2 mm - 10x5 mm) bulundu. Mason tip 3 kırığı olan iki hastada tam kat (%33,3), dört hastada kısmi kat (%66,6) kıkırdak yaralanması vardı. Mason tip 2 kırığı olan iki hastada tam kat (%50), iki hastada ise kısmi kat (%50) kıkırdak yaralanması vardı.

**Tartışma ve Sonuç**

Kapitellar kıkırdak yaralanmaları yüksek enerjili radyus başı kırıkları ile sıklıkla birliktelik gösterebilir. Bu yaralanmaların sıklığı radyus başı kırığının derecesi ile artış göstermektedir. Yaralanmanın ciddiyeti radyus başı kırığının derecesi ile azalmaktadır. Sağlam kalan radyus başı kapitellar kıkırdakta daha fazla hasara neden olmaktadır. Ameliyat öncesinde saptanması oldukça güç olduğundan radyus başı kırığı için yapılan ameliyatlarda tüm eklem ve özellikle kapitellum, kıkırdak yaralanması yönünden muayene edilmelidir.



S 06  
**RADIUS ALT UÇ DÜZELTİCİ OSTEOTOMİLERİNDE KİLİTLİ PLAKLARIN  
KULLANIMI**

*Ayhan Kılıç, Yavuz Kabukçuoğlu, Murat Gül, Ümit Özdoğan, Sami Sökücü*

*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul*

**Giriş**

Radius alt uç kırıkları, ihmal ve başarısız tedavi somasında malunionla sonuçlanabilir. Genellikle dorsale açılanma ile beraber olan bu tablo, açık kama osteotomisi ve dorsalden plaklama ile tedavi edilir. Bu çalışmada radius alt uç malunionlarında uygulanan düzeltici osteotomilerin açılanmanın yönüne bakılmaksızın volar yerleşimli kilitli plak sistemleri ile tespitinin etkinliğini araştırıldı.

**Metod**

2005-2007 yılları arasında tedavi edilen yaş ortalaması 42 (17-67) olan 4 (%26,6)'ü kadın, 11(%73,4)'i erkek 15 hasta bu çalışmada incelendi. 10 (%66,7) hastada dorsal, 5 (%33,3) hastada volar açılanma olup, deformite açısı 24,6°'di. Hastaların tamamına volar girişimle osteotomi ve kilitli anatomik plak ile tespit uygulandı. 12 (%80) hastanın osteotomi bölgesine krista otogrefti uygulanırken, 3 (%20) hastada greft uygulaması yapılmadı. 3 (%20) hastada ise ek girişim olarak ulna kısaltması yapıldı. Hastalara 1.5, 3, 6, 12. aylarda radyolojik değerlendirme, hareket açıklığı muayenesi ve 3. aydan itibaren Quick-DASH-T değerlendirmeleri yapıldı.

**Bulgu**

Hastaların takip süresi 13,4 (6-29) aydı. Osteotomi bölgesinde ortalama 6 hafta sonunda kaynama sağlandı. Hastalarda materyal yetersizliği ve redüksiyon kaybı gözlenmedi. Ameliyat sonrası 14mm (5-20mm) uzama sağlanırken, 10 (%66,7) hastada radius uzunluğu ulna ile nötralize edildi. 5(%33,3) olguda ortalama 5 mm. ulna (+) olarak kaldı. Ameliyat sonrası volar tilt açısı 3° (10°-10°), radius inklinasyon açısı 16° (12-26°) olarak saptandı. El bileği fleksiyonu 45°, dorsal fleksiyonu 50°, supinasyon 60°, pronasyon 70° olarak ölçüldü. Quick-DASH-T sistemine göre fonksiyonları değerlendirilen hastalar ortalama 16 (2,2-47,7) puan aldı.

**Tartışma ve Sonuç**

Volar girişimle uygulanan düzeltici osteotomiler eklem yüzünün volara ya da dorsale dönüklüğünde yeterli bir düzeltme yapılmasına olanak verirken tespit için kullanılan kilitli plaklar anatomik yapısı ile eklem yeniden yapılandırılmasını kolaylaştırmaktadır. Bu yöntemle, osteotominin yerinin belirlenmesinde ve uygulanmasında kolaylık, çevre dokularla uyumlu bir tespit sağlanabilmektedir. Eklem yüzünün dorsale yöneldiği durumlarında da volar girişimle, osteotomi ve kilitli plak uygulamaları ile güvenli bir tespit sağlanarak deformitenin tedavisi yapılabilir.

**S 07**  
**RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ VOLER KİLİTLİ PLAK SİSTEMİ İLE TEDAVİSİ**

*Ayhan Kılıç, Yavuz Kabukçuoğlu, Murat Gül, Sami Sökücü, Ümit Özdoğan*

*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul*

**Giriş**

Radius alt uç kırıklarının cerrahi tedavisinde pek çok seçenek vardır. Günümüzde anatomik şekillendirilmiş kilitli plak sistemlerinin sağladığı redüksiyon kolaylıkları ve tespit dayanıklılığı gibi üstünlükleri, işlevsel sonuçları olumlu etkilemekte ve kullanımını yaygınlaştırmaktadır. Bu çalışmada volar yerleşimli kilitli plak sistemleri ile tedavi edilen anstabil radius alt uç kırıklarının radyografik ve işlevsel sonuçları incelenmiştir.

**Metod**

2006-2007 tarihleri arasında volar girişimle açık yerleştirme ve kilitli plak tespiti uygulanan yaş ortalaması 45(18-77) olan, 15(%55)'i erkek, 12(%45)'si kadın olan toplam 27 hasta prospektif olarak değerlendirildi. 14 el bileği dominant kullanımlı idi. AO sınıflamasına göre kırıkların; 21 'i tip C, 5'i tip B, 1 'i tip A idi. Kırıkların 21'inde kırığın distal parçası dorsale, 6'sında ise volara yönelim göstermekteydi. On hastada kırık tespitine ek olarak otolog krista ilika grefti kullanıldı. Hastaların takiplerinde radyolojik değerlendirme ve hareket açıklığı ölçümleri yapıldı. El bileğinin işlevsel kullanımını değerlendirmede DASH-T ve Gartland-Werley değerlendirme formları uygulandı. El dinamometresi ile kavrama güçleri ölçüldü.

**Bulgu**

Ortalama takip süresi 8(6-14) ay olan hastaların kırıkları ortalama 6 haftada sorunsuz kaynadı. Stewart radyolojik kriterlerine göre ortalama 0,5 puan alan hastalarda kavrama gücü sağlam tarafa göre ortalama %72,4 olarak ölçüldü. El bileğinin fonksiyonel değerlendirmesinde DASH-T 8,3 puan bulundu. Gartland-Werley'e göre ise 12 hastada mükemmel, 12 hastada iyi, 3 hastada ise orta sonuç alındı.

**Tartışma ve Sonuç**

Kilitli plak tespitleri, radius alt uç anstabil kırıklarında anatomik düzeltmenin sağlanmasında ve fonksiyonların geri kazanılmasında başarılıdır

**STABİL OLMAYAN RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ DİNAMİK EL BİLEĞİ FİKSATÖRÜ İLE TEDAVİSİ**

*Adnan Kara, Erden Ertürer, Şenol Akman, Faik Seçkin, İrfan Öztürk*

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul*

**Giriş**

Çalışmamızda instabil radius distal uç kırığı nedeniyle kapalı redüksiyon + K teli ile tespit sonrası Pennig tipi dinamik eksternal fiksator uygulanan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metod**

Aralık 2003-Nisan 2007 tarihleri arasında kapalı redüksiyon + perkütan K teli ile tespiti takiben dinamik el bileği eksternal fiksatorü uygulanan instabil radius distal uç kırıklı 25 olgu (15 erkek [%60], 10 kadın [%40], yaş ortalaması 47.32 [20-76yaş]) prospektif olarak incelendi. Travma sonrası ortalama 8.52 (1-23) günde ameliyat edilen hastaların eksternal fiksatorleri 3. haftada dinamize edilerek ortalama 6,8 (5-8hafta) haftada çıkartıldı. Radyolojik sonuçlar modifiye Lidström, fonksiyonel sonuçlar modifiye Gartland-Werley skorlama sistemi ile değerlendirildi. Redüksiyon öncesi kırık tarafa ait radyolojik değerler (Radial uzunluk, Radial açılanma, Palmar eğim), redüksiyon sonrası ve fiksator çıkartıldıktan sonraki elde edilen değerler ve sağlam taraf değerleri ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı. El bileği hareket açıklıkları kırık ve sağlam tarafta ölçülerek kayıp oranları araştırıldı. Ortalama takip süresi 15.3 ay (Dağılım 8-40 ay) olarak bulundu.

**Bulgu**

Tüm olgularda kaynamanın tam olarak sağlandığı, radyolojik olarak tespit edildi. Radyolojik-anatomik sonuçların değerlendirildiği modifiye Lidström kriterlerine göre oniki olguda (%46.15) mükemmel, onbir olguda (%42.30) iyi, üç olguda (%11.55) ise orta sonuç elde edildi. Fonksiyonel sonuçların değerlendirildiği modifiye Gartland-Werley skorlama sistemine göre hastaların ondördünde (%56) mükemmel, sekizinde (%32) iyi, üçünde de (%12) orta sonuç alındığı saptandı. Redüksiyon öncesi kırık tarafa ait radyolojik değerlerin ameliyat sonrasında anlamlı düzeyde düzeldiği ve takip döneminde bu düzelmenin devam ettiği istatistiksel olarak ortaya kondu. El bileği hareket açıklıklarında dorsifleksiyonun palmarfleksiyona, pronasyonun supinasyona ve ulnar deviasyonun da radial deviasyona göre daha iyi restore edildiği saptandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Stabil olmayan radius distal uç kırıklarının tedavisinde Pennig tipi dinamik el bileği eksternal fiksatorü; kolay uygulanması, minimal cerrahi travma yaratması, erken dönemde rehabilitasyona izin vererek hastaların normal günlük aktivitelerine kısa sürede geri dönmelerini sağlaması, periartiküler osteopeniyi azaltması ile birlikte başarılı anatomik ve fonksiyonel sonuçlara ulaşılması açılarından tercih edilebilir bir tedavi yöntemidir.

S 09

**DORSALE DEPLASE VE İNSTABİL RADYUS DİSTAL UÇ KIRIKLARINDA  
SABİT AÇILI DORSAL PLAK YÖNTEMİ İLE KİLİTLİ VOLAR PLAK  
YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

*Ufuk Nalbantoğlu<sup>(1)</sup>, Arel Gereli<sup>(1)</sup>, Yavuz Uçar<sup>(4)</sup>, Barış Kocaoglu<sup>(2)</sup>, Metin Türkmen<sup>(3)</sup>*

- 1) Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Servisi / İstanbul
- 2) Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü /İstanbul
- 3) Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü / istanbul
- 4) Validebağ Öğretmenler Devlet Hastanesi /İstanbul

**Giriş**

İnstabil ve dorsale deplase radyus distal uç kırıklarında sabit açılı dorsal plak yöntemi ile kilitli volar plak yöntemini karşılaştırmak.

**Metod**

1999-2007 yılları arasında instabil ve dorsale deplase radyus distal uç kırığı nedeniyle sabit açılı dorsal plak (43 hasta, 44 radyus) veya kilitli volar plak (23 hasta) ile tespit uygulanan 66 hasta (67 radyus) çalışma grubunu oluşturdu. Dorsal plak grubunda ortalama yaş  $46\pm 13$  bulundu ve AO sınıflamasına göre 9 hastada A2, 14 hastada A3, 9 hastada C1, 11 hastada C2 ve 1 hastada B2 kırık vardı. Volar kilitli plak grubunda ise ortalama yaş  $49\pm 13$  bulundu ve 4 hastada A2, 4 hastada A3, 4 hastada C1, 9 hastada C2 ve 2 hastada C3 kırık mevcuttu. Sonuçlar radyolojik olarak kırıktaki çökme miktarı, subjektif ve objektif fonksiyonel değerlendirme ve komplikasyonlar yönünden incelendi.

**Bulgu**

Dorsal plak grubunda (n=44) ortalama  $78\pm 18,9$  ay sonunda ortalama volar tilt kaybı  $5,4\pm 3,97$  derece, radyal yükseklik kaybı  $1,8\pm 1,05$  mm ve radyal inklinasyon kaybı  $1,8\pm 1,17$  derece bulundu. Bu grupta ortalama Gartland VVerley skoru  $2,2\pm 2,10$  bulunurken 25 mükemmel, 17 iyi ve 1 orta sonuç elde edildi. Ortalama DASH skoru  $1,9\pm 2,19$  bulundu. Komplikasyon oranı %18,1 idi. (1 hastada ekstensör tendon rüptürü, 1 hastada kaynama gecikmesi, 6 hastada tenosinovit). Volar kilitli plak grubunda ise (n=23) ortalama  $18\pm 5,1$  ay sonunda ortalama volar tilt kaybı  $2\pm 2,67$  derece, radyal yükseklik kaybı  $0,9\pm 0,79$  mm ve radyal inklinasyon kaybı  $1,2\pm 1,04$  derece bulundu. Ortalama Gartland VVerley skoru  $1,9\pm 2,12$  bulunurken 18 mükemmel ve 5 iyi sonuç elde edildi. Ortalama DASH skoru  $1,8\pm 2,71$  bulundu. Komplikasyon görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Volar kilitli plak uygulamasının dorsal sabit açılı plak uygulamasına göre radyus kırıklarında rezorpsiyona bağlı görülen radyolojik çökmeye ve özellikle volar tilt kaybına karşı daha dirençli olduğu sonucuna varıldı. Dorsal sabit açılı plak uygulamasında daha yüksek komplikasyon oranı görüldü. Bununla birlikte her iki uygulamanın objektif ve subjektif fonksiyonel değerlendirmelerde birbirlerine belirgin üstünlüğü saptanamadı.

**EKLEM İÇİ DİSTAL RADIUS KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE SABİT AÇILI  
KİLİTLİ KOMPRESYON PLAKLARI İLE DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

*Bariş Gültekin, Ahmet Ekin, Mustafa Özkan, Abdülkadir Bacakoğlu*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı/İzmir*

**Giriş**

Eklem içi distal radius kırıklarınının tedavisinde kilitli anatomik distal radius plaklarının etkinliğini ve düzeltme kayıplarını önlemedeki rolünü saptamak.

**Metod**

AO Tip C eklem içi distal radius kırığı olan, tedavisinde internal ve/veya eksternal fiksasyon uygulanan 46 hasta değerlendirildi. Hastalar uygulanmış olan tedavi yöntemine göre iki gruba ayrılarak incelendi. Konvansiyonel plak ve/veya eksternal fiksator -K teli uygulanan tedavi 1 grubunda 23 hasta, kilitli anatomik distal radius plağı uygulanan tedavi 2 grubunda 23 hasta bulunuyordu. Her iki tedavi grubundaki hastaların yaş (tedavi 1 grubunda ort. 55,13 (27-81), tedavi 2 grubunda ise ort. 54,87 (31-75), kırık tipleri (tedavi 1 grubunda, AO sınıflamasına göre kırık tipi C1 olan 16 (%66,7) hasta, C2 olan 8 (%33,3) hasta; tedavi 2 grubunda kırık tipi C1 olan 10 (%43,5) hasta, C2 olan 13 (%56,5) hasta) benzerdi.

**Bulgu**

Konvansiyonel plak ve/veya eksternal fiksator uygulanan hastalar (Tedavi 1) ile kilitli anatomik distal radius plağı uygulanan hastalar (Tedavi 2) arasında yapılan klinik skorlamalar, kavrama güçleri ve artritik değişiklikler açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$  Mann-Witney U). Radyolojik parametrelerin değerlendirilmesinde Tedavi 1 grubundaki hastaların izleminde radial uzunluk, radial eğim ve eklem içi basamaklanma açısından daha fazla düzeltme kaybı saptanmıştır (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test).

**Tartışma ve Sonuç**

Kilitli anatomik distal radius plak teknolojisi öncesi hastalara konvansiyonel plak, eksternal fiksator, kemik grefti ve K-teli ile tekil veya kombine cerrahi tedaviler uygulanıyordu. Tedavide amaç kırık fragmanların redüksiyonu ve bu redüksiyonun kaynama süresince korunmasıdır. Bu amaçla geliştirilen kilitli plaklarla, öncesinde uyguladığımız fiksasyon yöntemlerini karşılaştırdığımızda, redüksiyon kayıplarını önlemede kilitli plakların üstün oldukları saptanmıştır. Ayrıca kilitli plaklarla tedavide ek fiksasyon yöntemlerine gerek duyulmadığı ve kemik grefti kullanımının azaldığı görülmüştür. Ancak fonksiyonel sonuçlara baktığımızda her iki tedavi grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

S11

### RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARININ EKSTERNAL FİKSATÖR İLE TEDAVİSİ

*Kenan Keklikçi<sup>(1)</sup>, Selim Şanel<sup>(2)</sup>, Feridun Çilli<sup>(1)</sup>, Mahir Mahiroğulları<sup>(1)</sup>, Cengiz Yıldırım<sup>(3)</sup>,  
Kaan Erler<sup>(1)</sup>*

- 1) Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul  
2) Kasımpaşa Deniz Hastanesi, Ortopedi Kliniği / İstanbul  
3) Mevki Asker Hastanesi, Ortopedi Kliniği / Ankara

#### Giriş

Bu çalışmada eksternal fiksasyon ile tedavi edilen 36 radius distal uç kırıklı hasta takip edilmiş ve takip sonuçları radyolojik, klinik, fonksiyonel açıdan değerlendirilmiştir.

#### Metod

Hastaların 26'sı erkek, 10'u kadın; ortalama yaşları 44'tür. Kırıkların 30'u (%83.3) kapalı, 6'sı (%16.7) açık kırıktı. AO sınıflandırmasına göre değerlendirdiğimiz kırıkların 2'si (%5.5) A3, 1'i (%2.7) B1, 4'ü (%11.1) B2, 12'si (%33.3) C1, 12'si (%33.3) C2 ve 5'i (%13.8) C3'e uymaktaydı. Tüm hastalara aksiyel dinamik eklemlerle el bileği fiksatörü uygulandı. 24 hastada ilaveten augmentasyon yapıldı. Fiksatörler ortalama 6 hafta sonra çıkartıldı. Ortalama takip süremiz 11 aydı. Radyolojik anatomik değerlendirme modifiye Sarmiento skorlama sistemine göre ve fonksiyonel değerlendirme Gartland ve Werley'in sistemini temel alan Sarmiento ve ark.nın skorlama sistemine göre yapıldı.

#### Bulgu

Radyolojik ölçümlere göre yapılan anatomik değerlendirmede 17 kırık (%47.2) mükemmel, 13 kırık (%36.1) iyi, 2 kırık (%5.5) orta, 4 kırık (%11.1) kötü olarak sınıflandırıldı. Postoperatif 6. ayda yapılan fonksiyonel değerlendirmede 6 kırık (%16.6) mükemmel, 12 kırık (%33.3) iyi, 14 kırık (%38.8) orta, 4 kırık (%11.1) kötü olarak değerlendirildi.

#### Tartışma ve Sonuç

Anstabil eklem içi ve dışı kırıkların tedavisinde eksternal fiksasyon günümüzde popüleritesi artan bir yöntemdir. Fiksator eklem çevresindeki kompresif güçleri nötralize eder. İlk 2-4 haftalık dönemde kırığın kollapsını önler. Fonksiyonel sonuçta önemli rol oynayan eklem içi serbest fragmanların redüksiyonu ve fiksasyonu için eksternal fiksasyonu, perkütan veya sınırlı açık redüksiyon ile Kirschner telleri, açık redüksiyon ve plak ile fiksasyon ve greftleme ile kombine etmek gerekebilmektedir. İyi fonksiyonel sonuç için anatomik redüksiyon tek başına yeterli değildir. Distraksiyonu sonlandırma zamanı, dinamizasyon ve hastaya göre düzenlenecek rehabilitasyonun sonuçları daha da iyi düzeye getireceğini düşünüyoruz.

## 11. El ve Üst Ekstremité Cerrahi Kongresi

S 13

### PALMER EVRE 2 TRIANGULER FİBROKARTİLAJ KOMPLEKS LEZYONLARININ ARTROSKOPİK TEDAVİSİNİN ERKEN DÖNEM DEĞERLENDİRMESİ

*Eftal Güdeméz<sup>(1)</sup>, Onur Tetik<sup>(2)</sup>*

1) VKV Amerikan Hastanesi El ve Mikrocerrahi Bölümü / İstanbul

2) VKV Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü / İstanbul

#### **Giriş**

Triangüler fibrokartilaj kompleksi (TFCC) lezyonları, el bileği ulnar taraf ağrılarının en başında gelen nedenlerindedir. TFCC'nin travmatik ve dejeneratif lezyonlarının Palmer tarafından yapılmış sınıflaması ise en sık kullanılan değerlendirme kriterlerinden birisidir. Evre 2 olarak sınıflanan lezyonlar dejeneratif sorunlardır ve tedavi seçeneklerinden birisi artroskopik tedavidir. Biz bu çalışmada, evre 2 dejeneratif TFCC lezyonu olan hastaların artroskopik yöntemle tedavisinde elde ettiğimiz erken dönem tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

#### **Metod**

Ortalama yaşı 47.4 olan (35 - 60 yaş) 10 hasta bu çalışma kapsamına alındı. Hastaların 5'i bayan, 5'i erkekti. Başvuru şikayeti ortalama 10.2 aydır (6-18 ay) devam eden el bileği ağrısı idi. Sekiz hasta majör bir el bileği travması tarif etmiyordu. Muayenede TFCC palpasyonunda ve/veya pronosupinasyonda ağrı vardı. Disability of Arm Shoulder Hand - Turkish (DASH-T) skoru ortalama 55 (40-76), kaba kavrama gücü karşı tarafın ortalama %35'i (%20-%60) olarak bulundu. Ortalama ulnar varyans +1.2 mm idi (0 - +2 mm). Manyetik rezonans ve/veya artromanyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile TFCC lezyonu tanısı alan hastaların hepsine el bileği artroskopisi uygulandı. Artroskopik muayenede Palmer tip A, B veya C TFCC dejenerasyonu tespit edilip mekanik veya radyofrekans olarak debrütman ve traşlama uygulandı. Dört hafta ameliyat sonrası immobilizasyon yapıldı. Hiç bir hastaya özel bir fizik tedavi programı uygulanmadı.

#### **Bulgu**

Hastalar ortalama 11.2 ay (6 - 22 ay) takip edildiler. Bir hasta hariç yapılan işlemde memnun oldukları öğrenildi. Tüm hastalar eski iş ve günlük yaşamlarına döndüler. Takiplerinde ortalama DASH-T skoru 13 (0-50), kaba kavrama gücü karşı tarafın ortalama %65'i (%50-%80) olarak tespit edildi.

#### **Tartışma ve Sonuç**

El bileği artroskopisi, TFCC lezyonlarının tanı ve tedavisinde avantajlı bir yöntemdir. Açık cerrahiye göre daha erken işe dönüş, insizyon olmaması, eklem hareket kısıtlılığı olmaması, fizik tedavi gerektirmemesi gibi avantajları olmasına rağmen; pahalı olması, özel ekipman, eğitim ve bilgi birikimi gerektirmesi gibi dezavantajları da vardır. TFCC'nin dejeneratif lezyonlarının artroskopik olarak debrütman ve traşlamasından, erken dönemde subjektif ve objektif değerlendirme kriterlerine göre tatmin edici sonuçlar aldığımızı bildiririz.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

S14

### K TELİ KULLANILARAK VOLAR YAKLAŞIMLA PERİLUNATE DİSLOKASYON TEDAVİSİNİN SONUÇLARI

*Cihangir Tetik, Hakan Başar, İsmail Ağır*

*Marmara Üniversitesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji / İstanbul*

#### **Giriş**

Travma sonrası perilunate dislokasyonu oluşan hastalarda yapılan açık redüksiyon ve K teli ile fiksasyon operasyonunun sonuçlarının araştırılması.

#### **Metod**

Perilunate dislokasyon tanısı ile en geç 5 yıl önce (6-120 ay) opere edilen 4 hasta çalışmaya alındı. Hastalara 1,5 mm'lik K teli ile interkarpal fiksasyon uygulandı ve operasyondan 6 hafta sonra K telleri çekildi. Cerrahi sonrası 6. aylarda hastaların klinik ve radyolojik olarak takipleri yapıldı. Takiplerde DASH (Disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaires) skoru, Modifiye Mayo el bilek skoru, YAS skoru, kırık öncesi yaptıkları işe yeniden başlamaları, el bilek eklem hareket açıklığı, kavrama gücü ve cerrahi sonrası radyografik grafilinde skafolunate açısı açısından değerlendirildi.

#### **Bulgu**

Cerrahi sonrası ortalama 6. haftada K telleri çekilen hastalara aktif ve pasif el bilek eklem hareket açıklığı egzersizleri başlandı. Hastaların 6. ay kontrollerinde; El bilek eklem hareket açıklığı ortalama fleksiyon-ekstansiyon arkı 100° ve karşı sağlam el bilek ekleme karşılaştırıldığında %78,3, rotasyon arkı ortalama 140° karşı el bilek ekleme göre %81, radioulnar deviasyon arkı ortalama 60° karşı el bilek ekleme göre %88,8; Karşı tarafla karşılaştırılarak bakılan kavrama güçleri % 87,6 ortalama 0,52 bar; Ortalama DASH skoru 36; Modifiye Mayo el bilek skoruna göre 2 hastada çok iyi değer 2 hastada da iyi fonksiyonel skor alındı. Cerrahi öncesi ortalama 8,5 olan VAS skoru cerrahi sonrası 2 olarak bulundu. Operasyon sonrası skafolunate interval 2,0 mm, skafolunate açısı 64° ölçüldü. Hastaların 4'ü de 3. ayda travma öncesi yaptıkları işlerine yeniden başlamışlardı.

#### **Tartışma ve Sonuç**

Perilunate kırıklı çıkıklar el bileğinin nadir görülen ağır yaralanmalarıdır, sıklıkla geç tanınırlar. Erken tanı konulduğunda kapalı olarak kolay redükte olsalar dahi geç dönemde karpal kollaps ve posttravmatik artrit sık görülür. Bu yüzden açık redüksiyon ile internal tespit karpal kollapsi önlemek ve anatomik redüksiyonu sağlamak için gereklidir. K teli ile yapılan açık redüksiyon ve internal fiksasyonla erken dönemde el bilek hareket açıklığında, kavrama gücünde, interkarpal kemikler arası ilişkide, fonksiyonel değerlendirilmelerde kabul edilebilir değerlere ulaşıldı. Ayrıca karpal kollaps ve post-travmatik artrit oluşması önlenmiş oldu.



**PARMAKLARDA GÖRÜLEN KOPMA KIRIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİ**

*Eftal Güdemez, Ayan Gülgönen*

*VKV Amerikan Hastanesi, El ve Mikrocerrahi Bölümü /İstanbul*

**Giriş**

Falanksalarda kollateral ligamentlerin veya tendonların yapıştığı yerlerde oluşan avülzyon (kopma) kırıkları el cerrahisinin problemlili durumlarından birisidir. Yetersiz redüksiyona bağlı kalitesiz iyileşme veya iyileşememe neticesi eklemde deformite, kronik instabilite veya postravmatik osteoartrit oluşabilir. Ayrıca intrartiküler olan bu kırıkların redüksiyonunda ve fiksasyonunda teknik zorluklar olabilir. Bu çalışmanın amacı, parmaklarda görülen avülzyon kırıklarındaki cerrahi tedavi yaklaşımımızla ilgili tecrübemizi bildirmektir.

**Metod**

Ağustos 1999 - Aralık 2007 tarihleri arasında cerrahi yöntemle tedavi edilen avülzyon kırıklı 40 hasta çalışma kapsamına alındı. Ortalama yaş 37,8 (12-62 yaş) idi. Hastaların 11'i bayan, 29'i erkekti. Tüm kırıklar kapalı kırıklar olup, 31'unda dominant el etkilenmişti. Oluş mekanizması olarak 20 hastada düşme, 13 hastada top çarpması, 3 hastada darp, 2 hastada zorlanma ve 2 hastada ise trafik kazası tespit edildi. Yirmialtı hastada distal falanksta terminal ekstansör tendon avülzyon kırığı, 2 hastada distal falanksta fleksör tendon avülzyon kırığı, 4 hastada orta falanksta volar plate avülzyon kırığı, 8 hastada ise başparmak MP eklem ulnar kollateral ligament avülzyon kırığı vardı. Eklem yüzlerinin ortalama %30,5'uğu (%15-%50) etkilenmişti. Tüm kırıklarda deplasman ve / veya rotasyon görüldü. Kırıkların tamamı açık redüksiyon ile tedavi edildiler, internal fiksasyon mikro kemik çıpası ve etibond dikişleri kullanılarak gerçekleştirildi. Hastalar ameliyat sonrası 4 hafta immobilizasyondan sonra rehabilite edildiler.

**Bulgu**

Ortalama takip süresi 16,6 aydı (3-36 ay). Tüm kırıklarda tam kaynama sağlandı. Sübjektif olarak yapılan değerlendirmelerde VAS 30 hastada 0, 3 hastada 1, 3 hastada 2, 1 hastada 3, 3 hastada 4 bulundu. Tüm hastaların önceki aktivitelerine döndüğü öğrenildi. Objektif değerlendirmelerde tüm kırıkların kaynadığı görüldü. Ortalama eklem hareket açıklığı 62° bulundu (35°-90°). Hiç bir hastada instabilite veya osteoartrit görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Falankslardaki avülzyon kırıkları eğer deplase veya rotasyon göstermiş ise cerrahi yöntemlerle tedavi edilmelidir. Teknik olarak bu tip intrartiküler kırıkların redüksiyonunda ve fiksasyonunda zorlukla karşılaşılabilir. Mikro kemik çıpası ile yapılan fiksasyonun neticelerinin objektif ve sübjektif verilere göre kabul edilebilir olduğu söylenilebilir.

**S16**  
**DİSTAL FALANKS NONUNION'LARININ OLEKRANON KEMİK GREFTİ İLE**  
**TEDAVİSİ**

*Berkan Mersa*

*İst-El El Cerrahisi, Mikrocerrahi ve Rehabilitasyon Grubu /İstanbul*

**Giriş**

Distal falanks fraktürleri elin en sık görülen fraktürleri olmasına karşın distal falanks nonunion'lan oldukça nadirdir. Nonunion tanısı ve cerrahi yaklaşım endikasyonu, yaralanmadan dört ay veya daha uzun bir süre geçmesine rağmen ağrı, deformite gibi hastanın günlük aktivitelerini kısıtlayan klinik bulguların mevcut olması ve nonunion'u destekleyen radyolojik görüntüler ile kondu.

**Metod**

Distal falanksta nonunion nedeniyle 11 hasta opere edildi. Hastaların ortalama yaşı 37.3 (26-51 yaş) idi. Üç hastada enfeksiyon, dört hastada da ilk tedavisinden sonra meydana gelen kemik rezorbsiyonu nonunion'un muhtemel sebepleri idi. Tüm hastalarda olekranon kemik greftlemesini takiben Kirschner teli ile fiksasyon uygulandı.

**Bulgu**

Ortalama takip süresi yedi ay (5-18 ay) idi. Donör saha ve alıcı bölgede kırık, ağrı, kemikte irregülarite gibi hiçbir major komplikasyon saptanmadı. Sadece bir hastada donör sahada hematoma gözlemlendi; drene edilerek giderildi. Tüm olgularda uygulanan kemik greftlerinin başarılı olduğu, hastaların yakınmalarda çok büyük ölçüde azalma olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Olekranon grefti, alınması açısından oldukça kolay ve güvenli bir kemik greftidir. Olgularda olekranon greftinin güçlü tübüler yapısının distal falanks ile çok iyi uyum sağladığı izlendi. Distal falanks nonunionlarında amputasyon, artrodez, eksternal fiksasyon, internal fiksasyon ve kemik grefti literatürde yer alan tedavi seçenekleridir. Olekranon kemik grefti uygulaması ile distal falanksın kemik bütünlüğü restore edilirken pulpa ve tırnak yatağı da korundu.

**DÖRDÜNCÜ DORSAL METAKARPAL ARTER FLEBİNİN TERS AKIMLI OLARAK PALMAR DİJİTAL ARTER TABANLI KALDIRILMASI**

*Alper Sarı<sup>(2)</sup>, Çiğdem Sanlı<sup>(1)</sup>, Ferit Demirkan<sup>(2)</sup>, Atilla Fesli<sup>(2)</sup>, Hakan Öztürk<sup>(1)</sup>*

1) Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı / Mersin

2) Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı / Mersin

**Giriş**

El sırtı derisinin dolaşımı dorsal metakarpal arterlerden (DMA) çıkan ve distalde proksimal falanks dorsoline kadar uzanan kutanöz damarlarla sağlanır. En sabit ve büyük çaplı kutanöz dallar metakarp başları seviyesinde DMA'dan çıkarlar.

**Merod**

Çalışmamızda el sırtında, dördüncü ve beşinci metakarplar arasındaki bölgede tasarlanan ve beşinci parmak digital arteri ile dördüncü DMA arasında proksimal falanks seviyesinde bağlantıyı sağlayan dorsal kominikan dal üzerinde kaldırılan deri Heplerinin güvenilirlikleri ile ilgili deneyimlerimiz aktarılmaktadır. Dört kadavrada yapılan diseksiyonların ardından iki klinik olguda flepler uygulanmıştır.

**Bulgu**

Kadavra diseksiyonlarında dördüncü DMA'nın 5'inci parmak dorsumuna devam eden dalıyla palmar digital arter arasında proksimal falanks seviyesindeki kominikan dalın varlığı araştırılmıştır. Dört kadavranın üçünde uygun büyüklükte kominikan dala rastlanırken bir kadavrada uygun bağlantı izlenmemiştir. Beşinci parmak volar yüzünde doku defekti olan iki olguda palmar dijital arter ve DMA arasında proksimal falanks düzeyinde bağlantıyı sağlayan kominikan arter tabanlı ters akımlı dorsal metakarpal cilt flepleri kaldırılmıştır. Bir flep kominikan arter üzerinde ada flebi şeklinde diğeri ise dördüncü web aralığında kominikan arteri içine alan 1 cm' lik bir deri tabanına sahip aksiyel bazlı bir flep olarak kaldırılmıştır. Ada flebinde venöz dönüş yetmezliğine bağlı konjesyon ve yüzeysel doku kaybı izlenmiştir.

**Tartışma ve Sonuç**

Daha önce tariflenen ve DMA'in metakarp başı hizasında palmar sistemle arasındaki bağlantıyı sağlayan kominikan dallar üzerinde kaldırılan DMA flepleri parmakların distaline ulaşmada yetersizdir. Flebin pivot noktasının daha distale taşınması mümkündür ve bunun uygulandığı flepler 2 ve 3 'üncü DMA için bildirilmiştir. Çalışmamızda 4 ve 5'inci metakarplar arasındaki deriyi içeren ve dördüncü DMA'nın beşinci parmak dorsoline uzanan terminal dalı ile palmar dijital arter arasındaki kominikan arter tabanlı beslenen ters akımlı bir flep tanımlanmaktadır. Daha distalde yerleşmiş olan pivot noktası bu flebin parmakların ucuna ulaşabilmesini sağlamaktadır. Flep pedikülünün ada flebi oluşturacak şekilde izole edilmesi durumunda arter çevresindeki yumuşak dokuyu korumak venöz dolaşım bozukluğu gelişmesi riskini azaltacaktır. Aksi halde flepte kısmi kayıpların yaşanabileceği hatırlanmalıdır.

S 18  
PALMARİS LONGUS KASININ YOKLUĞUNUN TÜRK TOPLUMUNDAKİ  
SIKLIĞI

*Özkan Köse, Oktay Adanır, Meriç Çırpar, Mustafa Kürklü, Mahmut Kömürcü*

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Ankara*

**Giriş**

Palmaris longus kası en çok varyasyon gösteren kaslarından birisidir. En sık karşılaşılan varyasyon kasın tamamının yokluğudur. Palmaris longus kasının filogenetik olarak regresyon gösteren bir kas olduğu, insanın ayağa kalkması ile fonksiyonlarını yitirdiği ve zamanla da tamamen ortadan kalkacağı ileri sürülmektedir. Ancak, el cerrahisi rekonstrüksiyon ameliyatları sırasında donör tendon grefti olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Palmaris longus kasının yokluğu etnik farklılıklar göstermektedir. Literatürde, Palmaris longus yokluğunun prevalansı en yüksek toplum Türk toplumu olarak gösterilmektedir. (%63,9). Ayrıca birçok çalışmada, yokluğun cinsiyete ve tarafa göre değiştiği ileri sürülmüştür. Bu çalışmanın amacı, Palmaris longus kasının yokluğunun Türklerdeki prevalansını ortaya koymak ve yokluğun cinsiyet ve tarafa göre değişimini incelemektir.

**Metod**

Polikliniğimize başvuran hastalar arasından rastgele seçilmiş 1350 (675 kadın, 675 erkek) kişi çalışmaya dahil edilmiştir. El bileği ameliyatı veya yaralanması geçirmiş veya palmaris longus kasının varlığını muayene ederken bizi yanıltabilecek bir hastalık varlığında hasta çalışma dışında tutulmuştur. Palmaris longus kasının varlığı, standart Schaeffer test ve Mishra test kullanılarak hem inspeksiyon hem de palpasyon ile yapılmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, taraf, dominant taraf bilgileri kayıt edilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında Ki-kare ve Fisher kesinlik testi kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgu**

Palmaris longus kasının yokluğu (bilateral veya unilateral) Türk toplumunda %26,6 bulunmuştur. Kadınlarda erkeklere göre yokluğu istatistiksel anlamlı olarak fazladır ( $p=0,00$ ). Sağ ve sol ekstremitelerdeki yokluk oranları istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ( $p=0,107$ ). Bilateral yokluk, unilateral yokluğa göre istatistiksel anlamlı olarak fazladır ( $p=0,00$ ). Schaeffer testi 597 tendonu yok olarak değerlendirmesine karşılık bunların 35'inde Mishra testi tendonun varlığını göstermiştir. 35 kişiden 23'ü kadındır.

**Tartışma ve Sonuç**

Literatürde, Palmaris longus kasının değişik toplumlardaki yokluk oranlarını rapor eden çalışmalara rastlanmaktadır. Avrupa'lı beyazlarda bu oran %5,5 ile %24 arasında bildirilmiştir. AsyaTı toplumlarda ise bu oran daha düşük bildirilmiştir (%4,6-17,2). Bizim çalışmamızda ise Türk toplumunda PL yokluğu %26,6 bulunmuştur. PL yokluğunun tarafa ve cinsiyete göre dağılımı konusunda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bazı yazarlar, sol tarafta ve kadınlarda daha sık yok olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada ise taraflar arasında fark bulunamamıştır. Ancak kadınlarda yokluk oranı erkeklere göre fazla bulunmuştur. Palmaris longus kasının muayenesi için çok çeşitli testler tariflenmiştir. Schaeffer testi özellikle tendonun ince olduğu kadınlarda yanlış negatif sonuç verebilmektedir. Bu nedenle muayenenin en az iki farklı test ile yapılması uygun olacaktır.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

S 19

### PALMARİS LONGUS KASININ EL KAVRAMA GÜCÜNE ETKİSİ VAR MIDIR?

*Özkan Köse, Oktay Adanır, Murat Oto, Mustafa Kürklü, Mahmut Kömürcü*

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı/Ankara*

#### **Giriş**

Palmaris Longus (PL) tendonu el cerrahisinde en sık kullanılan tendon greftidir. PL kasının filogenetik olarak gerileyen bir kas olduğu, insanın ayağa kalkmasıyla fonksiyonlarını ve önemini yitirdiği ve zamanla da tamamen ortadan kalkacağı ileri sürülmektedir. Bu nedenle de tendon grefti olarak çıkarılmasının el fonksiyonlarında hiçbir kayıp yaratmayacağı düşünülmektedir. PL en sık varyasyon gösteren kaslardan birisidir. En sık görülen varyasyonu kasın tamamen yokluğudur. Bu çalışmanın amacı PL kasının el kavrama gücü üzerine bir etkisi olup olmadığını incelemektir.

#### **Metod**

Ortopedi polikliniğine başvuran, üst ekstremitte şikayeti olmayan 18-25 yaş aralığında toplam 331 erkek çalışmaya dahil edilmiştir. El kavrama gücünü değiştirebilecek bir yaralanma veya nörovasküler hastalığı olan kişiler çalışmaya alınmamıştır. El kavrama gücü ölçümünde hidrolik el dinamometresi (Baseline, Irvington, USA) kullanılmıştır. El kavrama gücü Amerikan El Tearpistleri Derneği'nin belirlediği gibi dik oturur pozisyonda, dirsek 90 derece fleksiyonda ve el bileği nötral pozisyonda ölçülmüş ve üç kez tekrarlanmıştır. Üç ölçümün ortalaması sonuç olarak kaydedilmiştir. PL değerlendirmesi için Schaeffer testi kullanılmıştır. Yaş, cinsiyet, dominant taraf PL varlığı ve el kavrama gücü kaydedilmiştir. Sonuçlar student T-testi kullanılarak analiz edilmiştir.

#### **Bulgu**

Çalışmaya dahil edilen 331 kişide dominant tarafta 60, non-dominant tarafta 57 ekstremitede PL yok olarak saptanmıştır. Dominant tarafta PL olan ellerde kavrama gücü ortalama 45,4 kg(SD=7,0), olmayan ellerde ortalama 45,2 kg (SD=6,2) saptandı. Non-dominant tarafta PL olan ellerde kavrama gücü ortalama 40,7kg (SD=6,3), olmayan ellerde ortalama 41,0kg (SD=6,3)saptandı. Gruplar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında arada anlamlı fark bulunamadı (p=0,899, p=0,782).

#### **Tartışma ve Sonuç**

Bu çalışmanın sonucunda PL kasının el kavrama gücü üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir. PL kasının olduğu ve olmadığı ellerde kavrama gücü istatistiksel olarak değişmemektedir. PL tendonun greft olarak kullanıldığı durumlarda donör elde kavrama gücünde anlamlı bir değişiklik olmayacağı kanaatine varılmıştır.

**S 20**  
**FLEKSÖR DİGİTORUM PROFUNDUS TENDON ANATOMİSİ: KADAVRA**  
**ÇALIŞMASI**

*Teoman Doğan<sup>(3)</sup>, Arel Gereli<sup>(1)</sup> Ufuk Nalbantoğlu<sup>(1)</sup>, Erdal Arısan<sup>(2)</sup>*

1) Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Servisi / İstanbul

2) Maltepe Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı / İstanbul

3) Serbest hekim / İstanbul

**Giriş**

Fleksör digitorum profundus (FDP) tendonunun yapısını kadavra önkollarında kas-tendon bileşkesi seviyesinden karpal tünel seviyesine kadar olan kısımda makroskopik olarak incelemek.

**Metod**

Çalışmamızda formaldehit ile tespit edilmiş kadavralara ait 11 adet önkol kullanıldı. 1,2,8,9,10,11 numaralı önkollar aynı kadavraların sağ ve sol önkollarıydı. 3,4,5,6,7 numaralı önkollar farklı kadavralara aitti. Diseksiyonlar atravmatik cerrahi teknik ile x4 büyütme altında temel el cerrahisi aletleri ile yapıldı. Tüm önkollarda anterior yüzde orta hattan yapılan ve antekübital çukurdan palmar bölgeye uzanan düz insizyon kullanıldı. Kunt ve keskin diseksiyonlar ile FDP kas ve tendonu bulundu. Karpal tünel açılarak palmar bölgede lumbrikal kas başlangıçlarına kadar diseksiyon genişletildi. Tendonu saran sinovyal kılıf, kas-tendon bileşkesinden lumbrikal kas başlangıcına kadar temizlenerek tendonun bu kısmı ortaya kondu. Tendonlar incelenerek onları oluşturan liflerin yapıları ve sayıları belirlendi. Herbir parmağa ait tendonlar ve lifler ayrılarak işaretlendi. İşlemler fotoğraflanarak kayıt edildi.

**Bulgu**

11 önkolun 10 tanesinde en az iki tendonun iştirak ettiği ortak ve birden fazla tendon liflerinden oluşan geniş bir tendonun var olduğu belirlendi. Bunlardan 5 tanesinde ortak tendon dört parmağın tendonunu da içermekteydi. Dört önkolda ortak tendon 3 parmağı kapsarken 2 önkolda ortak tendonda sadece 2 parmağa ait tendonlar vardı. Bir önkolda ortak tendonu liflerine ayırmak mümkün olmadı. Bir önkolda ise herbir parmağa ait tendonlar kas-tendon bileşkesinden yapışma yerlerine kadar ayrı ve bağımsız yapıdaydılar.

**Tartışma ve Sonuç**

Kadavraların büyük kısmında FDP tendonunun kas-tendon bileşkesinden karpal tünel girişine kadar olan bölgede (5. bölge) her bir parmağa dağılına kadar büyük ölçüde yapışık ve tek bir tendon şeklinde seyrettiği gözlemlendi. Beşinci bölgedeki FDP tendon yaralanmalarının tedavisi için malzeme ve cerrahi teknik seçimi ile rehabilitasyon sürecinin planlanmasında bu anatomik özellik dikkate alınmalıdır.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

S 21

### VEN GREFTİ KAYNAĞI AÇISINDAN ÜST EKSTREMİTE VENLERİNİN ANATOMİK ÖZELLİKLERİ

*Amaç Kiray<sup>(1)</sup>, İpek Ergür<sup>(1)</sup>, Hamid Tayefi<sup>(1)</sup>, Alper Bağrıyamk<sup>(3)</sup>, A.Kadir Bacakoğlu<sup>(2)</sup>*

1) Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı /İzmir

2) Dokuz Eylül Tıp Fakültesi El Cerrahisi Bilim Dalı / İzmir

3) Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı / İzmir

#### Giriş

El cerrahisi ve rekonstrüktif mikrocerrahi girişimlerinde, ven ve arter yapılandırılmalarında sıklıkla ven greftleri kullanılır. Üst ekstremitte girişimlerinde ven greftlerinin aynı ekstremiteden alınması, gerek anestezi, gerekse cerrahi alan hazırlığı açısından bir kolaylık ve avantajdır. Bu çalışma üst ekstremitte arterlerine uygun olabilecek ven grefti kaynaklarını ve özelliklerini araştırmak için planlanmıştır.

#### Metod

Formaldehitte tespitli 8 kadavranın 16 üst ekstremitesi değerlendirildi. Üst ekstremitte 9 anatomik bölgeye ayrılarak incelendi. Sefalik ven proksimalde deltopektorel üçgen, basilik ven ise biceps kası proksimal yarısından başlayarak, distalde dorsalde metakarpofalangeal eklem, volarde ise el bileği fleksor katlantısına kadar disseke edildi. Venlerin, anatomik yerleşimleri, çapları, duvar kalınlıkları, kapak tipi ve perforanlarının sayısı ve yerleşimleri araştırıldı. Venlerin duvar kalınlıkları ve çapları ile brakial, radial, ulnar ve digital arterlerin çap ve duvar kalınlıkları karşılaştırıldı.

#### Bulgu

3 kadavrada bilateral sefalik ven kolda klasik yerleşiminde değildi ve antekubital bölgede basilik vene dökülüyordu. Kapakların, perforanların yerleşimine göre tiplendirilmesi yapıldı. Üç farklı tip kapak belirlendi. Sefalik vende %86,5, basilik vende %90,7 Tip 3 kapak görüldü. Tip 2 kapak sefalik vende %5,9 basilik vende ise %1,2 idi. Tip 1 kapak sefalik vende %7,6, basilik vende %8,1 oranında bulundu. Tip 1 kapaklara sefalik venin 7. ve 8. bölgelerinde, basilik venin 4. ve 8. bölgelerinde daha sık rastlandı. Basilik ve sefalik venlerin önkol 1/3 distal bölgesinde yaptıkları arkustan çıkan ve el dorsoline giden ortalama 3-4 adet longitudinal seyirli venin perforanının az olduğu, distalde metakarpofalangeal eklem yakın bölgede perforan alana kadar hiçbir kapak içermediği dikkat çekti. Ortalama brakial arter çapı 3,96 mm, duvar kalınlığı 0,43 mm, radial arter çapı 2,54 mm, duvar kalınlığı 0,36 mm, ulnar arter çapı 2,12 mm, duvar kalınlığı 0,35 mm, digital arter çapı 0,85 mm, duvar kalınlığı 0,32 mm iken; kol sefalik ven çapı 1,81 mm, duvar kalınlığı 0,25 mm, kol basilik ven çapı 3,20 mm, duvar kalınlığı 0,43 mm, önkol sefalik ven çapı 2,04 mm, duvar kalınlığı 0,33 mm, önkol basilik ven çapı 1,35 mm, duvar kalınlığı 0,29 mm, el sırtı orta ven çapı 1,27 mm, duvar kalınlığı 0,27 mm olarak saptandı. 4.5.6. bölgelerde perforan sayısı basilikte sırasıyla ortalama 2,0- 2,2- 2,3 olarak saptandı ve en çok perforanın bu bölgede olduğu görüldü. Sefalik vende ise tüm bölgelerdeki perforan sayısı hemen hemen eşit dağılım göstermekteydi.

#### Tartışma ve Sonuç

Venöz dolaşımın anatomik varyasyonu üst ekstremitte sıktır. El sırtı venleri uygun çapta arterler için iyi verici kaynaklardır. Kapak tiplerinin çoğunluğunu oluşturan Tip 3 kapaklar ven trasesinde perforanın hemen distalinde olduğu için, kapaksız ven kaynağı seçiminde bir alttaki perforanın üst sınırı ile bir üstteki perforanın alt sınırı arasındaki ven segmentinin alınması pratik bir cerrahi yaklaşım olabilir. Kapak lokasyonları açısından Tip 1 kapakların greft için en uygunsuz kapak tipi olduğu saptandı. Üst ekstremitte venlerinde perforanların sıklığı, kapak sayısını artıran ve aynı zamanda cerrahi diseksiyonu da zorlaştıran bir özellik olarak dikkat çekti. Tüm üst ekstremitte venlerinin özellikle kısa segmentlerde daha fazla çap alternatifi getirdiği, uzun ven greft kaynakları açısından ise sefalik venin basilik vene göre daha avantajlı olduğu, ancak, 1.2.3.4. bölgeler dışında gerek perforan sayısı fazlalılığı gerekse anatomik trasesinin kıvrıntılı olması alt ekstremitte venlerine göre dezavantaj olarak değerlendirilmiştir.



**KONTRAKTÜRLERİN RHOMBOİD SERBESTLEŞTİRİLMESİNDE ÜÇÜNCÜ  
MODİFİKASYON: DÖRTLÜ Z-PLASTİ**

*Hasan Fındık, Ercan Cihandide, Okan Morkoç, Habib Başkurt, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği/İstanbul*

**Giriş**

Rhomboid serbestleştirme fleksiyon kontraktürlerinin rekonstrüksiyonunda 1992'den beri kullanılmaktadır. Rhomboid serbestleştirme ve Z-plasti kombinasyonları aksilla, kasık, popliteal bölgeleri içeren kontraktürlerin serbestleştirilmesinde kullanılmış olup özellikle elde birinci web aralığını içeren kontraktürlerde kullanımları yararlı bulunmuştur. Ana modelde Rhomboid flep, kontraktürün merkezinde planlanıp serbestleştirme sonrası oluşan defektler V-Y şeklinde kapatılmıştır. Defektlerin kapatılması ve lineer skar oluşumunun önlenmesi için bu flep modelinin her iki yanına Z-plastiler eklenmesiyle ikinci modifikasyon yapılmıştır.

**Metod**

Çalışmamızda rhomboid flebin her iki yanına eklenen dörtlü Z-plastiler ile üçüncü modifikasyon tanımlandı. 60 derece ve 120 derece açılara sahip rhomboid flep, kontraktür bandının merkezinde, 60 derecelik açılar fleksiyon çizgilerini takip edecek şekilde tasarlandı. Dörtlü Z-plastiler ise Rhomboid flebin 60 derecelik köşelerine komşu olacak şekilde planlandı. Serbestleştirme sonrası flepler transpoze edilip yeni yerlerine sütüre edildi. 2001-2005 yılları arasında 4 hastada on farklı bölgede yanık sonrası gelişmiş kontraktür ve 1 hastada doğumsal pubik bölgede web bu teknik kullanılarak tedavi edildi. Sonuçlar fotoğraflar eşliğinde ve literatür yeniden gözden geçirilerek sunuldu.

**Bulgu**

Tüm hastalarda lineer kontraktür bantlarının tedavisinde rhomboid flep ve komşu Z-plasti kombinasyonu etkili ve yararlı bulundu. Postoperatif dönemde tüm hastalarda yeterli kontraktür serbestleştirilmesinin sağlandığı ve hareketlerde kısıtlılık olmadığı görüldü. Tüm rhomboid flep ve komşu Z-plastiler problemsiz iyileşti. Postoperatif dönemde hastalar Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği'nce konsülte edildi. 1 yıllık takip soması, hastaların kontraktürlerinde tekrarlama görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Yanık sonrası oluşan kontraktürlerin tedavisi hep zor olmuştur. İlk yanık hasarının şiddetine bağlı olarak değişse de etkili olmayan ya da alınmayan önlemler deformiteleri daha da kötüleştirebilirler. Elde 2. ve 3. derece yanığı olan olguların büyük bir çoğunluğunda geç dönemde dijital fleksiyon kontraktürleri görülmektedir. Yanık sonrası gelişmiş kontraktürlerin cerrahi tedavisinde birçok teknik tanımlanmıştır. Subkutan pediküllü Heplerin çok yönlü olması farklı geometrik şekillerde kullanılmasını sağlamıştır ve rhomboid flep bunlardan biridir. Rhomboid serbestleştirme özellikle aksilla, dirsek, pubik bölge, nipple/areola kompleksi ve parmak fleksör yüzeyleri gibi önemli alanlardaki kontraktürlerin rekonstrüksiyonunda birçok avantaja sahiptir. Flebin kaldırıldığı zeminin skarlı olması flep dolaşımını olumsuz etkilemektedir. Bu açıdan Rhomboid flep bulunduğu zeminden kaldırılmaması nedeniyle güvenilir bir fleptir. Sonuç olarak Rhomboid flep ve komşu dörtlü Z-plastiler önemli anatomik bölgelerin korunmasına olanak vermektedir ve doğumsal veya yanık sonrası gelişen kontraktürlerin serbestleştirilmesinde iyi bir seçenektir.



**197 EL ve ÜST EKSTREMİTE YANIK KONTRAKTÜRÜ OLGUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Cenk Demirdöver, Adnan Menderes, Haluk Vayvada, Araz Salmanov, Reşat Altuğ,  
Mustafa Yılmaz*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı/İzmir*

**Giriş**

Yanık sonrası yetersiz takip, atel kullanımına ilişkin zorluklar ya da yanığın derecesi gibi nedenlerle yanık kontraktürleri gelişebilmektedir. Çeşitli fonksiyonel kısıtlılıklara neden olan bu kontraktürler kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı el ve üst ekstremitede yanığa bağlı kontraktür nedeniyle öpere edilen 194 hastanın yanık türü, uygulanan cerrahi tedavi, postoperatif rehabilitasyon ve izlem açısından değerlendirilmesidir.

**Metod**

Ocak 2000 - Ocak 2008 (96 ay) tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı'nda el ve üst ekstremitede yanık kontraktürü nedeniyle öpere edilen 197 hasta, demografik veriler, yanık türü, uygulanan cerrahi tedavi, postoperatif rehabilitasyon ve izlem süresi açısından değerlendirildi.

**Bulgu**

Öpere edilen 197 hasanın 112'si erkek, 85'i kadın (E/K= 1,3) olup yaş ortalaması 27,3 (1-75 yaş) idi. Olgularının 132'si (%67) termal; 37'si (%18,8) elektrik; 28'i (%14,2) ise kimyasal yanık nedeniyle gelişen kontraktürlerdi. Hastaların 42'sinde (%21,3) tek bir eklemde kontraktür varken, 145'inde (%78,7) birden fazla eklemde kontraktür bulunmaktaydı. Yüz doksan yedi hastadaki toplam 358 kontraktürün 218'ine (%60,8) kontraktür açılması ve greftleme; 107'sine (%29,9) Z-plasti (+/- greftleme); 21'ine (%5,9) lokal flep; 12'sine (%3,4) serbest flep uygulandı. Hastalar ortalama 53,2 ay (3-96 ay) izlendi. Yirmi dört hasta (%12,1) postoperatif dönemde kontraktür gelişmesi nedeniyle yeniden öpere edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Özellikle üst ekstremitte ve elde görülen yanık olgularında izlem sırasında eklemlerde kontraktür gelişmesi sık görülen bir durumdur. Kontraktürlerin yol açtığı fonksiyonel kayıpların giderilebilmesi için çoğu kez cerrahi yöntemlere başvurulmaktadır. Akut yanık tedavisinde, mevcut cilt defektinin kapatılmasının yeterli olmadığı, olası kontraktür gelişiminin engellenmesi için uygun atel, rehabilitasyon ve sık izlem yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

**EPİDERMOLİZİS BULLOZA'YA BAĞLI EL KONTRAKTÜRLERİNİN  
TEDAVİSİNDE ASELLÜLER DERMAL MATRİKS'İN YERİ**

*Ali Emre Aksu, Gökhan Bacak, Engin Öcal, Tunç Şafak, Abdullah Keçik*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı/Ankara*

**Giriş**

Epidermolizis bulloza, kronik seyirli, nadir görülen, derinin minimal travmalara bül oluşumu ile yanıt verdiği heterojen bir grup hastalıktır. Epidermoliz-epitelizasyon kısır döngüsünden en çok etkilenen organlardan birisi olan ellerde zamanla oluşan kontraktürlerin cerrahi tedavisi çok yüz güldürücü değildir. Kontraktürlerin açılması sırasında oluşan defektlerin örtülmesi için deri grefti kullanımı beraberinde donör saha morbiditesini de getirmekte, deri grefti alınan alanların bile iyileşmesi haftalar sürebilmektedir. Asellüler dermal matriks'in üzerine deri grefti koyulmadan uygulanması hem donör saha morbiditesine sebep olmamakta, hem de yeniden kontraktür oluşana kadar geçen süre diğer yöntemler kullanılarak yapılan rekonstrüksiyondan farklı olmamaktadır.

**Metod**

Yaşları 3-18 arasında değişen 5 epidermolizis bulloza hastasının toplam 10 el kontraktürü serbestleştirildi ve oluşan defektler 0.3-0.7 mm kalınlığındaki asellüler dermal matriks'ler ile örtüldü. Hastalar 3 hafta boyunca üç günde bir değiştirilen pansumanlar ile izlendi. Mümkün olan en kısa zamanda kapalı pansumandan açık pansumana geçiş yapılarak erken rehabilitasyona olanak sağlandı. Tüm dermal allogreftlerin vaskülarize olduğu gözlemlendi.

**Bulgu**

Deri grefti ile örtülmediği için epitelizasyondan yoksun olan dermal allogreft alanlarının, hastalığın doğasında olan hızlı epitel döngüsü nedeniyle, çevreden merkeze doğru epitelize olabildiği gözlemlendi. Bu süreç içerisinde, tekrar kontraktür oluşmaması için, aktif el rehabilitasyonu uygulandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Epidermolizis bulloza'ya bağlı el kontraktürlerinin açılması sonrasında oluşan defektlerin örtülmesi için değişik yöntemler kullanılabilir. Yöntemlerden birisi defektlerin sekonder iyileşmeye bırakılmasıdır. Donör saha morbiditesi olmayan bu yöntemde tekrar kontraktür oluşma süresi oldukça kısadır. Deri grefti veya flebi kullanılarak yapılan rekonstrüksiyonlarda ise donör sahanın iyileşmesi bazen elin iyileşmesinden daha uzun sürebilmektedir. Aşırı kontrakte olan elin serbestleştirilmesi ile oluşan defekt oldukça derindir ve yaşamsal yapıları da açığa çıkarır. Asellüler dermal matriks kullanımı, (1) derin defektin örtülmesini, (2) donör saha kullanılmamasını ve (3) defekt açık bırakılmadığı için pansumanlar sırasında ağrı duyulmamasını sağlayan pratik bir yöntem olarak göze çarpmaktadır.

**BİRİNCİ WEB KONTRAKTÜRÜNDE ROTASYON-ADVANCEMENT FLEPLE  
ONARIM**

*Atakan Aydın, Metin Erer*

*İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi El Cerrahisi Bilim Dalı / İstanbul*

**Giriş**

Birinci webde görülen kontraktür, kavrama ve oppozisyonu güçleştiren, başparmak hareketlerini kısıtlayan bir deformitedir. Kontraktürün sebebi yanık gibi akiz sebepler veya konjenital anomaliler olabilir. Değişik formlarda artrogyriposis, ulnar wind-blow, Freeman-Sheldon sendromu ve sinbrakidaktili gibi konjenital anomalilerde görülebilecek 1. web kontraktürlerinin tedavisinde Z plasti, 2. parmak dorsalinden hazırlanan metakarpal flep, posterior interosseöz flep veya inguinal flep kullanılmaktadır. Bu çalışmada D. Buck-Gramcko tarafından popularize edilen ve halen kurduğu merkezde sıklıkla kullanılan, el dorsalinden hazırlanan rotasyon-advancement flebinin kliniğimizde kullanımı ile elde ettiğimiz sonuçlar sunulacaktır.

**Metod**

Yaşları 10 ay-14 yaş arasında değişen 9 hastanın 12 elinde kongenital 1. web kontraktürü için rotasyon-advancement flebi kullanılmıştır. Flebin orijinal tarifinde random bir flep olarak anlatılsa da günümüzde anjiozomların ayrıntılı tariflenmesi ile bu flebin içinde direkt palmar arkusdan veya digital arterlerden kaynaklanan perforator olduğunu biliyoruz ve diseksiyonda bu perforatöre dikkat ediyoruz. 1. webdeki kontraktürü açmak için sadece ciltte yapılacak gevşetmenin yeterli olmayıp, sınırlı alorak adduktor pollisis kasına myotomi, l. dorsal interosseöz kasın fasyasına release yapılması gerekmiştir.

**Bulgu**

Hiçbir hastamızda flep dolaşımı ile ilgili bir problemle karşılaşılmamış, yeterli derecede açılan webin açıklığının korunması için uygun termoplastik atel postoperatif dönemde kullanılmıştır.

**Tartışma ve Sonuç**

Başparmağın bağımsız hareketi, el fonksiyonu için çok önemlidir. 1. webdeki konjenital ve akiz sebeplerle oluşan kontraktürlerin tedavisi için çok farklı yöntemler olmakla birlikte, pek popüler olmamış ancak kullanışlı olduğuna inandığımız rotasyon-advancement flep ile web rekonstrüksiyonunu, diseksiyon tarifi ve klinik olgularımızla hatırlatmak istedik.

S 26  
**ARTROGRİPOZİSE BAĞLI EL BİLEĞİ FLEKSİYON DEFORMİTESİNDE  
KARPAL KAMA OSTEOTOMİSİ**

*Alper Kaya<sup>(1)</sup>, Berk Güçlü<sup>(1)</sup>, İlhami Kuru<sup>(1)</sup>, Teoman Benli<sup>(1)</sup>, Sait Ada<sup>(2)</sup>*

- 1) *Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı / Ankara*  
2) *Özel E MOT Hastanesi /Ankara*

**Giriş**

Artrogripozis multipleks konjenita eklemlerde yaygın kontraktürlerle karakterize doğumsal bir hastalıktır. Bu hastalarda üst ekstremitedeki tipik deformite omuzda iç rotasyon, dirseklerde ekstansiyon ve el bileğinde fleksiyon ve ulnar deviasyon kontraktürleri ve avuç içinde başparmak deformiteleridir. Bu deformitelerin en kötü yanı hastanın günlük hayatındaki kavrama, yeme içme, giyinme gibi temel bazı fonksiyonlarını kısıtlamasıdır. Hastaların duyusunun ve zeka seviyelerinin normal olması, rehabilitasyona uyumlu olmalarını sağlamakta ve tedavi gerekliliğini desteklemektedir.

**Metod**

Artrogripozis tanısı ile izlenen ve daha önce ekstremitelerindeki deformitelerine çok sayıda cerrahi tedavi uygulanmış olan 8 ve 9 yaşındaki iki çocuk hasta olgu örneği sunulmuştur. Her iki olguya da daha önce başka merkezlerde el bileğindeki fleksiyon kontraktürünü düzeltmek için tendon transferleri uygulandığı öykülerinden anlaşılmaktaydı. Yapılan cerrahi tedavilerin kontraktürü düzeltmek için yeterli olmadığı ve el bileği fonksiyonlarının kısıtlı olduğu yapılan muayene ile değerlendirildi. Hastalara farklı zamanlarda cerrahi tedavi uygulandı. Supin pozisyonda kola turnike uygulanarak el bileği dorsaline eğimli kesi ile girildi. Tabanı dorsalde olacak şekilde interkarpal osteotomi yapılarak kama çıkarıldı. El bileği nötral pozisyona getirilerek iki adet Kirschner teli ile tespit sağlandı. Bir hastaya ek olarak volar kesi ile girilerek fleksor karpi radialis tendonu 1. dorsal kompartmana nakledildi. Ameliyat sonrası 4. hafta sonunda tespit telleri çıkarılarak pozisyon koruyucu velkrolu el bilek ateline kondu. Ameliyat sonrası 1. aydan itibaren aktif-ğasif rehabilitasyon programına başlandı.

**Bulgu**

Hastaların 6. ay kontrollerinde düzeltme kaybının olmadığı, tam füzyon geliştiği ve hastaların el bileklerini kullanarak gerçekleştirdikleri günlük yaşam fonksiyonlarında öncesine göre belirgin düzelme olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Literatürde artrogripoziste üst ekstremitte problemleri ile ilgili az sayıda yayın olmakla birlikte, el bileği fleksiyon ve ulnar deviasyon kontraktürlerinde tendon transferlerine yanıt alınmadığında veya ek olarak karpal kama osteotomisi bir tedavi seçeneği olarak akla getirilmelidir. Bu hastalıkta eklem kontraktürlerinin etkin tedavisi ancak multidisipliner bir yaklaşımla mümkün olabilmektedir.

## EL YERLEŞİMLİ LİPOMLARA CERRAHİ YAKLAŞIMDA MRG'NİN YERİ

*Burçin Keçeci, Oğuz Özdemir, Erhan Coşkunol, Elcil Kaya Biçer, Baran Kömür*

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /İzmir*

### Giriş

Lipomlar yumuşak dokunun en sık görülen benign tümördür. Vücutta yağ dokusunun bulunduğu her yerde oluşabilmesine karşın el ve önkolda nadirdir. Genellikle elin radyal ve ulnar kenarlarında ya da interkarpal aralıkta yerleşim gösterirler. İnterkarpal lipomlar palpe edilebilir boyuta ulaştıklarında el dorsaline, karpal tünele ya da 1. web aralığına doğru büyümüş olabilir. Bu nedenle interkarpal lipomların yerleşim alanı hakkında preoperatif olarak bilgi edinmek önemlidir.

### Metod

Bu çalışmada, kliniğimizde elde lipom ön tanısıyla 1997-2007 yılları arasında total eksizyon uygulanmış dokuz adet olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olgular, klinik kayıtlarından ulaşılan başvuru yakınmaları, preoperatif fizik muayene bulguları, MR görüntüleri, histolojik tanıları ve kitlenin karpal tünelde medyan siniri komprese etmesine bağlı tuzak nöropatisi eşlik eden iki olguya ait EMG sonucuyla değerlendirilmiştir.

### Bulgu

Olguların yaş ortalaması 50 (40-62) ve ortalama izlem süresi 40,22 aydır (4-72). Olguların altısı ağrısız, üçü ağrılı büyüyen kitle nedeniyle başvurmuştur. Bir olguda median sinir inervasyon alanında parestezi yakınması mevcut olup karpal tünel sendromu EMG ile konfirme edilmiştir ve kitlenin total eksizyonu ile birlikte transvers karpal ligaman gevşetilmiştir. Preoperatif fizik muayenede kitle, iki olguda elin radyal kenarında, bir olguda ulnar kenarda, ikişer olguda elin dorsalinde, interkarpal bölgede ve 1. web aralığında palpe edilmiştir. Ancak muayene bulguları MRG kesitleriyle korele edildiğinde el dorsalinde ve web aralığında yerleşim gösteren lipomların aslında interkarpal yerleşimli olduğu saptanmıştır. Histolojik olarak kitlelerin tamamının kapsüllü ve doku tanısının yedi olguda standart lipom, iki olguda ise lipom varyantı (anjoliipom ve leyolipom) olduğu saptanmıştır. İzlemede nüks görülmemiştir.

### Tartışma ve Sonuç

Elde fizik muayeneyle palpe edilen bir kitle aslında buz dağının görünen kısmı olabilir. Bu nedenle kitlenin eldeki yerleşim haritasının preoperatif olarak bilinmesi, cerrahi yaklaşımın planlanmasında oldukça önemlidir. Preoperatif MRG kesitlerinin incelenmesiyle kitlenin tamamını çıkarmaya olanak tanıyacak uygun kesinin nereden yapılması gerektiğine karar verilebilir, kitlenin komşu nörovasküler yapılarla ilişkisi ve iç yapısı değerlendirilebilir.

## EL FALANKS OSTEOD OSTEOMASINDA GEÇ TANININ NEDENLERİ

Cihangir Tetik, İsmail Ağır, Hakan Başar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi Anabilimdalı / İstanbul

### Giriş

Osteoid osteoma el falanklarında klinik bulguların çeşitliliği, bu anatomik lokalizasyondaki osteoid osteomaların görünme oranının azlığı ve spesifik olmayan radyolojik bulgular ile birlikte tanının konmasını güçleştirir.

### Metod

Kliniğimize başvuran 3 hasta değerlendirildi, 1. olgu 21 yaşında erkek, 2. olgu 22 yaşında bayan 3. olgu 18 yaşında erkek hastaydı. Her üç olguda lezyon sağ elde ve proksimal falankstaydı.

### Bulgu

1. ve 2. hastada kendiliğinden başlayan ağrı ve şişlik şikayeti olurken 3. hastada travma sonrası aynı şikayetleri olmuş. Isı artışı her üç olguda olmazken sadece 2. hastada hafif eritem vardı. NSAII sonrası her üç olguda şikayetler azalmış.

### Tartışma ve Sonuç

El falanklarındaki osteoid osteomaları en sık proksimal falanksta görülür ve travma olmaksızın ağrı ve şişlik ile belirti verir. Fakat çekilen grafide genelde bir bulgu saptanmaz ve MRI da yoğun yumuşak doku değişiklikleri nedeniyle tendinit, sinovit gibi tanıları alıp uzun süre tedavi alırlar. İlk iki olgu bu şekilde tanı konulup tedavi almış, şikayetler azalmış fakat geçmemiş. Sonrasında çekilen tomografi ince kesitli çekilmediği için nidus saptanamamış. 3. olguda ise travma olduğu için tedavi önce buna göre düzenlenirken şikayetler 7 ay devam edince MRI ve tomografideki yoğun yumuşak ve kemik doku değişikliklerinden dolayı osteomyelit düşünülüp biopsi yapılmış. Biopside spesifik olmayan bulgulara ve kültürde üreme olmamasına rağmen ve sık yanlış pozitif gelen MTB-PCR'ın pozitif gelmesi üzerine kemik tüberkülozu tanısı konmuş ve hasta bize başvurduğunda 3 ay yoğun antitüberküloz tedavisi almıştı. Bu şekilde başvuran 3 olguya önce sintigrafi çektirdik. Sintigrafide fokal aktivite artışı görüldü. Bunun üzerine ince kesitli tomografi çekildi ve osteoid osteoma tanısı konup 2. ve 3. hastaya küretaj 1. hastaya önce küretaj yapıldı ve 1 yıl sonrasında rekürrens olunca enblok eksizyon, greftleme ve fiksasyon uygulandı. Tüm olguların patoloji sonucu osteoid osteoma geldi. Sonuç olarak; travma olmaksızın görülen ağrısız şişlik, uzayan şikayetler, reaktif kemik bulgusu gibi durumlarda osteoid osteoma akılda bulundurulmalıdır ve grafinin yanında özellikle sintigrafi gibi radyolojik tetkikler yapılmalıdır.

**ÜST EKSTREMİTE KİTLE VE LEZYONLARINDA TANI VE TEDAVİ PRENSİPLERİMİZ:  
RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

*Hakan Uzun, Ali Emre Aksu, Mehmet Sürmeli, Tunç Şafak, Abdullah Keçik*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı /Ankara*

**Giriş**

El cerrahisi kliniklerinde sıkça karşılaşılmamasına rağmen üst ekstremitte tümörlerinin popülasyondaki insidansı düşüktür. Bu çalışma ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilen üst ekstremitedeki tümör ameliyatlarını retrospektif olarak değerlendirmek ve elde edilen deneyim sonucunda tanı ve tedavi prensiplerini oluşturmak amaçlanmıştır.

**Metod**

2002-2007 yılları arasında El Cerrahisi Polikliniği'ne, travma hastaları hariç, 4937 hasta başvurmuştur. Üst ekstremitede tümör/lezyon tanısı ile ameliyat edilen 250 hastanın dosyaları ve patoloji raporları retrospektif olarak ve cinsiyet, yaş, semptom, lokalizasyon, uygulanan cerrahi yöntem, malignite, cerrahi sonrası komplikasyon, rekürrens gibi değişkenler göz önüne alınarak taranmıştır.

**Bulgu**

Üst ekstremitede tümör nedeniyle ameliyat edilen hastalar, El Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran hastaların %5'ini oluşturmuştur. Hastaların %43.6'sı erkek, %56.4'ü kadındır. Kliniğe en sık başvuru şikayeti kitle (%77.2) ve deride pigmente lezyondur (%9.2). Hastaların %87.2'sinde (n=218) benign, %12.8'inde (n=32) malign tümörler tespit edilmiştir. Benign tümörlerin %24.8'ini ganglion (n=54), %12.8'ini lipom (n=28), %12'sini vasküler tümörler (n=26) ve %6.9'unu pigmente lezyonlar (n=15) oluşturmuştur. Tespit ettiğimiz malign tümörlerin %87.5 'ini deri kaynaklı tümörler, % 12.5 'ini ise yumuşak doku kaynaklı tümörler (sarkomlar) oluşturmuştur. Malign tümörlerin %46.9'u malign melanom (n=15), %21.9'u skuamoz hücreli karsinom (n=7) ve %18.8'i bazal hücreli karsinomdur (n=6). Benign tümörü olan hastaların %94.5'i eksizyon ve primer onarım ile malign tümörü olan hastaların %21.9'u amputasyon ile tedavi edilmiştir. Ameliyat soması tüm hastaların ll'inde (%4.4) rekürrens saptanmış ve 13 hastada komplikasyon meydana gelmiştir.

**Tartışma ve Sonuç**

Çalışmamız kliniğimizin son 5 yıllık tecrübesini yansıtmaktadır. Elde ettiğimiz bulguların bazılarının literatürdeki bilgiler ile paralellik gösterdiği, bazılarının ise göstermediği tespit edilmiştir. Malign tümörlerin tedavisinde ekstremitte koruyucu cerrahiye eğilim olmalı ve bu nedenle medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümleri ile koordinasyon halinde çalışılmalıdır. Buna benzer çalışmaların yapılması, tanı ve tedavi açısından prensiplerin standardize edilmesini sağlamakta ve multidisipliner çalışmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

S 30  
58 ÜST EKSTREMİTE MALİGN TÜMÖRÜ OLGUSUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Cenk Demirdöver, Haluk Vayvada, Adnan Menderes, Özgür Sunay, Koray Urgu,  
Mustafa Yılmaz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı /İzmir

**Giriş**

El ve üst ekstremitte malignitelerinin çoğunu Bazal Hücreli Karsinom, (BCC), Skuamöz Hücreli Karsinom (SCC) ve Malign Melanom (MM) oluşturmaktadır. Adneksal tümörler, sarkomlar, dermatofibrosarkoma protuberans ve Kaposi sakomu ise üst ekstremitenin nadir maligniteleridir. Bu çalışmanın amacı el ve üst ekstremitte malign tümörleri nedeniyle opere edilen 58 hastanın tümör tipi, uygulanan cerrahi tedavi, komplikasyon, sağkalım ve izlem süresi açısından değerlendirilmesidir.

**Metod**

Ocak 2000 - Ocak 2008 (96 ay) tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı'nda el ve üst ekstremitte malign deri tümörü nedeniyle opere edilen 58 hasta, demografik veriler, tümör tipi, uygulanan cerrahi tedavi, komplikasyon, sağkalım ve izlem süresi açısından değerlendirildi.

**Bulgu**

Öpere edilen 58 hasanın 31'i erkek, 27'si kadın (E/K= 1,1) olup yaş ortalaması 59,7 (32-78 yaş) idi. Olguların 26'sı (%44,8) SCC; 17'si (%29,3) MM; 10'u (%17,2) BCC; 3'ü (%5,1) Dermatofibrosarkoma protuberans; 2'si (%3,4) ise hem BCC hem SCC idi. Tümör eksizyonu sonrası 11 (%18,3) primer onarım; 37 (%61,6) greftleme; 11 (%18,3) lokal flep; 1 (%16,6) serbest flep uygulandı. Hastaların 42'sine (%72,4) ek olarak aksiler diseksiyon uygulandı. Hastalar ortalama 21,7 ay (3-52 ay) izlendi. Beş hasta (%8,6) postoperatif dönemde yara yeri ayrılması, parsiyel greft kaybı gelişmesi nedeniyle yeniden opere edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Son yıllarda tüm dünyada el ve üst ekstremitte malignitelerinin insidansı artmaktadır. Özellikle ülkemizde sosyoekonomik nedenlerle geç tanı alan olgularda, tümör eksizyonu ve primer onarım gibi basit cerrahi girişim şansları ortadan kalkmaktadır. Dolayısıyla geç kalınmış olgularda sağkalım süreleri azalmaktadır. Üst ekstremitte malign tümör düşündürecek kitlelerden alınacak eksizyonel biyopsilerin erken tanı koymada önemli bir avantaj sağlayacağı kanaatindeyiz.



**ELDE İNTRAMÜSKÜLER YERLEŞİMLİ DEV LİPOMLAR**

*Ahmet Kaya<sup>(1)</sup>, Mert Kumbaracı<sup>(1)</sup>, Taşkın Altay<sup>(1)</sup>, Levent Karapınar<sup>(1)</sup>, Ümit Bayo<sup>(2)</sup>  
Hasan Öztürk<sup>(1)</sup>, Mustafa Ayas<sup>(3)</sup>*

1) S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /İzmir

2) S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı /İzmir

3) İzmir Asker Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /İzmir

**Giriş**

Lipomlar sık görülen tümörler olmakla birlikte el bölgesinde nadir olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Komşu yapılara baskı yaparak hipoestezi gibi bulgular verebilirler.

**Metod**

Tenar yerleşimli üç ve hipotenar yerleşimli bir olmak üzere toplam dört adet intramüsküler lipom olgusu çalışma için değerlendirildi. Tüm olguların tümör protokolüne uygun olarak kontrastlı Manyetik Rezonans Görüntülemeleri ve tru-cut biyopsileriyle lipom öntanısı kondu. Tümörler enblok çıkartıldı.

**Bulgu**

Ameliyat sonrası yapılan patolojik incelemede lipom tanıları doğrulandı. Tüm tümörlerin uzun çapı 50 mm ve üzerindedir. Tenar yerleşimli bir olguda başparmağın ulnar taraf dijital sinirinde ve hipotenar yerleşimli bir olguda elde ulnar sinir trasesi boyunca olan hipoestezinin izlemde ortadan kalktığı gözlemlendi. Yapılan son kontrollerde (en az 1 yıl) nüks veya hastalıkla ilgili herhangi bir bulgu saptanmadı.

**Tartışma ve Sonuç**

El bölgesinde az karşılaşılmamasına rağmen, bu bölgenin tümörlerinin ayırıcı tanısında intramüsküler lipomlar da göz önünde bulundurulmalıdır.

S 32  
EL ENKONDROMALARINDA CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Hayati Öztürk, Okay Bulut, Umut Gölge

Cumhuriyet Üniversitesi El Cerrahi Bilimdah / Sivas

**Giriş**

Ede en sık görülen kemik tümörleri enkondromdur. En sık da proksimal falanksları tutar. Enkondrom belirtileri özgün değildir. Bazı lezyonlar tesadüfen görülür. Tümör genellikle bir patolojik kırık neticesinde ortaya çıkar. Kırık oluşmadan önce ağrı önemli bir belirti olabilir. Elde tübüler kemikler bulunan bir tümör merkezi yerleşimli iyi sınırlı olarak görülür. Genelde diyafizdir ve korteks genişleme yapmış olabilir. Tedavide lezyon kürete edilmeli ve klinik durumuna göre kemik grefti ile doldurulmalıdır. El yerleşimli enkondrom nedeniyle küretaj somasında otogreft uygulanan olguların sonuçları değerlendirildi.

**Metod**

On el enkondrom tanısı ile olgu ameliyat edildi. Tüm olgulara iliak kanattan greft alındığı için genel anestezi uygulandı. Enkondrom kavitesinin küretajı ve kavite duvarı matkapla drillendikten sonra iliak kanattan alınan spongiöz allogreft ile dolduruldu. Tüm olgularda tanı histolojik olarak doğrulandı.

**Bulgu**

Ocak 1998-Ocak 2005 yılları arasında enkondrom tanısı ile ameliyat edilen 10 olgu geriye dönük olarak değerlendirildi. Enkondrom 7 proksimal falanks, 2 distal falanks ve 1 metakarpta yerleşimliydi. Tüm olgularda enkondrom kavitesi duvarı intaktı. Olguların 5'i erkek 5'i bayan idi. Cerrahi sırasında ortalama yaş 32 (20-55 yaş). Ortalama takip süresi 66ay (48-120 ay).

**Tartışma ve Sonuç**

Fonksiyonel sonuçlar Enneking'in skorlama sistemine göre, radyografik sonuçlar ise Tordai sınıflamasına göre değerlendirildi, greft ortalama 40 günde konsolide oldu, tam kavrama gücü ortalama 55 günde elde edildi. Fonksiyonel sonuçlar olguların %70'ünde çok iyi-mükemmel, %30'ünde iyi idi. Radyografik değerlendirmede, olguların %70 'si grup I'de, %30'i grup II'de. Tordai sınıflamasına göre olguların %70'i grup I'de, %30'ü grup H'de, yer aldı. El yerleşimli enkondromların tedavisinde küretaj ve otogreft uygulaması başarılı bir yöntem olarak görünmektedir.

**SPAGETTİ ELBİLEĞİ YARALANMASI OLAN 104 HASTANIN CERRAHİ TEDAVİ ve  
POSTOPERATİF FONKSİYONEL SONUÇLAR AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Cenk Demirdöver<sup>(1)</sup>, Yücel Öztan<sup>(2)</sup>, Mustafa Yılmaz<sup>(1)</sup>, Haluk Vayvada<sup>(1)</sup>, Barış Şahin<sup>(2)</sup>*

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı /İzmir

2) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği / İzmir

**Giriş**

Literatürde “Spagetti Elbileği” olarak adlandırılan, cama yumruk atma, kesici-delici alet yaralanması, trafik kazası ya da suisid girişimi nedeniyle tendon, damar ve/veya sinir kesileri ile sonuçlanan elbileği volar yüzdeki laserasyonlar, daha sık genç erişkinlerde görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı spagetti elbileği kapsamında öpere edilen hastaların etiyoloji, cerrahi tedavi, postoperatif rehabilitasyon ve izlem açısından değerlendirilmesidir.

**Metod**

Ocak 2004 - Ocak 2008 (48 ay) tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı’nda spagetti elbileği laserasyonu nedeniyle öpere edilen 104 hasta, demografik veriler, etiyoloji, hasarlanan yapılar (tendon, damar, sinir), postoperatif rehabilitasyon ve izlem süresi açısından değerlendirildi. Tendon onarımlarının değerlendirilmesi, Amerikan El Cerrahisi Topluluğu’nun (ASSH; American Society for Surgery of the Hand) total aktif hareket (TAM; Total Active Motion) skorlamasına göre yapıldı.

**Bulgu**

Öpere edilen 104 hastanın 92’si erkek, 12’si kadın (E/K= 7,6) olup yaş ortalaması 24,8 (6-61 yaş) idi. Etiyolojik faktörler, cama yumruk atma sonucu cam keşişi (91 hasta, %87,5); kesici-delici alet yaralanması (5 hasta, %4,8); trafik kazası (4 hasta, %3,8) ve suisid girişimi (4 hasta, %3,8) idi. Hastalarda toplam 604 fleksör tendon; 91 arter ve 143 sinir onarımı yapılmıştır. Arter ve sinir onarımları mikrocerrahi yöntemlerle gerçekleştirilmiştir. Seksen bir hastada (%77,8) tendon, arter, sinir onarımı; 22 hastada (%21,1) tendon ve sinir onarımı; 1 hastada ise (%0,9) sadece tendon ve arter onarımı birlikte yapılmıştır. Hastalar ortalama 19,3 ay (6-36 ay) izlendi. ASSH TAM skorlama sistemine göre postoperative 6. ay değerlendirmelerine göre 61 hastada (%58,6) mükemmel ve iyi sonuçlar elde edildi. Tenodez saptanan 14 hasta (%13,4); rehabilitasyon sırasında tendon rüptürü gelişen 3 hasta (%2,8), sinir iyileşmesi görülmeyip nöroma saptanan 12 hasta (%11,5) yeniden öpere edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Deneyimli bir ekip tarafından ayrıntılı eksplorasyon sonrası erken onarım uygulanan ve postoperatif uygun rehabilitasyon programına alınan spagetti elbileği yaralanmalarında başarının daha yüksek olacağı kanaatindeyiz.

**PARMAK ÇEVRESİ DOKU KAYIPLARINDA DORSAL DİJİTAL BAYRAK FLEBİ'NİN KULLANIMI**

*Mehmet Bekir Ünal, Fatih Parmaksızoğlu, Tolga Mertoğlu, Eren Cansü*

*Üniversal Hospital Kadıköy /İstanbul*

**Giriş**

Parmak bölgesinde tendon, kemik yada nörovasküler yapıların açıkta kaldığı yumuşak doku kayıplarında lokal flep uygulamaları temel cerrahi yaklaşımdır. Bu amaçla kullanılan lokal flebler arasında dorsal dijital bayrak flebi yeterince tanınmamaktadır. Bu sebeple parmak bögesindeki yaralanmalarda dorsal dijital bayrak flebinin uygulanabilirliğini araştırdık.

**Metod**

2006-2007 yılları arasında Kliniğimizde 15 hastanın 15 parmağında çeşitli sebepler ile tendon, nörovasküler yapılar ve, veya kemik dokunun açıkta kaldığı bölgeler radial yada ulnar komşu parmaktan kaldırılan dorsal dijital bayrak flebi ile kapatıldı. 15 erkek hastanın yaş aralığı 17 - 43 olup ortalama 28 idi. Ortalama 1.8 cm<sup>2</sup> (1.5 cm<sup>2</sup> - 2.3 cm<sup>2</sup>) olan açık bölgelerin dört'ü parmak dorsalinde, üç'ü parmak yanında, üç'ü voler yüzde iken beş tanesi amputasyon güdüğüydü. Fleb her seferinde ileri akımlı olarak pedikülü parmak dorsalinin yaklaşık yarısı eninde ve en / boy oranı 1/3 -1/5 aralığında, ekstansör tendon kılıfı sağlam kalacak şekilde kaldırıldı. Donör sahanın PIP veya DİP eklem bölgesinde olması dikkate alınmadı. Donör saha ön koldan alınan tam kalınlıkta cilt grefti ile kapatıldı. Post operatif 3. haftada flep pedikülü kesilerek ayrıldı.

**Bulgu**

Fleplerin tümü sorunsuz olarak yaşadı. Donör sahalarda komplikasyon görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Parmak bölgesindeki doku kayıplarının giderilmesinde sık kullanılan çapraz parmak flebi voler bölge için kullanışlı olmakla birlikte parmak dorsal ve yan bölgelerinde kullanılamamaktadır. Parmak dorsali için önerilen Ters çapraz parmak flebi ise teknik olarak zor ve risklidir. Parmak ucu için kullanılan tenar flep ise parmakları uzun süre uygunsuz pozisyonda tutmaktadır. Dijital arter tabanlı düz yada ters akımlı flepler ise mikrocerrahi diseksiyon bilgi ve becerisi gerektirmekle birlikte her iki dijital arterin sağlam olması şarttır. Bunlardan birini sakrifiye etmektedir. Dorsal dijital bayrak flebi dorsal dijital venler çevresindeki vasküler ağ yardımı ile kanlanmaktadır. Flebin kaldırılması kolaydır. Mikrocerrahi bilgi, tecrübe ve ekipman gerektirmez. Dorsal dijital bayrak flebi ile özellikle parmak dorsumundaki doku kayıpları ve diğer bölgeler rahatlıkla örtülebilmektedir.

**İŞ KAZASI SONUCU GELİŞEN TRAVMATİK EL YARALANMALARINDA  
ETİYOLOJİK SINIFLANDIRMA**

*Erden Ertürer<sup>(1)</sup>, İsmail Bülent Özçelik<sup>(2)</sup>, Berkan Mersa<sup>(2)</sup>, Fatih Kabakaş<sup>(2)</sup>,  
Serdar Tuncer<sup>(1)</sup>, İlker Sezer<sup>(2)</sup>, Hüsrev Pirusa<sup>(2)</sup>*

1) *Bilim Üniversitesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı /İstanbul*

2) *Ist-El El Cerrahisi, Mikrocerrahi ve Rehabilitasyon Grubu / İstanbul*

3) *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul*

**Giriş**

Bu çalışmada iş kazası sonucu gelişen travmatik el yaralanmalarında travma nedenlerinin yaralanmayı oluşturma şekline göre sınıflandırılması amaçlanmıştır.

**Metod**

El cerrahisi ünitesinde 2005-2007 yılları arasında ameliyat edilen toplam 2097 hastadan iş kazası sonucu yaralanan 964 hasta değerlendirildi. Hastaların 918'i erkek, 46'sı kadın olup yaş ortalamaları 29.72 idi (Dağılım: 15-68 yaş). Hastalarda yaralanmaya neden olan travma unsurları tespit edilerek yaralanmayı oluşturma şekillerine göre sekiz grupta sınıflandırıldı.

**Bulgu**

Birinci grubu oluşturan “kesici-delici” yaralanmalarda travma unsurları “cam, saç, teneke, bıçak, fayans, giyotin, makas, kanca”, ikinci grubu oluşturan “kesici-ezici” yaralanmalarda ise “satır, balta, freze, hızar, taş motoru, kayış, kasnak, zincir, zımpara, dişli, testere, pervane, kablo, spiral motoru, planya, çim biçme motoru, doğrama makinesi, kıyma makinesi” olarak bulundu. Üçüncü grup; “ezici-delici” yaralanmalarda “perçin, çitçit, matkap, çivi, şerit makinesi” ve dördüncü grup; “ezici-sıkıştırıcı” yaralanmalarda ise “pres, silindir, merdane, makine bloğu, kapı, pencere, kalıp, çekiç, taş, mermer, paket, kalas, sandalye, koltuk, ambalaj makinesi, değirmen, tarama makinesi, mengene” ile travma gerçekleşmişti. Beşinci grup; “ezici-yakıcı” yaralanmalar “sıcak pres, enjeksiyon makinesi, soba kapağı ve ütü” ile oluşmuştu. Altıncı grup; iğne, demir parçası ve kıymık batması sonucu oluşan “batıcı” yaralanmalar, yedinci grup “merdiven, yüzük ya da asansöre bağlı gelişen “avulsiyon” yaralanmaları, sekizinci grup ise “elektrik çarpması” sonucu oluşan yaralanmalar olarak sıralandı. Birinci grupta 232, ikinci grupta 283, üçüncü grupta 16, dördüncü grupta 392, beşinci grupta 15, altıncı grupta 12, yedinci grupta 8 ve sekizinci grupta 6 hasta bulunmaktaydı.

**Tartışma ve Sonuç**

Çalışmamızın sonucunda iş kazasına bağlı oluşan el yaralanmalarının en sık “ezici-sıkıştırıcı” travmalara bağlı oluştuğunu ve bu grubu “kesici-ezici” ve kesici-delici” yaralanmaların izlediğini tespit ettik. İş kazaları sonucu oluşan el yaralanmalarının ciddi bir sakatlık nedeni oluşturduğu ülkemizde, yaralanma etiyojilerinin belirlenmesinin kazaların önlenmesinde yardımcı olacak veriler olduğu düşüncesindeyiz.

**SPİRAL TAŞA BAĞLI EL YARALANMALARI- 60 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Habib Başkurt, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği/İstanbul*

**Giriş**

El, hem ev hem de iş ortamında travmaya en sık maruz kalan vücut yapılarından biridir. Sanayi alanlarında kullanılan ağır aletlere bağlı el yaralanmaları da özellikle evdeki yaralanmalara kıyasla daha ağır hasarlara neden olmaktadır. Demir, mermer ve tahta kesmek veya şekillendirmek için kullanılan spiral taş bu aletlerin en sık kullanılanlarından. Spiral taşa bağlı el yaralanmaları, spiral taşın özellikleri nedeniyle diğer kesici ve delici alet yaralanmalarından daha ağır sonuçlara neden olur.

**Metod**

Spiral taşa bağlı el yaralanmaları nedeniyle Ocak 2002- Aralık 2006 tarihleri arasında Acil polikliniği' mize başvuran 60 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hasar gören yapılar ve yaralanmaların özellikleri incelendi.

**Bulgu**

Acil Polikliniği' mize spiral taşa bağlı el yaralanması nedeniyle başvuran 60 hastanın büyük bir kısmında ekstansör yüz yaralanmaları olmakla beraber, bir kısım hastada median sinir, ulnar sinir, radial arter, ulnar arter kesilerinin tek tek veya beraber olarak gözlemlendiği ciddi fleksör tendon yaralanmaları da tespit edildi. Önemli yapıların bütünlüğünün bozulmasına ek olarak taşın hareketinin çok hızlı olması nedeniyle ciltte ve hasar gören yapılarda ciddi yanıkların oluştuğu gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç**

Spiral taşın, özellikleri nedeniyle yaralanma bölgesinde farklı derecelerde yanığa neden olarak mevcut travmanın etkisini arttırdığı unutulmamalıdır. Bu yüzden, bu tür yaralanmalarla acil polikliniğe başvuran hastaların diğer delici ve kesici alet yaralanmalarından farklı şekilde değerlendirilmesi ve müdahale edilmesi gerekir.

**KÖSTEBEK TABANCASINA BAĞLI EL DEFEKTLERİNİN ONARIMINDA  
POSTERIOR INTEROSSEOUS ADA FLEBİ**

*Mustafa Keskin, Osman Akdağ, Tolga Beydeş, Zekeriya Tosun, Nedim Savacı*

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı / Konya*

**Giriş**

Köstebek tabancası yerel tezgahlarda üretilen, tek fişek ile çalışan ve hayvanın tuzağa dokunması ile ateşlenen basit bir silahtır. Silahın dolu olup olmadığı anlaşılacağı için kontrol esnasında silah ateş alıp yakın mesafeden kişiyi yaralayabilmektedir. Bu çalışmanın amacı köstebek tabancası ile kısa mesafeden yaralanan hastaların ellerinde meydana gelen kemik ve yumuşak doku defektlerinin onarımında ters akımlı posterior interosseous ada (PIA) flebi ile elde ettiğimiz tecrübeleri aktarmaktır.

**Metod**

Son 5 yılda köstebek tabancası ile elini yaralayan 20 hasta kliniğimize başvurdu. Hastaların dosyaları, filimleri ve resimleri retrospektif incelendi.

**Bulgu**

Tüm yaralanmalar şahısların kendi kendilerini kaza ile yaralaması sonucu meydana gelmişti. Hastaların hepsinde dominant el yaralanmıştı. Hastaların yaş ortalaması 38 idi ve 18'i erkekti. 13 vakada el dorsumundaki defekte tendon ve kemik yaralanması da eşlik etmişti. Vakalara yaralanmadan ortalama 6 gün sonra müdahale edildi. 12 vakada el dorsumundaki defekt PIA flebi ile kapatıldı. Kullanılan Heplerden en küçüğünün alanı 6 x4 cm, en büyüğünün alanı 8 x 6 cm idi. Flep donör sahalarının hepsi cilt grefti ile kapatıldı. Bir vakada ise PIA nebinin pedikülü yaralandığı için radial ön kol flebi ile defekt onarıldı. İki hariç tüm PIA flepleri sorunsuz iyileşti. Bir flep tamamen kaybedilirken diğer flepte sadece distal nekroz meydana geldi. İki hastada elde hem volar yüzde hem de dorsal yüzde tam tabaka defekt vardı. Bu iki vaka çift adalı PIA flebi ile kapatıldı. Geri kalan 7 vakada esas etkilenen kısım elin birinci parmağı idi. Bu vakalarda parmağın dolaşımı tamamen bozulduğu için amputasyon uygulandı. Bu vakalara anında müdahale edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Köstebek tabancaları uygun şartlarda ve dikkatli kullanılmadıkları zaman ciddi yaralanmalara neden olabilirler. Bu tür yaralanmalarda PIA flebinin pedikülünün saçmalar ile yaralanma riski azdır. Bu flep elin iki dominant arterine zarar vermeden kaldırılabilir ve elin dorsaline doğru çok iyi rotasyon arkına sahiptir. Bu yüzden bu tür yaralanmalarda meydana gelen eldeki doku defektlerinin onarımında PIA flebi çok iyi bir seçenektir.

**ÜST EKSTREMİTE CRUSH YARALANMA SONRASI OLUŞAN YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNDE V.A.C TERAPİNİN KULLANILMASI**

*Dilek Senen, Erkan Orhan, Songül Erol, Asuman Sevin, İlsun Aka, Bülent Erdoğan*

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği /Ankara*

**Giriş**

Üst ekstremitede özellikle yüksek enerjili travmalar sonrası geniş yumuşak doku defektleri oluşmaktadır. Bu defektlerin rekonstruksiyonu yeterli yumuşak doku kapaması gerekmektedir. Bu tür defektler plastik cerrahide sık karşılaşılan ve rekonstruksiyonu zor olan defektlerdir. Son 10 yılda cerrahi dışı teknik olarak kullanımı sıklıkla artan Vakum yardımcı kapama sistemi(VAC) üst ekstremitte defektlerinde de kullanımı artmıştır ve bu sistem ile yara tedavisi mümkün olabilmekte veya daha basit cerrahi teknikler ile yara kapatılmasına olanak sağlanmaktadır. Bu çalışmada üst ekstremitede defekti rekonstruksiyonunda VAC terapisi uyguladığımız hastalarımız ve elde ettiğimiz sonuçları sunuyoruz.

**Metod**

Ağustos 2006 ile aralık 2007 yılları arasında trafik kazası sonrası üst ekstremitesinde yumuşak doku defekti oluşan 4 hastayı VAC terapi ile tedavi ettik. Hastalarımızın 3 ünde defekt dorsal yüzde ön kol distali ile el dorsumu arasında 1 inde ise dirsek dorsumunda idi. Hastalara ortalama 7 seans VAC terapi uyguladık.

**Bulgu**

Tedavi sonrası 3 hastamızı greft ile rekonstruke ettik. 1 hastamıza ise lokal flep ile rekonstruke ettik.

**Tartışma ve Sonuç**

Üst ekstremitte defektlerinin rekonstruksiyonunda amaç ekstremitte fonksiyonunu mümkün olduğunca korumaktır. Bu nedenle defekt zemininde ekspose olan kemik, tendon ve nörovasküler yapıların kapatılması çok önemlidir. Özellikle geniş defektlerin rekonstruksiyonunda tedavi zorlaşmaktadır. Bu defektlerin rekonstruksiyonu için defektin boyutları ve derinliğine göre bir çok cerrahi seçenek mevcuttur. Rekonstruksiyonda hangi cerrahi methodun uygulanacağına yaranın boyutları ve kompleks oluşuna göre karar verilmektedir. Yara boyutları ve derinliği arttıkça rekonstruksiyon pramidinin daha yüksek seçenekleri gereksinim oluşmakta ve bu teknikler sonucu donör alan morbiditesi artmakta, komplikasyon görülme sıklığı artmaktadır. Vac terapi yara yatağına uyguladığı kontrollü negatif basın ile yara iyileşmesinin hızlanmasına neden olan bir tedavi yöntemidir. Negatif basınç; yara yatağında kan dolaşımı arttırır, bakteriyel yükü azaltır, granülasyon dokusu oluşumunu arttırır, ortamdaki kronik ödemin azalmasını sağlar. Bu cihazı uygulamamızdaki temel amaç serbets flep gibi plastik cerrahinin ileri teknikleri ile kapatılması gereken hastalarda daha basit yöntemleri ile rekonstruksiyonu sağlamaktır.



## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

S 39

### 0-6 YAŞ GRUBU EL YARALANMALARI

*Azimet Özdemir, Aydın Gözü, Tayfun Türkaslan, Fatma Nilay Yoğun, Ali Murat Akkuş,  
Ali Cem Akpınar, Zafer Özsoy*

*Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi / İstanbul*

#### **Giriş**

El yaralanmalarının, çocuk yaş grupları arasında, epidemiyolojik yönden farklılık göstermektedir. Bebeklik ve okul öncesi dönemde oluşan yaralanmalar, çocuğun motor ve duygusal gelişimini de olumsuz etkileyebilmektedir.

#### **Metod**

Son iki yıl içinde kliniğimizde el yaralanması nedeniyle tedavi edilen, 0-6 yaş grubundaki 356 çocuk geriye dönük olarak incelendi. Olgular yaralanma nedeni, türü, yerleşimi ve tedavi yöntemi açısından değerlendirildi.

#### **Bulgu**

Acil birimimize el yaralanması ile başvuran 2578 olgunun, 356'sını ( % 13.8) 0-6 yaş arası çocuklar oluşturmaktaydı. Kız/erkek oranı 1/1.5 iken, sağ/sol elde görülme oranı 2/1'di. Yaralanma ilkbahar ve yaz mevsimlerinde sıklığı (% 76). % 77.5'i kapalı alanda, % 22.5'si ise açık alanda gerçekleşmişti. % 23'üne bebeklik döneminde (0-2 yaş), % 77'sine ise okul öncesi dönemde (2-6 yaş) rastlandı. % 63.8'i basit (cilt ya da tırnak yatağı kesişi), % 26.2'si ise kompleks yaralanmaydı. Nedenler arasında ilk sırayı ezilmeler (%52.2) oluştururken, bunu sırasıyla, kesici cisimlerle olanlar (%37.9), yanıklar (%4.9) ve diğerleri izlemekteydi. En sık görülen parmak ucu yaralanmasını (% 75.3), sırasıyla, tendon yaralanmaları (% 13), parmak kırıkları (% 12.6), sinir yaralanmaları (% 8.3) ve amputasyonlar (% 0.5) izliyordu. Olguların % 14'ü yatırılarak, % 88.5'i acil, % 11.5'i elektif koşullarda opere edildi. İyileşme yedi olguda (% 2) sorunlu oldu. Bunların beşinde ikincil girişim uygulandı.

#### **Tartışma ve Sonuç**

El, çocuklarda en sık yaralanan organdır. Vadivelu ve ark.'larının yaptığı prospektif çalışmada el acil birimine getirilen olgular, tüm çocuk el yaralanmalarının % 35'ini oluşturmaktaydı. Bebeklik döneminde (0-2 yaş) 34/100000 olan insidans, okul öncesinde (2-5 yaş) iki kat artarak 73/100000'e çıkmaktaydı. Bu artış çalışmamızda üç kattan fazlaydı. Aynı yaş gruplarında sırasıyla % 55 ve % 77 olarak saptanan ezilme türü yaralanma oranı, serimizde de üst sıradaydı ve daha çok parmak ucunda yumuşak doku hasarı şeklindeydi. Diğer bulgularımız literatürle benzerdi. Çocuk el yaralanmaları yaşla birlikte değişkenlik göstermektedir. Motor ve duygusal gelişimin hızlı olduğu bebeklik ve okul öncesi dönem, korunma ve tedavi açısından özellik gösterdiğinden ayrı olarak incelenmelidir.

**REPLANTASYON SONRASI EL FONKSİYONUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN SİSTEMLERİN  
KARŞILAŞTIRILMASI VE REPLANTASYON SONUÇLARIMIZ**

*Haldun Onuralp Kamburoğlu, Ali Emre Aksu, Evren Tevfik İşçi, Mehmet Dadacı,  
Tunç Şafak, Abdullah Keçik*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı/Ankara*

**Giriş**

Günümüzde replante edilen dokunun yaşamsallığı kadar işlevselliği de önem kazanmıştır. Bu çalışmada, replantasyon olgularının fonksiyonel, kozmetik ve mesleki yönlerden değerlendirilmesi, işlevselliğin kazanılması için dikkat edilmesi gereken konuların belirlenmesi ve sık kullanılan dört farklı skorlama yönteminin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Metod**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2004 ve 2007 yılları arasında ameliyat edilmiş ve replantasyondan sonra en az 6 ay izlenmiş 20 hasta (18 erkek, 2 kadın; ortalama yaş 27) çalışmaya alındı. Çalışmada tüm üst ekstremitte eklemlerinin total aktif hareketleri ölçüldü. Duyu, iki nokta ayrımı ve Semmes-Weinstein monofilaman testi ile değerlendirildi. Kavrama ve pinch (anahtar, pulpa, 3 parmak) güçleri kayıt edildi. Hastaların subjektif şikâyetleri ve mesleki hikâyeleri de ayrıntılı olarak incelendi. Fonksiyonel sonuçlar Tamai, Ipsen, Chen ve DASH testleri ile değerlendirildi.

**Bulgu**

Yaralanma mekanizmasının %5 avülsiyon, %30 giyotin, %30 ezilme ve %35 ezilme avülsiyon şeklinde oranlandığı görüldü. Yaralanan parmak başına total aktif hareket yüzdesi 1. parmak için zon 1 ve zon 3-4-5'de sırasıyla ortalama 90° ve 28°, diğer parmaklar için zon 1, 2 ve 3-4-5'de sırasıyla ortalama 201°, 117° ve 106° ölçüldü. Tamai skorlama sistemine göre zon 1 yaralanmalarda ortalama skor 83.5, zon 2 yaralanmalarda 69.1, zon 3 ve yukarısından olan yaralanmalarda 50,1 bulunurken, bu değerler Ipsen skorlama sistemine göre 82.5, 67.8 ve 47.1, Chen kriterlerine göre 2, 3 ve 3, DASH testine göre ise 17.8, 34.1 ve 59.3 olarak ölçüldü. İstatistiksel olarak testler arası anlamlı bir fark bulunamadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Replantasyonların fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesi ve karşılaştırılması ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda sık kullanılan Tamai, Ipsen, Chen ve DASH değerlendirme yöntemleri arasında farklılık bulunamamış ve hasta takibinde bu yöntemlerden birinin tercih edilmesinin yeterli olacağı düşünülmüştür. Ayrıca bu çalışma bilindiği kadarı ile değerlendirme-skorlama yöntemlerini karşılaştıran İngilizce-Türkçe literatürdeki ilk çalışmadır.

**PARMAK UÇ AMPUTASYONLARINDA KOMPOZİT GREFT UYGULAMASI**

*Tolga Türker, Osman Saani, Ajlan Kasabalıgil, Mehmet Alp, Levent Yalçın*

*Manus El Grubu / İstanbul*

**Giriş**

Tırnak yatağı 14 distal seviyesi amputasyonlarında parçalarının kompozit greft ile rekonstrüksiyonu el cerrahi pratiğinde sıkça yapılmaktadır. Bu çalışmamızda kompozit greft uygulama tekniğimizi irdelemeyi amaçladık.

**Metod**

Çalışma, son iki sene içerisinde parmak ucu amputasyonu olup, amputatı ile gelen ve takipte kalan hastaların geriye dönük değerlendirilmesi üzerine düzenlenmiştir. Ameliyat tekniğimizde; amputatın cilt altı yağlı dokusu debride edilmektedir. Distal güdük ucundaki kemik çevresi dokular temizlenip kemik dokuya multipl delik açılarak kanatılmaktadır. Dikilen doku altında hematoma önüne geçmek ve kanamayı bir süre daha devam ettirmek için dikilen parçaya bisturi ile delik açılmaktadır.

**Bulgu**

19 hastanın 7 sine ulaşılarak değerlendirme yapıldı. Hastaların ortalama yaşları  $30,71 \pm 11,61$  (17-43 yaş) olarak saptandı. Tüm hastaların dominant eli sağ tarafı. 4 hastanın sağ eli 3 hastanın ise sol eli yaralanmıştı. Sağ eli yaralan 4 hastanın 3 ünde 3. parmak, 1 hastada ise 4. parmak uç amputasyonu mevcuttu. Sol tarafı yaralanan hastaların 2 sinde 5. parmak linde ise 2 parmak uç amputasyonu saptandı. Ortalama takip süresi  $17,71 \pm 4,11$  ay (12-22 ay) idi. Hastaların ilk pansuman zamanı  $6,14 \pm 1,09$  gün olarak bulundu. Ameliyat sonrası erken takiplerde tüm hastalarda dermoliz saptandı, spontan iyileşme gözlemlendi. Tam nekroz görülmedi. Tüm hastaların iki nokta ayrımları 5 mm altı olarak saptandı.  $3,57 \pm 0,78$  mm (2-4 mm). Seems-Weinstein monofilament testi sonucu % 57,14 olguda 2.83, % 42,86 olguda ise 3,61 olarak tespit edildi. 2 hastada parmak uç hipersensitivitesi mevcuttu. 4 hastada soğuk intoleransı, 6 hastada ise hafif parrot -beak tarzında tırnak deformitesi saptandı. Hastaların distal interfalangeal hareket açıklıkları sağlam tarafla karşılaştırıldığında açıklarının aynı olduğu görüldü. Hastaların distal falankslarında ortalama  $4,57 \pm 2,22$  mm (2-8 mm) kısalık mevcuttu. İşe dönüş zamanları  $1,92 \pm 0,60$  ay idi. Tüm hastalar parmaklarını günlük işlerde ve çalışma hayatlarında sorunsuz kullanabildiklerini ifade ettiler ve tüm hastalar yapılan ameliyattan memnundu.

**Tartışma ve Sonuç**

Parmak uç amputasyonlarında tedavideki en önemli unsur fonksiyonel kazancın tekrar sağlanmasıdır. Pansuman gereksimini azaltması, parmak hareketlerini bozmaması ve yeterli duyu desteği sağlaması bakımından uyguladığımız bu ameliyat tekniğinin kolay uygulanabilir ve tatmin edici olduğunu düşünmekteyiz.

**AYAKTAN ELE PARMAK NAKLİ AMELİYATINDA HASTA TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKET ÇALIŞMASI**

*Serhan Tuncer, ismail Küçüködük, Tolga Eryılmaz, Betül Ak, Hakan Bulam, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi /Ankara*

**Giriş**

Travma sonrası veya doğuştan el parmaklarının yokluğu, ayak 1. ve/veya 2. parmağın transferiyle onarılabılır. El cerrahisi kliniklerinde bu prosedüre uygun çok sayıda hasta bulunması ve rekonstrüksiyon seçenekleri arasında önerilmesine rağmen hastaların çoğunun bu ameliyatı kabul etmediği dikkati çekmektedir. Bunun sebeplerini araştırmak ve ayaktan ele parmak nakli hakkındaki tutumun değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bir anket çalışması sunulmaktadır.

**Metod**

Anket, 50 sağlıklı, 50 el yaralanması geçiren kişilerden oluşan 2 grup üzerinde uygulandı. Demografik özellikleri sorgulayan soruların yanında, ayaktan ele parmak nakliyle ilgili 14 soru içermekteydi. On soru bilgilendirme yapılmadan, kalan dört soruya bilgilendirme formu ve resimler gösterildikten sonra hastaya yönlendirildi.

**Bulgu**

Her iki grup demografik olarak benzer özellikler taşıyordu. Tüm katılımcılar ellerinin yaşamlarındaki önemlerinin sorgulandığı ilk üç soruya çok/çok-fazla önemli diye cevap verdiler. Ayaktan ele parmak nakliyle ilgili bilgilerinin sorgulandığı soruya 24 hasta (%24) duydum cevabı verdi. Bunların %78'i el yaralanması geçirmiş hastalardı. Bilgilendirme öncesi el yaralanması geçiren katılımcıların %36'sı ayaktan ele parmak naklini kabul ederken, geçirmeyen katılımcıların %76'sı nakli kabul etmekteydi. Nakil istemeyen katılımcıların %54'ü yürüme hızlarının veya ayak görünümünün bozulacağı, %20'siyse elinin daha kötü olacağından korktuğundan nakli istemediğini bildirdi. Bilgilendirme formu sonrasında nakli istemeyenlerin oranı yaralanma geçiren grupta %68'e (p<0.001), geçirmeyen grupta ise %88'e yükseldi. Bilgilendirme sonrası nakil istemeyen 22 katılımcının %36'sı ayağının fonksiyon veya görünüm kaybına uğrayacağından, %45'iye elinin fonksiyon kaybına uğraması endişesiyle nakil istemediğini gördü. Bilgilendirme sonrası parmak nakli yaptırırım diyen katılımcıların %36'sının nakledilen parmakları, el parmakları gibi kullanamayacağını düşünmesi ilginçti.

**Tartışma ve Sonuç**

El yaralanması geçiren katılımcıların %64'ü bilgilendirme öncesinde nakli istememiş ve en önemli sebep olarak ayaklarında oluşabilecek fonksiyon ve görünüm kaybını göstermişlerdi. Bilgilendirmede ikinci parmağın naklinin ayaktaki kayıpların en aza indireceğinin açıklanmasıyla, nakil istememe oranı %32'ye düşürülmüştür. Resim gibi görsel öğelerle yapılacak açıklamalarla, hastaların ayaktan ele parmak nakline daha sıcak bakmaları sağlanabilir. El yaralanması geçirmeyen katılımcıların daha istekli olmalarıysa, yaralanma geçiren katılımcıların uzun iyileşme ve fizik tedavi süreçlerindeki zorlukları bilmelerinden ötürü operasyona daha soğuk bakmalarıyla açıklanabilir.

**MAJOR REPLANTASYON UYGULANAN HASTALARDA UZUN DÖNEM  
TAKİP SONUÇLARIMIZ**

*Kemal Uzaksar, Tahir Sadık Süğün, Firdevs Kul, Sait Ada, Fuat Özerkan, İbrahim Kaplan,  
Yalçın Ademoğlu, Aslan Bora*

*El Mikrocerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi / İzmir*

**Giriş**

Son yıllarda mikrocerrahi yöntemlerin gelişimi ile üst ekstremitte büyük parça kopmalarında teknik açıdan belirgin zorluk kalmamıştır. Uzun ameliyat süreleri ile hasta yaşamını tehdit eden bu girişimlerden son yıllarda işlevsel olarak iyi sonuç alınmadığı konusunda varılan yargılarla endikasyonun giderek daraltıldığı izlenimi oluşmuştur. Bu çalışmada EMOT hastanesinde yapılan 26 major üst ekstremitte replantasyonu hem fonksiyonel hem DASH skorları ile değerlendirilerek hasta ve hekim açısından replantasyonlara bakışı irdelenmeye çalışılmıştır.

**Metod**

1987 ve 2003 yılları arasında yapılan 26 maj or ekstremitte replantasyonu retrospektif olarak incelendi. Hastaların hepsi erkek olup yaş ortalamaları 26,5 (3-69) idi. Ortalama takip süresi 11 (5-18) yıl olan bu hasatlara X-ray ile uzunluk ölçümü, dopier USG, kuvvet ölçümleri, volümetrik ölçümler, tüm üst ekstremitte eklemlerine aktif ve pasif hareket genişlikleri ölçümü, duyu için lokalizasyon, 2 nokta ayırım testi, Semmes Weinstein monoflaman testi, materyel dokunuş testi ve moberg testi uygulanarak soğuk hassasiyeti, soğuk intoleransı, ağrı, günlük yaşam aktivite sorgulaması yapıldı. Hastalar değerlendirme sonrası Chen sınıflamasına göre sınıflandırıldı. Hepsinin DASH skoru belirlendi.

**Bulgu**

Hastaların 6'sı transmetakarpal, 4'ü el bileği, 5'i ön kol, 3'ü dirsek, 8'i kol seviyesinden yapılan replantasyonlar idi. 4 hastada yaralanma segmenter idi. 8 hastada dominant elde 18 hastada dominant olmayan elde yaralanma vardı. Ortalama 11 yıllık takip sonrası tüm hastaların dopler USG incelemelerinde yapılmış olan arteriyel anastomozların patent olduğu saptandı. Operasyon sırasındaki kısaltma miktarı 41,2 mm iken radyolojik kısaltma miktarı 54,7 mm olarak saptandı. Kavrama gücü yaralanmış olan elde ortalama 12,3 kg iken sağlam elde 37,6 kg. Çimdik gücü yaralı elde 3,6 kg. sağlam elde 8,7 kg. olarak saptandı. İki nokta ayırımı testi yaralanan elde 10.6 mm. iken sağlam elde 5,2 olarak bulundu. Monoflaman testinde 4 hastada kaybolmuş koruyucu duyu saptanırken diğer hastalarda duyu gelişimi vardı. 19 hastaya ikincil operasyonlar uygulandı. Hastalar Chen sınıflamasına göre 8'i 1.derece, 9'u 2.derece, 2'si 3.derece, 6'sı 4. derecede yer almaktaydı. DASH skoru ise ortalama 6,7 (0-32,5) olarak hesaplandı.Chen I ve II hasta grubunun ortalama DASH skoru 4,4 iken Chen III ve IV hasta grubunun ki ise 11,8 idi.

**Tartışma ve Sonuç**

Replantasyonlarda doğru endikasyon koymak, hastanın hayatını riske atmadan iyi fonksiyonel sonuç elde etmek adına çok önem taşımaktadır. Amputasyon seviyeleri ile başarı şansı arasında literatürde fikir birliği yoktur. İskemi süresi amputasyonun erken başarısı ile değil ortaya çıkabilecek komplikasyonlarla doğru orantılı olarak saptanmıştır. Bu tip amputasyonlar çoğunluka yüksek enerjili iş kazaları ve trafik kazaları sonrası avülsiyon şeklinde oluşmakta ve amputasyon uçlarında belirgin doku hasarı gözlenmektedir. Bizim hasta grubumuzda 11 hasta avülsiyon amputasyonu şeklinde idi. Değerlendirmeler sonucunda yaralanma şekli ile Chen sınıflaması arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. (cc=0,72) DASH skorunun bunların hiçbirleriyle korele olmadığı görülmüştür. Chen sınıflamasının amputasyon güdüğü proksimale çıktıkça ve yaralanma şiddetinin artmasıyla arttığı görülmüştür.(cc=0,65) Sübjektif bir değerlendirme olan DASH skorunda ise Chen sınıflamasına göre yaralanma şekli ve düzeyinden bağımsız daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. Buda bize major replantasyonlarda hasta memnuniyetinin objektif değerlendirmelere oranla ülkemizde çok daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar bize hasta memnuniyeti göz önüne alınmadan yapılan değerlendirmelerin yetersiz olduğunu ve hastaların çok az işlevsel sonuçlardan bile memnuniyet duyduğunu göstermiştir.

S 44  
**PEDİYATRİK YAŞ GRUBUNDA SERBEST KASIK FLEBİ  
UYGULAMALARIMIZ**

*Erhan Sönmez, Gökhan Bacak, Tunç Şafak, Abdullah Keçik*

*Hacettepe Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı/Ankara*

**Giriş**

Serbest kasık flepleri gerek kısa ve varyasyonlu pedikülleri, gerekse teknik olarak uygulama zorluğu nedenleri ile popülaritesini son yıllarda yitirmiştir. Bölümümüzdeki 2004-2007 yılları arasında, pediatrik yaş grubunda gerçekleştirilen serbest kasık flep uygulamaları özetlenmiştir.

**Metod**

Hastaların yaşları 2.5 - 14 yıl (ortalama: 0.2 yıl) arasında değişmekte olup toplam bu yaş grubunda 10 adet serbest kasık flebi uygulaması gerçekleştirilmiştir. Vakaların 9 tanesi ekstremitte yanık kontraktürleri (6 alt ekstremitte, 3 üst ekstremitte), 1 tanesi de yüz kontür augmentasyonu nedeniyle yapılmıştır.

**Bulgu**

Operasyon süresi toplam 3.0 ile 6.0 saat arasında ölçülmüştür (ortalama: 4.1 saat). 2 hasta (%20) venöz yetmezlik nedeniyle revizyona alınmıştır. Bu hastalardan 1 tanesinde parsiyel (%50) flep kaybı görülmüştür. Hastaların 4 (%40) tanesinde sekonder flep inceltme ameliyatına ihtiyaç duyulmuştur.

**Tartışma ve Sonuç**

Serbest kasık flebinin donör saha morbiditesi yönünden diğer serbest fleplerden üstünlüğü tartışılmaz bir gerçektir. Bu özelliği pediatrik yaş grubunda daha da önem kazanmaktadır. Donör saha skarının sadece iç çamaşır ile etkin bir şekilde kamufle edilebilmesi, uygun bir şekilde fleb kaldırıldığı takdirde hastada fonksiyonel kayıba yol açmaması ve komplikasyon oranlarının diğer fleplerle karşılaştırılabilir olması avantajları arasında sayılabilirken, özellikle fazla kilolu hastalarda sekonder flep inceltme operasyonuna ihtiyaç göstermesinin dezavantajı olduğunu düşünüyoruz. Özellikle minimal donör saha morbiditesi nedeniyle pediatrik yaş grubunda tercih edilmesi gereken bir serbest flep olduğu kanısındayız.

**ÜST EKSTREMİTE YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNDE SERBEST  
LATERAL KOL FLEBİ UYGULAMALARIMIZ**

*Murat Kayalar, Emin Bal, Tulgar Toros, Levent Küçük, Yusuf Gürbüz, İbrahim Kaplan*

*El Mikrocerrahi Ortopedi ve Travmatoloji(EMOT) Hastanesi /İzmir*

**Giriş**

Serbest lateral kol flebi üst ekstremitenin kompleks yumuşak doku defektlerinde sıklıkla kullanılan bir fleptir. Göreceli olarak diseksiyonunun kolay olması, ince olması, duysal olması, pedikül varyasyonunun çok az olması, aynı ameliyat sahası içinde olması, minimal donör saha morbiditesi yaratması ve düşük komplikasyon oranları bu flebin avantajlarıdır.

**Metod**

Hastanemizde 1993-2008 yılları arasında üst ekstremitte yumuşak doku defektlerine uygulanmış olan 104 serbest lateral kol flebi retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşları, yaralanma ile cerrahi arasında geçen zaman, yaralanma bölgeleri, arter anastomozu tipleri, kullanılan venöz sistem ve oluşan komplikasyonlar ortaya çıkarıldı. Arter anastomozunun 59 hastada uç uca, 45 hastada uç yan olduğu tesbit edildi. Flebin veninin 26 hastada yandaş venlere, 78 hastada yüzeyel venlere anastomoz edildiği belirlendi.

**Bulgu**

Uygulanmış olan 104 flebin 1 tanesinde nekroz izlendi. Başarı oranı % 99,04 olarak hesaplandı. 1 hastada arter trombozu, 2 hastada venöz tromboz nedeniyle anastomozlar tekrar edildi. 1 hastada yüzeyel enfeksiyon gözlemlendi, antibiyoterapi ile enfeksiyon ortadan kaldırıldı. Toplam komplikasyon oranımız % 4,8 olarak bulundu.

**Tartışma ve Sonuç**

Lateral kol flebi yarattığı donör saha morbiditesinin az olması, major ekstremitte dolaşımını sağlayan arterlere zarar verilmemesi, pedikül güvenilirliği ve varyasyonun az olması aynı ameliyat sahası içinde kalması ve hastada farklı pozisyon gerektirmemesi, ek anestezi ihtiyacının olmaması ve acil şartlarda başvurulacak bir flep olması nedeniyle üst ekstremitte yumuşak doku defektlerinde kullanılabilir en güvenilir Heplerdendir.



**ERİŞKİNLERDE VE ÇOCUKLARDA TETİK PARMAK PERKÜTAN CERRAHİ TEDAVİSİ: PROSPEKTİF KLİNİK BİR ÇALIŞMA**

*Adnan Sevencan<sup>(2)</sup>, Ulukan İnan<sup>(3)</sup>, Bayram Gülasan<sup>(1)</sup>*

1) Gazi Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / Samsun

2) Osmangazi Üni. Tıp Fak, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı /Eskişehir

3) Osmangazi Üni. Tıp Fak, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı/Eskişehir

**Giriş**

Parmakların ve başparmağın tuzaklanmaları elin en çok ağrı ve fonksiyon bozukluğu yapan nedenlerinden biridir. Hastanın zamanla ağrıdan dolayı parmağını hareket ettirmekten sakınması PIP eklem kontraktürlerine yol açabilmektedir. Bu nedenlerle tetik parmak tedavisi ihmal edilmemesi gereken klinik bir rahatsızlıktır. Tedavisinde; tıbbi tedaviler, splint uygulamaları, fizik tedaviler, açık ve kapalı cerrahi gevşetmeler uygulanan yöntemlerdir. Biz literatürde son yıllarda oldukça başarılı sonuçları verilen perkütan gevşetme yöntemi ile kendi kliniklerimizde tedavi ettiğimiz hastalarımızın sonuçlarını belirttik.

**Metod**

Altmış dokuz hastanın 84 tetik parmağı çalışmaya alındı. Çalışma, el cerrahi eğitimli bir uzman(A.S.) ve iki ortopedi uzmanı (B.G ve U.İ) arasında hastalar geliş sırasına göre randomize edilerek kapalı gevşetme yapıldı. Böylece işlemin başarısında bu iki uzmanlık özelliğinin bir anlam taşıyıp taşımadığı da kontrol edilmiş oldu. Ancak kapalı ve açık yöntemlerin uygulandığı bilateral 6 hasta ve çocuk hastaları homojenizasyon için yalnızca el cerrahisi eğitimli uzman(A.S.) tarafından yapılmıştır. Bu hastalardan, bilateral başparmak tutumu olan 6 tanesine de açık ve kapalı yöntemlerin başarısını aynı hastada değerlendirmek için bir taraf baş parmakları kapalı, diğer ellerin 6 parmağına, randomize kontrol için, açık cerrahi gevşetme uyguladık. Randomize kontrol için cerrahi uyguladığımız hastaların 5 tanesi bilateral tetik başparmak, 1 tanesi bilateral orta parmak tutulumu idi. Bu altı hastanın kapalı ve açık cerrahi girişim için parmak tercihini hastaların kendi isteğine göre belirledik. Cerrahi işlemlerimizi literatürde belirtilen anatomik landmarklardan uyguladık. Uygulamayı, her hastanede bulunabilir 18G, pembe renk kan seti iğnesini kullanarak yaptık. Bizim kendimize ait bir yöntem olarak bu iğneyi 10 cc lik enjektöre adapte ederek iğnenin keskinlik yönü ile enjektörün gerisindeki çekme parmaklıklarının yönünü aynı olarak ayarladık. Böylece iğne ucu doku içinde iken de kesme yönünü dışardan belirleme imkânımız oldu. Enjektörü bir kalem gibi kullanarak daha emniyetli ve kontrollü-milimetrik- darbeler uygulayabildik. Yine literatürde belirtilenden farklı olarak biz kesme işlemi proksimalden distale değil, tersine distalden proksimale ince süpürme ya da tırtıklama hareketleri ile uyguladık. Böylece proksimalde birbirine daha yakın seyirli ve parmağı çaprazlamaya meyilli olan nörovasküler yapıları zedeleme riskini azaltmayı amaçladık. Cerrahi işlem esnasında, digital sinirleri birbirinden uzaklaştırmak için, yine literatürde belirtildiği gibi parmaklar hiperekstansiyonda tutularak değil, biz farklı olarak parmaklar fleksiyonda ve takılı pozisyonda gevşetme işlemlerini yaptık. Böylece hem takılmanın açılmasını hissettik, hemde gergin olmayan nörovasküler yapıların daha az zedeleneceğini düşündük. Hastalara cerrahi günü küçük bir pansuman uygulandı ve 2 gün süreli oral antibiyotik ve 5 gün süreli analjezik-antiinflamatuvar tedavisi verdik. Ertesi günü ellerini tamamen serbest ve pansumansız kullanmaları önerildi. Hastalar post op birinci, üçüncü haftalarda ve 3. ayda hastanede kontrol edildikten sonra kalan takip süreleri telefon görüşmesi ile memnuniyet, şikâyet, hareket kısıtlılığı, duyu durumu, ağrı ve takılma varlığı sorularak yapıldı.

**Bulgu**

Hastaların ortalama yaşı 54.5(1.5-84) yaş, ortalama takip süresi 28(1.5-42)ay idi. 84 perkütan gevşetme uygulanan parmakların ikisinde tam gevşetme yapılamayınca aynı seansta açık gevşetmeye geçildi. Bu hastaların her ikisinde de distal pulley kısmında %10 kadar derin bir bandın intakt kaldığı ve takılmayı devam ettirdiği gözlemlendi. Ayrıca bu iki hastada perkütan gevşetmeye bağlı yüzeysel, longitudinal minimal derecede, önemsiz tendon hasarlarının da olduğu tespit edildi. Bu iki açık cerrahiye geçme nedeni ile kapalı gevşetme cerrahi işleminde % 2.3 oranında bir başarısızlık yaşandı. Ayrıca kalan 82 parmağın birinde gevşetilen başparmakta 3 haftadan sonra tekrar takılma gözlemlendi ve bu



## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

bir hastaya bağlı olarak nüks oranı % 3.5 olarak belirlendi. Diabetik ve ellerinde ödem olan ve çalışmamızın da ilk hastası olan bu olguya daha sonra açık cerrahi uygulandı. Kapalı cerrahi işlemde başarısız olunan 3 olgunun bir tanesi el cerrahisi, diğer ikisi ortopedi uzmanlarınca yapılmıştı. Altmış dokuz hastanın 13 ü çocuk hasta idi. Bunların ortalama yaşı 2.6(1.5-4) idi. Belirttiğimiz takip süresi içinde, uygulamamızda 84 parmaktan, toplam 3 parmaktaki yetersiz gevşetme ve nüks ile beraber genel başarısızlık oranı % 3.5 olarak gözlenmiştir. Hastalarda nörovasküler bir komplikasyon ve enfeksiyon gözlenmedi. Hastalarda 3 ile 7 gün arasında süren ancak progresif olarak azalan cerrahi bölgesinde ağrı ve hassasiyet tariflendi. Ancak tüm hastalar post op birinci günden itibaren el ve parmaklarını serbestçe kullanabilmişlerdir. Açık cerrahi ile mukayeseli yapılan 6 hastada kapalı cerrahiden memnuniyetin çok üstün olduğunu, açık cerrahide gerek 2 hafta ellerini korkuyla korumaları, gerek skar hassasiyetinin uzun sürmesi nedeniyle ve kapalı cerrahideki yüksek başarıımızdan dolayı açık cerrahi işleminden, nüks vakalarda kullanma haricinde, vaz geçtik. Başarılı tedavi uygulanan hastaların hepsi gerek ağrı, takılma, duyu ve gerek erken kullanım imkânı ve nihai memnuniyet açısından uygulanan kapalı tedaviden memnun kaldıkları gözlendi. Açık cerrahi gevşetme uyguladığımız altı kontrol hastasında herhangi bir sorun gözlenmedi. Ancak 12 gün süreyle bir ellerindeki yaraları pansumanla kapalı olarak tutuldu ve 12 günde dikiş alındıktan sonra ellerini tamamen serbest ve su ile kullanabilir hale geldiler. Diğer perkütan ameliyatlı ellerini ise günlük yaşamları için bir sorunla karşılaşmadan kullanabilmişlerdir. Böylece günlük yaşamda dışa bağımlı olmak ya da farklı zamanlarda iki ayrı cerrahi geçirmekten kurtulmuşlardır. Ayrıca randomize kontrollü çalışılan bu 6 hasta tekrar imkânları elverse baştan her iki elleri için kapalı tedaviyi tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Çocuk hastalarda tam başarı elde edildi ve komplikasyon gözlenmedi. Açık ve kapalı yöntemler uyguladığımız 6 olgunun ikisi çocuk hasta idi ve kontrollerde çocuklar kapalı gevşetilen parmaklarını umursamazlarken, açık yapılan parmaklarına dokundurmadan ve kullanmaktan kaçındıkları gözlenmişti.

### Tartışma ve Sonuç

Açık cerrahi girişimlerde ağırlı doku skarlan, iltihap, nörovasküler yaralanma, nüks etme, tendon bowstringi gibi komplikasyonlar rapor edilirken, perkütan gevşetmelerde nedense çok başarılı sonuçlar ve neredeyse sıfır komplikasyonlar rapor edilmektedir. Ancak bu yönteminde yüzde yüz güvenilir olamayacağı bilinmelidir. Yetersiz gevşetme, damar, sinir, tendon yaralanmaları ve nüks riskleri taşıdığı unutulmamalıdır. Kendi tecrübelerimize göre bu yöntemde başarısız kalma ve tekrar cerrahi olasılığı göz önünde bulundurulması gereken bir konudur. Kendi serimizde % 3.5 oranında bir çok düşük bir başarısızlık oluşmuştur. Yine perkütan gevşetmenin başarısız olup ta açmak zorunda kaldığımız üç parmakta tendon yüzeylerinde minimalde olsa multipli longitudinal laserasyonlara yol açtığımızı gözledik. Bu nedenlerle, ancak başarısız kalan bir tıbbi tedaviden sonra cerrahi tedavi yapılmalıdır. Çocuk hastalara da başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir. Gerek el cerrahisi eğitilmiş gerekse de ortopedi eğitilmiş cerrahların başarısında bir fark gözlenmemiştir. Hastalarda cerrahi bir yara olmaması, sadece lokal anestezi altında ve bir adet iğne dışında cerrahi malzeme gerektirmemesi ve çok kısa süreli bir ameliyat olması açık yöntemle göre büyük avantajlar yaratmaktadır. Tecrübeli ellerce ve iyi bilinecek anatomi bilgileri dâhilinde yapılması kaydı ile güvenilir ve uygun bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

**SÜTÜR KONFIGURASYONU VE YAKALAMA NOKTALARININ TENDON ONARIMI BİYOMEKANİĞİNE ETKİSİ VAR MIDIR? FLEKSOR TENDON TAMİRİNDE DEĞİŞİK KESSLER METODLARI KULLANILARAK YAPILAN BİR BİYOMEKANİK DEĞERLENDİRME**

*Yunus Doğramacı<sup>(3)</sup>, Aydıner Kalacı<sup>(3)</sup>, Teoman Toni Sevinç<sup>(3)</sup>, Erdiñç Esen<sup>(1)</sup>,  
Mahmut Kömürcü<sup>(2)</sup>, Ahmet Nedim Yanat<sup>(3)</sup>, Ganim Sümer<sup>(1)</sup>*

- 1) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Bölümü /Ankara
- 2) Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp fakültesi, Ortopedi Bölümü / Ankara
- 3) Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi Bölümü / Hatay

**Giriş**

Bu çalışma, modifiye Kessler ile çift modifiye Kessler fleksor tendon tamirinin mekanik özelliklerini karşılaştırmıştır ve her iki metodun basit modifikasyonlarını değerlendirmiştir.

**Metod**

40 taze koyun fleksor tendonu eşit 4 gruba ayrıldı. Transvers keskin kesi ile her tendon kesildi ve ardından tekli modifiye Kessler tekniği, longitudinal geçişte ek yakalama noktası ile desteklenen tekli modifiye Kessler, çift modifiye Kessler veya dış Kessler ve iç çapraz konfigürasyonun kombinasyonu şeklinde atılan çift modifiye Kessler tekniği karşılaştırıldı. Tendon tamirinin mekanik performansı MTS (material testing system) ile ölçüldü. Sonuçlar tendon uçları arasında 1 mm ayrışma gücü (N) ve kopma gücü ölçülerek değerlendirildi.

**Bulgu**

Tendon uçları arasında 1mm ayrışma ve kopma sonuçları, çift modifiye Kessler tamirlerinde tekli modifiye Kessler tamirine oranla istatistiksel olarak daha üstündü. Eşit sürür sayısı kullanıldığında, ek kilitleme noktası ile modifiye Kessler tamiri ve iç konfigürasyonu değiştirilmiş çift modifiye Kessler tamiri tendon uçları arasında 1 mm ayrışma ve kopma açısından karşılaştırıldı ve biyomekanik açıdan anlamlı fark bulunmadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Bu çalışmanın sonuçları göstermiştir ki tamir bölgesinden geçen sütün sayısı ve kilitli ilmik(locking loop) sayısı tamir gücünü etkiler, bunun yanında longitudinal sütün oryantasyonu ve sürürün destek noktası sayısının eğer tek ilmik(loop) yapılırsa tamirin gücüne ek katkısının olmadığı gösterildi.

**TENDON İYİLEŞMESİNE PERİOST VE AMNİYOTİK MEMBRANIN  
ETKİLERİNİN (Deneysel Çalışmada) KARŞILAŞTIRILMASI**

*Şener Özbölük, Yüksel Özkan, Alpaslan Öztürk, Serkan Aykut, Nazan Yalçın,  
Mehmet Recai Özdemir*

*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /Bursa*

**Giriş**

Tendon onarımından sonra yapışıklık, boşluk oluşumu ve kopma en sık karşılaşılan komplikasyonlardır. Yapışıklıkların önlenmesinde ameliyat sonrası erken hareket içeren egzersiz programları önemli bir yer tutmaktadır. Ancak erken hareket başlanması durumunda, boşluk oluşumu ve tendon kopması sık olmaktadır. Bu çalışmamızda, periost ve amniyotik membranın tendon iyileşmesi üzerine etkilerini histopatolojik ve biyomekanik olarak karşılaştırdık ve sonuçlarını literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

**Metod**

42 adet Yeni Zellanda tipi tavşanlar rastgele yöntemle 3 gruba ayrıldı. Tüm tavşanların sol bacak m. fleksör digitorum fibularis tendonları modifiye Kessler yöntemi ve çevresel destek dikiş ile onarıldı. Grup I (kontrol grubu) 'e sadece tendon tamiri, grup II tendon tamiri+onarım bölgesine amniyotik membran ve grup III tendon tamir+periosteal otogreft uygulaması şeklinde çalışma yapıldı. Ameliyat sonrası 2.ve 6. haftalarda germe testi ve histopatolojik inceleme uygulandı.

**Bulgu**

Biyomekanik incelemede 2. hafta tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.001$ ). Altıncı haftada ise grup III ile diğer gruplar arasında anlamlı fark saptanırken ( $p=0.002$ ,  $p=0.004$ ), grup II ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı. İkinci haftada histopatolojik olarak, yapışıklık, inflamasyon ve yeni kemik oluşumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Altıncı haftada ise grup II ve grup III' de yapışıklığın kontrol grubuna göre daha az olduğunu saptandı ( $p=0.026$ ,  $p=0.038$ ). Yeni kemik oluşumu sadece grup III'de saptandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Sonuç olarak; bu deneysel tendon iyileşme modelinde kullanılan periostun amniyotik membrana göre biyomekanik olarak üstünlüğü erken ve geç dönemde literatürde ilk defa çalışmamızda gösterildi. Ek maliyet getirmemesi, immünolojik reaksiyonlara neden olmaması ve otogreft olarak kolay temin edilebilmesi periosteal greftin en önemli avantajlarıdır. Periost kullanımı ile elde ettiğimiz deneysel sonuçlar ışığında bu uygulamanın klinikte özellikle kas tendon ve tendon kemik bileşke yaralanmalarının tedavisinde ve ayrıca yeni erken aktif egzersiz programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

**FLEKSOR TENDON TAMİRİNDE ‘PULL OUT’ KOMPLİKASYONU.  
İKİ FARKLI KİLİTLEME METODU KULLANILARAK YAPILAN BİR  
BİYOMEKANİK DEĞERLENDİRME**

*Yunus Doğramacı<sup>(3)</sup>, Aydıner Kalacı<sup>(3)</sup>, Teoman Toni Sevinç<sup>(3)</sup>, Ganim Sümer<sup>(3)</sup>,  
Anıl Emir<sup>(3)</sup>, Erdinç Esen<sup>(1)</sup>, Ahmet Nedim Yanat<sup>(3)</sup>, Mahmut Kömrcü<sup>(2)</sup>*

- 1) Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi Bölümü /Ankara
- 2) Gülhane Askeri Akademisi, Ortopedi Bölümü/Ankara
- 3) Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi Bölümü/Hatay

**Giriş**

Bu çalışma, modifiye Kessler fleksor tendon tamirinde 2 farklı kilitleme (locking loop) metodunun mekanik özelliklerini ve ‘pull-out’ u engelleme açısından karşılaştırmıştır.

**Metod**

20 taze koyun fleksor tendonu eşit 2 gruba ayrıldı. Transvers keskin kesi ile her tendon kesildi ve ardından modifiye Kessler metoduyla tendon tamirleri yapıldı. 1. grupta yandan kilitleme (side-locking) tekniği kullanıldı. 2. grupta bizim geliştirdiğimiz çift kilitleme düğümü tekniği (proksimal ve distaldeki çapraz köşelere, iki adet, içten geçen kilitleme düğümleri) kullanıldı. Tendon tamirinin mekanik performansı MTS (material testing system) ile ölçüldü. Sonuçlar tendon uçları arasında 1 mm ayrışma gücü (N), kopma gücü (N) ve kopma şekli ölçülerek değerlendirildi.

**Bulgu**

Tendon uçları arasında 1mm ayrışma gücü, kopma gücü ve kopma şekli değerlendirildiğinde, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Her 2 grupta da hiçbir örnekte pull out a bağlı başarısızlığa rastlanmadı. Her iki grupta da kopma yeri iki ucun arasında kalan düğümün altından gerçekleşti.

**Tartışma ve Sonuç**

Bu çalışmanın sonuçları göstermiştir ki bizim geliştirdiğimiz, pratikte kolayca uygulanabilen, çift kilitleme düğümü tekniği (double-locking knot) nin uygulanması, pratikte daha zor olan yandan kilitleme(side-locking) tekniği kadar pull-out u engellemede efektiftir. Anahtar kelimeler:

**S 50**  
**ÇAPA DİKİŞ TEKNİĞİ KULANDIĞIMIZ BAŞPARMAK ULNAR KOLLATERAL BAĞ**  
**TAMİRİ SONUÇLARIMIZ**

*Faik Murat Unsal Nevzat Selim Gökay, Burhan Uslu*

*İstanbul Memorial Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji / İstanbul*

**Giriş**

Başparmak ulnar kollateral bağ tamiri sonrası erken hareket başlanması immobilizasyona bağlı olan komplikasyonları önler ve bağ iyileşmesini hızlandırır.

**Metod**

Biz bu çalışmamızda 7 hastamıza (4 kadın, 3 erkek) ortalama yaşları 32 olan ve yaralanmadan 1 ila 3 hafta sonrası çapa dikiş tekniği ile ulnar kollateral bağ tamiri uyguladık. Hastalarımızı postoperatif ortalama 6 ay takip ettik. Postoperatif grafilerle eklem bütünlüğünü kontrol ettik. Pinch ve grip strength testi ile fonksiyonel iyileşmeyi takip ettik. Fizyoterapist eşliğinde postoperatif 3. günden sonra kontrollü olarak metakarpofalangeal (MP) ve Interfalangeal (IP) eklem hareketlerine başlattık. Atel tespiti kullanmadık.

**Bulgu**

Tüm hastalarımızda fonksiyonel stabilizasyon kazanıldı ve MP eklemde valgus stres testi stabil idi. MP eklem fleksiyon-ekstansiyon hareketinde ortalama % 8 kayıp, IP eklem hareketinde % 10 kayıp saptandı. Pinch testi diğer başparmağa oranla % 97, Grip strength ise % 96 olarak ölçüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Yapılan kadavra biyomekanik çalışmalarda çapa dikiş tekniği ile ulnar kollateral bağ tamiri sonrası aktif kontrollü erken hareket verilmesinin güvenli olduğu gösterilmiştir. Bizde bu çalışmamızda benzer sonuçlara ulaştık.

**S 51**  
**FLEKSÖR DİGİTORUM PROFUNDUS KAPALI AVÜLSİYON**  
**RÜPTÜRLERİNDE CERRAHİ OPERASYON SONRASI UYGULANAN**  
**REHABİLİTASYON PROGRAMI**

*Serap Birdane, Ömer Erçetin, Şadan Ay, Metin Akıncı, ismail Ceylan*

*El Cerrahi Merkezi /Ankara*

**Giriş**

FDP kapalı avülsiyon rüptürleri nadir görülen tendon lezyonlarıdır. Parmak aktif fleksiyondayken DİP ekleme uygulanan hiperekstansiyon kuvvetiyle meydana gelir. Bu çalışmada amaç; FDP kapalı avülsiyon rüptürünü takiben cerrahi operasyon sonrası uyguladığımız rehabilitasyon sonuçlarını sunmaktır.

**Metod**

Çalışmaya Ankara El Cerrahi Merkezine 2003- 2007 yılları arasında 11 hasta (11 parmak) FDP avülsiyon rüptürü tanısıyla başvurmuştur. Post op.immobilizasyon döneminde rehabilitasyon programının bir parçası olarak erken kontrollü harekete ,yerleştir ve tut(place and hold) egzersizlerine başlanmıştır. Post op. ortalama 5.gün bütün hastalara erken kontrollü harekete başlanmıştır. Olası PİP kontraktürlerini engellemek için hastanın durumuna göre atelde bilek ve MP eklemler pasif fleksiyona getirilerek PİP ekleme pasif ekstansiyonda germe hareketleri yaptırılmıştır. Post op. 4.hafta ateller çıkartılıp mobilizasyon dönemine geçilip, aktif bloklu hareketlere başlanmıştır. Post op. ö.hafta eklemler (PİP ve DİP) pasif ekstansiyonla zorlanarak oluşmuşsa kontraktürler açılmıştır. Bu dönemde kuvvetlendirme hareketlerine başlanmıştır. Post op. 2 ay tedavi süresi, 3 ay da takip sürmüştür.

**Bulgu**

2003- 2007 yılları arasında 11 hasta (11 parmak) FDP kapalı avülsiyon rüptür tanısıyla merkezimize başvurmuştur. 1 kadın, 10 erkek yaş ortalaması 30.6'dır. 5 tanesi sağ, 6 tanesi sol eldir. 5 tane 5.parmak, 6 tane 4.parmak avülse rüptürdür. Leddy sınıflandırmasına göre 6 avülsiyon Tip I, 3 avülsiyon Tip II, 2 avülsiyonda Tip III sınıfına girmektedir. Bütün hastalara pull out sütür uygulanmış hastalardan 4'ü primer, 3'ü geç primer ve 4'ü de greftlenerek tamir edilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç**

FDP avülsiyon rüptürlerinin tamirlerinden sonra çeşitli komplikasyonlar görülmektedir. İyi rehabilitasyon programı oluşabilecek komplikasyonları minimuma indirir. Özellikle PİP ekleme kontraktür, tendonda yapışma ve rüptür çok karşılaşılan bir durumdur. Bu yüzden erken ve kontrollü hareketlerin yeri rehabilitasyon programında çok önemlidir. Bizim sonuçlarımızı Strickland sınıflandırmasına göre değerlendirdiğimizde; 5 hastada mükemmel, 4 hastada iyi, 2 hastada orta sonuç elde edilmiştir. Tedaviye düzenli devam eden hastalarda eğer oluşmuşsa PIP kontraktürleri açılmış olup, hiçbir hasta da rüptür görülmemiştir.2 hastada orta sonucu almamızın sebebi hastaların rehabilitasyon programımıza uymamaları olarak saptanmıştır.

**S 52**  
**SİNİR ONARIMI YAPILMAMIŞ DİSTAL UÇ REPLANTASYONLARINDA**  
**DUYUSAL İYİLEŞME SONUÇLARIMIZ**

*Serdar Tunçer<sup>(2)</sup> İsmail Bülent Özçelik<sup>(1)</sup>, Hüsrev Purisa<sup>(1)</sup>, İlker Sezer<sup>(1)</sup>, Berkan Mersa<sup>(1)</sup>  
Fatih Kabakaş<sup>(1)</sup>, Pınar Çelikkelen<sup>(1)</sup>*

1) *İst-El, El Cerrahi, Mikrocerrahi ve Rehabilitasyon Grubu / İstanbul*

2) *İstanbul Bilim Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı /İstanbul*

**Giriş**

Tırnak yatağı distalindeki replantasyonlarda, sinirlerin bu seviyede dallanmış olmaları nedeniyle genellikle sinir onarımı yapılmaz. Parmakucu duyusu işlevsel açıdan çok önemli olup, replante edilen kısımların uzun vadede yeterli bir duyuya kavuşmaları gerekir. Bu çalışmada, sinir onarımı yapılmamış distal uç replantasyonlarının duyusal iyileşme sonuçları irdelenmiştir.

**Metod**

2000-2006 yılları arasında 112 parmakucu replantasyonu sadece arter onararak gerçekleştirildi. Bunlardan 76 tanesi (%67.8) başarılı oldu. Replantasyonun başarılı olduğu hastalardan 31 tanesinde (38 parmak) geç dönem duyu analizi yapıldı. Duyu incelemesi Semmes VVeinstein testi, statik ve dinamik 2 nokta ayırım testleri ve vibrasyon duyusu testleri ile yapıldı. Ayrıca hastalarda atrofi ve tırnak deformitesi ve çalışan hastalarda işe dönüş süreleri incelendi.

**Bulgu**

Semmes VVeinstein testine göre %29 (11/38) hastada normal duyu, %60.5 hastada hafif dokunma duyusunda azalma, %7.9 (3/38) hastada koruyucu duyuda azalma ve %2.6(1/38) hastada koruyucu duyu kaybı görüldü. Ortalama statik 2 nokta ayırımı 7.2mm(3-11) ve dinamik 2 nokta ayırım 4.6mm(3-6) idi. 14(%36.8) hastada atrofi görüldü. 9 parmakta (%23.7) tırnak deformitesi vardı. Ortalama işe dönüş süresi 3.07 (2-5) aydı. Soğuk intoleransı ve atrofi nedeniyle memnun olmayan iki hasta haricinde tüm hastalar sonuçtan memnundu.

**Tartışma ve Sonuç**

Parmakucu amputasyonlarında replantasyonun, parmak uzunluğunu koruması, kozmetik açıdan iyi sonuç vermesi, donör saha morbiditesi yaratmaması, tırnak şeklini restore etmesi gibi avantajları vardır. Bu çalışmada, sinir onarımı yapılmamış olan parmakucu replantasyonlarında duyusal iyileşme sonuçlarının hastaların çoğunda tatmin edici düzeylerde olduğu görüldü. Atrofi veya tırnak deformitesi gibi problemler olmakla birlikte, replantasyonun fonksiyonel ve kozmetik açıdan en iyi sonuçları vermektedir. Bu nedenle, distal uç amputasyonlarında, şartlar uygun ise replantasyon yapılmasını önermekteyiz.

**KLASİK YÖNTEMLE YAPILMIŞ AÇIK KARPAL TÜNEL AMELİYATI SONRASI GEÇ DÖNEM KOMPLİKASYONLAR**

*Hakan Bova<sup>(1)</sup>, Özal Özcan<sup>(1)</sup>, Haluk H. Öztekin<sup>(2)</sup>*

*Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı / Afyonkarahisar  
Başkent Üniversitesi, Zübeyde Hanım Uyulama ve Araştırma Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji Departmanı / İzmir*

**Giriş**

“Klasik açık karpal tünel cerrahisi”, pratikte karpal tünel cerrahi tedavisinde en çok tercih edilen yöntemdir. Ameliyat sonrası sıklıkla izlenen problemler pillar ağrısı, skar hasasiyeti ve kalıcı zayıflıktır. Bu komplikasyonlar hasta memnuniyetsizliği ve işe dönüşte zaman kaybından sorumludurlar. Cerrahi insizyon sırasında palmar kutanöz sinirlerin yaralanması ve transvers karpal ligamanın ayrılması ile karpal biomekanik ve morfolojisindeki değişiklikler bu komplikasyonlardan sorumlu tutulmuştur. Bu komplikasyonlardan kaçınmak için endoskopik ve sınırlı palmar insizyon cerrahi teknikleri geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı klasik açık karpal tünel cerrahisi sonrası geç dönemde bu komplikasyonların sıklığını belirlemektir.

**Metod**

En az 12 ay önce “klasik açık karpal tünel cerrahi yöntemi” ile ameliyat edilmiş olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hasta bilgileri geriye dönük olarak değerlendirildi. 4 hasta inflamatuvar hastalık öyküsü pozitif olduğu için çalışmadan çıkartıldı. Kalan vakaların tümünde idiopatik etioloji vardı. Tanı öykü, fizik muayene ve elektromyografik çalışma ile konuldu. 5 hastaya son takipte ulaşılamadı. Bütün ameliyatlar lokal anestezi ve intravenöz sedasyon uygulaması ile yapıldı. Kola havalı turnike uygulandı. Kaplan’ın oblik çizgisinin hemen proksimalinden distal elbileği kıvrımına kadar uzanan alanda tenar kıvrımın 2 mm unlar tarafından cilt insizyonu yapıldı. Sırasıyla subkutan doku, palmar fasia, fiexsör retinakulum ve antebrakial fasia ayrıldı. Kutanoz sinirleri bulmaya ve korumaya yönelik herhangi bir işlem yapılmadı. Yara primer cilt sürürü ile kapatıldı, immobilizasyon için alçı-ateli, breys kullanılmadı. Postoperatif dönemde ilk 3 gün kalın pamuklu bandaj uygulandıktan sonra klasik bandaj yapıldı, hasta tolere edebildiği oranda hemen aktif elbileği ve parmak hareketleri için teşvik edildi. İkinci hafta sonunda dikişleri alındı. En son takipte her bir hastada pillar ağrısı, scar hasasiyeti ve tinel bulgusu araştırıldı. Tinel bulgusu cerrahi insizyon alanında yapılan parmak perküsyonu ile araştırıldı. Skar hasasiyeti cerrahi insizyon bölgesinin sıvazlanması ile araştırıldı. Pillar ağrısı 3 farklı yöntemle araştırıldı; el sıkma, tenar ve hipotenar bölgeler üzerine tek tek yada aynı anda basınç uygulaması, Masa testi. Masa testinde hasta masadan yaklaşık 30 cm uzakta dururken ellerini masanın kenarına koyar ve vücut ağırlığı ile elleri üzerine yüklenir, bu sırada ameliyat olan tarfta ağrı ve rahatsızlığın olup olmadığı değerlendirilir.

**Bulgu**

50 hastanın 55 eli değerlendirildi. 46 kadın, 4 erkek vardı. Yaş ortalaması 57(37-78 yaş) olarak tespit edildi. 5 hastanın 2 elide farklı zamanda ameliyat edilmişti. 16 el dominantti. Ortalama takip süresi 20 ay (12-28 ay) olarak bulundu. 10 elde (%18.2) hastalar hiçbir dış provokasyon olmaksızın aralıklı olarak ortaya çıkan yanıcı tarzda bir rahatsızlık hissinin varlığını bildirdiler. Tinel bulgusu 3 elde (%5.5), skar hassasiyeti 4 elde (%7.3) tespit edildi. Pillar ağrısı el sıkma testi, tenar-hipotenar bası uygulaması sırasında tüm hastalarda negatif olarak izlendi fakat masa testi uygulamasıyla 7 hastada (%12.7) pozitif olarak tespit edildi. Tinel bulgusu, skar hassasiyeti ve yanıcı rahatsızlık hissinin pillar ağrısı üzerine olan etkileri lojistik regresyon analiz modeli ile incelendi. Yanıcı rahatsızlık hissi olan ellerde pillar ağrısının daha sık izlendiği tespit edildi (p=0.004, 95%CI: 2.88-240.85). Tinel bulgusu ve skar hassasiyeti ile pillar ağrısı arasında böyle bir ilişki yoktu (p=0.09, p=0.41). Bir elde refleks sempatik distrofi izlendi. Fizik tedavi ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç tedavisi ile tamamen iyileşti.



## *11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

### **Tartışma ve Sonuç**

Ulnar ve median sinirlerden gelen duyusal dallar avuç içinde proksimalde klasik açık karpal tünel cerrahisi için yapılan insizyon hattından geçer. Bu alanda bulunan duyusal sinirlerin standart anatomik organizasyonu yoktur. Cerrahi sırasında kutanöz sinirler yaralanabilir. Klasik açık karpal tünel cerrahisinde kutanöz sinir liflerinin tespiti ve korunması ile komplikasyonların önlenebileceği düşünülmüştür. Ancak avuç içinde yumuşak dokulardan ayırt edilmesi mümkün olmayan birçok küçük sinir lifi vardır. Gerek endoskopik gerekse limitli insizyon tekniklerinde rapor edilen komplikasyon oranları ile kıyaslanırsa bizim sonuçlarımızın çok da kötü olmadığı izlendi. Ancak uzun dönem takiplerde dahi düşük oranda da olsa klasik açık karpal tünel cerrahisi sonrası komplikasyonların izlenebileceği ortaya kondu. Yanıcı tarzda rahatsızlık hissi, pillar ağrısı, skar hassasiyeti ve Tinel bulgusunun klasik açık karpal tünel cerrahisi uygulaması sonrası yaklaşık 2 yıl takipte düşük oranda da olsa izlenebilir. Nadiren memnuniyetsizliğe sebep olsa da hasta klasik açık karpal tünel cerrahisi sonrası izlenme potansiyeli olan bu komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmelidir. Masa testi pillar ağrısının açığa çıkarılmasında, diğer değerlendirme yöntemleri negatif olsa dahi yaralı olabilir.

**İDYOPATİK KARPAL TÜNEL SENDROMU TANISINDA MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME: MRG EMG’NİN YERİNİ ALABİLİR Mİ?**

*Ahmet Yılmaz, Alper Pınar, Bozkurt Gülek, Mehmet Şirik*

*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /Adana*

**Giriş**

Genel uygulamada idyopatik karpal tünel sendromu tanısı klinik değerlendirmenin yanı sıra elektrodiagnostik testler (EMG) ile desteklenmektedir. Bu çalışmada; EMG’nin ağırlı ve invazive bir yöntem olması, tanı konan ve ameliyat edilen hastalarda yalancı negatif oranının yüksek bildirilmesi ve manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) kolay elde edilebilirliği nedeni ile idyopatik karpal tünel sendromu tanısında MRG’nin yeri ve klinik uygulama değeri araştırılmıştır.

**Metod**

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde tetkik ve tedavileri yapılan 41 hastanın 64 eli prospektif olarak incelendi. Hastaların tamamı kadın olup ortalama yaş 49,2 dir. Uç ayın üzerinde öyküsü olan, konservatif tedaviye cevap vermemiş yada hiç tedavi edilmemiş hastalar incelemeye alındı. Klinik olarak idyopatik karpal tünel sendromu olduğu düşünülen hastalara EMG uygulandı. EMG incelemesi pozitif gelen 64 elin el bileğine yönelik manyetik rezonans görüntüleri alındı. MRG’de median sinir sinyaline, fiक्सör retinakulum sinyaline ve kavisinin artmasına, tenar müsküler sinyale ve fiक्सör tendon aralıklarının daralmasına bakıldı. .

**Bulgu**

64 elin 61 (%95,3) inde elde median sinir sinyal yoğunluğunda artış tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

İdyopatik karpal tünel sendromu tanısının EMG ile desteklenmesi hususunda görüş bildirilmiştir (1, 2, 3). Ancak klinik olarak tanı konmuş ve ameliyat edilmiş bir kısım hastada yapılan çalışmalarda EMG’de %6-22 arasında değişen oranda normal sonuç elde edilmiş ve EMG’nin tanıya katkısının az olduğu belirtilmiştir (4, 5, 6, 7). MRG’nin el bileğine yönelik incelemelerinde, el bileğinde tünel proksimalinde median sinirde ödem, median sinirinin tünel içinde yassılaşması, fiक्सör retinakuluma palmar kavisleşme ve median sinirde artmış sinyal yoğunluğu değerlendirilmiştir (5, 6, 8, 9). Değerlendirmelerde median sinir sinyal yoğunluğunda ki artış dikkati çekmiştir. Biz çalışmamızda MRG’de 64 elin 61 (%95,3) inde median sinir sinyal yoğunluğunda artma tespit ettik. Sinyal yoğunluğu artışı sinirde patolojinin olduğunu gösteren bir bulgudur. Klinik olarak tanısı konmuş idyopatik karpal tünel sendromunda MRG’de median sinir sinyal yoğunluğu artışının tanıyı doğruladığı ve yeterli olduğu kanaatindeyiz.

## KARPAL TÜNEL SENDROMUNUN TANISINDA ULTRASONOGRAFİNİN ETKİNLİĞİ VE SÜBJEKTİF SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ

*Haluk Özcanlı<sup>(1)</sup>, Emel Alimoğlu<sup>(2)</sup>, Serdar Tüzüner<sup>(1)</sup>, Ali Apaydın<sup>(2)</sup>*

1) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Antalya

2) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı /Antalya

### Giriş

Karpal Tünel Sendromu(KTS) elde en sık gözlenen tuzak nöropatidir. Günümüzde hastalığın tanısı fizik muayene ve elektrofizyolojik testlerle (EMG) kolaylıkla konmaktadır. Son yıllarda yüksek frekanslı ultrasonografinin KTS tanısındaki etkinliği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. EMG günümüzde KTS tanı ve izleminde yaygın olarak kullanılan uygulaması ağırlı ve invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmadaki amacımız KTS tanısında Ultrasonografinin etkinliği ve semptomların şiddeti ile ultrasonografik bulguların ilişkisini değerlendirmektir.

### Metod

Fizik muayene ile tanısı konmuş olgulara sübjektif yakınmalarının şiddetini ağrı skalasında belirlemeleri istenmiştir. Bu hastalar daha sonra ENMG ile değerlendirilmiştir. Bu bilgiler ışığında sonuçlardan haberi olmayan deneyimli bir Radyoloji uzmanı tarafından 14 MHz'lik yüksek frekanslı ultrasonografi uygulanmıştır. Median sinir kesit alanı 10 mm<sup>2</sup>'nin üzerindeki ölçümler tanısal olarak anlamlı kabul edilmiştir. 118 olgu çalışmaya katılmıştır. Median sinir anomalileri ve daha önce el bileği bölgesinden ameliyat geçiren olgular çalışma dışı bırakılmışlardır.

### Bulgu

54 olgu hem fizik muayene hem de ENMG ile karpal tünel sendromu olarak tanı almışlardı. Hastaların ortalama yaşı 55.3 (42-75). Yapılan değerlendirmede median sinirin ortalama kesit alanı 14.9 +/- 5.7 mm<sup>2</sup> bulunmuştur. 54 olgunun 7'sinde kesit alanı 10 mm<sup>2</sup>'nin altındaydı. KTS tanısında ultrasonografinin sensitivitesi %87 olarak bulunmuştur. Hastaların semptom şiddeti ile ultrasonografik bulgular arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.000 Kruskal Wallis).

### Tartışma ve Sonuç

Ultrasonografinin Karpal tünel sendromunun tanısındaki etkinliği kanıtlanmıştır, artmış kesit alanı ölçümleri, sinirin yassılaşması tanı kriterleridir. Yapılan çalışmalarda KTS tanısında sensitivitesi %70-88, spesifitesi %57-97 arasında bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda ultrasonografinin sensitivitesi %87 olarak bulunmuştur ayrıca semptomların şiddeti ile ultrasonografik bulgular arasında yüksek korelasyon mevcuttur. Sonuç olarak ultrasonografik değerlendirme KTS tanısında non invaziv, ağrısız ve kısa sürede uygulanabilecek etkin bir tanı yöntemidir.

**S 56**  
**DİYALİZ HASTALARINDA KARPAL TÜNEL SENDROMU PREVALANSI:**  
**BİR MERKEZ DENEYİMİ**

*Erdem Bagatu<sup>(1)</sup> Mehmet Yetiş<sup>(2)</sup>, Sinan Trabulus<sup>(3)</sup>, Mine Beslet<sup>(3)</sup>*

1) Medical Park Bahçelievler Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul

2) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul

3) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ve Diyaliz Servisi /İstanbul

### **Giriş**

Uzun süreli diyaliz hastalarında diyalize bağlı amiloidoz sık ve ciddi bir komplikasyondur. Diyalize bağlı amiloidoz öncelikle iskelet sistemini etkileyerek osteoartropati, spondiloartropati ve karpal tünel sendromuna (KTS) neden olur. Beta-2 mikroglobulin amiloid fibrilleri şeklinde fiyeksör retinakulum, tenosinoviyum ve tendonlarda birikerek karpal tünel içindeki basıncın artmasına ve median sinir basısına yol açar. Bu çalışmada S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören hastalarda KTS prevalansı araştırıldı.

### **Metod**

S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde kronik böbrek yetersizliği nedeniyle hemodiyaliz veya sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan 135 hastanın 53'ü KTS yönünden prospektif olarak incelendi. Hastaların diyaliz süreleri ve sıklığı kaydedildi. Hastalarda median sinir dağılımına uyan bölgede ağrı, uyuşma, güç ve beceri kaybı, belirtilerin gece artması ve bu nedenle uyanma sorgulandı. Klinik muayenede tenar atrofi, Tinel ve Phalen testleri kriter olarak alındı. Öykü ve klinik muayene ile KTS tanısı düşünülen hastalardan nörofizyolojik testler istendi ve yalnızca pozitif sonuçları olan hastalarda KTS tanısı kesinleştirildi.

### **Bulgu**

Hastaların diyaliz süreleri ortalama 9,5 yıldır (dağılım 2-25). Kırık sekiz hasta haftada 3, 5 hasta 2 gün tedavi görüyordu. Klinik muayene yapılan 53 hastanın 32'sinde yakınlardan en az biri, 27'sinde ikisi, 19'unda üçü vardı. Hastaların 26'sında tenar atrofi saptandı, 17'sinde Phalen testi ve 14'ünde Tinel testi pozitif. Klinik olarak KTS tanısı konulan 21 hastaya nöro fizyolojik testler yapıldı, 16 hastada nörofizyolojik olarak çift taraflı KTS tanısı konuldu, ameliyat önerilen hastalardan 6'sı kabul etti. Bu çalışma grubundaki KTS prevalansı %30 (16/53) bulundu. Tanısı kesinleşen 16 hastanın 14'ü 10 yıldan uzun süredir tedavi görmekteydi.

### **Tartışma ve Sonuç**

Diyalize bağlı amiloidoz KTS'ye neden olabilir ve KTS insidensi diyaliz süresi ile doğrudan ilişkilidir. Populasyon tarama çalışmalarında KTS prevalansı %7 iken bu grupta KTS prevalansı %30 gibi yüksek bir oranda bulundu ve özellikle 10 yılı aşkın süredir diyaliz tedavisi gören hastalarda KTS sıklığı daha fazlaydı. Diyalize bağlı KTS bazı açılardan idiyopatik KTS'den farklıdır; kadın ve erkeklerde aynı sıklıkla görülür, ameliyat sonuçları her zaman çok iyi değildir ve nüks oranları yüksektir. Diyaliz hastalarında KTS'nin önemli bir sorun olduğu ve tanının geri dönüşsüz sinir hasarı oluşmadan önce konulabilmesi için hastaların belirli aralıklarla değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız.

**KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA KULLANILAN TANISAL TESTLERİN  
CERRAHİ TEDAVİ SONRASI HASTA İZLEMİNDEKİ ÖNEMİ**

*Murat Gülçek<sup>(1)</sup>, Fuad Öken<sup>(1)</sup>, Özgür Yıldırım<sup>(2)</sup>, Vuslat Sema Ünal<sup>(1)</sup>, Serap Yücel Gülçek<sup>(2)</sup>,  
Ahmet Uçaner<sup>(1)</sup>*

1) Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği/Ankara

2) Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Radyodiyagnostik Kliniği/Ankara

**Giriş**

Bu çalışmada Karpal tünel sendromu tanısıyla cerrahi tedavi edilen hastaların izleminde görülen klinik düzelmenin, USG (ultrasonografi) ve EMG (elektromyografi) değerlendirme ile ilişkisi araştırılmıştır.

**Metod**

Kliniğimizde 2005 - 2007 tarihleri arasında cerrahi yapılan 28 hastanın 31 el bileği çalışmaya alındı. Primer karpal tünel sendromlu klasik açık teknikle opere edildi. Operasyon öncesi hastalardaki sinir fonksiyonları klinik olarak Boston skalası kullanılarak değerlendirildi. Fonksiyonel ve semptom skorları saptandı. Proximal tuzak sendromlarının ayırıcı tanısı yapıldı. Her hastaya EMG incelemesi ve ultrasonografik nervus medianus çap ölçümü yapıldı. Hastalar ameliyattan 45 gün sonra ameliyat öncesi kullanılan aynı parametrelerle tekrar değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizi Wilcoxon Signed Ranks Test ve nonparametrik korelasyon testleri ile yapıldı.

**Bulgu**

Boston skalasına göre ameliyat öncesi ortalama fonksiyonel skor 2,5'tan sonrasında ortalama 1.6'ya, semptomatik skor ise ortalama 2,7 den 1,3 değerine gerilemiş ve hastalarda klinik düzelme sağlanmıştır (p<0.001). Buna karşın, EMG ve USG tetkikinde ameliyat öncesi ile sonrası saptanan değerlerde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastaların ortalama 1 yıllık izleminde nüks saptanmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç**

Kliniğimizde postoperatif erken dönemde hastaların takibini erken semptomatik ve fonksiyonel iyileşme bulgularını değerlendirerek yapıyoruz. Bu işlemin nicelik olarak ifadesi için en uygun ölçeklerden biri olduğunu düşünülen Boston skalasına göre yapıyoruz. Karpal tünel sendromu tanı ve takibinde klinik muayenelerin yanında EMG, USG gibi laboratuvar testleri de kullanılmaktadır. Literatürde belirtildiği gibi, bu testlerin belli bir yanılma (yanlış negatif veya pozitif) oranı mevcuttur ve bu oran ameliyat sonu takipte de devam eder. Çalışmamız sonucu göstermiştir ki Karpal tünel sendromu tedavisi yapılan hastalar için en güvenilir takip yöntemi klinik muayenedir. Boston skalası erken dönem klinik değerlendirme için iyi, kullanımı kolay bir ölçektir.

**KARPAL TÜNEL SENDROMLU HASTALARDA DEKSAMETHASON İYONTOFOREZİNİN AĞRI VE DUYU KAYBI ÜZERİNE ETKİNLİĞİ**

*Tomris Duymaz<sup>(1)</sup>, Dilşad Sindel<sup>(2)</sup>, Ayşe Zengin<sup>(1)</sup>*

1) İstanbul Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu / istanbul

2) İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı /istanbul

**Giriş**

Deksamethason sodyum difosfat iyontoforezi yıllardan beri bir çok kas iskelet sistemi inflamatuvar hastalıklarında kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı konservatif olarak uygulanan deksamethason ile iyontoforez tedavisinin hafif tutulurdu Karpal Tünel Sendromlu (KTS) hastalarda ağrı şiddeti ve duysal kayıp üzerine olan etkisini araştırmaktır.

**Metod**

Elektromyografik ölçümle hafif şiddette KTS teşhisi konulan 38 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar randomize edilerek deksamethason iyontoforezi (n=20) ve plasebo iyontoforez (n=18) olarak 2 gruba ayrıldı. İyontoforez, aktif elektrod olan katoda 20 mg deksamethason sodyum difosfat solüsyonu dökülerek 2 mA şiddetiyle 20 dakika boyunca, plasebo iyontoforez aynı aletle, şiddetle ve uygulama süresiyle her iki elektroda su dökülerek 15 seans, 3 hafta boyunca, haftada 5 gün olacak şekilde yapıldı. Her iki grup aynı zamanda üç aylık tendon ve sinir kaydırma egzersizleri, gece splinti ile aktivite modifikasyonlarından oluşan kombine fizyoterapi programına alınmıştır. Kaydırma egzersizleri günde 3 sefer 10'ar defa yapılacak şekilde uygulandı. Tedavinin başlangıcında, tedavi sonunda ve tedavi bitiminden üç ay sonra, hastaların ağrı şiddeti VAS (Visual Analog Skala) ile; duyu kaybı ise Semmes-Weinstein Monofilament testi ve iki nokta diskriminasyon testi ile değerlendirildi. Çalışmanın veri analizinde SPSS 10.0 istatistik programı kullanıldı.

**Bulgu**

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası VAS değerleri karşılaştırıldığında her iki grupta istatistiksel açıdan anlamlı iyileşmenin olduğu ( $p<0,05$ ) saptanmıştır. Deksamethason iyontoforezi grubunda tedavi bitimi ve üç ay sonundaki değerler arasındaki farkın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $p=0,002$ ); ancak plasebo iyontoforez grubunun 3 ay sonraki değerlerinde anlamlı farkın olmadığı ( $p>0,05$ ) bulunmuştur. Monofilament ve iki nokta diskriminasyon testleri değerlerinin deksamethason iyontoforezi grubunda hem tedavi sonunda hem de üç ay sonraki takipte istatistiksel açıdan anlamlı biçimde iyileştiği ( $p<0,05$ ) bulunmuş; plasebo iyontoforez grubunda ise istatistiksel açıdan anlamlı gelişme saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tartışma ve Sonuç**

Sonuçlara göre hafif tutulumlu KTS hastalarında deksamethason iyontoforez tedavisi, ağrı şiddeti ve duysal kayıp üzerine güvenilir etkileri olan bir yöntem olarak görünmektedir. Daha geniş gruplarda yapılan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**SİNİR DEFEKTLERİNİN DEĞİŞİK KALINLIK VE SAYIDA SİNİR ALLOGRAFT KABLOLARI İLE ONARIMINDA FONKSİYONEL SONUÇLARIN ANALİZİ: DENEYSEL ÇALIŞMA**

*Alper Sarı, Şakir Ünal, Erhan Sönmez, Maria Siemionow*

*Cleveland Clinic Foundation, Department of Plastic Surgery / Cleveland / OH/ USA*

**Giriş**

Sinir defektlerinin onarımında otojen yada allojen greftler kullanılabilir. Sinir allogreftlerinin avantajı bol miktarda donör sinir sağlayabilmeleridir.

**Metod**

Çalışmamızda Lewis (LEW RT11) sıçanlarında oluşturulan 1.3cm siyatik sinir defektleri, Brown Norway (BN RTIn) sıçanlarından alınıp aynı boyutta hazırlanan sırasıyla tekli kablo sural (Grup 1), tekli kablo peroneal (Grup 2), üçlü kablo sural-peroneal-tibial (Grup 3) ve kalın tek kablo siyatik (Grup 4) sinir greftleriyle onarılmıştır. İmmünoşüpresyon için tüm alıcılara 7 gün alfabet-T-hücre reseptör (TCR) monoklonal antikor ve siklosporinA uygulanmıştır. Duyu ve motor fonksiyon ayak geri çekme (AGÇ) ve parmak açma (PA) testleriyle 3, 6 ve 12'inci haftalarda değerlendirilmiştir. Somatosensoryel uyarılmış potansiyel (SSUP) incelemeleriyle Pl ve N2 dalga latansları 6 ve 12'inci haftalarda incelenmiştir. Yüzüncü gün sağ ve sol gastrocnemius kasları örneklenip, yaş kas ağırlıkları (YKA) ölçülerek deneklerde sağ/sol ağırlık indeksleri hesaplanmıştır.

**Bulgu**

Üçlü sural-peroneal-tibial kablo (Grup 3) ve tam kablo siyatik (Grup 4) greftlerle onarım yapılan gruplardan elde edilen AGÇ ve PA skorları tek kablo sural (Grup 1) yada peroneal (Grup 2) greftlerle onarım yapılan gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Altıncı hafta SSUP sonuçlarında gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Onikinci haftada tek kablo peroneal onarım grubunun (Grup 2) Pl dalga latans oranları üçlü sural-peroneal-tibial kablo (Grup 3) ve tam kablo siyatik (Grup 4) gruplarına göre yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.01$ ). YKA indeks incelemelerinde tek kablo sural (Grup 1) ve tek kablo peroneal (Grup 2) onarım gruplarının sonuçları üçlü sural-peroneal-tibial kablo (Grup 3) ve tam kablo siyatik (Grup 4) gruplarına göre düşük bulunmuştur. Grup 1 ile 3 ve Grup 1 ile 4 arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı oldukları görülmüştür ( $p<0.01$ ).

**Tartışma ve Sonuç**

Kısa süreli TCR monoklonal antikor ve siklosporinA tedavisi altında uygulanan allojenik üçlü kablo (sural-peroneal-tibial) ve kalın tek kablo siyatik sinir greftleri, ince tek kablo sural veya peroneal sinir greftlerine göre daha iyi rejener olup, daha iyi fonksiyonel iyileşme bulguları vermektedirler.

**SİNİR UYARISI İÇİN ELEKTROKOTERİN KULLANIMI**

*Nazım Karalezli<sup>(3)</sup> Tunç Cevat Öğün<sup>(2)</sup>, Serhat Yıldırım<sup>(5)</sup>, Mehmet Öz<sup>(2)</sup>, Hatice Toy<sup>(4)</sup>,  
Aydın Yüçetürk<sup>(1)</sup>*

- 1) Anadolu Sağlık Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji /Kocaeli
- 2) Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Deneysel Araştırma Merkezi/Konya
- 3) Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Konya
- 4) Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji /Konya
- 5) Van Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji / Van

**Giriş**

Sinir uyarısı için kullanılan stimülatörlerinin temini her zaman kolay olmamaktadır. Ayrıca üst üste iki veya daha fazla hastada kullanımı sterilizasyon zorluğu nedeniyle zor olabilmektedir. Yüksek frekansın dolayısıyla yüksek frekansla çalışan elektrokoterin sinir uyarısı yapmayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı yüksek frekanslı akımın sinir uyarısında kullanımı ile sinir uyarısı yapıp yapmadığını görmek ve ayrıca sinirde yaptığı hasarı araştırarak, elektrokoterin düşük voltajda sinir stimülatörü olarak kullanılabilirliğini araştırmaktır.

**Metod**

36 adet beyaz Sprague-Dawley tipi dişi ratlar kullanılan akımın şiddetine göre rastgele 6 gruba ayrıldı. Periton içine ketamin uygulanarak anestezi verilen 1.,2.,3.,4.,5. ve 6. gruptaki ratların siyatik sinirlerine sırası ile 1,2,3,4,5 ve 6 wathk akımlar hafif dokunuşlar şeklinde beşer kez uygulandı. Uyarı verilen sinir bölgeleri 21 gün sonra çıkartılarak patolojik incelemeye alındı. Perinöral ve/veya intrafasiküler inflamasyon, konnektif dokuda artış, vasküler proliferasyon, granülomatöz reaksiyon ve fasiküler dejenerasyon mikroskopik olarak incelendi.

**Bulgu**

Tüm gruplardaki ratlarda uyarı verildikten sonra kaslardaki hareketlenme gözle görülebilir şekildeydi. 4. ve özellikle 5. ve 6. gruptaki ratlarda uyarı verildikten sonra sinirde makroskopik olarak görülebilen hasar oluştu. Patolojik olarak incelendiklerinde ise 1 ve 2 wathk akım kullanılan grup 1 ve 2 deki ratların sinirlerinde hafif, 3 ve 4 wathk akım kullanılan grup 3 ve 4 deki ratların sinirlerinde orta ve 5 ve 6 wathk akım kullanılan grup 5 ve 6 daki ratların sinirlerinde ise ileri derecede değişiklikler saptandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Elektrokoterin sinir uyarısı için kullanılabilirliği ile ilgili bir çalışmaya literatürde rastlamadık. Hemen her hasta için zaten ameliyat sırasında kullanılan bir malzemenin başka bir amaçla da kullanılabilir olmasının kullanım kolaylığı sağlayacağı kanaatindeyiz.



## RADIAL SİNİR ONARIMI: PRİMER İNTERNAL SPLİNT GEREKLİ Mİ?

*Murat Kayalar, Emin Bal, Tulgar Toros, Yusuf Gürbüz, Yalçın Ademoğlu, İbrahim Kaplan*

*El Mikrocerrahi Ortopedi ve Travmatoloji(EMOT) Hastanesi /İzmir*

### **Giriş**

Radial sinir üst ekstremitede en sık yaralanan sinir olarak bildirilmektedir. Bu retrospektif çalışmanın amacı, radial sinir onarımı yapılan 25 hastada sinir iyileşme süreleri ve kalitesini araştırmaktır.

### **Metod**

1993-2007 yılları arasında radial sinir onarımı yapılan 41 hastadan kontrol çağrısına gelen 25 hasta değerlendirildi. Hastaların 18 i erkek, 7 si kadın olup, yaş ort. 27,3 (6-51) dir. Yaralanma şekli, 12 hastada kesici- delici alet, 4 hastada ezilme tarzı, 4 hastada kapalı humerus kırığının eşlik ettiği traksiyon yaralanması, 3 hastada açık kirli yaralanma, 1 hastada iyatrojenik ve 1 hastada ateşli silah yaralanması olarak saptandı. Yaralanmadan operasyona kadar olan geçen süre ortalama 36,7 (2 saat-271)gündü. 10 hastada otolog sinir greftleri ile grup fasiküler onarım, 15 hastada epiperinöral ucuca tamir yapıldı. Hiç bir hastaya internal splint uygulanmadı. İyileşme süreleri ile el bileği, başparmak ve parmak ekstansörlerinin kas güçleri BMRC sistemine göre değerlendirildi.

### **Bulgu**

Hastaların ameliyat sonrası izlem süresi ort.42,8(11-183) aydı. Sinir iyileşmesi için geçen süre ortalaması 7(4 -15) ay olarak saptandı. Sinir grefti uygulanan grupta iyileşme süresi 9,9 ay (5-12) iken, ucuca tamirlerde 5,3 ay(4-9) idi. 25 hastanın 23(%92)sinde onarılan radial sinir iyileşti. Başparmak ekstansör gücü 21 hastada M5, 2 hastada M4, 2 Hastada M0; el bileği ekstansör gücü 22 hastada M5, 1 hastada M4, 2 hastada M0; parmak ekstansörlerinin güçleri 22 hastada M5, 1 hastada M4, 2 hastada M0 saptandı. Sinir iyileşmesi olmayan 2 hastada sekonder tendon transferi uygulandı. 4 hastada aktiviteyle ortaya çıkan parestezi şikayeti mevcuttu.

### **Tartışma ve Sonuç**

Radial sinir tamirlerinde iyileşme oranı %92 olarak saptanmıştır. İyileşmeyen iki hastamızda yaralanma şeklinin etkili olduğunu düşünüyoruz. Bu hastalarımızdan birinde yaralanma şekli ateşli silah yaralanmasıydı, diğer hastamız da ise eşlikeden brakial arter yaralanması vardı. Bu çalışma, yaş ortalaması 27,3(6-51) ve gecikme süresi ortalama 36,7 gün (2saat-271 gün) olan hasta grubunda, radial sinir iyileşme oranının oldukça yüksek olduğunu ve internal splint uygulamasına gerek olmadığını göstermektedir

S 62  
**PEDİYATRİK OLEKRANON KIRIĞINA BAĞLI ULNAR SINİR  
TUZAKLANMASI**

*Kadir Ertem*

*İnönü Üniversitesi, T. Özal Tıp Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı / Malatya*

**Giriş**

Üst ekstremitte kırıklarına bağlı ulnar sinir sıkışma sendromları, suprakondiler kırıklarda, medial kondil kırıklarında, dirsek çıkıklarında, önkol radio-ulnar diyafiz kırıklarında, ve Galezia kırıklarında, distal ulna epifiz ayrışmasından sonra bildirilmiştir. Yaptığımız literetür taramasına göre ilk olarak bildirilen bu vakada olekranon kırığından 6 hafta sonra gelişen ulnar sinir paralizili 10 yaşında, erkek çocuk sunulması amaçlanmıştır.

**Metod**

10 yaşında erkek çocuk, 1 ay önce Sağ dirsek üzerine düşme sonrası gittiği bir dış merkezde dirsekte kırık var denip ameliyat önerilmiş, ancak aile tedaviyi reddetmiş ve uzun kol atelinde 1 ay immobil kalmış. Kliniğimize başvuran hastanın atelsiz grafilere çekilip FTR önerildi. Sağ üst ekstremitede nörovasküler muayenesi normal bulunan olgunun, Dirsekte Eklem Hareket Genişliği Nötral Sıfır Yöntemine göre 0-30-40 derece arasındaydı. Hastanın takiplerinde uygulanan kontrollü aktif harekette ağrının şiddetli olması, ROM da belirgin kazanım olmadı ve 2 hafta sonunda 4-5. parmaklarda pençe el deformitesi gelişmeye başladığı görüldü. Yapılan EMG testinde dirsek düzeyinde ulnar sinirde tuzaklanma olduğu rapor edildi. Radyografik değerlendirmede ekstraartiküler olekranon tip kırığı olarak kabul edildi. Bunun üzerine GAA sağ dirseğe medial insizyonla ulnar sinir eksplere edildi. Ulnar sinirin ulnar tünel seviyesinde olekranon kırık hattındaki granülasyon dokusu içinde sıkıştığı görüldü (Şekil 2) Bunun üzerine sinire eksternal ve internal nöroliz uygulandı. Olekranon kırığı redüksiyon sonrası 2 adet longitudinal k-teli ile tespit edildi. Postoperatif gece atelinde erken ROM egzersizleri başlandı. Preoperatif dönemde harekette çıkan şiddetli ağrının azaldığı görüldü. Eldeki ulnar paraliye bağlı gelişen pençe el deformitesi için dinamik ulnar parali splinti önerildi. Ulnar sinire kompresyon nöropatisine yönelik elektroterapi ve ROM egzersizleri başlandı. Hastanın yapılan muayenesinde ROM 0-30-80 derece arasındaydı. Postoperatif 4. hafta sonunda k-telleri çıkarıldı.

**Bulgu**

Preoperatif dönemde harekette çıkan şiddetli ağrının azaldığı görüldü. Eldeki ulnar paraliye bağlı gelişen pençe el deformitesi için dinamik ulnar parali splinti önerildi. Ulnar sinire kompresyon nöropatisine yönelik elektroterapi ve ROM egzersizleri başlandı. Hastanın yapılan muayenesinde ROM 0-30-80 derece arasındaydı.

**Tartışma ve Sonuç**

Olekranon kırıklı ve geç ulnar sinir paralizili bu olguda, ulnar sinire gevşetme ve kırık açık redüksiyon ve 2 adet longitudinal K-teli ile tespit yapıldı ve postoperatif erken kontrollü aktif hareket başlandı. İlk başvuruda hareket ile olan şiddetli ağrının postoperatif dönemde belirgin derece azalması sinirdeki dekompresyonla ilişkili olabileceğini düşündük. Postoperatif 4. hafta sonunda hastanın da k-telleri çıkarıldıktan 1 hafta sonraki yapılan muayenesinde kaynamanın radiografide yeterli olduğu ve 4-5. parmaklardaki pençe el deformitesinin devam ettiği, ancak hastanın ilk geliş dirsek ROM'u ile karşılaştırıldığında toplam 70 derece kadar kazanım olduğu tespit edildi. Pediyatrik olekranon kırığı ile gelen ve erken rehabilitasyonda şiddetli ağrının eşlik ettiği ollgularda ulnar sinirin kırık hattında tuzaklanabileceği akılda tutulmalıdır.

S 63  
KUBİTAL TÜNEL SENDROMUNDA ANTERIOR CİLTALTI TRANSPOZİSYON  
SONUÇLARI

*Nevzat Selim Gökay<sup>(2)</sup> Erdem Bagatur<sup>(1)</sup>*

1) Medical Park Bahçelievler Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul

2) İstanbul Memorial Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul

### **Giriş**

Kübital tünel sendromu ikinci sıklıkta görülen tuzak nöropatisidir. Tedavisi ile ilgili halen bir fikir birliğine varılmamıştır. Ulnar sinirin anterior ciltaltı transpozisyonu en sık uygulanan cerrahi teknikler arasındadır. Literatürde çeşitli cerrahi tekniklerle ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu çalışmada kübital tünel sendromu nedeniyle ulnar sinirin ciltaltı anterior transpozisyonu yapılan hastalardaki kısa ve orta dönem sonuçları değerlendirildi.

### **Metod**

Kübital tünel sendromu nedeniyle ulnar sinirin anterior ciltaltı transpozisyonu uygulanan 28 hasta (21 erkek, 7 kadın; ortalama yaş 47 (26-58) )geriye dönük olarak incelendi. Tanı, tüm hastalarda fizik muayene ve elektrofizyolojik testlerle kondu. Hastaların hepsinde aynı insizyon ve cerrahi teknik kullanıldı. Ameliyat öncesinde McGowan sınıflandırmasına göre 3 hastada evre I, 12 hastada evre II ve 13 hastada evre III nöropati bulguları saptandı. Ameliyat öncesinde yapılan elektrofizyolojik değerlendirmelerde hastaların hepsinde kübital tünel tuzak nöropatisi bulguları saptandı. Kübital tünel sendromu, 1 hastada medial kondil kırığı ve 1 hastada ezilme yaralanması sonrasında olmak üzere 2 hastada travmaya sekonder ortaya çıkmışken diğer hastalarda idiyopatik idi. Ezilme yaralanması sonrasında ameliyat edilen hastaya daha önce ulnar sinir dekompresyonu yapılmıştı. Hastalar ortalama 3 yıl 4 ay (dağılım 1 - 6 yıl) süreyle izlendi. Tedavi sonuçları Wi 1 son -Krout kriterleriyle değerlendirildi.

### **Bulgu**

Biri dışında tüm hastalarda semptomatik iyileşme sağlandı. Hiçbir olguda ulnar sinir felci ya da subluksasyonu gelişmedi. Wilson - Krout değerlendirmesine göre hastaların 20'sinde (% 71,42) mükemmel ve 4'ünde (% 14,28) iyi, 3'ünde (% 10,71) orta, 1 'inde (% 3,57) kötü sonuç alındı. Kötü sonuç alınan hasta ezilme yaralanması sonrasında ameliyat edilen hastaydı.

### **Tartışma ve Sonuç**

Kübital tünel sendromu nedeniyle ulnar sinirin anterior ciltaltı transpozisyonu yapılan hastalarda kısa ve orta dönemde sonuçların iyi olduğu görüldü. Ulnar sinirin anterior ciltaltı transpozisyonu kübital tünel sendromu tedavisinde kullanılabilecek güvenilir ve komplikasyon oranı düşük bir yöntemdir.

**OBSTETRİK BRAKİYAL PLEKSUS OLGULARINDA OMUZ EKLEMİNİN  
MRG İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Akın Üzümcügil, Gürsel Leblebicioğlu, Mahmut Nedim Doral*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı/Ankara*

**Giriş**

Obstetrik brakiyel pleksus olgularının sekonder omuz eklemi rekonstrüksiyonları öncesi objektif radyolojik değerlendirme yapılması ihtiyacı bulunmaktadır. Bu amaçla son 10 yıldır omuz eklemine değerlendirilmesinde çeşitli radyolojik teknikler kullanılmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme tekniği hem yumuşak dokuların ayrıntılı olarak değerlendirmeye izin vermesi hem de çocukluk döneminde kıkırdak dokunun omuz eklemine bulunması nedeniyle omuz eklemine iyi bir yer bulmuştur. Obstetrik brakiyel pleksus olgularında manyetik rezonans incelemelerinde önemli bulgulara rastlanmış ve bunun üzerine tedaviyi yönlendirici çeşitli sınıflamalar önerilmiştir.

**Metod**

2006-2008 yılları arasında kliniğimize başvuran 23 obstetrik brakiyel pleksus olgusu çalışmamıza dahil edilmiştir. Olguların ortalama yaşları 4'dür (8ay - 8yıl). Olgularımızın 17'si kız 6'sı erkektir. 18'inde sağ üst ekstremitte, 5'inde sol üst ekstremitte etkilenmiştir. Tüm olguların manyetik rezonans görüntülemesi sedatif anestezi altında tek bir merkezde yapılmıştır. Elde edilen grafilere üç parametreye bakılmıştır. Bu parametreler; glenoid şekli (konkav, konveks, bikonkav), glenoid versiyonu, humerus başının glenoid ile konumudur.

**Bulgu**

Yapılan manyetik rezonans incelemelerinde olguların glenoid şekli incelemesinde 4 olgunun normal glenoide sahip olduğu, 13 olgunun bikonkav glenoidi olduğu ve 5 olgunun konveks glenoidi olduğu tespit edilmiştir. Glenoid versiyon ölçümlerinde olgularda ortalama -25 derece retroversiyon tespit edilmiştir (Normal:+5 (+/-4)). Humerus başının konumunda ise 18 olguda posterior dislokasyon tespit edilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç**

Sekonder omuz rekonstrüksiyonu uygulanacak obstetrik brakiyel pleksus olgularında manyetik rezonans görüntüleme objektif bir parametredir. Manyetik rezonans görüntüleme üç parametreye standart olarak bakılmalıdır. Bu parametreler; glenoid şekli, glenoid versiyonu ve humerus başının glenoide göre durumudur. Bu parametreler cenaha cenahi sırasında yardımcı olmakta ve cenahının sonuçlarını izlemede faydalı olmaktadır.

S 65  
C5-C6 AVÜLSYONLU BRAKİYAL PLEKSUS LEZYONLARINDA SİNİR  
TRANSFERLERİ

*At akan Aydın<sup>(1)</sup>. Berkan Mersa<sup>(2)</sup>*

1) İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi El Cerrahisi Bilim Dalı/İstanbul

2) İst-El El Cerrahisi Merkezi / İstanbul

### Giriş

Travmatik brakial pleksus yaralanmaları çok değişik formlarda görülebilir. C5-C6 köklerinin preganglionik olarak yaralandığı olgularda, üst ekstremitede omuz abduksiyon ve dirsek fleksiyon kısıtlılığı hastanın yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen deformitelerdir. Bu çalışmada C5-C6 kök avülsiyonu olan olgularda parsiyel sinir transferleri ile omuz abduksiyon ve dirsek fleksiyonu restorasyonu yaptığımız olgulardaki sonuçlarımızı sunmaktayız.

### Metod

Yaşları 20-40 arasında değişen C5-C6 kök avülsiyonu bulunan 3 hastaya radyal sinirin trisepse giden dalını parsiyel olarak aksiller sinire, ulnar sinirin ekstrinsik fleksörlere giden dalını parsiyel olarak muskulokutan sinire transfer ettik. Radyal sinire ulaşmak için posterior insizyonu, ulnar sinir için medial insizyonu kullandık. Bu olgulardan ikisinde ayrıca spinal aksesuar sinirin supraskapular sinire transferi de uygulandı.

### Bulgu

1-2 yıllık takiplerde omuz abduksiyonunda 45° aktif hareket ile 90° ve üzeri dirsek fleksiyonu elde edilmiştir.

### Tartışma ve Sonuç

C5-C6 avülsiyonu travmatik brakial pleksus lezyonları serilerinde çok sık görülmemektedir. Bu tip lezyonlarda sağlam olan C7, C8 ve T1 köklerini kısmende olsa sakrifiye edip aksiller siniri veya muskulokutan sinirin rejenerasyonu için kullanmak ciddi morbiditeye yol açabilmektedir. Bundan kaçınmak için Gilbert ve arkadaşları alt trunkusa üst trunkusun end to side nörorafisini denemişler ancak tatminkar sonuç alamamışlardır. Yine oluşan deformitenin düzeltilmesi için paliyatif yöntem olarak Bateman trapez kasının humerusa transferi, Staindler fleksör tendoplasti uygulamaları kliniğimizde de uyguladığımız yöntemlerdir. Sinir rejenerasyonunun katedeceği yolu kısaltarak fonksiyon istediğimiz kastaki rejenerasyonu hızlandırmak için günümüzde hedef kasın motor sinirinin topografik anatomik olarak yakınındaki sinirle yapılan sinir transferleri günümüzde tercih edilmektedir. Oberlinin 1994 yılında tarif ettiği parsiyel ulnar sinirin muskulokutan sinire transferi artık klasik tedavi yöntemleri arasına girmiştir. Radyal sinirin trisepse giden bir dalının aksiller sinire transferi de özellikle uzakdoğu ekolünde sıklıkla kullanılmaktadır. Dolayısı ile bu iki sinir transferi, eksternal rotatuar kasların siniri supraskapular sinirin spinal aksesuar sinire transferi ile birlikte bu tip izole avülsiyon hastalarında kullanılmaya başlanmıştır. Kliniğimizde C5-C6 avülsiyonlarında elde ettiğimiz sonuçlar, klasik tendon transferleri yöntemleri ile elde edilen sonuçların eşliğinde sunulacaktır.

S 66  
**BRAKİALİS KASININ BRAKİYAL PLEKSUS LEZYONLARINDA TENDON  
TRANSFERİNDE KULLANIMI**

*Atakan Aydın, Türker Özkan, Metin Erer*

*İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı /İstanbul*

**Giriş**

M.Brachialis, biceps kası ile birlikte dirsek fleksiyona yardımcı olan bir kasdır. Yakın zamana kadar tendon transferlerinde donör kas olarak pek tercih edilmeyen brakialis kası, gerek serebral paralizide gerekse parolitik ekstremitenin (brakial pleksus yaralanması) restorasyonunda kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada obstetrik ve travmatik brakial pleksus yaralanması olan olgularımızdaki brakialis kasının transferi ile elde ettiğimiz sonuçlarımızı sunacağız.

**Metod**

2006-2008 yılları arasında 5 olguya (4-16 yaş) brakialis kası transferi yapılmıştır. Bu olgularda üçünde brakialis kası derin fiyeksör tendonlara, iki olguda dirsek ekstansiyonunun restorasyonu için triceps kasına transfer edilmiştir. Kasın diseksiyonu anterior yaklaşımla biceps kasının arkasından, radyal, median sinir ve brakial arterin uygun diseksiyonu ile mümkün olup, deneyim gerektirmektedir. Trisepten yapılan transferler “end to side” olarak mümkün olabilirken, derin fiyeksör tendonlara yapılan transferler için tendon grefti kullanılmıştır. Bu kasın transferinde öncelikle brakialis kasının gücünü BMC 4-5 seviyesinde olması, parmak fleksörleri için yapılan transferlerde dirsek fleksiyon kontraktürüne yol açmamak için yeterli triceps fonksiyonu olması gerekmektedir.

**Bulgu**

Dirsek ekstansiyonu için elde ettiğimiz sonuçlar oldukça tatminkardır, dirsekte tama yakın ekstansiyon ve fiyeksiyon rehabilitasyon dönemi sonunda elde edilebilmiştir. Parmak fleksiyonu için yaptığımız transferlerde de, intrinsik (-) bir elden alınabilecek kaba kavrama, ve çengel yakalama fonksiyonları sağlanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç**

Brakialis kas transferi el cerrahisi ile uğraşanların sık kullandığı donör kas değildir, bunun nedeni kasın diseksiyonunun deneyim grektirmesi ve diğer alternatiflerin daha kolay olmasıdır. Ancak brakial pleksus yaralanmalarında üst ekstremitenin restorasyonunda alternatif donör kaslar ve transfer seçenekleri sınırlıdır. Örneğin parmak fleksiyonu yetersiz olan travmatik BP yaralanması olan genç bir hastada, elbileği ekstansorlan da tendon transferleri için yeterli güçte olmayabilir ve onları sakrifiye etmek elbileği stabilizasyon kaybına, tenodez efektinin azalmasına sebep olabilir, bir başka seçenek fonksiyonel kas transferi olabilir ancak bu da kendi içinde farklı komplikasyonlar ve morbiditeler taşıyabilir. Brakialis kasının derin fiyeksör kaslara transferi, dirsekte biceps ve trisepten kaslarını koordineli kullanarak kaba yakalama gücüne ekstra bir güç katar. Kas diseksiyonunun ayrıntılı fotoğraflarla anlatılacağı çalışmamızın amacı bu tendon transferi tercihini el cerrahisi ile uğraşanların dikkatine sunmaktır.

**DOĞUMSAL BRAKİYAL PLEKSUS PARALİZİLİ HASTALARDA OMUZ  
ABDUKSİYON VE EKSTERNAL ROTASYONUNUN REKONSTRÜKSİYONU**

*Çiğdem Bircan<sup>(1)</sup>, A.Kadir Bacakoğlu<sup>(2)</sup>, Mustafa Özkan<sup>(2)</sup>, Selmin Gülbahar<sup>(1)</sup>, Özlem El<sup>(1)</sup>,  
Meltem Baydar<sup>(1)</sup>, Serdar Alfidan<sup>(2)</sup>, Ahmet Ekin<sup>(2)</sup>*

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı /İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Bilim Dalı / İzmir

**Giriş**

Doğumsal brakial pleksus paralizisi olan birçok bebek fonksiyonel defisit kalmadan veya minör defisitle iyileşse de, bazılarında fonksiyonel kısıtlılıklar meydana gelir. Spontan iyileşmenin yeterli olmadığı ve/ veya sinir cerrahisinin yetersiz kaldığı doğumsal brakial pleksus paralizili hastalarda uygulanabilen tedavi yöntemlerinden biri de tendon transferleridir. Bu çalışmanın amacı omuz abduksiyon ve eksternal rotasyon fonksiyonu yetersizliği olan ve latissimus dorsi-teres major tendon transferleri uygulanan hastalarımızdaki fonksiyonel sonuçları değerlendirmektir.

**Metod**

1997-2008 yılları arasında doğumsal brakial pleksus paralizili 39 hastaya latissimus dorsi-teres major tendon transferleri uygulandı. Yeterli izlemin yapılabildiği 35 hastanın yaş ortalaması 8.6 yıl, operasyon sonrası izlem süresi ortalama 24 aydı. Cerrahi tedavide, latissimus dorsi ve teres major tendonlarından biri veya her ikisinin rotator kafa transferi ± anterior gevşetme uygulandı. Operasyon sonrası 6-8 hafta süreyle omuzu 90° abduksiyonda, tam eksternal rotasyonda ve dirseği 90° fleksiyonda tutan splint uygulaması yapıldı. Omuza yönelik rehabilitasyon programı 2. haftada pasif egzersizlerle başlayıp 4. haftadan itibaren aktif egzersizlerle sürdürüldü. 3. aydan itibaren dirençli egzersizlere geçildi.

**Bulgu**

Hastalar omuz abduksiyonu ve eksternal rotasyonu açısından Gilbert klasifikasyonuna göre değerlendirildiğinde, operasyon öncesi 7 hasta Evre 1 'de, 13 hasta Evre 2'de, 15 hasta Evre 3'de idi. Operasyon sonrası son izlemde yapılan değerlendirmede ise 2 hasta Evre 2'de, 6 hasta Evre 3'de, 10 hasta Evre 4'de, 17 hasta Evre 5'de idi. Ortalama aktif omuz abduksiyonu 72 dereceden 116 dereceye, aktif eksternal rotasyonu ise 30 dereceden 78 dereceye yükseldi.

**Tartışma ve Sonuç**

Omuz abduksiyon ve eksternal rotasyon fonksiyonunun restorasyonunda latissimus dorsi-teres major tendon transferleriyle tatmin edici fonksiyonel kazançlar elde edilmektedir.

S 68

**OBSTETRİKAL BRAKİYAL PLEKSUS PARALİZİSİNDE OMUZUN  
İÇ ROTASYON ve ADDÜKSİYON DEFORMİTESİNİN TEDAVİSİ İÇİN  
HUMERUS DEROTASYON OSTEOTOMİ SONUÇLARIMIZ**

*Kahraman Öztürk<sup>(2)</sup>, Bilal Demir<sup>(1)</sup>, Sinan Kahraman<sup>(2)</sup>, Cem Zeki Esenyel<sup>(2)</sup>, Murat Bülbül<sup>(2)</sup>,  
Semih Ayanoğlu<sup>(2)</sup>*

1) M. S. Baltalımanlı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /istanbul  
2) Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /istanbul

**Giriş**

Doğumsal brakial pleksus paralizili hastalarda omuzda oluşan iç rotasyon ve addüksiyon deformitesi hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Amacımız omuz eklem anatomisi bozulmamış, addüksiyonu yeterli fakat iç rotasyon addüksiyon deformitesi olan olgularda humerus derotasyon osteotomisi sonuçlarını değerlendirmektir.

**Metod**

2002-2007 yılları arasında 9 hastaya humerus derotasyon osteotomi işlemi uygulandı. Hastaların ameliyat esnasında ortalama yaşları 13.3 yıl (6 yıl-23 yıl) idi. 5 hasta kadın ve 4 hasta erkek; 6 hastada sağ, 3 hastada sol üst ekstremitte etkilenmişti. Hiç bir hastaya daha önceden sinir eksplorasyonu yapılmadı. Ameliyat öncesi tüm hastalarda eksternal rotatorlarında parezi vardı. Lezyon seviyesi 5 hastada C5, C6 ve C7, 4 hastada ise C5-C6 idi. 6 hastada değişen derecelerde dirsek fleksiyon kontraktürü ve 1 hastada da tortikolis mevcuttu. Hastaların hepsine humerus derotasyon osteotomisi yapıldı. 3 hastaya pektoralis major uzatması, 1 hastaya da brakioradialis rerouting uygulandı.

**Bulgu**

Ortalama takip süresi 32 ay (7-63 ay) idi. Olguların cerrahi tedavi öncesi ve sonrası fonksiyonları Mallet Değerlendirme Sistemine göre yapıldı. Buna göre ameliyat öncesi ortalama addüksiyon 110 derece iken ameliyat sonrası 124 dereceye, ameliyat öncesi eksternal rotasyon miktarı -4 dereceden 47 dereceye yükseldi. Mallet skorlarına göre ameliyat öncesi ortalama global addüksiyon 3.9, eksternal rotasyon 2.1, eli başına götürme 2.1, elini sırtına götürme 3.9 ve elini ağızına götürme 2.1 iken ameliyat sonrası global addüksiyon 4.0, dış rotasyon 3.6, eli başına götürme 3.3, elini sırtına götürme 3.0 ve elini ağızına götürme 3.3 olarak bulundu

**Tartışma ve Sonuç**

Doğumsal brakial pleksus paralizisindeki omuz eklem anatomisi uygun ve addüksiyonu yeterli olan olgularda iç rotasyon ve addüksiyon deformitesi nedeni ile humerus derotasyon osteotomisi omuzun dış rotasyonunda, elin; ağız ve başa götürülmesinde belirgin iyileştirme sağlamaktadır. Tedavinin yönlendirilmesinde glenohumeral eklem ilişkisi ve dirsek fonksiyonları önemlidir. Glenohumeral eklemde kalıcı kemiksel deformite oluşmadan yapılacak olan humerus derotasyon osteotomisi günlük yaşam fonksiyonların büyük ölçüde kolaylaştıracaktır.



## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

S 69

### CEREBRAL FELÇLİ HASTALARDA EL BİLEĞİ ARTRODEZİ SONUÇLARIMIZ

*Cemil Yıldırım Türk<sup>(2)</sup>, İbrahim Kafadar<sup>(1)</sup>, Ahmet Güneş<sup>(1)</sup>, Mithat Öner<sup>(1)</sup>, Mehmet Halıcı<sup>(1)</sup>*

1) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Kayseri

2) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim-El Cerrhisi Bilim Dalı / Kayseri

#### **Giriş**

Serebral felçli hastalarda el bileği artrodezi, deformiteyi düzeltmek için uygulanan ve kozmetik düzelmenin yanında, gündelik yaşamda hastanın elini kullanmasına ciddi katkılar sağlayan cerrahi girişimlerden birisidir. Çalışmadaki amacımız el bileği artrodezi yaptığımız olgularda ortaya çıkan kozmetik ve fonksiyonel kazanımı değerlendirmektir.

#### **Metod**

2005-2007 yılları arasında yedi hastaya serebral felç nedeniyle el bileği artrodezi yapıldı. Artrodez yapılan yedi olgunun beşi daha önce muhtelif bir veya daha fazla yumuşak doku ameliyatı geçirmişti. Hastaların yaşları 15-26 arasında değişmekte olup tamamı spastik idi. Ortalama takip süresi 16 ay idi. Olguların tamamında AO tekniği'ne uygun 3.5 mm'lik plak-vida sistemleri ile artrodez yapıldı. İleri derecede deformitesi olan iki olguda ilave olarak proksimal dizeye karpektomi uygulandı.

#### **Bulgu**

Hastaların tamamında radyolojik olarak füzyon beklenen sürede gerçekleşti. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadı. Hastalar son kontrollerinde kozmetik yönden hasta ve hekim tarafından subjektif olarak, el fonksiyonları açısından Tonkin sınıflamasına göre değerlendirildi.

#### **Tartışma ve Sonuç**

Artrodezdeki temel amacımız hastanın deformitesini düzelterek hem kozmetik, hemde hijyeni daha iyi olan bir el bileği sağlamaktır. Hastaların tamamı kozmetik düzelmeden memnundu ve ameliyat sonrası gündelik yaşamda elinin kullanımının daha iyi olduğunu ifade etti. Olgu sayımız az olmakla birlikte, el bileği deformitesi olan serebral felçli spastik hasta grubunda, deformitenin yumuşak doku ameliyatları ile düzeltilemediği olgularda el bileği füzyonunun iyi sonuçlar verebilecek bir seçenek olarak akılda bulundurulması gerektiği kanaatindeyiz.

S 70

**ÖNKOL PRONASYONUNUN YENİDEN KAZANILMASI İÇİN  
UYGULANAN BRAKİORADİALİS TENDON TRANSFERLERİNİN  
ETKİNLİĞİNİN BİOMEKANİK DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Halil Bekler<sup>(1)</sup>, Türker Özkan<sup>(2)</sup>*

1) Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /İstanbul

2) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı /İstanbul

**Giriş**

Ön kol süpinasyon deformitesinin düzeltilmesinin düzeltilmesi ve aktif pronasyonun geri kazanılması için, biceps rerouting yönteminin uygulanamadığı durumlarda, brakioradialis adalesinden yararlanılmaktadır. Özkan ve ark. tarafından önerilen bu yöntemin biomekanik analizi yapıldı.

**Metod**

Dokuz taze dondurulmuş kadavra ön kolunda brakioradialis adalesine interossöz aralıktan rerouting (grup 1) ve ECU distal yapışma bölgesine transfer (grup 2) uygulanarak pronasyon gücü verildi. Adaleye sırasıyla 5 N-35 N aralığında çekme uygulandı ön kolda oluşan rotasyon derecesi ve kuvveti ölçüldü. Brakioradialis reroutinginde maksimum 74 ortalama 61 derece pronasyon kazandı, brakioradialis ECU transferinde maksimum 72 ortalama 65 derece pronasyon kazandı gözlemlendi.

**Bulgu**

Verilerin normal dağılıma uygunluğuna Saphiro-Wilk testi ile bakıldı. İki grup arasındaki karşılaştırmalar t testi ile, grup içi karşılaştırmalar bağımlı gruplar için (paired) t testi ve Bonferroni düzeltmesi ile bakıldı. Buna göre birinci grupta anlamlı bir regresyon ilişkisi vardı. Sabit -9,59 (p=0,001, %95 Güven aralığı: -13,20 -6,00), uygulanan Newton 2,06 (p=0,001, %95 Güven aralığı: 1,90 2,22). İkinci grupta da anlamlı bir regresyon ilişkisi vardı. Sabit -9,73 (p=0,001, %95 Güven aralığı: -13,13 -6,34), uygulanan Newton 1,91 (p=0,001, %95 Güven aralığı: 1,76 2,06).

**Tartışma ve Sonuç**

Klinik uygulamalarda oldukça etkin ve başarılı sonuçları olan brakioradialis tendon transferlerinin biomekanik incelemesinde tam süpinasyonda brakioradialis pronator olarak çalışmaktadır. Ancak önkol pozisyonu nötrale yaklaştığında, lateralde yerleşim gösteren proksimal yapışma yeri nedeniyle, adalenin yarattığı çekme kuvvetinin yönü değişmekte pronator etkisini sıfırlamaktadır. Ancak transfere ek olarak uygulanan kontrakte dokuların uzatılması gevşetilmesi işlemleri pronasyon kazancını arttırmaktadır. Pronator adalelerin kuvvet kolları ileri süpinasyonda daha kısa bu nedenle yarattıkları rotasyon kuvvetleri daha azdır. İlk 60 derecesi brakioradialis adalesi tarafından yapılan pronasyon hareketinin kalan kısmı zayıf PT ve PQ daha uygun kuvvet kolu kazandığından daha etkin yapılabilmektedir. Brakioradialis adalesi biomekanik açıdan kötü bir çekme aksına sahip olmasına rağmen, pronator olarak kullanımı biceps transferlerinin uygulanamadığı durumlarda iyi bir çözümdür.

*11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

*Poster Bildiriler*

*11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

P 01

**TETİK PARMAK DEFORMİTESİNDE LOKAL KORTİKOSTEROİD VE ANESTEZİK  
MADDE UYGULAMASININ KISA DÖNEM SONUÇLARI**

*Serdar Toke<sup>(3)</sup>, Volkan Kılınçoğlu<sup>(4)</sup>, Elif Aksakallı<sup>(2)</sup>, Figen Taşer<sup>(1)</sup>, Melih Güven<sup>(5)</sup>*

- 1) *Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı/Kütahya*
- 2) *Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı /Kütahya*
- 3) *Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Kütahya*
- 4) *Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul*
- 5) *Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul*

**Giriş**

Tetik parmak deformitesi, parmak fleksör tendonu anüler kılıfının bir nodul formasyonu ile ilişkili olarak daralması ile seyreden stenozan bir tenovajinttir. Klinik olarak, parmak fleksiyondan ekstansiyona getirilmeye çalışılırken, nodulun sıkı bir şekilde daralan kılıf üzerinde takılmasıyla, hareketin devamının zorlaşması, ağrının artması ile beraber nodulun kılıf üzerinden atlaması, birlikte bir tıklama sesi duyulması ve ağrının azalarak hareketin devam ettirilebilmesi şeklinde ortaya çıkar. Bazen her harekette takılma olmamakla beraber, nodul üzerinde palpasyonla uyarılan ağrı ve hassasiyet vardır. Daha sıklıkla orta yaş grubu kadınlarda görülmekle beraber her iki cinsiyette ve her yaş grubunda görülebilmektedir. Tetik parmak deformitesinin tedavisi, ilaç tedavisi ile beraber fizik tedavi modalitelerini uygulanmasından lokal kortikosterooid uygulamasına ve cerrahi olarak stenoz oluşturan bölgenin serbestleştirilmesine kadar farklı yöntemler içermektedir.

**Metod**

Tetik parmak deformitesi nedeni ile ortopedi ve fizik tedavi polikliniklerine başvuran 14 hastanın (10 kadın, ort. yaş: 44(33-58), 4 erkek ort.yaş: 45(37-62)) 16 parmağına tetik parmak deformitesine yönelik insülin enjektörü ile A1 pulley seviyesinden bir cc. depomedrol (metilprednizolon asetat) ve 2 cc. citanest (prilokain hidroklorür) karışımı uygulandı. Hastalar bir ay sonra kontrole çağrılarak sonuçlar değerlendirildi.

**Bulgu**

14 hastanın 10'unda (%71.4)(8 kadın,2 erkek) takılmanın tamamen geçtiği, ağrının olmadığı, 2 hastada (%14.2) takılmanın geçtiği fakat ağrının olduğu ve 2 hastada (%14.2) takılmanın ve ağrının geçmediği görüldü. Hiçbir hastada enjeksiyona bağlı bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Literatürde tetik parmak deformitesinin lokal kortikosteroid ve anesteziik kombinasyonu enjeksiyonu ile tedavisine yönelik pek çok çalışma mevcuttur. Murphy ve ark., placebo karşılaştırmalı çalışmalarında, tek doz steroid enjeksiyonu ile %64 oranında başarı elde ederken, placebo grubunda %20Tik bir başarı elde ettiklerini rapor etmişler ve sonuç olarak steroid enjeksiyonunun tetik parmak tedavisinde önerilen cerrahi dışı tedavi yöntemi olduğunu ifade etmişlerdir. Biz de çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ışığında tetik parmak deformitesinin tedavisinde, lokal kortikosteroid ve anesteziik madde karışımının enjeksiyonunun uygulaması kolay, ucuz ve etkili bir yöntem olduğunu ve bu uygulamanın hastalara ameliyat kararı verilmeden önce en az bir kez denenmesinin yararlı olduğunu düşünmekteyiz.

P 02

**TENİSÇİ DIRSEĞİNİN LOKAL KORTİKOSTEROİD İLE ANESTEZİK  
KARIŞIMI ENJEKSİYONU VE ANTİENFLAMATUAR İLAÇLA  
TEDAVİSİNİN SADECE ANTİENFLAMATUAR İLAÇLA TEDAVİSİ İLE  
KARŞILAŞTIRILMASININ KISA DÖNEM SONUÇLARI**

*Serdar Toker<sup>(2)</sup>, Volkan Kılınçoğlu<sup>(4)</sup>, Elif Aksakallı<sup>(1)</sup>, Erim Gülcan<sup>(3)</sup>, Korhan Ozkan<sup>(5)</sup>*

- 1) Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı/Kütahya
- 2) Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Kütahya
- 3) Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Kütahya
- 4) Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul
- 5) Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği/İstanbul

**Giriş**

Tenisçi dirseği(TD), ön kol ekstansör kaslarının dış epikondile yapışma yerinde tendonun devamlı travmaya uğraması ve gerilmesi sonucu oluşan ağrı ve fonksiyon kısıtlılığı ile karakterize bir hastalıktır.

**Metod**

TD tanısı konan 21 hastanın [12 erkek, 9 kadın] 11'ine (6 erkek, 5 kadın) lokal kortikosteroid+lokal anestezi ilaç enjeksiyonu [(LK+LA) 1 cc.Depomedrol (metilprednizolon asetat), 1 cc.Citanest (prilokain hidroklorür)] ile beraber oral antiienflamatuar ilaç ve topikal antiienflamatuar ilaç [(OA+TA) (Diklofenak Potasyum 3x1+Etofenamat krem formu)], 10'una (6 erkek, 4 kadın) OA ilaç (Diklofenak Potasyum 3x1) ile birlikte TA ilaç (etofenamat krem formu) tedavisi uyguladı. Bir ay sonra kontrole çağrılan hastaların şikayetleri ve fizik muayeneleri(FM) yapıldı.

**Bulgu**

LK+LA+OA+TA grubundaki 11 hastanın 10'u ağrılarının geçtiğini, fonksiyon kısıtlılıklarının olmadığını ifade ederken, 1 hasta ağrısının ve fonksiyonlarda zorlanmanın devam ettiğini belirtti. FM'de, 11 hastanın 8'inde lateral epikondil üzerine bastırmakla ve el bileği dorsofleksiyonu ile ağrı oluşmazken, 3 hastada hafif ve orta derecede ağrı olduğu ifade edildi. OA+TA grubundaki 10 hastanın 4'ü ağrılarının geçtiğini ve fonksiyon kısıtlılığı olmadığını ifade ederken, 6 hasta şikayetlerinde anlamlı bir değişiklik olmadığını ifade ettiler. FM'de 2 hastada lateral epikondil üzerine bastırmakla ve el bileği dorsofleksiyonu ile ağrı oluşmazken 8 hastada tedavi öncesindeki yakını seviyede ağrı olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

TD tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak kısa dönem sonuçları ele alındığında en etkili stratejinin kortikosteroid enjeksiyonu olduğu fakat semptomların tekrar ettiği ve uzun dönem sonuçlarının fizyoterapiye veya bekleme ve görme stratejine göre daha kötü olduğunu belirtilmiştir. Biz bu çalışmamızda LK enjeksiyonunu LA ilaçla beraber oral ve TA ilaç tedavisine ekleyerek, sadece OA ve TA ilaç tedavisine göre farkını göstermeyi amaçladık. Literatürde böyle bir çalışmaya rastlamadık ancak literatürdeki benzer çalışmalarda olduğu gibi steroid enjeksiyonu kısa vadede hastaların şikayetlerinde büyük ölçüde düzelleme sağladı ve %90 oranında ağrının geçtiğini gözlemledik. Enjeksiyonsuz tedavide bu oran %40 oranında saptandı. Literatür incelendiğinde bu başarının geçici olduğu, hatta enjeksiyonsuz tedavilerin, kortikosteroidlerin tendonlar üzerine muhtemel bazı yan etkilerine sahip olmayacağı için uzun dönemde daha güvenilir olabileceği düşünülebilir. Biz hızlı etkili, kolay uygulanabilir ve ucuz bir uygulama olsa da, uzun vadede tedaviyi ve sorunları düşündüğümüzde lokal kortikosteroid enjeksiyonu uygulamasının TD tedavisinde ilk sırada el alınmaması gerektiğini düşünüyoruz.

**EŞZAMANLI PARÇALI RADYUS BAŞ, BOYUN ve OLEKRANON  
KIRIKLARINDA İTERNAL TESPİT (olgu sunumu)**

*Yavuz Akalın, Cemil Kayalı, Orhan Akıncı, Ali Turgut*

*Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji / İzmir*

**Giriş**

Erişkinlerde radyus başının kırıkları sık görülen yaralanmalardandır. Mason tip I ve II kırıklarda tedavi algoritması belirgin iken tip III ve IV kırıklarda henüz kesin fikir birliği yoktur. Bu olgu sunumunda düşük profilli implantlar kullanılarak tedavi edilen radyus baş, boyun ve olekranonu parçalı (Mason tip IV eşdeğeri) hastayı tartışmayı amaçladık.

**Metod**

Kırküç yaşında erkek hasta, Kasım 2006 da yaklaşık 4 metre yüksekliğinde ağaçtan açık el üzerine düşme sonucu acil servise başvurdu. İlk vasküler muayenede ulnar ve radial nabızlar filiform alınmakta idi. Öncelikle sol üst ekstremiteye aksiyel traksiyon uygulanarak ekstremitenin anormal dizilimi düzeltildi. Daha sonra yapılan radyolojik inceleme sonucu sol dirsekte parçalı radyus baş, boyun ve olekranon kırıkları tespit edildi. . Posterior longitudinal insizyon kullanıldı. Radyus başı 3 parçalı ve kaymış idi. Radyus boynunda da oblik seyirli parçalı kırık saptandı. Boyun 1 adet 2 mm kortikal vida, baş 1 adet 2 mm kanüle acutrak ve 1 adet 1 mm kortikal vida kullanılarak interfragmanter tespit sağlandı. Olekranon'un 11 delikli düşük profilli kilitli plak ve 9 adet vida kullanılarak osteosentezi sağlandı. Olguya ameliyat sonrası aktif rehabilitasyon uygulandı. Ameliyat soması 8. ayda dirsekte implanta bağlı ağrı nedeniyle olekranondaki plak vidalar çıkarıldı. Olgunun son kontrolü ameliyat soması 14. ayda gerçekleştirildi.

**Bulgu**

Hastanın fleksiyon hareket açıklığının tam, ekstansiyonda ise yaklaşık 10° kısıtlılık olduğu saptandı. Olgunun önkol rotasyon hareket açıklığı ise tama yakın idi. Olgunun sol üst ekstremitte kas güçleri sağlam tarafla kıyaslandığında fark yoktu. Olgu fonksiyonel kapasitesinden ve kozmetik görünümünden memnun idi.

**Tartışma ve Sonuç**

Eksizyon veya artroplasti seçenekleri her zaman uygulanabileceği için; radyus başının parçalı olduğu (Mason tip III, IV) kırıklarında ilk tedavi seçeneği olarak; düşük profilli implant kullanılarak internal tespitinin öncelikle akılda tutulması gereken bir alternatif olduğu görüşüdeyiz.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

P 04

### DİSTAL FALANKSİ DESTRÜKTE EDEN TENDON KILIFI FİBROMU

Şafak Uygur<sup>(2)</sup>, Sühan Ayhan<sup>(2)</sup>, Hakan Bulam<sup>(2)</sup>, Gonca Özgün<sup>(1)</sup>, Ömer Uluoğlu<sup>(1)</sup>

1)Gazi Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı /Ankara

2)Gazi Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahisi Bilim Dalı / Ankara

#### Giriş

Tendon kılıfı fibromu sıklıkla üst ekstremitede görülen nadir iyi huylu bir tümördür. İlk olarak 1949 yılında Geschlechter ve Copeland tarafından tanımlanmıştır. Çoğunlukla yaşamın 3-5. dekatları arasında erkeklerde görülür. Sert, iyi sınırlı, hareketsiz kitle lezyonlarıdır. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Kemik destrüksiyonu yapmaları oldukça nadirdir. Kliniğimizde teşhis ve tedavisi yapılan bu nadir vakayı daha sonra benzer vakalarla karşılaşılabilecek meslektaşlarımız için teşhis ve tedavi yöntemleri ile sunmayı amaçladık.

#### Metod

46 yaşında erkek hasta sağ el 3. parmakta yaklaşık 7 yıldır mevcut olan yavaş büyüyen, hareketsiz, sert kitle lezyonuyla başvurdu. Hastanın parmağını kapıya sıkıştırma öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede duyu kaybı veya inflamasyon bulguları saptanmadı. Anormal laboratuvar bulgusu yoktu. Direk el grafisinde 3. parmak distal falanks radyal taraf destrüksiyonu mevcuttu. Kitle eksize edildi.

#### Bulgu

Operasyon sırasında kitlenin m. ekstensör pollicis tendonuna yapışık, sert, sarı-gri renkli, belirgin kapsülü olduğu ve distal falanksi destrükte ettiği görüldü. Histopatolojik tanı tendon kılıfı fibromu olarak rapor edildi.

#### Tartışma ve Sonuç

Tendon kılıfı fibromları yavaş büyüyen iyi huylu tümörlerdir. Çoğunlukla parmaklarda görülür. Kemik destrüksiyonu oldukça nadir olup literatürde beş vaka bildirilmiştir. Bizim vakamız kemiği destrükte eden bildirilmiş altıncı vakadır.



**SPONTAN EKSTENSÖR POLLİSİS LONGUS TENDON KOPMALARININ İKİ  
OLGU İŞİĞİNDA GÖZDEN GEÇİRİLMESİ**

*Ahmet Duymaz, Osman Akdağ, Mustafa Sütçü, Mustafa Keskin, Nedim Savacı*

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı /Konya*

**Giriş**

Spontan ekstensör pollisis longus (EPL) kopması olan iki olguda ekstensör indisis proprius (EIP) tendonun EPL'a transferinin sonuçlarını değerlendirmek ve bu iki olgunun muhtemel etiyolojik faktörlerini tartışmak.

**Metod**

Ekmek fırınında işçi olarak çalışan ve pnömotik kompresör operatörü olan iki hastaya EPL'a EIP tendon transferi yapıldı. Eller; bilek 45 derece ekstansiyonda, başparmak metkarpoalengeal (MF) eklemi tam ekstansiyonda, diğer parmak MF eklemleri 60-70 derece fleksiyonda, başparmak interfalengeal eklemi 10-15 derece fleksiyonda olacak tarzda 4 hafta immobilize edildi. Daha sonra her iki hastaya aynı rehabilitasyon programı uygulandı. Değerlendirme ameliyat sonrası parmak harekât aralığı değerlendirerek yapıldı.

**Bulgu**

Her iki hastanın iki yıllık takiplerindeki sonuçları mükemmeldi.

**Tartışma ve Sonuç**

Spontan EPL tendon kopmasının mekanizmasını açıklamak için birçok etiyoloji ileri sürülse de kesin neden hala bilinmemektedir. Ancak olgumuzdaki gibi bazı meslekler predispozan faktör olabilirler. Spontan EPL kompasında başparmak ekstansiyonunu sağlamak için en uygun rekonstrüksiyon seçeneği EIP tendon transferidir. Tendon transferi sırasında en uygun gerginliği sağlayacak pozisyon; başparmağın tam ekstansiyon, bileğin nötraldeki pozisyonudur.

**DİRSEK BÖLGESİ YUMUŞAK DOKU DEFEKTLERİNİN  
REKONSTRÜKSİYONU**

*Ahmet Duyamaz, Furkan Erol Karabekmez, Osman Akdağ, Mustafa Sütçü, Mustafa Keskin,  
Zekeriya Tosun*

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı/Konya*

**Giriş**

Dirsek ve antekübital bölgedeki yumuşak doku defektleri eklem ve yoğun damar- sinir yapıları içermesi nedeniyle rekonstrüksiyonu güç olan defektlerdir. Bu lokalizasyondaki yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu; defektin genişliğine, oluşum nedenine, damar- sinir yapıları ile etraf dokuların durumuna, hastanın genel durumu ve yaşı gibi birçok faktöre bağlıdır. Bu nedenle, bu bölgenin tüm rekonstrüksiyon seçeneklerinin detaylı bilinmesi tedavi için faydalı olacaktır.

**Metod**

Haziran 2003- Ekim 2006 tarihleri arasında, dirsek ve antekübital bölgede yumuşak doku defekti olan 8'si erkek 2'si bayan toplam 10 hasta çalışmamıza dâhil edildi. Hastaların yaşları 14 ile 46 arasında (ortalama yaş 28) idi. Defektlerin oluşum nedenleri; 3 hastada ateşli silah yaralanması (ASY), 4 hastada trafik kazası, 2 hastada yanık kontraktürünün serbestlenmesi (YKS) ve 1 hastada alçıya bağlı bası yarası idi. Defektlerin rekonstrüksiyonunda 3 hastaya pediküllü latisimum dorsi kas flebi (PLDKF), 4 hastaya antekübital ada flebi, 1 hastaya lokal fasiyokutan flep, 1 hastaya çok sayıda Z-plasti, 1 hastaya düz akımlı radyal ön kol flebi (RÖF) yapıldı. Bir hastada kısmi distal flep kaybı, bir hastada da kısmi greft kaybı gelişti. Greft kaybı olgumuz yara bakımı ile sekonder iyileşti. Flep kaybı olgumuz ise lokal anestezi altında yara dudakları yenilenerek primer onarıldı. Kalan tüm hastalarda flepler problemsiz iyileşti. Tüm hastalar fizik tedavi ve rehabilitasyon doktorları tarafından uygulanan egzersiz protokollerine göre rehabilitasyon programına alındı ve eklem hareket açıklığında kayıp olmaksızın başarı sağlandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Rekonstrüksiyonda ana amaç; dirsek eklemine erken hareketine izin verecek en uygun ve güvenli yara kapaması olmalıdır. Makalemiz; bu bölge yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunu literatürler dâhilinde gözden geçirmek ve 10 hastalık serimizin sonuçlarını tartışmak için sunulmuştur.

*11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi*

**P 07**

**EL CERRAHİNİN RESİM SERGİSİ GEZERKEN BAKIŞ AÇISI**

*Ümit Kantarcı*

*İstanbul El Cerrahisi ve Mikrocerrahi Merkezi - Aksaray Vatan Hastanesi / İstanbul*

**Giriş**

CİHAT BURAK 1915-1994 yılları arasında yaşamış ünlü bir türk ressamı. İstanbul Modern Müzesi'nde resimleri sergilenmekte. Sergiyi gezerken mesleğe bağlı olarak algıda seçicilikten mi nedendir sanatçının her iki elinde dupuytren kontraktürü olduğunu fark ettim. Aklımdan geçenleri sizlerle paylaşmak istedim. 1. Cihat Burak el cerrahlarına güvenmediği için mi ameliyat olmamıştır? (Yaşamının bir kısmını Fransa'da geçirmiş olmasına rağmen) 2. Her iki elindeki kontraktür sanatını yapmasına engel olmuyor muydu? 3. El hijyeni konusunda bu derecede kontraktür rahatsızlık vermiyor muydu? 4. Ameliyat olsaydı bir sıkıntısı olabilir miydi? (Kanaatimce olmazdı) 5. Dupuytren tedavisi gereksiz midir?

P08

**TENDON KILIFININ DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜ VE METAKARP  
İNVAZYONU: BİR OLGU SUNUMU**

*Ali Emre Aksu, Hakan Uzun, Abdullah Keçik*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara*

**Giriş**

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü, gangliondan sonra, elin ikinci sıklıkla karşılaşılan tümörüdür. Tipik olarak parmakların volar yüzünde ve DİF ekleme yakın bölgede ortaya çıkar ve genellikle 2. ve 4. parmaklarda gözlenir. Büyük tümörlerin bası dolayısıyla kemik erozyonu yaptıkları bilinse de, direkt kemik invazyonundan nadiren bahsedilmektedir. Sunumumuzun amacı 5. parmak MKF eklemi düzeyinde gelişmiş ve metakarp başı invazyonu yapmış olan bir tendon kılıfı dev hücreli tümörü olgusunu sunmak ve tartışmaktır.

**Metod**

Sol el 5. parmak MKF eklem düzeyinde kitle ve ağrı yakınması ile başvuran 45 yaşındaki kadın hastanın preoperatif muayenesinde ve radyografik-ultrasonografik incelemelerinde, solid kıvamlı, 1.5 cm çapında, hareketsiz, düzensiz konturlu ve abductor digiti minimi kası altında yer alan bir kitlesinin olduğu ve metakarp başı ulnar taraf korteksinde lizise yol açtığı gözlemlendi.

**Bulgu**

Bölgenin eksplorasyonu sonucunda, dev hücreli tümör görünümüne sahip olan kitlenin MKF eklem kapsülü ve metakarp başına invazyon gösterdiği görüldü. Kitlenin metakarp içine girdiği 2 mm çapındaki litik alan biraz daha genişletildi. Kitle marjinal eksizyonla metakarp içindeki parçasıyla birlikte bütün halinde çıkartıldı. Metakarp başı meduller kavitesi kürete edildi. Kitlenin histopatolojik olarak incelenmesi sonucunda tendon kılıfının dev hücreli tümörü tanısı doğrulandı. Postoperatif 1. yılında rekürens rastlanmadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Tendon kılıfının dev hücreli tümörünün kemik invazyonu yapması aksiyel iskelet sisteminde rastlanabilen bir durumdur. Bununla birlikte el bölgesindeki tümörlerin invazyon potansiyeli oldukça düşüktür ve bu türdeki olgular nadiren bildirilmiştir. Rekürens olasılığı yüksek olan ve cerrahi eksizyon yönteminin ancak marjinal eksizyon olabildiği bu tümörlerde, özellikle kemik invazyonuna rastlandığı durumlarda, cerrahi sınır elde edebilmek için dikkatli olunması ve bu olguların rekürens açısından yakın takip edilmesi gerekmektedir.

**DELTOİD KASIN NADİR BİR VARYASYONU: AKSESUAR DELTOİD KAS**

*Haldun Onuralp Kamburoglu<sup>(2)</sup>, Ömer Boran<sup>(1)</sup>, Mustafa Sargon<sup>(1)</sup>, Abdullah Keçik<sup>(2)</sup>*

1) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı / Ankara

2) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

**Giriş**

Deltoid kasının liflerinin trapezius kasına devamı, pektoralis majör kası ile füzyonu, ve skapulanın vertebral veya aksiller kenarından veya infraspinöz fasyadan ek slipler alması bilinen varyasyonlardır. Bu çalışmada kadavra diseksiyonu sırasında bulunan deltoid kasının nadir bir varyasyonunu tanımlamak ve bu bölgenin cerrahisinde çıkabilecek karışıklıklara karşı yol gösterici olmak amaçlanmıştır.

**Metod**

Çalışmadaki bulgular kadavra diseksiyonu ile elde edilmiştir. Çalışmada bu varyasyonun embriyolojik nedenleri ve klinik önemi de tartışılmıştır.

**Bulgu**

Deltoid kasının 45 yaşında kadın kadavranın sağ üst ekstremitésinin diseksiyonu sırasında deltoid kasının nadir bir anatomik varyasyonu bulunmuştur. Sağ deltoid kasının arka liflerinin ayrı bir fasya kılıfı içinde sarılı olduğu ve skapulanın orta 1/3 medial sınırından başladığı görülmüştür. Bu kasta eşlik eden başka bir sinirsel ya da damarsal anomali olmadığı saptanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç**

Bilindiği kadarı ile deltoid kasının ayrı bir fasya kılıfı içinde tek taraflı posterior bölünmesi literatürde daha önce tariflenmemiştir. Klinik olarak bu varyasyona posterior deltoid ya da scapular Heplerin diseksiyonu sırasında dikkat edilmelidir, zira varlığı karışıklığa neden olabilir.

P 10

**NADİR BİR DÜŞÜK EL SEBEBİ: KOL DÜZEYİNDE KONJENİTAL KONSTRIKTİF BANT VE RADİAL SİNİR BASI NÖROPATİSİ**

*Ali Emre Aksu, Ebru Yörük, Figen Özgür, Abdullah Keçik*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara*

**Giriş**

Konjenital konstriktif bant fetusun değişik organlarını etkileyebilir ve çeşitli anomalilere sebep olabilir. Fakat konstriktif banda bağlı bası nöropatileri nadiren bildirilmiştir. Bu sunumda, sol kolda radial sinir basısına bağlı düşük ele neden olan konstriktif bant sendromu ile eşzamanlı yüz yarığına sahip bir hastanın tanı ve tedavisinin anlatılması amaçlanmaktadır.

**Metod**

Beş aylık bir erkek hastada doğumsal düşük el ve sol kol orta seviyesinde kolu çepeçevre saran bir konstriktif bant halkası bulunmaktaydı. Triceps kası radial sinir paralizinden etkilenmemişti. Preoperatif EMG 'sinde brakial pleksusa ait bir lezyon saptanamadı. Hastanın aynı zamanda Tessier 3 numaralı yüz yarığı da mevcuttu.

**Bulgu**

Konstriktif banda yönelik ilk seansta, kol lateralinde 180oluk W-plasti ile bant eksize edildi. Aynı aşamada radial sinir eksplere edildi ve longitudinal uzanımlı fasya benzeri yapılarla sarılmış olduğu görüldü. Basıya neden olan bu yapılar eksize edildi ve radial sinir 6 cm.lik bir segment boyunca serbestleştirildi. Koruyucu atel ile izlenen hastanın postoperatif 2. ayda elbileği ekstansiyonunun başladığı gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç**

Majör sinirlerin üzerinde yer alan konjenital konstriktif bant varlığında tanı ve tedavi açısından ele alınması gerekenler: (1) nörolojik muayenenin tam olarak yapılması, (2) elektronöromyografik çalışmaların elde edilmesi, (3) bir veya iki seansta bantın eksize edilmesi, (4) bantın basısına bağlı olmayabilen ve bölgedeki diğer disgenetik dokuların neden olabileceği sinir basısını ortadan kaldırılması ve (5) serbestleştirme ameliyatının mümkün olduğunca erken dönemde gerçekleştirilmesi olarak özetlenebilir. Bu tedavi planına rağmen sinir fonksiyonları geri dönmeyen olgularda ise, basıya uğramış sinir segmentinin eksize edilerek, sinir greftleri ile rekonstrüksiyon yapılması da bir başka seçenektir.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

P 11

### MELORHEOSTOSİS: NADİR BİR LOKALİZASYON

*Cengiz Yıldırım<sup>(1)</sup>, Feridun Çilli<sup>(3)</sup>, Kenan Keklikçi<sup>(3)</sup>, Kaan Erler<sup>(3)</sup>, Mehmet Demirtaş<sup>(2)</sup>*

1) Ankara Mevki Asker Hastanesi, Ortopedi / Ankara

2) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi /Ankara

3) Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ortopedi /İstanbul

#### Giriş

Melorheostosis çok nadir görülen, kortikal kemik slerozu ile seyreden, daha çok alt ekstremitteyi tutan, etyolojisi ve tedavisi bilinmeyen, mesodermal orijinli yumuşak doku patolojileri ile seyredabilen, tanısı karakteristik radyolojik görünümü ile konan bir iskelet displazisidir. Bu çalışmada yaygın üst ekstremitte tutulumu gösteren bir melorheostosis vakası literatür bilgileri eşliğinde takdim edilecektir.

#### Metod

Yirmi iki yaşında erkek hasta sağ el başparmağında ki ağrı, şişlik ve hafif derecede hareket kısıtlılığı şikayeti ile polikliniğimize başvurmuştur. Hastanın bu şikayetleri yaklaşık dört yıldır rahatsız edici olmamakla beraber aralıklarla ortaya çıkmaktaymış. Önemsemeyerek herhangi bir sağlık kuruluşuna müracaat etmemiş. Son zamanlarda şikayetleri artan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ üst ekstremitede gelişme geriliği ve buna bağlı yaklaşık 3 cm. kısalık saptanmıştır. Eklem hareketleri minimal kısıtlı idi. Nörolojik ve vasküler muayenesi normaldi. Hastanın sistemik laboratuvar muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Radyolojik incelemesinde sağ skapula laterali, humerus, radius, karpal skafoid, trapezium, trapezoideum, 1. parmak metakarp ve falankları tutan kortikal kalınlaşma ve korteksin bir tarafında mum eriği şeklinde ekspansil kortikal skleroz saptanmıştır, (şekil 1) Bu tipik radyolojik görüntü nedeniyle hastaya sağ üst ekstremitte kemiklerini tutan melorheostosis tanısı konuldu. TC 99-m MDP ile yapılan tüm vücut kemik radyonüklid çalışmasında sağ üst ekstremitede lokalize diffüz, yoğun artmış aktivite tutulumu izlendi, (şekil 2) Bu da tanı lehine değerlendirildi.

#### Bulgu

Hastaya konservatif tedavi uygulandı. Aralıklarla kontrole çağrıldı. Hastanın onsekiz ay sonra ki kontrollerinde hastalıkla ilgili herhangi bir progresyon ile karşılaşılma.

#### Tartışma ve Sonuç

Melorheostosis son derece nadir görülmekle birlikte tipik radyolojik görünümü, sintigrafik bulguları ile tanısı nispeten kolay konulabilen bir hastalıktır. Literatürde tanımlanmış yaklaşık 300 vaka vardır (1). Etiyoloji ve patogenezdaki belirsizliklere rağmen son bilgilerin ışığı altında melorheostosisin iskelet maturasyonu ve modelizasyonu sırasında kemik yapım ve yıkım ile ilgili bir defekt sonucu geliştiği fikri kabul görmektedir (2). Hastalık seyri sırasında herhangi bir şekilde gerileme göstermediği, konsevatif veya cerrahi olsun tedavi yöntemlerinin de etkinlikleri sınırlı olduğu için melorheostosis vakaları klinik pratikte hala bir sorun oluşturmaktadır. Biz sunduğumuz vakanın tek şikayetinin ağrı ve hareket kısıtlılığı olması, henüz herhangi bir deformitenin mevcut olmayışı nedeniyle konservatif tedaviyi ve hastanın klinik olarak takibini tercih ettik.

**P 12**  
**KUBİTUS VARUS KORREKSİYONUNDA LATERAL KAMA OSTEOTOMİSİ**  
**+ MULTİPLANAR K TELİ + KEMİK ÇİMENTOSU FİKSASYONU**  
**SONUÇLARIMIZ**

*Tunç Cevat Öğün, Mehmet Ali Acar, Hacı Mustafa Özdemir, İbrahim Tuncay, Hakan Şenaran*

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Konya*

**Giriş**

Kubitus varus çocukluk çağı suprakondiler humerus kırıklarının uzun dönemde en sık görülen komplikasyonlarından biridir. Deformite dirsek hareketini fazla sınırlamamasına karşın kozmetik olarak tolere edilemez bir görüntü oluşturur. Kubitus varus tedavisinde birçok osteotomi ve birçok tespit yöntemi ortaya konmuştur. Bu bölgenin dirsek eklemine ve nörovasküler yapılara yakın olması, genellikle yeterli bir tespit yapılamaması sonucunda yüksek oranda kaynamama, korreksiyon kaybı ve dirsek hareket kaybı oluşmaktadır. Çalışmanın amacı; osteotomi sonrası multiplanar K- teli + kemik çimentosu fiksasyonunun etkinliğini araştırmaktır.

**Metod**

2004- 2007 yılları arası ortalama takip süresi 3 yıl olan 9 tane kubitus varus tanısıyla kliniğimizde opere edilen hasta alınmıştır. Yaş ortalamaları 7 (6-8) ,ortalama preoperatif Humeroulnar açı(HUA)  $-17,7^{\circ}$  dir (-25, -16) .Bu hastalara lateral kapalı kama osteotomisi (distali transvers proksimali açılı) ile deformite düzeltildi. Distal ve proksimal kemiklere multiplanar en az 3, en fazla 6 adet K-teli gönderildikten sonra K- telleri korreksiyon sonunda çimento ile fiske edildi.

**Bulgu**

3 yıllık takip süresi sonucunda; Preoperatif HU A:  $-17,7^{\circ}$ (-25,-16) Erken postoperatif HU A:  $13,5^{\circ}$ (10,20) Son kontrol HUA:  $14^{\circ}$ ( 11,20) Hastalar erken postoperatif ortalama 4 gün uzun kol alçı atel ile daha sonrası periyotta ortalama 3 hafta kol askısı ile immobilize edildi. Bir hastada pin dibi enfeksiyonuna rastlandı ve oral antibiyotik ile tedavi edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Kubitus varus korreksiyonunda lateral kama osteotomisi + multiplanar K teli + PMMA fiksasyon; kolay uygulanabilir ucuz bir yöntem olup deformitenin 3 boyutlu stabil ve yeterli korreksiyonunu sağlamaktadır.



**SEGMENTER BAŞPARMAK AMPUTASYONUNUN REPLANTASYONU**

*Mehmet Bekir Ünal, Fatih Parmaksızoğlu, Tolga Mertoğlu, Eren Cansü*

*Üniversal Hospital Kadıköy / İstanbul*

**Giriş**

Segmenter parmak amputasyonlarının replantasyonu kontraendikedir. Fakat el fonksiyonlarının büyük kısmını yerine getiren başparmağın amputasyonu durumunda rekonstrüksiyonu gereklidir, ampute olan segmentin yerine getirilebilecek dokular sınırlı olmakla birlikte serbest transferleri zahmetli ve morbidtir. Bu sebeple acil servisimize başvuran hastanın segmenter başparmak amputasyonuna replantasyon girişiminde bulunduk.

**Metod**

18 yaşında erkek hasta sağ elini hizar makinesi ile yaralama sonrası başparmağın proksimal falanks orta hizasından ve tenar bölgenin metakarp ortası hizasından 2. parmağın radial kenarı ile birlikte segmenter amputasyonu ile acil servisimize başvurdu. Parçaların makroskopik incelemesi sonucunda replantasyonun denemesine karar verilerek hasta operasyona alındı. Aksiyel k-teli ile segmenter parçalar ardı sıra proksimal gövdeye tespit edildi. Başparmak distal segmenti ulnar digital arter ile radial arter dorsal dalı arasına, ara segmentten subkütan geçirilerek interpoze edilen ven grefti arterilize edildi. Proksimal segment ise volerinde radialis indicis arterinin princeps pollicis arteri ile anastomoze edilmesi yoluyla arterilize edildi. Distal segmentin ven drenajı 2. parmak sırtı boyunca diseke edilen venin proksimal segmentin sırtından subkütan geçirilerek distal segmentin dorsal venlerinden birine anastomoze edilmesi ile sağlandı, proksimal segmentin drenajı ise dorsal venlerin el sırtındaki venler ile anastomozu yoluyla gerçekleştirildi, post op dönemde vasküler sorun yaşanmadı. Hasta 10. gün taburcu edildi. Takiplerde 2. parmak radial kenarında nekroz ve osteomyelit gelişmesi üzerine 2. parmak iye ampute edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Segmenter parmak amputasyonlarının replantasyonu gerek operasyonun zorluğu gereksede fonksiyonel sonuçların kötülüğü sebebiyle kontraendikedir. Fakat başparmak elin fonksiyonlarında önemli bir yere sahip olduğu için replantasyonu her zaman denenmelidir. Segmenter amputasyonlarda uygun vakalarda doğru planlama ile başarılı sonuç elde edilebilir.

**BİLATERAL TRANS-SKAFOİD PERİLUNAT KIRIKLI-ÇIKIK:  
OLGU SUNUMU**

*Cengiz Yıldırım<sup>(1)</sup> Mehmet Demirtaş<sup>(2)</sup>, Fatih Ünüvar<sup>(1)</sup>, İbrahim Akmaz<sup>(3)</sup>*

- 1) Ankara Mevki Asker Hastanesi, Ortopedi / Ankara  
2) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi /Ankara  
3) Erzurum Asker Hastanesi, Ortopedi / Erzurum

**Giriş**

Perilunat çıkıklar el bileğinin en sıkıntılı yaralanmaları arasında yer almaktadır. Tüm karpal yaralanmaların %10 nu oluşturmaktadırlar (1). Literatürde ki en geniş seriler, çıkıkların %97 sinin dorsale deplase olduğunu göstermektedir (2). Bu yaralanmaların osseöz varyantları yaygındır; trans-skafoid perilunat kırıklı-çıkık tüm perilunat çıkıkların % 61 ini ve tüm kırıklı-çıkıkların % 96 sını oluşturmaktadır (2). Bu olgu sunumunda, her iki el bileği trans-skafoid perilunat kırıklı-çıkık tanısı ile geç başvuran bir olgunun başarılı bir şekilde karpal instabilite olmadan kapalı redüksiyon ve skafoidin perkütanöz internal fiksasyon ile tedavisi ve takip sonuçları değerlendirildi.

**Metod**

Yirmi-bir yaşında sağ elini dominant olarak kullanan erkek hasta hafif bir yükseklikten her iki el avuç içi üzerine düşme sonrası ilk olarak başka bir merkeze müracaat etmiş. Ancak net bir tanı konulmayan ve herhangi bir tedavi uygulanmayan hasta beş gün sonra polikliniğimize başvurmuştur. Hastaya bilateral el bileği trans-skafoid dorsale deplase perilunat kırıklı-çıkık tanısı kondu (şekil). Genel anestezi altında perilunat çıkık için Tavernier'in tariflediği traksiyon manevrası ile başarılı olarak kapalı redüksiyon gerçekleştirildi ve perkütan K-telleri ile redüksiyon stabil hale getirildi. Anatomik redüksiyon sağlandıktan sonra tekniğe uygun olarak skafoid kırığı için 3.5 mm.lik mini Acutrak başsız vida kullanılarak perkütanöz internal fiksasyon uygulandı. Aynı işlemler karşı taraf el bileğinde de tekrarlandı (şekil). Skopi altında redüksiyonun uygun olduğu kontrol edilerek her iki el bileğine de nötral fleksiyonda başparmak içinde olacak şekilde kısa kol alçı tespiti yapıldı. Alçı tespiti altı hafta sonra değiştirilmek suretiyle toplam 10 hafta tutuldu. Ardından hastaya 3 ay boyunca yoğun hareket açıklığı ve kas güçlendirme egzersizleri uygulandı.

**Bulgu**

Ameliyat sonrası altıncı ayda yapılan kontrol muayenesinde, sağ el bileği eklem hareket açıklığı 140 derece (ekstansiyon ile fleksiyon arka birlikte), sol el bileğinde ise 135 derece idi. Radyografilerde her iki karpal skafoid kemiğinin tam olarak kaynamış olduğu saptandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Perilunat kırıklı-çıkıklar el bileği hiperekstansiyonun oluşturduğu yüksek enerjili yaralanmalardır (3,4). Tedavi seçenekleri arasında kapalı redüksiyon ile birlikte alçılama ya da perkütan pinleme ve açık redüksiyon internal fiksasyon yer almaktadır (6). Biz bu vakayı; perilunat çıkık olmasından ötürü gecikmiş vaka olarak kabul ettik. Aşırı yumuşak doku şişliğine bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan kaçınmak, karpal kemiklere olan kan desteğinin kesilmesini en aza indirerek karpal avasküler nekrozu önlemek ve tam eklem hareket açıklığına en kısa sürede ulaşmak amacıyla kapalı redüksiyon, perkütan pinleme ve skafoidin perkütan vida fiksasyonunu uygun gördük.

**P15**  
**EL BİLEĞİNDE PİGMENTE VİLLONODÜLER TENOSİNÖVİT:**  
**İKİ OLGU SUNUMU**

*Nevzat Selim Gökay<sup>(3)</sup>, Erdem Bağatur<sup>(1)</sup>, Merter Yalçınkaya<sup>(2)</sup>, Tuncay Centel<sup>(3)</sup>*

- 1) *Medical Park Baheçelievler Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul*  
2) *İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü /İstanbul*  
3) *İstanbul Memorial Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul*

**Giriş**

Pigmente villonodüler sinovit (PVNS), sinoviyal dokunun proliferasyonu sonucunda gelişen etiyojisi bilinmeyen reaktif bir lezyondur. Bir eklemde nodul şeklinde lokalize bir lezyon olarak ortaya çıkabilir, ancak genellikle diffüz formdadır. En sık görüldüğü bölgeler diz, kalça, omuz ve ayak bileğidir. El bileği, PVNS açısından alışılmadık bir anatomik bölgedir ve literatürde bununla ilgili az sayıda olgu bildirilmiştir.

**Metod**

1. Olgu: 28 yaşında erkek hasta sol el bileğinde ağrı ve şişlik yakınmalarıyla başvurdu. Sol el bileği volar yüzde diffüz şişlik ve el bileği ile parmaklarda fleksiyon zorluğu vardı. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile distal radio-ulnar eklem düzeyinden karpal tünel distaline uzanan, fleksör tendonları çevreleyen yaygın sinoviyal infiltrasyon ve sıvı koleksiyonu görüldü. Hastaya fleksör tenosinovektomi yapıldı. 2. Olgu: 32 yaşında erkek hasta sağ el bileğinde ağrı ve şişlik yakınmalarıyla başvurdu. Sağ el bileği dorsal yüzde diffüz şişlik vardı. MRG ile karpal kemiklerin özellikle ekstansör yüzlerini çevreleyen, dorsalde eklem kapsülünü aşarak cilt altı yağlı dokuya protrüzyonlar gösteren, en kalın yerinde 2 cm kalınlığında olan sinoviyal kitle saptandı. Karpal kemiklerin yüzeylerinde milimetrik boyutlu erozif kontur düzensizlikleri vardı Hastaya ekstansör tenosinovektomi ve kemik debridmanı yapıldı.

**Bulgu**

Her iki hastanın lezyonlarının patolojik inceleme sonucu pigmente villonodüler sinovit ile uyumlu geldi. Hastalara ameliyat dışında ilave bir tedavi uygulanmadı. 1. olgunun 8 yıllık, 2. olgunun 2 yıllık izleminde, hastaların yapılan fizik muayene ve kontrol MRG'lerinde bir nüks bulgusuna rastlanmadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Literatürde bildirilmiş el bileğinde 20 adet PVNS olgusu bulunmaktadır. Tedavisinde cerrahi ve radyoterapi kullanılmaktadır. Fokal ve diffüz formların ayırt edilmesi tedavinin belirlenmesinde önemlidir. Fokal formunda basit cerrahi eksizyon yeterli iken, diffüz formunda komplet sinovektomi ve hatta kemik debridmanı gerekebilir. Radyoterapi tek başına veya cerrahi sonrasında nüksün önlenmesinde adjuvan bir yöntem olarak kullanılabilir. Bildirilen olgu sayıları yetersiz olduğu ve uzun süreli izlem sonuçları bilinmediği için tedavide kesin bir algoritma oluşturulamamıştır. Primer diffüz PVNS'nin tedavisinde geniş tenosinovektomi ve gerektiğinde kemik debridmanının tedavi için tek başına yeterli olacağı kanısındayız.

P16

**KARPAL TÜNEL SENDROMUNA NEDEN OLAN PALMAR LİPOM:  
İKİ OLGU SUNUMU**

*Erdem Bağatur<sup>(1)</sup>, Merter Yalçinkaya<sup>(2)</sup>*

1) Medical Park Bahçelievler Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul

2) S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul

**Giriş**

Karpal tünel içindeki basıncı artıran her süreç median sinirin tuzaklanmasına neden olabilir. Özellikle yaş ve meslek açısından karpal tünel sendromu (KTS) görülme olasılığının az olduğu, tek taraflı yakınmaları olan hastalarda yer kaplayan lezyonlar ayırıcı tanıda unutulmamalıdır. KTS'ye neden olan karpal tünel içi yerleşimli iki palmar lipom olgusu bildirilerek karpal tünel içinde yer kaplayan lezyonların ayırıcı tanıdaki önemi tartışıldı.

**Metod**

1. Olgu: 63 yaşında erkek hasta, sağ elde uyuşma, geceleri uyanma ve güç kaybı yakınmaları ile başvurdu. Yakınmalar son 6 aydır vardı. Klinik olarak KTS tanısı konulan hastanın nörofizyolojik testlerinde ileri evre KTS saptandı. Sol elde nörofizyolojik bozukluk yoktu. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile karpal tünel içinde kitle saptandı. 2. Olgu: 54 yaşında kadın hasta, sağ elde uyuşma, geceleri uyanma ve ilerleyici beceri kaybı yakınmaları ile başvurdu. Yakınmalar 2 yıl önce başlamış, son 3 ayda çok artmıştı. Klinik olarak KTS tanısı konulan hastanın nörofizyolojik testlerinde ileri evre KTS saptandı. Sol elde nörofizyolojik bozukluk yoktu. MRG ile karpal tünel içine uzanan palmar kitle saptandı.

**Bulgu**

Hastalar aksiller anestezi altında ameliyat edilerek karpal tünel gevşetmesi ve kitle rezeksiyonu yapıldı. Her ikisinde de patolojik inceleme sonucu lipom ile uyumluydu. Birinci olgunun 7, 2. olgunun 2 yıl sonra yapılan klinik ve MRG değerlendirmesinde hastaların yakınmasız olduğu ve kitlede nüks olmadığı saptandı.

**Tartışma ve Sonuç**

KTS çoğunlukla idiyopatik olsa da hastaların bir kısmında belirli bir etiyoloji saptanabilir. Bunların en sık rastlanılanları karpal tünel içinde yer kaplayan kitleler ile özellikle bağ dokusu hastalıklarıyla birlikte olan, tenosinovit gibi tüneli daraltarak basınç artışına neden olan süreçlerdir. KTS'nin hemen hemen her zaman çift taraflı olduğu ve tek taraflı tutulumu olan hastalarda karpal tünel içinde yer kaplayan lezyonların daha sık görüldüğü bilinmektedir. Özellikle erkek, genç ve meslek olarak KTS'ye yatkınlığı olmayan hastalarda tek taraflı tutulum daha da önem kazanmaktadır. Bu sunumdaki iki hasta da bu açıdan değerlendirilerek MRG ile incelenmiş ve tünel içi lezyonları saptanmıştır. İdiyopatik KTS'de genellikle kullanılmayan görüntüleme yöntemlerinin tek taraflı tutulumu olan hastalarda göz önünde bulundurulması yararlı olabilir.

## PEDİATRİK TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Hayati Öztürk, Okay Bulut, Umut Gölge

Cumhuriyet Üniversitesi El Cerrahi Bilim Dalı /Sivas

### Giriş

Pediyatrik tetik parmakların %90'nı başparmaktır. Bu çocukların %0.05'inden daha azını etkileyen nadir bir durumdur. Çocuklarda tetik başparmaklar tetikleşmez fakat fleksiyon pozisyonunda kilitli kalırlar. En sık neden konjenital tetik parmadır. Patolojik incelemede snoviyada proliferatif değişiklikler görülmüştür. Tendonda bulunan nodüler yapı 'Notta Nodu' sık görülen bir patolojik bulgudur. Bu bahsedilen durum sıktır, ancak tetik parmanın gerçek konjenital oranı bilinmemektedir. Yeni doğan döneminde normal postür tanıyı akla getirmez. Ancak çocuk 6 aylıkken ailenin dikkatini çekmesiyle inceleme başlatılır. Ameliyat öncesi 6 aylık bir gözleme alınması defisit ve kontraktürlere yol açabilir ve cerrahi girişim tüm konjenital tetik parmak hastalarına gereklidir. Pediyatrik tetik başparmaklar basit bir A1 pulley serbestleşmesine cevap verirler. Bu çalışmada pediyatrik kilitli tetik parmalarda açık cerrahi tedavi uyguladığımız olgularımızı değerlendirmek.

### Metod

Genel anestezi altında turnike eşliğinde tüm parmalara klasik transvers tetik parmak cilt kesileri uygulandı. Cilt geçildikten sonra damar ve sinir korunarak A1 pulley ortaya kondu. A1 pulley longitudinal olarak gevşetildi. Parmakta tetiklenme açıldığı gözlemlendi. Cilt sture edildi ve kompresif pansuman uygulandı.

### Bulgu

Kliniğimizde Ocak 1995- Nisan 2006 yılları arasında opere edilen 24 kilitli pediyatrik tetik parmak olguları geriye dönük olarak değerlendirildi. Kilitlilik süresi tespit edilemedi. 24 olgunun 15'kız 9'u ise erkek idi. 24 olgunun 9 sağ el, 10 sol el ve 5 el de bilateral olarak 29 parmak idi. 24 başparmak, 2 ikinci parmak ve 3 dördüncü parmak tutulumu mevcuttu. Operasyon sırasında ortalama yaş 28 ay (6 ay-12 yaş) idi.

### Tartışma ve Sonuç

24 olguda açık cerrahi ile pulley gevşemesi uygulanan olgulardan 23 olguda tetikleşme başarı ile giderildi. Yalnızca bir olguda iki ekiple cerrahi gerçekleştirilen bilateral olguda bir parmakta ameliyat sonrası tetikleşme devam ettiği gözlemlendi. Egzersizlerden fayda görmedi. İkinci cerrahisinde A1 pulleyin parsiyel gevşetildiği ve tetikleşmenin devam ettiği gözlemlendi. A1 pulley gevşetildi. Tüm olgularda gözlenen tendon nodülüne herhangi bir girişimde bulunulmadı. Hiç bir olgumuzda damar ve sinir yaralanması ve enfeksiyon gibi komplikasyon gözlenmedi. Pediyatrik kilitli tetik parmakta açık cerrahi gevşetme güvenli ve etkili bir girişim olarak görülmektedir.

## TETİK PARMAK CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Hayati Öztürk, Okay Bulut, Zekeriya Öztemur

Cumhuriyet Üniversitesi El Cerrahi Bilimdah / Sivas

### Giriş

Tetik parmak, sık karşılaşılan, tanı koymakta zorlanılmayan, elde ağrı ve işlev bozukluklu yaratan stenoza bir tendovajinittir. Tetik parmak oluşumunun fizyopatolojik isinden, puleyin fibrokartilajinöz metaplasizisini sorumlu tutulmaktadır. Parmak hareketleri sırasında fleksör tendonlarda ağırlı takılma oluşur ve tedavi edilmezse proksimal interfalangeal eklemden fleksiyon kontraktürü ile sonuçlanabilir. Tetik parmak tedavisinde, steroid ve lokal anestezi enjeksiyonu, splint uygulaması gibi konservatif uygulamalar ve bunların başarısızlığı durumunda da açık cerrahi girişim başlıca kullanılan yöntemdir. Bu çalışmadaki amacımız, tetik parmak tanısıyla açık cerrahi teknik ile tedavi edilen hastaların sonuçlarını değerlendirmek.

### Metod

Tüm olgular ameliyathanede lokal anestezi altına klasik transvers palmar cilt keşişi uygulandı. Digital sinir ve digital damarlar dikkatli ekarte edilerek Al puley ortaya konuldu. Al pulley tam kesilip tetikleşmenin rahatladığı görülünce cilt kapatıldı. Kompresif pansuman ile kapatıldı. Hemen aktif hareket başlandı.

### Bulgu

Eylül 1996 - Eylül 2006 tarihleri arasında kliniğimize tetik parmak ile başvuran 22 olgunun (16 kadın, 6 erkek; ortalama yaş 52 (33-62 yaş)) 24 parmağına açık cerrahi gevşetme uygulandı. Olguların 18'inde dominant elde tutulum, 2 olguda birden fazla parmakta takılma vardı. Tüm olgularımız cerrahi tedavi öncesinde konservatif tedaviden başarısız olmuş olgulardı. Başparmak tutulumu beş, ikinci parmak tutulumu dört, üçüncü parmak tutulumu altı, dördüncü parmak tutulumu sekiz ve beşinci parmak tutulumu bir idi.

### Tartışma ve Sonuç

Açık cerrahi sonrasında, Tüm olgularda ameliyat sonrası takılma duygusu, kilitlenme ve ağrı tamamen geçti. Olgular ortalama 14 günde (13-11 gün) günlük etkinliklerine geri döndüler. Parmakların hiçbirinde enfeksiyon, dijital arter ve sinir yaralanması, rekuren görülmeydi. Tetik parmak tedavisinde açık cerrahi teknik, etkin ve kolay bir gevşeme sağlama ve komplikasyon riskinin az olması nedeniyle tercih edilebilecek güvenli bir yöntemdir.

## DUPUYTREN KONTRAKTURU CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Hayati Öztürk, Okay Bulut, Turan Taş

Cumhuriyet Üniversitesi El Cerrahi Bilimdağı /Sivas

### Giriş

Dupuytren kontrakturu el fonksiyonlarının zayıflamasına yol açan yaygın durumlardan biridir. Toplumda %2-12 arasında, çoğunlukla erkeklerde ve palmar fasianın kontrakturdan dolayı etkilenen parmaklarda ilerleyici fleksiyon kontrakturu mevcuttur. Palmar fasiyada kalınlaşma kısılma çok sayıda nodul mevcuttur. Etnik köken, alkol, sigara, epilepsi, karaciğer hastalığı, mikrotravmalar ve diyabet gibi faktörler suçlanmaktadır. Hasatlık başlangıçta steroid tedavisi uygulanabilir. Metakarpofalangeal (MCP) eklemden 30° fleksiyon kontrakturu ya da proksimal interfalangeal (PİP) eklemden kontraktür olması cerrahi endikasyondur. Bu çalışmada amacımız parsiyel fasiyektomi uyguladığımız olgularımızı değerlendirmek.

### Metod

Mart 1997- Haziran 2005 tarihleri arasında Lokal anestezi eşliğinde(RİVA) 20 olguda da Z plasti ile parsiyel fasiyektomi uygulandı. Ameliyat sonrası kompresif bandaj ve dorsal el ateli uygulandı. Dikişler 3 haftadan önce alınmadı. Operasyon sonrası tüm olgularda 6-8 hafta dinamik ekstansiyon splinti kullanıldı.

### Bulgu

Mart 1997- Haziran 2005 yılları arasında Dupuytren kontrakturu tanısı ile ameliyat edilen 20 olgu geriye dönük olarak değerlendirildi. 20 olgunun tümü erkek idi. Cerrahi sırasında ortalama yaş 52 (40-70 yaş). 13 sağ el 7 sol el tutulumu mevcuttu. 20 olgunun 9'unda IV. parmak, 3'ünde V. Parmak, 2'sinde III. Parmak, 1'inde IV.-V. Parmak, 1 'inde III-IV. Parmak ve 1 olguda da III-IV-V. Ortalama takip süresi 60ay (30-130 ay). Tüm olgularda ameliyat öncesi MCP eklemden ortalama 38°(30-60°) ve PİP eklemden ortalama 32° (20- 45°) kontraktür mevcuttu. Ameliyat sonrası son kontrolde ise MCP eklemden ortalama 7°(5-30°) ve PİP eklemden ortalama 5° (5- 20°) kontraktür mevcuttu.

### Tartışma ve Sonuç

Parsiyel fasiyektomi ile tedavi edilen olgularımızdan postoperatif cilt nekrozu, damar sinir yaralanması, enfeksiyon gibi değişik oranlarda gözlenen komplikasyonla karşılaşmadık. Çoklu parmak tutulumu olan İki olguda (%10) nüks gözlemlendi. Bu da literatür ile uyumlu idi. El fonksiyonunun yetersizliğinin ve parmaklarda MCP eklemden ve PİP eklemden kontraktürlerin tedavisinde parsiyel fasiyektomi etkili bir tedavi olarak gözükmektedir.

P20

HEREDİTER MULTIPLE EKZOSİTOZLU BİR OLGUDA KANAT SKAPULA

Hayati Öztürk, Teoman Aslan

Cumhuriyet Üniversitesi El Cerrahi Bilim Dalı /Sivas

**Giriş**

Skapulunun medial köşesinin kabarıklığı kanat skapula olarak 1825 yılında Velpeau tarafından tanımlanmıştır. Kanat skapulunun klasik patogenezi, uzun torasik sinir felcine sekonder serratus anterior kas yetmezliğidir. Fakat omuzun çeşitli sinir, kas kemik ve eklem patolojileri kanat skapulayla ilişkili olabilir. Herediter multiple ekzositoz otozomal dominant geçen ve ekzositozlarla seyreden bir hastalıktır. Kanat skapula, skapula ekzositoz ile nadiren ilişkilidir. Bu çalışmada ki amacımız, herediter multiple ekzositozlu bir olguda bilateral skapula tutulumu ve sol kanat skapula ve tedavisini sunmak.

**Metod**

Genel anestezi altında prone pozisyonda sol skapula cismi medial kenarından cilt, cilt altı geçildi. Scapula medial kenarından periost sıyrıcı ile subperiostal olarak skapula medial kenarından toraksa doğru gelişmiş kıkırdak şapkası olan 9X5m çapında ekzositoz sapından kesilip çıkartıldı. Çevresinde gelişmiş olan sekonder bursa da çıkartılıp katlar kapatıldı.

**Bulgu**

22 yaşında herediter multiple ekzositoz tanısı (tüm uzun kemikleri metafizlerinde ekzositozlu) ile takipte olan olgu, sol omuz hareketleri sırasında skapulasında kabarıklık ve ağrı şikâyeti ile müracaat etti. Direk grafi ve BT kesitinde, sol skapulada kanat skapulaya da neden olan bilateral scapula medialinde ekzositoz tespit edildi. Tüm omuz hareketleri açık ve ağrılı lateral sakapular kanatlanma mevcuttu. Direkt grafi ve BT kesitlerinde bilateral skapular ekzositoz tanısı doğrulandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Kanat skapulaya neden olan ekzositoz nadiren palpe edilebilir. Skapulada gelişen büyük ekzositozlar kanat skapulaya neden olmadan ziyade skapulayı deforme etme ve malignleşme potansiyeline (%1-3) sahip olabilir. Skapular ekzositoz bazen oblik direct grafilere gösterilebilir. Fakat en iyi görüntülenmesi Bilgisayarlı Tomografi (BT) kesitleridir. Ekzositoza bağlı kanat skapulunun tedavisi ekzositozun cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Sonuç olarak, herediter multiple ekzositoz olgularında nadir de olsa palpe edilemeyen skapular ekzositoz sonucu kanat skapula gelişebileceği tedavisinin cerrahi çıkarım olduğu göz ardı edilmemelidir.



**DORSAL TRAPEZOİD ÇIKIĞI (OLGU SUNUMU)**

*Tolga Türken Mehmet Alp*

*Mcmus El Grubu / İstanbul*

**Giriş**

Trapezoid kemikte dorsal çıkık nadir olarak görülmektedir. Literatürdeki olguların çoğu yüksek enerjili yaralanmalar sonrası gerçekleşen yaralanmalardır. Biz bu olgu sunumuyla el cerrahisi literatürüne yeni bir olgu sunmaktayız.

**Metod**

43 yaşında erkek hasta. Ramazan ayında aniden düşme sonucu elinin üzerinden otobüs geçen hasta sağ el bileği ağrısı nedeniyle hastaneye başvurdu. Sağ el bileğinde şişliği ve sağ 1. webde açık yarası olan hasta acil serviste değerlendirildikten sonra izole trapezoid çıkığı tanısı konularak ameliyata alındı (şekil 1-2). Aksiller anestezi altında 2. parmağa nazik bir traksiyon uygulanarak dorsalden presyonla kemik redükte edildi (şekil 3). 2 adet K teli ile perkütan tespit yapıldı. Kısa kol alçı atel uygulandı. Takipleri sırasında sağ elde güç kaybı ve eklem hareket açıklıklarında kısıtlılık gelişen hastaya fizik tedavi verildi ve takibe alındı. 1. webindeki yara, takipleri sırasında kontrakte oldu ve el kullanımında sınırlama yarattı. Bunun üzerine kontrakte 1. web cerrahi olarak açıldı (şekil 4). Yapılan son cerrahi işlem sonrası hasta elini iyi bir şekilde kullanabilmekteydi.

**Tartışma ve Sonuç**

Literatürde izole trapezoid çıkığı nadir olarak görülmektedir. Bu çıkıkların birçoğu yüksek enerjili yaralanma sonrası olmaktadır. Literatürde yaralanma mekanizması; palmar çıkıklarda direkt incinme ve çarpma olarak bildirilse de dorsal çıkıklarda 2. metakarpın aksiyel yüklenmesi sonucu oluşan kaldıraç etkisi sorumlu tutulmaktadır. Tedavide genellikle traksiyon ile açık redüksiyon ve tespit, kapalı redüksiyon ve tespit yapılırsa da trapezoid eksizyonu yapılan olgular da bildirilmiştir. Bizim olgumuzdaki trapezoid çıkığı 2. parmaktan yapılan traksiyonu takiben dorsal presyonla redükte edilebilmiştir. Literatürdeki çoğu olguda tatminkâr iyileşme bildirilmişse de trapezoidde avasküler nekroz ve artroza dikkat çekilmektedir. Bizim olgumuzda istenmeyen durum olarak 1. web kontraktürü gelişmiş ve cilt plastiye ihtiyaç duyulmuştur. Bu kontraktürün nedeni patlama tarzındaki web yaralanmasıdır. Bu tip yüksek enerjili yaralanmalarda oluşan açık web yaralanmalarında cilt kapatılırken muhtemel kontraktürü önleme amaçlı z plasti yapılması daha sonra ikinci cerrahiye olan ihtiyacı ortadan kaldırılabılır. Yaralanma şekli olarak otobüs tarafından ezilme, eklemlerde gelişen hareket kısıtlılığının ve eldeki güç kaybının sorumlusu olarak düşünülmektedir. Bu olguda web plasti ve fizik tedaviyle takip tatminkâr iyileşme sağlanmıştır.

**MUSCULUS PALMARIS BREVIS'İN VASKÜLER ANATOMİSİ**

*Murat Şahin Alagöz<sup>(2)</sup>, Ahmet Çağrı Uysal<sup>(3)</sup>, Eray Tüccar<sup>(1)</sup>, İbrahim Tekdemir<sup>(1)</sup>*

1) Ankara Üniversitesi, Anatomi Anabilim Dalı /Ankara

2) Kocaeli Üniversitesi, Plastik.Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı/Kocaeli

3) Nippon Tıp Üniversitesi, Plastik.Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Tokyo

**Giriş**

Palmaris brevis kası diğer hipotenar kasların üzerinde cildin hemen altında, yüzeysel fasyanın içinde bulunur. İnce ve dört kenarlı olduğu tespit edilen kas, fleksör retinakulundan ve aponevrozis palmarisin unlar tarafından başlar, elin unlar sınırındaki deride sonlanır. Çalışmamızdan elde edilen veriler ışığında, palmaris brevis kasının, karpal tünel ve el bileği bölgelerindeki defektlerin onarımında, ezilme tarzındaki yaralanmalarda olduğu gibi seçeneklerin azaldığı durumlarda diğer lokal fleplere alternatif olarak büyük arter sakrifikasyonu gerektirmeden kullanılabilceğini düşünmekteyiz.

**Metod**

Ortalama yaşları 48 (39-55) olan, ikisi erkek, dördü bayan, altı kadavra (on iki el) formalin ile hazırlanmıştı. Kadavraların ulnar arterleri, önkol distal üçte biri seviyesinde disseke edilerek bulundu ve radyopak madde ile karıştırılmış 5 ml. latex f enjekte edildi. Loupe büyütme altında (x4) el bileğinden distale, beşinci parmağın proximal falanksına doğru, ulnar arterin dallarını ortaya çıkaracak şekilde disseksiyon yapıldı. Ulnar arter ve palmaris brevis giden ana pedikül elektronik cetvel ile ölçüldü. Kasın boyu tüm kadavralarda ölçüldü. Tüm ölçümler tamamlandıktan sonra kas vasküler pedikülü ile birlikte yerinden alınıp mikroanjiyografik olarak vasküler yapısı ortaya kondu.

**Bulgu**

Derin palmar arterden kaynaklanan palmaris brevis kasının ana pedikülü ortalama 12 mm (9-14 mm) ilerledikten sonra kasa alt yüzünden ve orta noktası sayılabilecek merkezinden girmektedir. Kasa giren ana pedikül dışında, kasın derininde yerleşik olan diğer hipotenar kaslardan çıkan çapları 0,4 mm ( $\pm 0,14$  mm) arasında değişen 1 -4 adet perforanın palmaris brevis girdikten sonra çok yakınında olan cilde geçtiği gözlemlendi. Ulnar arter çapı, 2,2 mm ( $\pm 0.3$  mm) ve derin palmar arterin çapı 0.8 mm ( $\pm 0.18$ ) olarak bulundu. Palmaris brevis kasının ana pedikülü 0.37 mm ( $\pm 0.05$ ) olarak ölçüldü. Palmaris brevis kasının mikroanjiyografik olarak incelenmesinde bir dominant pedikülü olduğu ve ayrıca hipotenar kompartmandan perforatör arterler aldığı tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Tespit edilen vasküler anatomik patern ile Mathes-Nahai Kas klasifikasyonuna göre tip V olan kas, lokal olarak el bileği ve karpal tünel bölgesindeki travmatik veya enfeksiyöz nedenlerle oluşan defektlerde kullanılabilceğini düşünmekteyiz.

## ELİN CİLT PERFORATÖRLERİ: ANATOMİK ÇALIŞMA

*Murat Şahin Alagöz<sup>(2)</sup>, Ahmet Çağrı Uysal<sup>(3)</sup>, Hakan Orbay<sup>(3)</sup>, Ayhan Cömert<sup>(1)</sup>,  
Eray Tüccar<sup>(1)</sup>, Alaittin Elhan<sup>(1)</sup>*

1) Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı /Ankara

2) Kocaeli Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Kocaeli

3) Nippon Tıp Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Tokyo

### Giriş

Bu çalışmanın amacı, elin palmar ve dorsal yüzündeki cilt dolaşımını sağlayan perforatörlerin çıkış yerlerini ve çaplarını belirlemesidir. Bu bilgilerin klinik yansımaları olarak el rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek aksiyel paternli lokal flep sayısının artması beklenmektedir.

### Metod

Çalışmaya formalin ile fiske edilmiş on kadavranın yirmi eli dahil edildi. Kanülasyonu takiben, 20 ml lateks, fizyolojik basınç altında, manuel olarak verildi. Elin her iki yüzünde yapılan cerrahi disseksiyonlarda hipotenar, tenar, midpalmar ve dorsum bölümlerindeki çapları 0.3 mm üzerinde olan septokutan, muskulokutan ve direkt cilde giren perforatörlerin çıkış yerleri, çapları ve sayıları belirlendi. Ayrıca tenar ve hipotenar bölgelerde izafi olarak proksimal, orta ve distal bölge'ler oluşturuldu.

### Bulgu

Elin dorsal bölgesinde perforatör açısından zengin bölgelerin adductor kompartıman (%21,2), el bileği dorsumu (%17,6), iki ve üçüncü metakarp başları arası (%16,8) ve beşinci metakarp ulnar sınırı (%16,8) olduğu saptandı. El dorsumunda, üç-dört (%11,2) ve dört-beşinci (%9,2) metakarp başları arası ile el dorsumu orta bölgesinin (%7,2) perforatör arter açısından zayıf olduğu belirlendi. Elin palmar yüzünde hipotenar alanda yapılan anatomik disseksiyonlarda, proksimal (% 11,56) ve orta bölgelerin (%9,87) perforatör açısından en zengin bölgeler olduğu tespit edildi. Tenar alanda ise orta (%9,87) ve distal bölgeler (% 11,08) perforatör açısından en zengin bölgeler olarak saptandı. Web aralıkları içerisinde en zengin perforatör artere sahip alan olarak da ikinci web aralığı (%10,6) olduğu görüldü. Midpalmar bölgenin (% 13,01) ise avuç içerisinde en çok perforatörün görüldüğü bölge olduğu yapılan anatomik çalışmada ortaya konuldu. Elin palmar yüzündeki perforatör arter açısından en zayıf bölgelerin ise distal hipotenar bölge (%6,98), proksimal tenar bölge (%8,91), üçüncü (%9,87) ve dördüncü web (%8,19) aralıklarının olduğu saptandı.

### Tartışma ve Sonuç

Çalışmada elin dorsal ve palmar bölgelerinin cilt beslenmesinin nereden ve ne kalınlıkta çıkan perforatörler tarafından sağlandığı belirlendi. Bu bilgiler ışığında planlanabilecek yeni perforatör bazlı flepler ile rekonstrüksiyon seçenekleri artacaktır. Flep seçeneklerinin artmasının en büyük avantajı el bölgesi rekonstrüksiyonunda kullanılan, maliyeti ve hasta morbiditesi yüksek olan bölgesel ve uzak flep endikasyonun azalmasıdır. Ayrıca el bölgesinde kullanılan random paternli flepler bu bilgiler dikkate alınarak hazırlandığında daha güvenilir olan aksiyel paternli flepler haline gelmesi kaçınılmazdır.

**ULNAR ARTER PERFORATÖR BAZLI TERS AKIMLI ÖNKOL FAYSA FLEBİ:  
ANATOMİK ÇALIŞMA**

*Murat Şahin Alagöz<sup>(2)</sup>, Hakan Orbay<sup>(3)</sup>, Ayhan Cömert<sup>(1)</sup>, Eray Tüccar<sup>(1)</sup>, İbrahim Tekdemir<sup>(1)</sup>*

1) Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı /Ankara

2) Kocaeli Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Kocaeli

3) Nippon Tıp Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı / Tokyo

**Giriş**

Önkol bölgesinden elde edilebilen flep kombinasyonu içerisinde olan fasyal önkol flebi genellikle radial arter veya arterin feda edilmek istenmediği durumlarda ondan çıkan perforatörler ile kullanılmaktadır. Önkol fasyasının elde edilmiş seçeneğini artırmak için yaptığımız anatomik çalışmada ulnar arterden çıkıp doğrudan derin fasyal yapıya giren perforatörlerin çapları, çıkış yerleri ve sayılarını araştırdık.

**Metod**

Sekiz kadavra eli, çalışmaya dahil edildi. Anatomik diseksiyona önkol fleksör yüzünün orta kısmında, dirsek ekleminden el bileğine uzanan cilt insizyonu yapıldı. Cilt flepleri derin fasyanın yüzey yaprağı üzerinden kaldırılıp uzaklaştırıldı. Derin faysa radyal taraftan başlanmak üzere, loupe büyütme altında (x3.5), derin fasyanın derin yaprağı altından kaldırıldı. Ulnar arterin fasyaya verdiği dallar sağlam bırakılacak şekilde diseksiyon yapıldı. Bu dalların sayıları çıkış yerleri ortaya kondu. Ayrıca ulnar arterden çıkıp fasyanın beslenmesini sağlayan perforatörlerin çapları tespit edildi. Perforatör arter ölçümlerini takiben hazırlanan ters akımlı fasyal flebinin rotasyon arki saptandı.

**Bulgu**

A. Ulnaris a. Interossea komminus dalını verdikten sonraki ilk 3 cm. içerisinde ortalama  $2,3 \pm 1,1$  (1 -4) perforatör verdiği saptandı. Bu perforatörlerin ortalama çapları ise  $0,43 \pm 0,19$  mm (0,33-0,6 mm) olarak saptandı. Önkol distal kısmında ulnar arter ulnar styloid çıkıntından 3cm kadar proksimal kısıma kadar ortalama  $3,7 \pm 0,3$  (2-7) adet perforatörün olduğu ortaya konuldu. Bu bölgedeki perforatörlerin ortalama çapları ise  $0,49 \pm 1,3$  mm (0,4-0,69mm) olduğu belirlendi. Tarif edilen bu iki alan arasındaki ulnar arter kısmından ise ortalama çaplan  $0,35 \pm 0,19$  mm (0,33-0,6 mm) sayıları ise  $1,67 \pm 0,4$  (1-3) adet perforatörün çıktığı görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Distal kısımdan çıkan perforatörler kaynak alınarak hazırlanacak olan fasyal flep el bileği, tenar ve hyptenar alan, midpalmar bölge, web aralıkları ve parmak proksimal kısımları ve el dorsumunda ideal bir kapayıcı olarak kullanılabilir.

## EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA HASTALARINDA PSÖDOSİNDAKTİLİ ONARIMINDA İDEAL YÖNTEMİ ARARKEN

*Serhan Tımcı, Başar Kaya, Şafak Uygur, Reha Yavuzer, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi/Ankara*

### **Giriş**

Doğumsal bir hastalık olan epidermolizis büllozada, el parmaklarında görülen kontraktürler ve psödosindaktili, tedavisi oldukça güç bir deformitedir. Bu çalışmada, farklı derecelerde el parmaklarında kontraktürleri ve psödosindaktilileri olan bir grup hastada uygulanan değişik cerrahi yöntemler sunulmakta ve birbirlerine olan üstünlükleri tartışılmaktadır. Bu hastalardan elde edilen deneyimlerin sonucunda dermal greft kullanılarak gerçekleştirilen rekonstrüksiyon yöntemi tanımlanmakta ve verici saha morbiditesinin en aza indirilmesi amacıyla bir modifikasyon önerilmektedir.

### **Metod**

Doğumsal epidermolizis bülloza tanısı bulunan ve yaşları ortalaması 5 olan 6 hastada toplam 11 operasyon gerçekleştirildi. İlk olgularda psödosindaktilin açılmasından sonra allojenik dermiş üzerine kısmi kalınlıkta otojen deri grefti uygulandı. Ancak bu olgularda ameliyat sonrası hem elde hem de verici sahada iyileşme döneminin uzun sürdüğü izlendi. Takip eden olgularda sekonder iyileşmeye bırakıldı, bu olgularda da kontraktürün belirgin olduğu interfalangiyal eklem seviyesinde iyileşmenin uzun sürdüğü görüldü. Bu sebeple, son olgularda uylukta kısmi kalınlıkta kaldırılan deri greftinin altından yine dermatom yardımıyla dermiş grefti alındı ve eklem bölgelerine yerleştirildi. Daha sonra kısmi kalınlıktaki deri grefti yerine iade edildi. İşlem sonunda olguların çoğunda kısa süreli K-telleri ile sabitleme yapıldı.

### **Bulgu**

Dermal greft uygulanan son olgularda ameliyat sonrası ortalama 1. haftada tüm dermiş grefti konulan alanların epitelize olduğu, uyluktaki kısmi kalınlıkta deri greftinin tutarak verici saha morbiditesi oluşturmadan rekonstrüksiyon sağlandığı görüldü. Birinci ay sonunda parmak fonksiyonları kabul edilebilir duruma geldi.

### **Tartışma ve Sonuç**

Epidermolizis büllozada görülen el deformitelerinin tedavisi, ameliyat öncesi hazırlık, anestezi, cerrahi tedavi ve ameliyat sonrası bakım aşamalarının titiz bir şekilde yönetilmesiyle gerçekleştirilir. Psödosindaktilin tedavisinde yapışıklıkların açılmasını takiben sekonder epitelizeasyon, kısmi ve tam kalınlıkta deri greftleri ve dermal allogreftler kullanılan yöntemlerdir. Sekonder epitelizeasyonun uzun sürmesi, otogreftlerin verici saha morbiditesi ve allogreftlerin epitelizeasyona ek bir fayda sağlamaması nedeniyle farklı bir örtü yöntemi tanımlanmıştır. Otojen dermal greft kısa sürede epitelizeasyonu sağlarken verici sahada kısmi kalınlıkta deri greftinin yerine iade edilmesi morbiditeyi önlemektedir. Ayrıca özellikle eklem seviyelerine yerleştirilen dermişin nüksleri de önleyeceği düşünülmektedir.

**MASSON HEMANJİYOMU: ÜST EKSTREMİTENİN AZ BİLİLEN BİR YUMUŞAK DOKU TÜMÖRÜ**

*Serhan Tuncer, Billur Sezgin, İsmail Küçüköyük, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi/Ankara*

**Giriş**

Üst ekstremitede yumuşak doku lezyonlarının eksizyonu sık uygulanan girişimlerdenir. Parmaklarda sinir ve tendon kılıflarından köken alabilen nöroma, ganglia gibi benign oluşumlar daha sık görülmekle beraber daha nadir görülen yumuşak doku lezyonlarıyla karşılaşmak da mümkündür. Kliniğimizde parmakta yumuşak doku kitlesi eksizyonu yapılan ve histopatolojik tanısı Masson hemanjiyoma olarak gelen bir olgu sunulmaktadır.

**Metod**

33 yaşında bayan hasta, sol el 5. parmak dorsalinde 1x1cm boyutunda bir yumuşak doku kitlesi ile başvurdu. Kitle yumuşak kıvamlı, düzgün yüzeyli, vasküler oluşumu anımsatan bir noduldu. Lokal anestezi altında cerrahi eksizyonu yapıldı.

**Bulgu**

Histopatolojik inceleme sonucu “Masson’s Hemangioma’ olarak rapor edildi. Hastanın ameliyat sonrası herhangi bir problemi olmadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Masson’s Hemanjiyoma, diğer adıyla intravasküler papiller endotelial hiperplazi, nadir görülen, benign, reaktif, proliferatif vasküler endotelial bir lezyondur. En sık cilt-ciltaltında görülmekle beraber, endotelin bulunduğu her lokalizasyonda rastlanabilmektedir. Sıklıkla parmaklar, baş-boyun, gövde ve alt ekstremitelerde görülmesine rağmen endotelin olduğu her yerde görülebilir. Önceleri neoplastik bir oluşum olarak nitelendirilen bu antitenin, günümüzde travmatik vasküler staza sekonder reaktif vasküler proliferasyon olduğu kabul edilmektedir. Makroskopik olarak sıklıkla 2cm’den küçük, sert, mavi-mor renkte nodul olarak karşımıza çıkmaktadır. Mikroskopide birçok papiller yapı lümeneye doğru projeksiyon göstermektedir ve bunlar farklı evrelerde olabilen organize/rekanalize trombüsle ilişkilidir. Tanıda en sık karşılaşılan sorun anjiosarkom ile benzerliğidir ancak atipinin, mitozun, solid alanların, nekrozun olmayışı ve proliferasyonun sadece damar içerisine sınırlı oluşu anjiosarkomdan uzaklaştırmaktadır. Yaş, cinsiyet ayrımı yoktur, prognozu çok iyidir. Tanıdık olmayan patolojik tanılarla karşılaşıldığında tedavinin yeterliliği konusunda şüphe duyulmaktadır. Ancak bu lezyonun tedavisinde basit eksizyon yeterlidir.

## DORSAL RADIAL SINİR TRANSFERİ İLE DİJİTAL DUYU RESTORASYONU

*Serhan Timcer, Onur Çukurluoğlu, Betül Ak, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi /Ankara*

### **Giriş**

Sinir yaralanmaları sonrası oluşan duyu kaybı el fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sinir onarımı sonrası duyu fonksiyonlarının geri dönüşü yetersiz olabilmekte ve genellikle gözardı edilmektedir. Daha önce yüksek median sinir yaralanması onarılmış ancak dijital duyu kaybı devam eden bir olguda baş parmak ve işaret parmak duyu kaybının düzeltilmesi amacı ile dorsal radial sinir dallarının dijital sinirlere transferi gerçekleştirilmiş ve çalışmada bu yöntemin etkinliği gösterilmiştir.

### **Metod**

Üç yıl önce proksimal ön kol seviyesinde median sinir kesişi nedeniyle opere edilen ve primer sinir onarımı gerçekleştiren 38 yaşındaki erkek hasta, sağ el 1. ve 2. parmak ucu duyu kaybı nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde motor fonksiyonların tamamen geri döndüğü ancak 1. ve 2. parmak ucunda tama yakın duyu kaybı olduğu tespit edildi. Elektrofizyolojik incelemede motor sonuçların iyi olduğu, duyunun ise yetersiz olduğu görüldü. Sağ el 1. ve 2. parmak dorsal radial sinir dalları bulunup diseke edildi ve 1. parmak ulnar, 2. parmak radial dijital sinirlere transfer edildi.

### **Bulgu**

Ameliyat sonrası herhangi bir sorunu olmayan hasta, hafif dokunma duyusu ve iki nokta ayırım testi ile izlendi. Birinci yıl sonunda 1. ve 2. parmak ucunda duyu fonksiyonunun belirgin olarak düzeldiği görüldü. Verici sinirlerin dermatomlarındaki hafif duyu kaybı hastayı rahatsız etmiyordu.

### **Tartışma ve Sonuç**

Sinir transferleri, elin önemli kısımlarının parsiyel duyu kayıplarında kullanılabilir basit bir yöntemdir. Aynı amaç için kullanılan duyulu ada ve pediküllü flepler teknik olarak daha zordur ve genellikle deri kaybı eşlik ettiğinde tercih edilir. Aynı amaç için 4. ve 5. parmağın birer dijital siniri 1. ve 2. parmaklara transfer edilebilir; ancak el içinde daha fazla diseksiyon gerektirir ve morbiditesi daha fazladır. Sinir transferi, daha az önemli olan bir bölgedeki duyu sinirinin anestetik bölgenin sinirine yakın olduğu durumlarda uygulanır. Bu nedenle dorsal radial sinir dalı uygun bir seçenektir ve verici saha morbiditesi düşüktür.

**ONARILMAMIŞ SİNİR YARALANMALARINDA GEÇ ONARIM VE EŞ ZAMANLI TENDON TRANSFERİ**

*Serhan Tuncer, Onur Çukurluoğlu, Sühan Ayhan, Osman Latifoğlu*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi/Ankara*

**Giriş**

Ön kol yaralanmalarına sıklıkla damar-sinir kesileri eşlik etmektedir. Periferik sinir kesileri sonrası erken primer onarımın en iyi fonksiyonel sonucu sağladığı bilinmektedir. Daha önce ulnar sinir yaralanması olmuş ancak onarılmamış olgularda kısa zamanda pençe el deformitesi ve Wartenberg bulgusu gelişmekte, elin kavrama ve pinch kuvvetleri azalmaktadır. Bu çalışmada distal el bileğinde ulnar sinir yaralanması olmuş ancak onarılmamış olgularda gecikmiş sinir onarımı ve eş zamanlı tendon transferinin el fonksiyonu üzerindeki etkinliği araştırılmıştır.

**Metod**

2004-2006 yıllarında, yaşları 8 ile 42 arasında değişen 6 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama 6,2 ay önce ulnar sinir kesili olan ancak onarım yapılmayan hastaların ulnar dermatomlarında tam duyu kaybı mevcuttu, iki hastada hafif, 4 hastada ise orta derecede pençe el deformitesi ve Wartenburg bulgusu mevcuttu. Kavrama ve pinch kuvvetlerinde değişen derecelerde azalma saptandı. Beş hastaya sural sinir grefti ile, bir hastaya primer sinir onarımı yapıldı. Tüm hastalara aynı seansta Bunnel tarafından tariflenen teknikle tendon transferi uygulandı. Üçüncü parmak yüzeysel tendonu iki slip haline getirilerek 4. ve 5. parmakların radyal lateral bantlarına tespit edildi. Üç hafta süreyle statik atel ve sonrasında standart rehabilitasyon programı uygulandı.

**Bulgu**

Erken dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi ve tüm hastalarda pençe el ve 5. parmaktaki abduksiyon deformitesi düzeltildi. Sinir iyileşmesi EMG ve iki nokta ayırım testi ile değerlendirildi. Ortalama 20 ay süreyle takip edilen hastaların duyu fonksiyonlarında düzelme saptanırken kavrama kuvvetlerinde de artış olduğu izlendi. Primer sinir onarımı yapılan olguda nöroma gelişimine ait bulgular tespit edildi ve klinik takibe devam edilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç**

Ulnar sinir geç onarımı ile aynı seansta tendon transferi, bir taraftan hastayı en çok rahatsız eden pençe el ve Wartenburg deformitelerini erken dönemde tedavi ederken diğer taraftan sinir iyileşmesi süresince internal splint görevi görerek fonksiyonel sonuç üzerine olumlu etki sağlamaktadır. Ayrıca verici saha olan 3. parmakta belirgin bir morbidite görülmemektedir.



**SKAFOİD KEMİĞİN KIRILMASINA HAMATUM ÇENGEL KIRIĞININ EŞLİK  
ETMESİ: OLGU SUNUMU**

*Selahattin Ozyürek<sup>(2)</sup>, Bahadır Seyhan<sup>(2)</sup>, A. Turan Ilıca<sup>(3)</sup>, Murat Durusu<sup>(1)</sup>*

1) Diyarbakır Asker Hastanesi, Acil Tıp Servisi / Diyarbakır

2) Diyarbakır Asker Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Servisi / Diyarbakır

3) Diyarbakır Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi /Diyarbakır

**Giriş**

Skafoid kemiğin hamatum ile birlikte kırılması nadir karşılaşılan bir durumdur. Bu çalışmada, düşme sonrası el bileği hiperekstansiyona giden ve daha sonrasında başlayan el bileği ağrıları nedeniyle acil polikliniğimize başvuran 21 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

**Metod**

Hasta travmanın gerçekleşmesinden bir gün sonra acil polikliniğimize başvurdu. Hastaya sağ el bileği AP, lateral ve navikuler pozisyonda grafiler çekildi. Sağ el bileğinde skafoid kırığı tespit edilen hastaya, ağrıların sadece skafoid kemiğin üzerinde lokalize olmaması, tüm el bileğini kapsayan bir ağrının varlığı nedeniyle sağ el bileği ince kesitli bilgisayarlı tomografi (MDCT) çekildi. MDCT sonucunda hastanın el bileğinde skafoid kırık yanında hamatum çengelinde kırık tespit edildi. Hastanın el bileği navikuler pozisyonda kısa kol alçı tespitine alındı.

**Bulgu**

Alçı 6 hafta uygulandı ve çekilen grafilerinde her iki kırığın da kaynamış olduğu görüldü ve alçı çıkarılarak el bileği rehabilitasyonu uygulandı. Hasta travmanın 6. ayında kontrol edildi ve el bileği hareketlerinin ağrısız ve normal sınırlarda olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Skafoid kırığına hamatum kırığının eşlik etmesi ve hamatumdaki kırığın hook(çengel) kırığı olması oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur. İngilizce literatür araştırıldığında skafoid kırığına hamatum gövde kırığının eşlik ettiği sadece bir yayına rastlanabilmiştir. Hamatum kırıkları, karpal kemik kırıklarının yaklaşık %2-4'ünü oluşturur ve sıklıkla gözden kaçarlar. El ve el bileği travmalarından sonra çekilen düz radyografilerde görülen kırığın, el bileğindeki ağrıyı açıklayamadığı durumlarda, bu olguda olduğu gibi ek bir patoloji akla getirilmeli ve MDCT çekimi akla getirilmelidir.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

P 30

### ÖZEL AKDENİZ YENİ UFUKLAR ÖZEL EĞİTİM OKULU. CEREBRAL PALSYLİ ÇOCUKLARDA EL VE ÜST EKSTREMİTE, REHABİLİTASYONUNDA EL BECERİ ÇALIŞMALARI VE ÖNEMİ

*Salime Yılmaz Altunbay, Lütfi Beyhan*

*Özel Akdeniz Yeni Ufuklar Özel Eğitim Okulu /Antalya*

#### **Giriş**

CP tanısı konmuş, el ve üst ekstremitte rehabilitasyonu çalışmaları devam eden spastik (omuzda internal rotasyon, adduksiyon, dirsekte fleksiyon, önkolda pronasyon, el bileği ve parmaklarda fleksiyon, başparmak ve parmaklarda intrinsik kas kontraktürleri) ekstremitelerin fonksiyonel bağımsızlığı hedeflendi. Amacım, hayatın içinde günlük yaşam aktivitelerinde ekstremitte katılımını artırmak ve beceri kazandırmak Motivasyonda el beceri çalışmaları ve sanat aracım oldu.

#### **Metod**

Ocak 2007-MAYIS 2008 tarihleri arasında 20 (Yaşlan 2.5-18 arasında 7 Kız -13 E) CP tanısı konmuş engelli çocuklarla çalışıldı. El rehabilitasyonu (egzersiz, dirsek-el splinti, elektrik stimülasyonu, botox) programına günlük yaşam aktiviteleri ve sanat çalışmaları katıldı. Oyuncakla çalışma, mutfak aktivitesi, takı çalışmaları, seramik, ahşap ve cam boyama, eğitsel aktiviteler (boya ve kağıtla), müzik, vurmali çalgılar.

#### **Bulgu**

El bileği ve parmaklarda fleksiyon, başparmak ve parmaklarda intrinsik kas kontraktürlerine rağmen ince beceri çalışmaları yapılabilirdi. Başparmak abd ve üçlü kavrama, el bileği ekstansiyonunda kazanımlar oldu.

#### **Tartışma ve Sonuç**

Sonuç olarak; Aktif katılımı- egzersiz dışında çocuğun motivasyonu ve varolan kapasitesini kullanabilmesi -artırması açısından sanat ve beceri çalışmalarının katkısı olduğunu saptadık. Psikolojik olarak da ruh sağlığı açısından olumlu katkıları görüldü.

**METAKARP DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜNDE NON-VASKÜLER METATARSIN BAŞI İLE BİRLİKTE TRANSFERİ**

*Mehmet Yıldız<sup>(1)</sup>, Yılmaz Güvercin<sup>(2)</sup>, Emre Baki<sup>(2)</sup>, Kadriye Yıldız<sup>(3)</sup>*

1) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı / Trabzon

2) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı / Trabzon

3) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı / Trabzon

**Giriş**

Metakarp cismini ve başını tutan ağırsif dev hücreli tümörü olan hastaya, non-vasküler metatars, başı ile birlikte transfer edildi. Postoperatif altıncı yılda tümör eradikasyonu ve fonksiyonel olarak iyi sonuç elde edildi.

**Metod**

13 yaşında kız hastanın fizik muayenesinde sol 4. metakarp üzerinde hafif şişlik ve hassasiyet vardı. Röntgende metakarpta kistik genişleme, MR tetkikinde, metakarpta belirgin ekspansiyon oluşturan, yumuşak dokulara invazyon gösteren kitle görüldü. Kitle metakarp başını da kısmen tutmuştu. Ameliyatta metakarp çevresindeki yumuşak dokulardan frozen patolojik inceleme yapıldı. Sonuç “mitotik aktivitesi yüksek dev hücreli tümör” geldi. Bunun üzerine metakarptan tamamı ve 3.dorsal interossöz kas eksize edildi. Sol ayak 3. metatarsı, başı ile birlikte çıkarıldı. Elde açık kalan hamatum eklem yüzü ortadan kaldırılarak metatars buraya yerleştirildi. İki adet çivi ile üç ve beşinci metakarplara tespit edildi. Metakarp-falangeal eklem kapsülü kalan dokularla onarıldı. Çıkarılan kemik ve yumuşak dokuların kesin patolojik incelenmesinde de tanı doğrulandı.

**Bulgu**

Peryodik kontrollerde nüks veya akciğer metastazı saptanmadı. Ameliyat sırasında sağlam sağ 4. metakarp uzunluğu 47mm. iken, greft uzunluğu 52 mm. idi. Altıncı yıl sonunda, hasta 19 yaşına geldiğinde sağ 4. metakarp uzunluğu 51 mm. ye çıkarken, greft de 1 mm. rezorbsiyona uğrayarak 51 mm. oldu. Altıncı yıl sonundaki fizik muayenesinde; sol el 4. metakarp-falangeal eklem fleksiyonu 85°, ekstansiyonu tam, abduksiyonu 10°, adduksiyonu tam bulundu. Donör ayakta yürüme bozukluğu yoktu. Son röntgen incelemesinde transfer edilen metatars metakarplardan ayırt edilemiyordu. Eklem aralığı ve kemik dansitesinde farklılık yoktu.

**Tartışma ve Sonuç**

Hastaya uygulanabilecek diğer metotlar artrodez veya serbest osteokütanöz dorsalis pedis flebiydi. Metakarpofalangeal eklem el fonksiyonunda önemli bir yer tuttuğu için, metatars başı ile birlikte transfer edilerek iyi bir fonksiyonel sonuç alınması planlandı. Olgumuzda 6 cm.den kısa bir defekt olduğu, yumuşak doku gerekmediği için non-vasküler greft tercih edildi. Eklemde subluksasyon olmadı, eklem hareketleri neredeyse normaldi. Kemikte sadece 1 mm rezorbsiyon oldu. Çocuğun büyümesiyle diğer metakarplar uzarken, greftte lmm. kısalma oldu. Başlangıçta greft 5 mm. uzun alındığı için sonuçta sağlam eldeki ile aynı uzunluk elde edildi.

**NON-SENDROMİK HASTADA POLİDAKTİLİ, SINDAKTİLİ, KEPÇE KULAK,  
KRİPTORŞİDİ BİRLİKTELİĞİ - OLGU SUNUMU**

*Habib Başkurt, Hasan Fındık, Ercan Cihandide, Okan Morkoç, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği / İstanbul*

**Giriş**

Polidaktili; parmağın yada bir parçasının fazlalığı ile üst ekstremitenin en sık görülen anomalisidir. Her 100 bin canlı doğumda 2-19 insidansa sahiptir. Sindaktili; parmakların değişen derecelerde birleşmiş olmasıdır ve en sık konjenital el anomalisidir. Her 10 bin canlı doğumda 7 kişide görülür. Sporadik yada genetik geçiş mümkündür. Kepçe kulak; kulağın temporal kemikten normalin üstünde geniş açılı ile ayrılması olarak tanımlanabilir. Kriptorşidizm ise testislerin skrotuma inmemesi durumudur. Miadında doğan çocuklarda yaklaşık % 3-4 oranında görülür. Tüm bu tanımlanmış anomaliler çeşitli sendromlarda birliktelik gösterebilirler. Örneğin; sindaktili ile polidaktili birlikteliği Greig Sefalopolisindaktili Sendromunda görülür ve bu sendromda GL 13 geninde transkripsiyon mevcuttur. Carpenter sendromu (acrocephalo-syndactyly tip II) akrocefali, sindaktili, polidaktili, konjenital kalp hastalıkları, mental retardasyon, hipogonadizm, kriptorşidizm, obezite, umbilikal herni ve kemik anormallikleri ile tanımlanmış bir sendromdur. Saethre-Chotzen sendromu (acrocephalo-syndactyly tip III) otozomal dominant geçişli, brakidaktili, kraniosinostoz, sindaktili, ptozisi içeren fasyal dismorfizm, fasyal asimetri ve kepçe kulakla karakterize bir sendromdur. TVVIST geninde mutasyon mevcuttur.

**Bulgu**

Kliniğimize başvuran 7 yaşında erkek hastada her iki el ve ayaklarda postaksiyel polidaktili, her iki el 4. web aralıklarında kompleks sindaktili, kepçe kulak ve kriptorşidizm mevcuttu. Öncelikle hastanın ellerindeki deformitelere yönelik rekonstrüksiyon planlanarak gerekli cerrahi müdahaleler yapıldı. Üroloji kliniğince de konsülte edilen hastanın tarafımızca takibi devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç**

Polidaktili, sindaktili, kepçe kulak, kriptorşidi bir çok hastada ve farklı oranlarda birlikte veya ayrı ayrı görülebilen anomalilerdir. Bu anomaliler birlikteliklerinde spesifik bir sendromun göstergesi olduğu gibi, her zaman bir sendrom dahilinde değerlendirilememektedir. Çalışmamızda bu ilginç olguyu sunuyor ve literatürü yeniden gözden geçiriyoruz.

**MONOZİGOT İKİZLERDE EŞ ZAMANLI BAŞLAYAN BİLATERAL KARPAL  
TÜNEL SENDROMU- OLGU SUNUMU**

*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Habib Başkurt, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği/İstanbul*

**Giriş**

Median sinirin el bileği seviyesinde kompresyon nöropatisi olan Karpal Tünel Sendromu(KTS)'nda N.Medianus karpal tünelde sıkışmaktadır. Karpal tünel içerisindeki yapılar radial ve ulnar bursaların sinoviaları ile sarılmışlardır. Bu sinovialardaki herhangi bir volumetrik artış median sinir basısına sebep olacaktır. Daha nadir olarak görülen sebepler ise yapılan iş, kalıcı geniş median arter, palmaris profundus, ganglion, lipom, metabolik hastalıklar, inflamatuvar hastalıklardır. KTS bayan popülasyonunda daha sık görülmektedir. (3:1). Vakaların yarısı bilateraldir. Elde n.medianus trasesinde duyu bozukluğu, tenar atrofi, kas güçsüzlüğü, tinel sign(%60) ve phalen testinde(%80) pozitiflik mevcuttur, yinede kesin tanı EMG ile konulsada, %31 vakada EMG bulgularının negatif olacağı unutulmamalıdır.

**Bulgu**

Kliniğimize KTS şikayetleri nedeni ile aynı zamanda başvuran monozigot ikiz bayan hastaların yapılan değerlendirme sonucunda ileri derecede tutulum gösteren bilateral KTS tespit edildi. Yapılan diğer sistemik değerlendirmelerinde ek patoloji saptanmadı. Karpal tünel sendromu'na ait etyolojik faktörlere sahip değillerdi. Her iki hastaya karpal tünel serbestleştirilmesi uygulandı. Postop dönemde ek şikayetleri olmayan hastalar poliklinik takibine alındı.

**Tartışma ve Sonuç**

KTS etyolojisinde genetik faktörler diğer unsurlar kadar önemlidir. Ailesel geçiş olan olgularda bilateral tutulumun daha sık olduğu bilinmektedir. İkizler üzerinde yapılan bir çalışmada kadın monozigot ikizlerde KTS konkordansının çift yumurta ikizlerine göre 1.48 kat artmış olduğu gösterilmiştir. Olgularımızın şikayetleri aynı anda başlamış ve progresyon göstermiştir. Çalışmamızda bu olguları sunuyor ve literatürü KTS etyolojisi açısından tekrar gözden geçiriyoruz.

**DOĞUMSAL HER İKİ BAŞPARMAKTA TETİK PARMAK DEFORMİTESİ-  
OLGU SUNUMU**

*Okan Morkoç, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği/İstanbul*

**Giriş**

Anormal başparmak postürünün nedenlerinden en önemlisi konjenital tetik başparmaktır. Doğumsal tetik parmak, fleksor pollicis longus tendonunun kılıfı içinde kayma fonksiyonunun kısıtlanması ile karakterizedir. Erişkin form tetik parmak vakalarında annuler pulleyde görülen kalınlaşma ve sinovial proliferasyonun aksine, konjenital formda patoloji tendonun kendisindedir. Klasik muayenede cerrahi sırasında bu patoloji Notta nodulu olarak adlandırılan bulgu olarak görülür. Konjenital tetik başparmağın görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle beraber insidansı %0.05 olduğu düşünülmektedir. Her iki başparmak tutulumu olguların %25-33'ini kapsamaktadır. Diğer parmaklarda görülme olasılığı çok nadirdir.

**Bulgu**

3.5 yaşında erkek çocuk polikliniğimize her iki başparmakta ağrı ve anormal postür şikayetiyle ailesi tarafından getirildi. Yapılan fizik muayenesinde hastanın her iki MP eklem seviyesinde ağrısız , başparmak hareketleri ile mobilize olan nodul tespit edildi. Klasik A1 pulley serbestleştirilmesi yapılan hastanın postop takiplerinde fonksiyon kısıtlılığı ve nodul mevcut değildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Doğumsal tetik parmak etyolojisi ve tedavisi tartışmalıdır. Trizomi 13 ve Hürler sendromlarına eşlik edebilir. Özellikle Hürler sendromunda başparmak dışı diğer parmak tutulumları görülebilir. İlk bir yaşta ortaya çıkan olgularda kendiliğinden gerileme oranı %30, 1-2 yaş arası ortaya çıkan olgularda ise bu oran %12 olarak tespit edilmiştir. Splintleme ile tedavinin yanı sıra cerrahi olarak tedaviyi öneren yazarlar mevcuttur. Ortak görüş olarak cerrahi tedaviyi 2 yaş sonrasına ertelemek kabul görmüştür, bununla beraber IP eklemde kontraktür gelişmesinden kaçınmak için 4 yaş geçirmemek gerekir. Çalışmamızda nadir olarak görülen her iki başparmakta konjenital tetik parmak deformitesi olgusunu sunuyor ve literatürü tekrar gözden geçiriyoruz.

**LİCHTMANN TİP III B KIENBÖCK HASTALARINDA RADİAL KISALTMANIN FONKSİYONEL VE RADYOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ**

*Erden Ertürer, Adnan Kara, Şenol Akman, Faik Seçkin, Mehmet Mesut Sönmez, İrfan Öztürk*

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği / İstanbul*

**Giriş**

Bu çalışmada Lichthmann Tip III B Kienböck hastalığı tanısı ile radial kısaltma uygulanan dört olgu takdim edilerek cerrahi metodun fonksiyonel ve radyolojik sonuçlara etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metod**

Lichthmann Tip III B Kienböck hastalığı tanısı ile 2007 yılında radial kısaltma uygulanan dört olgu (Üç kadın, bir erkek, ortalama yaş: 30.5 [Dağılım: 20-35]) değerlendirildi. Fonksiyonel olarak ameliyat öncesi ve sonrası el bileği hareketleri ölçüldü. Ağrı değerlendirilmesinde VAS kullanıldı. Hastalar Şişli Etfal el bileği fonksiyonel değerlendirme ölçütleri ve modifiye Mayo sistemine göre skorlandı. Kavrama güçleri sağlam tarafla kıyaslanarak kayıp oranları araştırıldı. Radyolojik olarak unlar varians, karpal indeks, radioskofoid açı ve lunat genişlik değerleri ameliyat öncesi ve sonrasında ölçülerek düzelme miktarları ortaya kondu.

**Bulgu**

Modifiye Mayo el bileği skorlama sistemine göre üç (%75) hastada çok iyi, bir(%25) hastada iyi sonuç elde edildi. Hastalarımızın tümünde istirahat ve hareket sırasındaki ağrılarında azalma, kavrama gücünde ve el bileği hareket açıklığında artma olduğu ve kısa sürede eski işlerine geri döndükleri görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Lichthman Tip IIIB Kienböck hastalığının tedavisinde radial kısaltma kolay uygulanabilirliği, eklem dışı girişim olması, fonksiyonel ve anatomik açıdan başarılı sonuçlar elde edilebileceğinden dolayı tercih edilebilecek bir tedavi yöntemidir.

## ATİPİK KOMPLEKS POLİDAKTİLİ- OLGU SUNUMU

*Okan Morkoç, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği/İstanbul*

### Giriş

Polidaktili klinikte en sık görülen iki el anomalisinden biridir. Ufak bir doku fazlalığından tam gelişmiş bir veya daha fazla parmak fazlalığına kadar uzanabilir. Anatomik olarak değişik yapıları içeren bir spektrum gösterebilir. Kalıtsal geçiş otozomal dominanttır. Tek taraflı veya çift taraflı olabilir. Ellis -Van Creveld, Lourence Moon-Biedl-Bardet sendromlarında olduğu gibi bazen bir sendromun parçası olabilir.

### Bulgu

12 yaşında erkek hasta polikliniğimize polidaktili şikayetiyle ailesi tarafından getirildi. Yapılan fizik muayenesi ve radyolojik değerlendirmesinde sağ elde 7, sol elde 6 adet parmak ve sağ ayakta 6 adet, sol ayakta 5 adet parmak mevcuttu. Sağ elde 6. parmak 5. parmağın middle falanksı ve metakarpi arasına girmiş olarak yer almakta idi. Hastanın obezite ve genetik anomali açısından pediatri konsültasyonu istendi. Hastanın pediatri kliniğince değerlendirilmesi sonucu Lourence Moon-Biedl-Bardet sendromu tanısı konuldu .Gerekli sistemik ve klinik değerlendirilmesinde her iki gözde retraksiyon bozukluğu ve retinitis pigmentosa saptandı. Herhangi bir ek iç organ anomalisi saptanmadı. Hastanın her iki el anomalisine ayrı seanslarda gerekli cerrahi müdahaleler yapıldı. Post operatif takiplerinde herhangi bir sorunla karşılaşmadı.

### Tartışma ve Sonuç

Polidaktili preaksiyal(radial), postaksiyal (ulnar), santral olarak ortaya çıkabilir. Total el ve önkol duplikasyonu “Ulnar Dimelia” ya da “Mirror Hand” adını alır. Genellikle sindaktiliyle beraber seyreden ve santral polidaktili şeklinde adlandırılan 2., 3. ve 4. parmaklara ait polidaktili daha seyrek görülür ve tedavileri preaksiyel ve postaksiyel polidaktiliye göre daha komplikedir. Embriyolojik dönemde apikal ektodermal çıkıntının abartılı şekilde kıvrılmış olmasının sonucu olarak longitudinal segmentasyonun fazla olmasından dolayı oluştuğu düşünülmektedir. Genetik geçiş sıklıkla otozomal dominant olmasına rağmen çeşitli paternlerde ortaya çıkabilir. Fazla parmakların tam geliştiği olgular tip A, rudimenter kalan olgulara tip B olarak sınıflandırılır. Tip A olguların cerrahi tedavisi daha komplikedir. Tedavide hastada varolan deformiteye ve eksplorasyonda saptanan tendon, sinir ve vasküler yapılarıdaki anomalinin derecesine göre fazla parmağın amputasyonu sonrası rekonstrüksiyon amacıyla değişik tür cerrahi girişimler tek veya birkaç seansta uygulanmaktadır. Lourence Moon-Biedl-Bardet sendromu, retina dejenerasyonu, sindaktili, polidaktili, mental retardasyon ve hipogonadizm ile karakterizedir. Tip olarak daha sık postaksiyel(ulnar) polidaktili görüldüğü bilinmektedir. Tetkik ve tedavisi tamamlanmış olan bu nadir olgumuzu sunuyor ve literatürü tekrar gözden geçiriyoruz.



**ELDE ATİPİK YERLEŞİMLİ LİPOM- OLGU SUNUMU**

*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Güray Yeşiladalı, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği/İstanbul*

**Giriş**

Lipomlar sık olarak karşılaşılan mezenkimal tümörlerdir, fakat elde lokalize olmaları oldukça nadirdir. Yaptıkları kitle etkisiyle sinir kompresyonuna ait semptomlara ya da parmaklarda deviasyona neden olabilirler.

**Bulgu**

Kliniğimize sağ elde kitle şikayetiyle başvuran 56 yaşındaki kadın hastanın yapılan muayenesinde sağ el 2. web aralığında yerleşim gösteren, palmar ve dorsal yüzde projeksiyona neden olan kitle tespit edildi. Duyu muayenesinde 3.parmak ulnar tarafında ve 4. parmak radial tarafında hipoestezi mevcuttu. Yapılan ultrasonografik inceleme kitlenin benign karakterde bağ dokusu tümörü ile uyumlu olduğunu gösterdi. Hasta genel anestezi altında opere edildi ve kitlenin 3. common dijital siniri anteromediale doğru deplase ettiği görüldü. Kitle 5x 2,5cm boyutlarındaydı. Dijital sinir korunarak kitle çıkarıldı. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu lipom olarak rapor edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Lipomlar elde yerleşim gösteren benign tümörlerin yaklaşık % 1-3,8 'ini oluşturur. Genellikle ağrısız bir şişlik olan başvuru şikayeti, sinir basısına bağlı his kaybı, karıncalanma ya da kitle etkisiyle parmaklarda ortaya çıkan deviasyon olabilir. Sık karşılaşılan benign karakterli bir mezenkimal tümörün, nadir olarak görüldüğü palmar bölge, tendonlar ve damar -sinir paketleri gibi önemli yapıları bulundurması nedeniyle önem taşımaktadır. Bu nedenle cerrahi sırasında bu yapılar dikkatli bir şekilde disseke edilmeli ve korunmalıdır.

**EL VE EL BİLEĞİNİN KİTLE VE LEZYONLARI- 107 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Özlem Özgenç, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği /İstanbul*

**Giriş**

El ve el bileğinde kitle ve lezyonlar çok sık karşılaşılmayan durumlardır. Ellerin günlük yaşamımızı sürdürmede önemli rol oynamaları ve her zaman göz önünde bulunmaları, hastaların tedavi amacıyla erken dönemde başvurmalarına neden olur.

**Metod**

Çalışmamızda, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne Şubat 1998 - Şubat 2008 tarihleri arasında el ve el bileğinde kitle ve lezyon yakınıyla başvuran 107 hasta cinsiyet, yaş, kitle veya lezyonun anatomik lokalizasyonu ve patolojik tanısı açısından ameliyat öncesi tanı koymaya yardımcı olmak, kitle veya lezyonlara ait histopatolojik tanıları bildirmek, ve bu kitle ve lezyonların sıklığını araştırmak için retrospektif olarak incelendi. El bu amaçla üç bölgeye ayrıldı; 1. bölge falangeal bölge, 2. bölge metakarpal bölge ve 3. bölge de karpal bölge olarak tanımlandı. Elde edilen veriler bu bölgelere göre incelendi.

**Bulgu**

Kliniğimize, el ve el bileğinde kitle ve lezyonlar ile başvuran toplam 107 hasta opere edildi. Bu hastalardan 35'i (%32.7) erkek, 72'si (%67.3) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 46.4 (10 yaş - 78 yaş) idi. Kitle veya lezyonlara ait semptomların ortalama süresi 22.4 ay (1.5 ay - 9 yıl) idi. Kitle veya lezyonlardan %54.2'si birinci bölgede, %33.6'sı ikinci bölgede, %12.2'si ise üçüncü bölgede idi. Eksize edilen kitle veya lezyonların 94'ü (%87.8) benign karakterde iken 13'ü (%12.2) malign özellikler taşıyordu. Tüm hastalara total eksizyon ve gerektiğinde de rekonstrüktif operasyonlar uygulandı.

**Tartışma ve Sonuç**

El ve el bileğinde kitle ve lezyonlar ile başvuran hastalarda hem benign hem de malign tanılarla karşılaşılabileceği akılda tutulmalıdır. Benign ve malign lezyonları klinik olarak birbirinden ayırt etmek oldukça zordur. Ayrıca, bu hastalara operasyon planı yapılırken ellerin fonksiyonel önemi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

**İNTİHAR AMACIYLA SOL EL BİLEĞİ CİLTALTINA İNSEKTİSİD  
ENJEKSİYONU- OLGU SUNUMU**

*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Elif Eren Aydın, Berat Bora Ok, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği / İstanbul*

**Giriş**

Kompartman sendromu etiyolojisinde sıklıkla travma ve derin yanıklar ön planda olmakla birlikte ciltaltma ilaç enjeksiyonları ve ilaç ekstrevasasyonları da görülebilmektedir. Ciltaltına ilaç enjeksiyonu sonrası kompartman sendromu gelişimi literatürde sık görülmeyen bir durumdur.

**Bulgu**

25 yaşında bayan hasta intihar amacı ile ticari olarak satılan kene ilacını (beher ml'de 10 mg flumetrim içeren Flutick % 1 p.o. dökme çözeltisi) sol el bileği volar yüzden ciltaltına enjekte ettikten 2 saat sonra acil servisimize başvurmuştur. Acil serviste yapılan ilk değerlendirme ve erken dönemde takiplerinde sistemik intoksikasyon bulguları gözlenmeyen hastanın saatler içerisinde sol el bileği ve önkolda ödem, ağrı, gerginlik ve hissizlik olması ve dolaşım bozukluğu bulguları gelişmesi üzerine Ortopedi Kliniği tarafından kompartman sendromu tanısı konularak fasyotomi ve cerrahi debridman uygulanmıştır. Hastanın postoperatif dönemde fasyotomiye bağlı açık yarası için tarafımızdan konsülte edilerek pansumanla takibi yapılmıştır. Takibi sırasında yapılan kontrol muayenesinde ulnar sinir motor ve duyu fonksiyonlarında kayıp, Ailen testinde negatiflik tespit edilmiştir. Hasta genel anestezi altında opere edilerek eksplorasyon, yüzeysel ve derin fleksör tendonlara tenoliz, ulnar ve median sinirlere nöroliz, karpal tünel serbestleştirilmesi ve açık yaraya tam kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulanmıştır. Postoperatif dönemde hasta poliklinik takibine alınmıştır.

**Tartışma ve Sonuç**

Özellikle son zamanlarda ülkemizde artmakta olan kene ısırığı vakalarında kullanılan insektisidlerin suisid amacıyla oral olarak alınmasının yanı sıra ciltaltına enjekte edilebileceği ve edildiğinde de ciddi sağlık problemlerine yol açabileceği hatırlanmalı, hastaların ilk değerlendirilmesi sırasında ve takiplerinde bu dikkate alınmalıdır. Kompartman sendromu ile sonuçlanan bu nadir olguyu sunuyor ve literatürü gözden geçiriyoruz.

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

P 40

### YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN MULTİPL KSANTOM- OLGU SUNUMU

*Habib Başkurt, Hasan Fındık, Ercan Cihandide, Güray Yeşiladalı, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

#### **Giriş**

Ailesel hiperkolesterolemi artmış serum düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) seviyeleri, erken ateroskleroz ve tendon ksantomları ile karakterize otozomal dominant bir hastalıktır. Tendon ksantomları hastalarda fonksiyonel ve estetik açıdan problem oluşturabilirler.

#### **Bulgu**

Kliniğimize her iki elde, her iki dirsekte, her iki omuz bölgesinde, her iki topukta, her iki dizde, sakral bölgede ve her iki üst ve alt göz kapağında şişlik şikayetiyle başvuran hastanın yapılan muayenesinde sağ el 1., 2. ve 3. parmaklar metakarpofalangeal eklem dorsal yüzlerinde, sol el 1., 3. ve 5. parmaklar metakarpofalangeal eklem dorsal yüzlerinde, her iki olekranon üzerinde, her iki deltoid bölgede, sakral bölgede, her iki diz üzerinde, her iki topuk bölgesinde ve sağ ayak 1. parmak metatarsofalangeal eklem üzerinde cilt altında lokalize nodüler kitleler saptandı. Hastanın her iki üst ve alt göz kapağındaki lezyonlar ksantalesma palpebrarum olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan rutin biyokimya analizlerinde serum LDL düzeyi 634 mg/dl olarak tespit edildi. HDL ve trigliserid düzeyleri normal sınırlardaydı. Hastanın lezyonları eksize edildi, sağ el 2. parmak metakarpofalangeal eklem üzerindeki defekti tam kalınlıkta deri grefti ile kapatılırken, diğer defektler primer kapatıldı.

#### **Tartışma ve Sonuç**

Ailesel hiperkolesterolemi artmış serum LDL seviyeleri ile karakterize bir hastalıktır. En sık karşılaşılan genetik defektler LDLR mutasyonları, ApoB mutasyonları, PCSK9 mutasyonları ve LDLRAP1 mutasyonlarıdır. Hastalar erken yaşta ateroskleroz ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riski taşımaktadırlar. Tendon ksantomları ise bütün ailesel hiperkolesterolemi hastalarında görülmemekle birlikte ksantomların varlığı patognomonik bir bulgudur. Tendon ksantomları ile karşılaşıldığında, bunların sadece fonksiyonel ve kozmetik açıdan sorun oluşturan lezyonlar olmakla kalmayıp, hayatı tehdit eden bir hastalığın patognomonik bulguları oldukları da akıldan çıkarılmamalıdır.

P41

**BILATERAL MULTİPL TETİK PARMAC DEFÖRMİTESİ: ÖLGÜ SUNUMU**

*Ercan Cihandide, Hasan Fındık, Okan Morkoç, Berat Bora Ok, Adnan Uzunismail*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği/İstanbul*

**Giriş**

Tetik parmak fleksör tendon ile tendon kılıfı arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanır. En sık görülen formu herhangi bir nedene bağlı olmayan primer tiptir. Sekonder tip kronik hastalıklarla birlikte görülür. Sıklıkla A1 pulley seviyesinde gerçekleşir ve özellikle orta yaş bayanlarda sık görülür. Aynı hastada birden fazla parmakta tetik parmak deformitesi görülmesi sık rastlanan bir durum değildir ve literatürde sıkça rapor edilmemiştir.

**Bulgu**

55 yaşında kadın hasta kliniğimize her iki elinde ağrı ve parmaklarda fleksiyon esnasında takılma ve kilitlenme şikayeti ile başvurdu. Ev hanımı olan hastadan alınan anamnezde, hasta şikayetlerinin son altı aydır mevcut olduğunu, öncelikle iş yaparken ağrı şikayetinin başladığını sonrasında aynı dönemlerde parmaklarının kilitli kaldığını ve diğer eli ile açmak zorunda kaldığını ifade etti. Yapılan fizik muayenede sol el 1.,3.,4.,5. parmaklarda ve sağ el 3. parmakta fleksiyonda takılma, ekstansiyonun aktif olarak yapılamadığı görüldü. Palpabl cilt altı nodul değerlendirilemedi. Hasta hareket sırasında ve palpasyonla ağrı tarifliyor idi. Son bir yıldır tip 2 DM'a yönelik olarak oral antidiyabetik kullanım öyküsü mevcut olan hastada başka bir ek hastalık yoktu. Daha önce diğer tedavi seçeneklerinden biri uygulanmamış ya da cerrahi müdahale yapılmamış hasta genel anestezi altında, turnike uygulamasını takiben, sol el 1.,3.,4. ve 5. parmaklara ve sağ el 3. Parmağa yönelik A1 pulley serbestleştirilmesi uygulanarak opere edildi. Postoperatif bir gün istirahat ateli uygulandı. Postoperatif altıncı ayında yapılan kontrolünde parmak hareket açıklığının tam olduğu, ağrı ve takılma şikayetlerinin tamamen kaybolduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Semptomatik tetik parmak deformitesi fleksör tendon ile kılıfındaki uyumsuzluktan ortaya çıkar. Çeşitli çalışmalarda palmar yüzde basıya yol açan işlerin tetik parmak deformitesine neden olabileceğini destekleyen sonuçlar ortaya çıkmıştır. Aktivite değişikliği, antiinflamatuvar tedavi, atel uygulama, steroid enjeksiyonu, açık ya da perkutan A1 pulley serbestleştirilmesi tedavi seçenekleridir. Diyabet vb gibi eşlik eden hastalıkların ve fleksör tendon yapısının zaman içinde daha iyi anlaşılması tetik parmak deformitesinin önlenmesini ve tedavisinin daha başarılı olmasını sağlayacaktır. Çalışmamızda bu nadir görülen olguyu sunuyor ve literatürü tekrar gözden geçiriyoruz.

## ELDE DOĞUMSAL EKSTENSOR TENDON DİSLOKASYONU

*Haluk Özcanlı, A. Merter Özenci, Hakan Özdemir*

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı/Antalya*

### **Giriş**

Ekstansör tendonların fleksiyon hareketi sırasında metakarp başları üzerindeki yerlerinden ayrılmaları Romatoid Artrit (RA) dışında çok nadir görülen bir patolojidir. Literatürde RA dışında en sık nedeni travmatik dislokasyonlardır. Bu çalışmadaki amacımız bilateral doğumsal ekstansör tendon dislokasyonu nedeniyle başarıyla tedavi edilen olgunun sunulmasıdır.

### **Metod**

8 yaşında erkek hasta metakarpofalengeal (MP) eklemden fleksiyon sırasında ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sol el 3.4. 5. parmaklar ve sağ el 3. parmak ekstansör tendonlarında fleksiyon sırasında ulnar tarafa dislokasyonu izlendi, 45 derecelik fleksiyon sonrasında dislokasyon ortaya çıkıyordu, güçlü kavramalar sırasında ağrısı belirgin olarak artıyordu. Uzun zamandır farketmiş özellikle okula başladıktan sonra yazı yazarken yakınmaları çok artmış. Yakınmalarının fazla olduğu sol tarafa ameliyat planlandı MP eklem üzerinden yatay 3 cm'lik kesi ile tendona ulaşıldı. Ekstansör tendon gövdesinin çevre dokular ile bağlantılarının olmadığı gözlemlendi, MP eklem üzerinden ulnar taraftan kaldırılan fasyal flap ile tendon stabilize edildi. Ameliyat sonrası nötral pozisyonda splint uygulandı. Olgunun 16 aylık takipleri sonunda herhangi bir sorun izlenmedi ve hasta memnuniyeti tamdı.

### **Tartışma ve Sonuç**

Ekstansör tendonların fleksiyon hareketi sırasında metakarp başları üzerindeki yerlerinden ayrılmaları Romatoid Artrit (RA) dışında çok nadir görülen bir patolojidir. Literatürde RA dışında en sık nedeni travmatik dislokasyonlardır. En sık olarak ulnar tarafa yer değiştirme izlenir. Travmatik dislokasyonlar en sık 3. parmakta görülür ve genellikle tek bir tendon etkilenir. Doğumsal dislokasyonlar ise 3. ve 4. parmaklarda olmak üzere birden fazla parmakta görülür ve genellikle bilateraldirler. Doğumsal ekstansör tendon dislokasyonları nadir görülmelerine rağmen, Fasyal flap tekniği ile kolay, hızlı bir şekilde disloke olan tendonlar stabilize edilmiş, 16 aylık takibinde herhangi bir sorun izlenmeksizin başarıyla tedavi edilmiştir.

P43

**EXTANSOR POLLICIS LONGUS TENDONUNUN KÜÇÜK OSTEOFİTE BAĞLI SPONTON RÜPTÜRÜ**

*Mustafa Kürklü<sup>(2)</sup>, Serkan Bilgiç<sup>(2)</sup>, Yüksel Yurttaş<sup>(2)</sup>, İsmail Safaza<sup>(1)</sup>, Mahmut Kömürcü<sup>(2)</sup>*

1) Gata Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Etlik /Ankara

2) Gata Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Etlik /Ankara

**Giriş**

Extensor tendonların elbileği seviyesinde sponton rüptürleri oldukça nadir olup extensor pollicis longus en sık rüptüre olan tendondur. Distal radius kırığı, romatoid artrit, aşırı kullanma, anabolik steroidler, enfeksiyon, radioulnar eklemden osteoartrit, fluorokinolon grubu antibiyotikler, ve belirli sportif aktivitelere bağlı olası risk faktörleri arasında sayılabilir. Biz, lister'tuberkülü seviyesinde tendonun altında oluşan küçük bir osteofite bağlı oluşan sponton extensor pollicis longus tendon rüptürünü sunmak istedik.

**Metod**

36 yaşında erkek hasta iki saat önce başlayan sağ elbileği ekstansor yüzde ağrı ve 1. parmağını ekstansiyona getirememesi şikayeti ile geldi. Travma veya herhangi bir risk faktörü yoktu. Aynı bölgede altı aydır ağrı şikayeti olduğunu, birinci parmağın fleksiyonunda ağrının arttığını, ekstansiyonunda ise azaldığını ifade ediyordu.

**Bulgu**

Fizik muayenede sağ el 1. parmakinterfalangeal eklemden ekstansiyon hareketi yoktu. Nörolojik muayene ve direkt radyografi normal idi. Ultrasonografik incelemede ekstansor pollicis longus tendonunun elbileği seviyesinde devamlılığının olmadığı görüldü. Ameliyat esnasında Lister's tuberkülünün yanında küçük bir osteofit tespit edildi. Kopan tendonun her iki ucundaki 0.5 cm.lik düzensiz uçlar eksize edilerek tendona primer tamir yapıldı. Tendonun gerginliğini azaltmak için miniöle gevşetme yapıldı. Dört hafta statik splint kullanıldı ve sonrasında aktif harekete başlandı. Sekiz hafta sonunda tam eklem hareket açıklığına ulaşıldı, 12 hafta sonra da hasta işine döndü.

**Tartışma ve Sonuç**

Ekstansor pollicis longus tendonunun sponton rüptürü literatürde nadirdir. Basıncı neden olduğu nekroz, ezilme yaralanması, beslenme bozukluğu, tekrarlayan travmalara bağlı tenosnovit gibi mekanizmalara bağlı rüptür görülebilir. Bizim vakamızda ise neden olan faktör, Lister's tuberkülü hizasında tendonun altında uzanan küçük bir osteofitti. Cerrahi tedavide üç seçenek vardır; primer tamir, tendon grefti, vbe tendon transferi. Erken vakalarda primer tamir önerilir. Arada ciddi bir boşluk varsa tendon grefti veya transferi gereklidir. Birçok tendon transfer yöntemi tarif edilmiş olsa da, en sık kullanılanı, extensor indicis proprius tendon transferi olup başarılı sonuçlar alınmıştır. Bizim vakamıza ise ilk altı saatte operasyon uygulandığı için primer tamir yapıldı, tendon grefti veya transferine gerek duyulmadı. Sonuç olarak, elbileği seviyesinde inatçı ağrısı olanlarda küçük osteofit olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca bu osteofitlere bağlı tendon rüptürü görülebileceği akılda tutulmalıdır.

## ARTROSKOPİK BANKART TAMİRİ SONRASI REHABİLİTASYONUN AĞRI VE FONKSİYONEL DÜZEY ÜZERİNE ETKİLERİ

Zafer Erden<sup>(2)</sup>, Filiz Can<sup>(2)</sup>, Gürsoy Coşkun<sup>(2)</sup>, Meltem Arık<sup>(2)</sup>, Murat Bozkurt<sup>(1)</sup>

1) Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /Ankara

2) H. Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Tedavi ve Reh. Bl. /Ankara

### Giriş

Kolda aşırı abdüksiyon ve dış rotasyon zorlaması omuz çıkıklarının en büyük nedenini oluşturur ve yaklaşık olarak % 98 oranında anterior yönde olur. Tekrarlı omuz çıkıklarının neden olduğu omuz instabilitesinin cerrahi tedavisinde artroskopik bankart tamiri (ABT) sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. Çalışmamızın amacı, ABT geçirmiş hastalara uyguladığımız rehabilitasyon programının ağrı ve fonksiyonel düzey üzerine olan etkilerinin incelenmesidir.

### Metod

Çalışmaya yaşları 20-42 yıl arasında değişen 13 erkek 3 kadın toplam 16 hasta alınmıştır. Hastalar ABT yi takiben 24 haftalık fizyoterapi ve rehabilitasyon programına alınmışlardır. Hastanın durumuna göre hastaya özel düzenlenen rehabilitasyon programı içerisinde sıcak ve soğuk uygulamalar (hot/cold pack), ağrı ve ödemi azaltmaya, kas kuvvetini artırmaya yönelik elektroterapi uygulamaları (enterferansiyel akım, TENS, elektrik stimülasyonu), omuz stabilitesini artırmak için kuvvetlendirme ve stabilizasyon egzersizleri, eklem mobilitesini artırmaya yönelik mobilizasyon teknikleri ve proprioseptif duyu eğitimi yer almıştır. Rehabilitasyon öncesi ve sonrası hastalar ağrı şiddeti (VAS), normal eklem hareketleri (gonyometrik ölçüm), günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve fonksiyonel düzey (Constant-Murley Omuz Skalası) açısından değerlendirilmiştir.

### Bulgu

Rehabilitasyon programı sonrası hastaların ağrı şiddeti düzeyinde azalma, normal eklem hareketleri ve fonksiyonel düzeylerinde anlamlı gelişmeler kaydedilmiştir (p<0.05).

### Tartışma ve Sonuç

Bu sonuçlar ABT sonrasında rehabilitasyonun gösteren anlamlı sonuçlardır. Bankart tamiri sonrası, cerrahinin etkinliğini artırmak ve omuz fonksiyonlarını restore etmek için rehabilitasyonun gerekliliğini ortaya koyan bu çalışmanın sonuçları, randomize kontrollü ileriki çalışmaların sonuçları ile daha iyi yorumlanacaktır.



## ÖPERE OLEKRANON KIRIKLARI SONRASI REHABİLİTASYON SONUÇLARIMIZ

Gürsoy Coşkun<sup>(2)</sup>, Filiz Can<sup>(2)</sup>, Zafer Erden<sup>(2)</sup>, Meltem Arık<sup>(2)</sup>, Sinan Adıyaman<sup>(2)</sup>

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Ankara  
H.Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Tedavi ve Rehab. Bl. /Ankara

### Giriş

Olekranon kırıkları dirsek ekleminde aşırı zorlama, fleksiyon hareketi sonucu triceps kasının ani kasılması ve çoğunlukla da dirsek üzerine düşme soması görülür. Dirsek eklem hareketleri ve fonksiyonel düzeyde kısıtlılık ve deformite ile sonuçlanır. Bu kırıklar, tedavide özel ilgi ve dikkatli bir rehabilitasyon süreci gerektiren kırıklardır. Ancak literatürde verilen rehabilitasyon sonuçları özellikle eklem hareketleri ve fonksiyonellik yönünden çok yeterli değildir. Ayrıca verilen serilerin çoğunda konservatif ve cerrahi tedavi sonuçları birlikte verilmiş ve sonuçlar sadece eklem hareketliliği ve fonksiyonel düzey gibi birkaç parametre üzerinden değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın amacı olekranon kırığı sonrası cerrahi uygulanan hastalarda ağrı, eklem hareketliliği, kas kuvveti ve fonksiyonelliğin birlikte değerlendirildiği postoperatif rehabilitasyon sonuçlarını vermektir.

### Metod

Çalışmamıza yaşları 6-27 yıl arasında değişen 5 kadın 16 erkek toplam 21 hasta katılmıştır. Hastaların tümü travmatik olekranon kırığı sonrası cerrahi sonrası ARİF uygulamasını takiben alçı veya atel çıkarıldıktan sonra rehabilitasyon programına alınmışlardır. Rehabilitasyon öncesi ve sonrasında istirahat ve hareket sırasındaki ağrı düzeyleri (VAS), dirsek ve önkol eklem hareketleri (gonyometrik ölçüm), kas kuvveti, ödem ve günlük yaşam aktivitelerini (GYA) kapsayan değerlendirmeler yapılmıştır. Ortalama 12 haftalık rehabilitasyon programı süresince hastanın progresine göre değişen bir fizyoterapi programı uygulanmıştır. Tedavi programı genel olarak cold pack veya hot pack, vakumlu enterferansiyel akım uygulaması, kas kuvveti ve eklem hareketliliğini artırmaya yönelik proprioseptif nöromusküler fasilitasyon (PNF) teknikleri ve mobilizasyon tekniklerini içermiştir. Ayrıca kassal kuvveti ve proprioseptif duyuyu artırmaya yönelik egzersizler de verilmiştir.

### Bulgu

Çalışmanın sonucunda ağrı şiddeti düzeyinde azalma, eklem hareket sınırında ve kas kuvvetinde artış, ödemde ise azalma kaydedilmiştir (p<0.05).

### Tartışma ve Sonuç

Hastaların tümünde GYA daki bağımsızlık düzeyi artmıştır. Sonuç olarak hastaların genel rehabilitasyon sonuçlarının iyi olduğu ve bunun tüm parametrelerle de gösterilebildiği ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkılarak olekranon kırıklarında cerrahi takiben her hastaya özel olarak düzenlenmiş iyi bir rehabilitasyon programının dirsek ekleminin fonksiyonlarını ve GYA daki bağımsızlık düzeyinin artırılmasında büyük önem taşıdığı yorumuna varılabilir.

**ABDUCTOR POLLICIS LONGUS, EXTENSOR POLLICIS LONGUS VE BREVIS  
TENDONLARININ KONJENİTAL YOKLUĞU**

*Yüksel Yurttaş, Mustafa Kürklü, Hüseyin Özkan, Cemil Yıldız*

*Gata Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı/Ankara*

**Giriş**

Elde hem intrensek, hem de ekstrensek kas ve tendon anomalileri oldukça sık görülür. Bu anomalilerin büyük çoğunluğu tendonların seyri ve tendon yapışma alanları ile ilgilidir. Literatürde başparmak hipoplazisi ile birlikte fleksor pollisis longus, ekstrensek ekstensor kaslar, abduktor pollisis longus ve tenar kasların yokluğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Ancak eşlik eden başka bir anomali olmadan, bir ya da daha fazla ekstensor kompartmanın yokluğunu rapor eden çalışma tespit edilememiştir. Bu çalışmada birinci ve üçüncü ekstensor kompartmanın mevcut olmadığı bir hasta sunulmuş, eldeki anatomik varyasyonların değişkenlikleri ve klinik öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

**Metod**

24 yaşında erkek hasta kliniğimize sol el birinci parmağını doğuştan beri kullanamama şikayeti ile müracat etti.

**Bulgu**

Yapılan fizik muayenesinde tenar ve hipotenar atrofi olmadığı, parmakların hipoplazik olmadığı ancak birinci metakarpofalangeal eklemden fleksiyon ve adduksiyon deformitesi olduğu görüldü. Birinci metakarpofalangeal ve birinci karpometakarpal eklemlerde pasif ekstansiyon ve abduksiyon tam iken aktif ekstansiyon ve abduksiyonun yapılamadığı, fleksiyon ve adduksiyon hareketlerinin aktif ve pasif olarak tam olduğu saptandı. Hasta oppozisyon iki ve üç hareketlerini yapabilirken oppozisyon bir hareketini gerçekleştiremediği saptandı. Yapılan el bileği magnetik rezonans görüntüleme çalışmasında birinci ve üçüncü ekstensor kanallar içerisinde tendon mevcut olmadığı saptandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Elde görülen kas ve tendon anomalilerinin büyük çoğunluğu tendon sayısı ve yapışma yerindeki değişiklikler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ancak daha nadir olarak intrensek kasların veya yukarıda rapor ettiğimiz vakada olduğu gibi ekstrensek kas-tendon birimlerinin yokluğu da söz konusu olabilir. Sık görülen anomaliler genellikle belirgin klinik ve fonksiyonel olumsuzluklara yol açmazlarken bazı anatomik yapıların tam yokluğu bizim vakamızda da olduğu gibi ciddi fonksiyonel kayıplara yol açabilir. Bu vakalarda tedavi yaklaşımı genellikle eksikliği söz konusu olan fonksiyonların tendon transferleri gibi daha radikal cerrahi girişimlerle giderilmesi yaklaşımlarını içerir.

**TIRNAK ALTINA ÇOKLU YERLEŞİM GÖSTEREN GLOMUS TÜMÖRÜ: NADİR  
GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU**

*Hüseyin Bayram*

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı /Adana*

**Giriş**

Glomus tümörü, glomus cisimciğinden köken alan, vücudun değişik bölgelerine yerleşim gösterebilen, nadir olarak elde de görülebilen ve elde daha çok tırnak altına yerleşen bir tümördür. Genellikle tek lezyon şeklinde görülmesine karşın nadiren aynı anda birden fazla lezyon şeklinde de görülebilmektedir. Bu çalışmada, aynı parmaktan tırnak altı yerleşim gösteren 3 glomus tümörü çıkarılan bir olgu sunulacaktır.

**Metod**

OLGU: 47 yaşında bayan hasta. 10 yıldır devam eden sağ el 4. parmak tırnak altında aşırı hassasiyet, bastırıldığında ve soğukla artan ağrı yakınmasıyla başvurdu. Muayenesinde yakınmasına uyan bulgular saptandı. Grafisinde sağ el 4. parmak distal falanks radialinde kemiği incelten çentikleşme vardı. Tırnak altı glomus tümörü tanısıyla hasta ameliyata alındı. Digital blok ve parmak turnikesi altında tırnak çekilip tırnak yatağı açıldı. Birbirinden bağımsız 3 adet tümör çıkarıldı. Sonra tırnak yatağı dikilip, çekilen tırnak tekrar yatağına yerleştirildi.

**Bulgu**

Çıkarılan kitlelerin boyutları sırasıyla 5X4X3 mm 4X3X3 mm ve 2X2X1,5 mm idi. Kitlelerin patolojik incelemeleri glomus tümörü olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası 3. ayda yapılan kontrolde hasta, ağrılarının tamamen geçtiğini belirtiyordu. Yeni tırnakta deformasyon yoktu. Literatür incelemesinde bu sayıda çoklu yerleşim gösteren tırnak altı glomus tümörü yayınına rastlanamadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Bazan tırnak altı glomus tümörü cerrahi tedavisi sonrası nüksler görülebilmektedir. Nüks, tümörün kısmi çıkarılması nedeniyle olmakla birlikte, bazan aslında var olan ama ameliyatta atlanan ikinci tümörün varlığına da bağlı olabilir. Bu nedenle cerrahi uygulamada tümör çıkarıldıktan sonra tırnak yatağının tekrar dikkatlice değerlendirilmesi, zaten nadir görülen tırnak altı glomus tümöründe daha da nadir rastlanan çoklu yerleşim olasılığının atlanmasını önleyecektir.

P48

**EL BAŞPARMAK ULNAR KOLLATERAL BAĞ RÜPTÜRÜ OLGULARINDA  
TAMİR SONUÇLARIMIZ**

*Kahraman ÖztürU<sup>(2)</sup> Cem Zeki Esenyel<sup>(2)</sup>, Cem Dinçay Büyükkurt<sup>(2)</sup> Bilal Birkan Demir<sup>(1)</sup>  
Hakan Gürbüz<sup>(2)</sup>*

1) M. S. Baltalimanı Kemik Hastalıkları E.A. Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği/İstanbul

2) Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul

**Giriş**

El başparmak ulnar kollateral ligament (UCL) rüptürü olgularında amaç eklem instabilitesi ve ağrıyı önleyerek normal eklem fonksiyonlarını sağlamaktır. El başparmak instabil ulnar kollateral bağ rüptürü olgularında cerrahi tedavi sonuçları değerlendirildi.

**Metod**

Palmer ve Louis sınıflamasına göre başparmak Tip II ve Tip IV UCL rüptürü sebebiyle 10 olguya (6 erkek, 4 kadın; ort. yaş 35; 6 sağ , 4 sol el) cerrahi tedavi uygulandı. Düşme sonucu yaralanma olan 2 olguya bandaj, 8 olguya alçı atel tespiti uygulanmıştı. Tespit sonrası kontrol radyografisinde eklem redüksiyonu olmayan olgulara ve stres testi pozitif olan olgulara cerrahi tedavi yapıldı.

**Bulgu**

Cerrahi tedavi yapılan 6 olguda stener lezyonu, 1 olguda volar plate ve 3 olguda dorsal eklem kapsül yaralanması mevcuttu. Cerrahi tedavide 4 hastaya Kirschner teli ile kırık parça tespiti ve bağ tamiri, 2 hastaya çapa sütür ile bağ tamiri, 1 hastaya kırık parça eksizyonu ve çapa sütür ile bağ tamiri, 1 hastaya primer tamir, 1 hastaya EPB split tendon grefti ve 1 hastaya palmaris longus tendon grefti ile rekonstrüksiyon uygulandı. Tendon grefti ile rekonstrüksiyon yapılan olgularda iş yaparken ortaya çıkan başparmak instabilitesi ve ağrı yakınması vardı. Ortalama takip süresi 44 ay olan (6-70) olguların birinde yüzeysel cilt enfeksiyonu ve refleks sempatik distrofi görüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

El başparmaklarında instabilite ve ağrı tespit edilmeyen ve hareketlerinde kısıtlılık olmayan olguların tamamı eski iş ve uğraşlarına döndüler. El başparmak ulnar kollateral bağ yaralanması sonucu radyografide redüksiyonu olmayan olgulara ve stres testi pozitif olan olgulara yapılan tamir sonuçları tatmin edicidir.

**ELDE YANIĞA BAĞLI KELOID VE CERRAHİ TEDAVİSİ**

*Adnan Menderes, Cenk Demirdöver, Haluk Vayvada, Ozan Balık, Mustafa Yılmaz,  
Atay Atabey*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı /İzmir*

**Giriş**

Bu çalışmada, elde yanık sonrası keloid gelişimine bağlı ortaya çıkan kontraktür nedeniyle öpere edilen olgu sunulmaktadır.

**Metod**

2006 yılında yanıcı madde parlaması sonrası yüzde kolda ve omuzda yanık meydana gelen 15 yaşındaki erkek olgu, ilk olarak yoğun bakım şartlarında pansumanlarla izlenmiş. Eldeki yanık alanı epitelize olduktan sonra keloid formasyonu başlamış. Bu yakınmalarla, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı'na başvuran olguya keloid dokusu eksizyonu, kontraktür açılması, greftleme ve intraperatif intralezyonel steroid enjeksiyonu uygulandı.

**Buigu**

Postoperatif pansumanlarla izlenen olguya silikon yaprak ile kaplı baskılı yanık giysisi uygulandı. İzlemlerinde herhangi bir komplikasyon ve yeni keloid formasyonu gözlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Keloid dokusunun cerrahi eksizyonunda sıklıkla yeniden ve hatta daha abartılı keloid oluşumu gözlenebilir. Ancak bu olguda da olduğu gibi keloidin fonksiyonel deformiteye neden olması durumunda sıkı izlem şartıyla eksizyon ve intralezyonel steroid enjeksiyonunun iyi bir alternatif olabileceği kanaatindeyiz.

**DONDURUCUDA SAKLANMIŞ AMPUTE PARMAĞIN BAŞARILI  
REPLANTASYONU**

*Şahin Alagöz, Eda Işıl, Çiğdem Ünal, Tonguç İşken*

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı /Kocaeli*

**Giriş**

Ampute uzuvların replantasyonu öncesi muhafaza biçimleri çeşitli bilimsel yazılara konu olmuştur. Önerilen en kolay ve ideal yöntem, amputatı steril SF ile nemlendirilmiş steril gazlı beze sarmak, torbaya koyup bu paketi de su almayacak şekilde buzlu su dolu başka bir kaba koymaktır. Uygulanması kolay olan bu yöntem bazen bilgi eksikliğinden dolayı uygulanamamaktadır.

**Metod**

42 yaşında hasta satır yardımı ile kurban keserken dominant eli ikinci parmağında MCP eklem seviyesinden düzgün sınırlı bir amputasyon oluşmuştur. Dış merkezde amputat SF ile ıslatılmış gazlı beze sarılmış ve torbanın içine konarak buz kalıbının üzerine konmuş ve hasta tarafımıza yönlendirilmiştir. Muayenede ve çekilen grafide hastanın elinde ve amputatta ek yaralanmaya rastlanmadı. Amputasyonun olduğu MCP eklem seviyesinde, kıkırdak yüzeylerin büyük kısmının zedelenmeden ekspozite olduğu görüldü. Hastanın acil sevişe başvurusundan operasyona alınincaya kadar geçen sürede acil yardımcı ekibi tarafından amputatın buzdolabının bir üst katı olan dondurucuda saklandığı tespit edildi. Yaklaşık 5 saat dondurucuda (-4 derece celsius ) kalan amputatın hemen tümüyle donmuş olduğu görüldü ve replantasyon anına kadar geçen 40 dk süresince oda sıcaklığında kalması sağlandı. Hasta operasyona alınarak Kirschner teli ile kemik tespiti, yüzeysel ve derin fleksör tendon ve ekstansör tendon onarımı, her iki dijital sinir, bir arter ve üç adet ven anastomozu yapılmış, damar anastomozu sırasında 0,5 U/ml konsantrasyonda heparin solüsyonu, irrigasyon için kullanılmıştır. Operasyon sırasında hastaya herhangi bir perfüzyon ajanı uygulanmamıştır. Postoperatif 5 gün Dekstran40 500 cc 1x1, Aspirin 100 mg 1x1 ve Dipiridamol 3x75 mg verilmiştir.

**Bulgu**

Post-operatif dönemde hastanın herhangi sorunu olmamış ve 4. haftasında Kirschner teli çekilerek FTR başlanmıştır. Postoperatif 3. ayında hastanın MCP eklemine kabul edilebilir hareket vardır.

**Tartışma ve Sonuç**

Ampute uzvun saklama koşulları hakkında çalışmalara rastlamak mümkündür. En sık rastlanan ideal olmayan durum; sıcak iskemi zamanının uzun olmasıdır. Ampute olan uzvun dondurucu ortamda kalması sonrasında yapılan replantasyonlar literatürde az sayıda rapor edilmiş, bunlarda replantasyon sonrası frostbite bulguları veya benzeri sorunlar görülmüştür. Vakamızda beş saat süre ile dondurucu ortamda kalmış olan ampute parmak, replantasyonunda ve post-operatif döneminde herhangi sorunla karşılaşılmamış olması dolayısı ile farklılık göstermektedir.

P51

**DUYULU SERBEST PERFORATOR FLEPLERİ EL VE ÜST EKSTREMİTE  
REKONSTRÜKSİYONUNDA KULLANIMI; 23 VAKADA KLİNİK  
DENEYİMLER**

*Mehmet V.Karaaltın<sup>(3)</sup>, Adnan Erdem<sup>(2)</sup>, Azimet Özdemir<sup>(1)</sup>*

- 1) Vakıf Gureba Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / İstanbul
- 2) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / Bursa
- 3) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği/İstanbul

**Giriş**

Son yıllarda perforator flepler bazı avantajlarından dolayı literatürde daha sık yer almakta ve klinik pratikte daha sık kullanılmaktadır. Verici alan morbiditesinin az olması, ince ve kolay şekil verilebilen özellikleri perforator fleplerin en önemli özelliklerinden ve avantaj larındandır.

**Metod**

Bu çalışmada duyulu serbest perforator flepler üst ekstremitte defektlerinde olmak üzere 23 hastada kullanıldı. Bu hastaların 4'ü ateşli silah yaralanması, 13'ü iş kazası, 4 hasta yanık sekeli ve kontraktürü, 1 hasta **kimyasal** yanık ve 1 hasta ise brakial pleksus yaralanması idi. Hastaların 19'unda serbest duyulu torakodorsal arter perforator flebi, 4'ünde ise serbest duyulu derin sirkümfleks iliak arter perforator flebi kullanıldı. Torakodorsal perforator fleplere interkostal sinir, derin sirkümfleks iliak arter perforator fleplere ise ilioinguinal sinirin yüzeyel dalı duyu siniri olarak dahil edildi. Fleplerin ortalama boyutu 8X19 cm idi.

**Bulgu**

Yapılan 23 flepte total ya da parsiyel flep kaybı olmadı, 7 olguda erken postoperatif dönemde ameliyat ya da revizyon gerektirmeyen, spontan düzelen, dokuları parsiyel tutan venöz staz gelişti. İki nokta ayırım testi postoperatif 1. ayda 11-14 mm arasında ve postoperatif 3. ayda 9-12 mm arasında ölçüldü.

**Tartışma ve Sonuç**

Sonuç olarak serbest perforator flepler belirli bir öğrenme eğrisini takiben başarıyla yapılabilmekte, duyulu olarak taşınabilmekte ve alıcı alanda işlevsel bir şekilde duyu kazanabilmektedir. Düşük verici alan morbiditeleriyle de gelecekte daha sık uygulama alanı bulabilecektir.

**TEK TARAFLI İZOLE AKSİLLA YERLEŞİMLİ HODGKİN HASTALIĞI**

*Mehmet V.Karaaltın<sup>(3)</sup>, Adnan Erdem<sup>(2)</sup>, Azimet Özdemir<sup>(1)</sup>*

- 1) Vakıf Gureba Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / İstanbul
- 2) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / Bursa
- 3) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği/İstanbul

**Giriş**

Hodgkin hastalığı genellikle tek taraflı ve ağrısız olarak bölgesel lenf bezlerinin ilerleyici büyümesi ile karakterize malign bir hastalıktır.

**Metod**

Literatür taramalarında izole aksiler Lenfadenopati ile Hodgkin hastalığı tanısı alan 2 olguya rastladık. 54 yaşında, erkek hasta, son 3 aydır sağ koltukaltında ağrısız kitle ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ aksiler bölgede ağrısız, sert, mobil olmayan 12x8 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Yapılan MRG incelemesinde sağ aksillada “aksiller arteri içerecek şekilde muhtemel lenf dokusundan kaynaklanan sınırları belirgin olan 10x8x5 cm boyutlarında “ kitle tespit edildi. Başka bir merkezde daha önce yapılmış olan insizyonel biyopsi sonucu nonspesifik yangısal reaksiyon olarak rapor edilmişti.

**Bulgu**

Olguya sağ koltukaltında eski insizyonu içerecek şekilde işaretleme yapıldı. Eksplozasyonda kitle sınırları belirlendi, diseksiyon ilerletildi. Brakial pleksus yapıları korundu ve aksiler arter ven içerecek şekilde en-bloc eksizyon yapıldı. Kontrateral ayaktan safen ven grefti hazırlandı. Ven grefti ile aksiller arter rekonstrüksiyonu yapıldı. Aksiler ven primer olarak onarıldı. Patolojik değerlendirmede “Mikst tipte hodgkin lenfoma”tanısı konuldu. Genel vücut tarama ve görüntülemelerinde ek bir kitle ve lenfadenopatiye rastlanmadı. Diğer lenfoid organlarda ek tutulum gösterilemedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Hodgkin hastalığında genellikle ağrısız, sert, servikal veya supraklavikuler lenfadenopati en sık başvuru nedenidir. Fakat nadiren olgumuzda olduğu gibi atipik yerleşim de gösterebilmektedir. Sonuç olarak tek taraflı, ağrısız, sert, mobil olmayan, atipik lokalizasyonlu, progresyon gösteren, 2,5 cm’den büyük, 4 hafta içinde küçülme göstermeyen ve antibiyotik tedavisine cevap vermeyen lenfadenopatilerin dikkatli değerlendirilerek zaman kaybedilmeden biyopsi yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.



**İZOLE EL İKİNCİ PARMAK FLEKSÖR SİSTEMİNİN AGENEZİSİ:  
OLGU SUNUMU**

*Mehmet V. Karaaltın<sup>(3)</sup>, Azimet Özdemir<sup>(1)</sup>, Adnan Erdem<sup>(2)</sup>*

- 1) Vakıf Gureba Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği/İstanbul
- 2) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / Bursa
- 3) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / istanbul

**Giriş**

İzole el ikinci parmak fleksör sisteminin konjenital yokluğu görülen bir olgu sunulmuştur. Metod Literatürde önkol ve el düzeyinde fleksör sistemin konjenital yokluğu çok nadir de olsa rastlanmakla beraber, izole 2.parmak fleksör sistemin agenezisi bildirilmemiştir. 17 yaşında kadın hasta kliniğimize sağ el ikinci parmak küçüklüğü ve hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Yapılan muayenesinde, parmağın MP, PIP ve DIP eklem düzeyinde aktif fleksiyon hareketi yok idi. Pasif fleksiyon hareketi sonrası ekstansiyon hareketleri normal aralıktaydı. Karşılaştırmalı direkt grafide kemik ve eklem yapılarının tam olduğu ancak elin diğer parmaklarına göre hipoplazik olduğu görüldü. Parmağın iki nokta ayırımı testi normal idi (4 mm).Hastaya parmağa fleksiyon hareketi kazandırmak için dördüncü parmaktan FDS tendon transferi planlandı.

**Bulgu**

Ameliyatta, parmak yapıları eksplere edildi. Her iki dijital pedikül görüldü, her iki fleksör tendon ve pulley sistemleri yoktu. Her iki dijital arter ve sinir hipoplazik olmakla birlikte olağan anatomik lokalizasyonlarında mevcuttu. Dördüncü parmaktan uygun şekilde FDS tendonu hazırlandı ve re-routing yapılarak ikinci parmağın distal falanksına düğme-iliği (pull-out) tekniği ile tespit edildi. Aynı elden alınan palmaris longus tendon grefti ile A2, A3 ve A4 pulleyleri rekonstrükte edildi. Post.op 3 günde kleinert ateli uygulandı. Post.op 4 haftadan sonra aktif fleksiyon hareketleri başlatıldı.

**Tartışma ve Sonuç**

Bu tip anomaliler Swanson sınıflamasına göre 'longitudinal gelişim kusuru' olarak tanımlanmaktadır. Literatürde bu tip anomalilerin, diğer üst ekstremitte anomalilerine göre daha az sıklıkta görüldüğü rapor edilmiştir. Bu tip anomalilerde önemli oranda verici alan morbiditesi yaratmayan tendon transferlerinin iyi bir seçenek olabileceği kanaatindeyiz.

P54

**2 VE 3. PARMAK AMPUTASYONU VE KOMPLEKS EL YARALANMASI  
OLGUSUNDA 2. PARMAKTAN MP EKLEM REKONSTRÜKSİYONU VE  
ÜZERİNE 3. PARMAĞIN HETEROTOPİK REPLANTASYONU**

*Adnan Erdem<sup>(1)</sup>, Mehmet V. Karaaltın<sup>(2)</sup>*

1) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği /Bursa

2) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği /İstanbul

**Giriş**

Defekt içeren kraş el yaralanmalarında eldeki parçalardan fonksiyonel bir ünite kazanmak için kemik/eklem greftleri ve heterotopik replantasyonlar eldeki dokuların rasyonel değerlendirilmesini sağlayabilir.

**Metod**

Pres ile kraş el yaralanması gelişmiş 46 yaşındaki erkek olguda 2. ve 3. parmağın ampute olduğu, 2. parmakta orta falanks distali ve distal falanksın var olduğu, 3. parmakta orta falanks ve distal falanksın var olduğu görüldü. Güdükte ise 2. metakarpın distalden ampute olduğu 3. metakarpın biraz daha proksimalden ampute olduğu ve parçalı kırıklar olduğu görüldü. 2. ray rekonstrüksiyonuna karar verildi. Ampute 2. parmak iskeletize edildi ve ters çevrilerek distal falanks metakarp başı, DİP eklem MP eklem ve orta falanks ise proksimal falanks olacak şekilde 1. metakarp üzerine yerleştirildi. Konulan eklem/kemik grefti üzerine ise 3. parmak heterotopik olarak replante edildi.

**Bulgu**

Erken postoperatif dönemde replantta dolaşım sorunu izlenmedi. Geç postoperatif dönemde konan eklem greftinde kısıtlı da olsa fleksiyon izlendi. Non-union izlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Kraş el yaralanmalarında eldeki parçalar işlevsel ünite elde edilebilmesi için mümkün olan en uygun şekilde kullanılmalıdır.

P55

**VARYANT YÜZE YEL ÖNKOL ARTERİ (MEDIAN ARTER) ÜZERİNDEN  
RADIAL ARTER KORUNARAK TERS AKIMLI RADIAL ÖNKOL FLEBİYLE  
1. WEB REKONSTRÜKSİYONU ve TAŞINAN ARTERE 1.PARMAK  
REVASKULARİZASYONU**

*Adnan Erdem<sup>(1)</sup>. Mehmet V.Karaaltın<sup>(2)</sup>*

1) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği /Bursa

2) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği /İstanbul

**Giriş**

Önkolun vasküler varyasyonları literatürde sıkça bildirilmekte olup rastlanma sıklığı %1-2 arasında gözlenmektedir. Özellikle bölgesel doku transferi cerrahilerinde anatomiye hakimiyet önem taşımaktadır. 1. web defektlerinde ters akımlı önkol flepleriyle rekonstrüksiyon sık kullanılan yöntemlerdendir.

**Metod**

1,2,3 ve 4. parmak ile 1. web aralığında kompleks yaralanması olan bir olguda 1. web ve proksimal 1. parmak yumuşak doku defektinin rekonstrüksiyonunda ters akımlı posterior interosseoz ya da ters akımlı radyal önkol flebiyle rekonstrüksiyon planlandı.

**Bulgu**

Muayenede ulnar ve radial arterlerin yanı sıra önkol volar kısmında antekubital bölgeden orta hatta başlayan distale gittikçe radyal tarafa yer değiştiren ve el bileği proksimalinde radyal arterin lateraline yer değiştiren ve el bileği distalinde posteriora dönen üçüncü bir artere rastlandı. Önkolun radyal kısmından 6X20 cm boyutlarında flep tasarlandı. Önkol fasyasının yüzeyinde seyreden bu varyant arter üzerinden tasarlanan flep kaldırıldı ve ters akımlı olacak şekilde 1. web ve 1. parmak proksimali doku defekti üzerine getirildi. Radyal arterin kendi trasesinde intakt olduğu gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç**

Önkoldan doku transferi tasarlandığında diseksiyonda bu bölgeye özel olabilecek varyasyonlara hazırlıklı olmak güvenli bir cerrahi ve alternatif doku kaynakları için önemlidir.

P56

**HALATA SIKIŞMA SONUCU SOL DİRSEK SEVİYESİNDE KAPALI  
YARALANMA VE ELDE TOTAL ULNAR SİNİR FELCİ OLGUSUNDA ULNAR  
SİNİR ANTERİOR TRANSPOZİSYONU**

*Adnan Erdem<sup>(2)</sup>, Mehmet V. Karaaltın<sup>(3)</sup>, Azimet Özdemir<sup>(1)</sup>*

- 1) Vakıf Gureba Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / İstanbul
- 2) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / Bursa
- 3) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / İstanbul

**Giriş**

Sol kolunu sandal halatına sıkıştıran olgu yaralanmanın 4. gününde yoğun dirsek çevresi hematoma ve elde total ulnar sinir felci yakınmasıyla başvurdu.

**Metod**

Yapılan muayenede el bileğinde nabızlar intakt ve elde dolaşımın normal olduğu izlendi. Elde ulnar alanda anestezi ve ulnar sinir motor fonksiyonlarında total kayıp izlendi. Dirsek çevresinde yoğun hematoma mevcuttu, fakat açık yaralanma ya da laserasyon izlenmedi, kemik yapılar olağan görünümdeydi. Olguya ulnar sinir eksplorasyonu planlandı.

**Bulgu**

Yapılan eksplorasyonda ulnar sinir intakt olarak izlendi. Dirsek çevresindeki hematoma boşaltıldı ve ulnar sinir kubital tünelden çıkartılarak dekompresyonu sağlandı ve anterior transpozisyon yapıldı. Ameliyat sonrası 7. günde ulnar sinir fonksiyonlarında tamama yakın düzelme izlendi.

**Tartışma ve Sonuç**

Travma sonrası üst ekstremitte sinir yaralanmalarında zaman kaybetmeden eksplorasyon planlanmalıdır. Erken cerrahi onarım ya da dekompresyon sağlanması sinir işlevlerinin geri kazanılmasında önem taşımaktadır.

**SUBTOTAL EL AMPUTASYONU VE TOTAL KARPAL KEMİK KAYBI  
OLGUSUNDA EL REPLANTASYONU VE KARPAL KEMİK DEFİKTİNİN VASKÜLARİZE  
İLİAK KEMİK GREFTİYLE ONARIMI**

*Adnan Erdem<sup>(2)</sup>, Mehmet V.Karaaltın<sup>(3)</sup>, Erdeniz Duygulu<sup>(1)</sup>*

- 1) Özel Doruk Bursa Hastanesi Ortopedi Kliniği / Bursa
- 2) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / Bursa
- 3) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / İstanbul

**Giriş**

31 yaşında bayan hasta sol el bileği düzeyinde subtotal amputasyon ve total karpal kemik defekti ile başvurdu. Yaralanma poşet imalathanesinde bir iş makinesiyle oluşmuş ve karpal kemikler iş makinesinin bir parçası içinde küçük parçalar halinde idi.

**Metod**

Başvurduğunda elde dolaşım yoktu ve iş makinesinin bir parçası sökülerek getirilmişti ve makine parçası ile el iç içe geçmiş durumda idi.

**Bulgu**

Ameliyata alınan olguda makine parçası el bileğinden ayrıldıktan sonra total karpal kemik defekti, median sinir defekti, fleksör tendon defekti, radial arter defekti mevcuttu. Median sinir sural sinir greftiyle, radial arter; safen ven greftiyle, ulnar sinir primer, ulnar arter primer onarıldı. Takiben el eksternal fiksatorle tespit edildi. Dolaşım ve enfeksiyon kontrolü sağlandıktan sonra postoperatif 3. haftada hasta tekrar ameliyata alındı ve ipsilateral taraftan vaskülarize iliak kemik grefti derin sirkümfleks iliak arter üzerinden kaldırıldı. El bileğinde radial artere uç yan olacak şekilde anastomoz yapıldı. Greft veni el dorsumunda bir vene anastomoz yapıldı. Getirilen kemik segment el dorsumunda plak vida ile tespit edildi. Postop 2. haftada rehabilitasyona başlandı.

**Tartışma ve Sonuç**

Üst ekstremitte kemik defektlerinde vaskülarize iliak kemik greftleri seçilmiş olgularda düşük verici alan morbiditesi nedeniyle etkili sonuç verebilecek seçenekler arasında değerlendirilmelidir.

**SAĞ EL 1. PARMAK VE TENAR KAS HİPOPLAZİSİ; BİR OLGU SUNUMU VE TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN TARTIŞILMASI**

*Adnan Erdem<sup>(2)</sup>, Mehmet V. Karaaltın<sup>(3)</sup> Azimet Özdemir<sup>(2)</sup>*

- 1) Vakıf Gureba Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği /İstanbul
- 2) Özel Doruk Bursa Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / Bursa
- 3) Özel Huzur Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği / İstanbul

**Giriş**

13 yaşında kız olgu sağ el 1. parmağında ve tenar kas kitlesinde gelişme geriliği ve uzun süre kalem kullandığında yorulma, tenar bölgede hipoplazik görünümünden dolayı yaşadığı kozmetik rahatsızlık nedeniyle başvurdu.

**Metod**

Hastanın yapılan fizik ve radyolojik muayenesinde Blauth sınıflaması evre 2 olduğu görüldü; hastada 1. metakarp ve falankslarda hafif hipoplazi, tenar kas kitlesinde ise kısmen daha şiddetli bir hipoplaziye rastlandı.

**Bulgu**

MP ekleminde ise önemli bir instabilite mevcut değildi. FPL iyi gelişmiş ve hasta tarafından oldukça iyi kullanılmaktaydı. Hastanın temel şikayetinin ise kozmetik bozukluk olduğu ifade ediliyordu.

**Tartışma ve Sonuç**

Blauth sınıflamasına göre evre 2 1 .parmak hipoplazisinde önerilen tedavi adduktor digitiminiminin 1 metakarpa transferidir. Bu işlemin asıl amacı 1 .MP eklemin stabilizasyonunu sağlamaktır. Bu hastada daha çok kozmetik yakınmaların önde olması ve 1.MP ekleminde önemli oranda bir instabilite olmayışı nedeniyle kozmetik amaçlı rekonstrüksiyonu daha ön planda düşünmek gerekir. Bu amaçla düşünülecek seçenekler arasında yağ enjeksiyonu, dermofat greft transferi, injektabl dolgu maddeleri sayılabilir. Mentoplastide kullanılan silikon mandibula protezleri ise yarım şekli ve orta kısımda konveksiteye sahip olması, palpasyonda doku uyumu nedeniyle tercih edilebilecek diğer bir seçenektir.

## DOĞUMSAL SKAFOİD APLAZİSİ

*Haluk Özcanlı, Yetkin Söyüncü, Murat Baloğlu*

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı /Antalya*

### **Giriş**

Doğumsal skafoïd aplazisi ya da hipoplazisi çok nadir görülen deformitelere dendir. Çoğunlukla izole olarak gözlenmezler iskelet sistemi anomalileri, başparmak yada üst ekstremitte anomalilerine eşlik ederler. Bu çalışmadaki amacımız Skafoïd aplazisi tanısıyla takip ettiğimiz olgumuzun sunumu ve eşlik eden patolojilerin tanımlanmasıdır.

### **Metod**

8 yaşında kız çocuğu olan olgumuz başparmaklarında asimetri yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol el başparmağında hipoplazi mevcuttu. Hareket genişlikleri tam ancak çimdik ve kavrama kuvvetlerinde azalma vardı. Radyolojik değerlendirmesinde skafoïd aplazisi ve başparmak hipoplazisi mevcuttu.

### **Tartışma ve Sonuç**

Doğumsal skafoïd aplazisi çok nadir gözlenir. İskelet sistemi anomalileri, başparmak yada üst ekstremitte anomalilerine eşlik edebilirler. Ayrıca Holt-Oram Sendromu ya da VATER Sendromu gibi tablolarla birlikteliği bildirilmiştir. Literatürde bildirilen kısıtlı sayıda olgularda doğumsal aplazi ve hipoplazinin farklı patolojiler olduğu, aplazinin interkalar radial hemimelinin bir şekli olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda skafoïd aplazisine eşlik eden başparmak hipoplazisi ve skolyoz mevcuttur. Skafoïd aplazisi çok nadir görülelebilmekle birlikte izole ya da başka iskelet sistemi patolojilerine eşlik edebileceği akılda bulundurulmalıdır.

## 18 HASTADA DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ SONUÇLARIMIZ

*Cenk Demirdöver, Özgür Sunay, Reşat Altuğ, Adnan Menderes, Haluk Vayvada,  
Mustafa Yılmaz*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir*

### **Giriş**

Palmar fasyanın hipertrofiye uğrayarak yoğun fibrotik band ve nodüllerle parmaklarda fleksiyon kontraktürüne yol açması durumu Dupuytren Hastalığı olarak adlandırılır. Bu çalışmanın Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen 18 hastanın etiyoloji, uygulanan cerrahi tedavi, postoperatif rehabilitasyon ve izlem süresi açısından değerlendirilmesidir.

### **Metod**

Ocak 2000 - Ocak 2008 (96 ay) tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı'nda Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen 18 hasta, demografik veriler, etiyoloji, uygulanan cerrahi tedavi, postoperatif rehabilitasyon ve izlem süresi açısından değerlendirildi.

### **Bulgu**

Öpere edilen 18 hastanın 15'i erkek, 3'ü kadın (E/K= 5) olup yaş ortalaması 48,6 (27-69 yaş) idi. Olgularının 5'inde her 2 elde kontraktür mevcuttu. On sekiz hastada toplam 43 parmak etkilenmişti. Hastaların 4'ünde ailede öyküsü; 3'ünde Diazepam kullanımı; 2'sinde de mikrotravma öyküsü mevcuttu. On sekiz hastanın 12'sine rejyonel fasiyektomi; 5'ine ekstansif fasiyektomi; 1'ine de ekstansif fasiyektomi ve greftleme uygulandı. Hastalar ortalama 41,3 ay (2-82 ay) izlendi. Bir hastada postoperatif erken dönemde atelini çıkarmaya bağlı hematoma gelişti. İki hasta postoperatif 23 ve 27. aylarda yeniden hafif derecede kontraktür gelişmesi nedeniyle yeniden opere edildi.

### **Tartışma ve Sonuç**

Palmar yüzde nodul formasyonu ile seyreden, özellikle 4. ve 5. parmaklarda fleksiyon kontraktürlerine yol açan durumlarda Dupuytren Hastalığı düşünülmelidir. Bu hastalıkla birlikte görülebilen Peyronie Hastalığı ya da Plantar Fibromatozis (Ledderhose Hastalığı) de mutlaka araştırılmalıdır. Erken tanı sayesinde hafif dereceli kontraktürlere yapılacak cerrahi uygulamaların daha başarılı sonuçlar vereceği kanaatindeyiz.



**METAKARP YERLEŞİMLİ OSTEOD OSTEOMA OLGUSU**

*Murat Bülbül, Semih Ayanoglu, Sinan Kahraman, Kahraman Öztürk, Hakan Gürbüz*

*Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi /İstanbul*

**Giriş**

Benign bir kemik neoplazmı olan Osteoid Osteoma için nadir bir yerleşim yeri olan metakarp bölgesindeki bir olguyu değerlendirdik.

**Metod**

Onaltı yaşındaki bayan olgumuz; beşinci metakarp üzerinde yaklaşık bir senedir geceleri artan ve salisilatlarla cevap veren ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Olgumuzda ön tanıya anamnez, klinik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile ulaşıldı. Eksizyonel biyopsi yapılan hastada küretaj sonrasında otogreft ile grefonaj işlemi yapıldı.

**Bulgu**

Direkt grafide beşinci metakarp 1/3 orta bölümde korteksten medulla içine kadar uzanan skleroz artışı tespit edildi ve sonrasında manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Manyetik rezonans görüntülemeye intrakortikal lezyon varlığı ile etrafındaki sklerotik dokunun artışı ve klinik olarak geceleri artıp, salisilatlarla cevap veren ağrının olması ön tanı olarak bizi osteoid osteoma' ya yöneltti. Nidus olarak tahmin edilen bölgenin küretajı yapıldıktan sonra otogreft ile grefonaj yapıldı. Eksizyonel biyopsi sonrasında yapılan patolojik değerlendirme sonucu Osteoid osteoma olarak tanı kesinleştirildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Osteoid Osteomanın nadir olarak tanımlandığı el bölgesinde bildirilen olgular olmasına karşın literatürde çok az sayıda yazar metakarp yerleşimli olgu bildirmişlerdir. Metakarpal bölgede yumuşak doku hassasiyeti, şişlik ile ağrı şikayeti olan ve radyolojik olarak kemikte skleroz artışı ve korteks ekspansiyonu olan olgularda daha çok stres kırığı, Garre'nin sklerozan osteomyeliti, intrakortikal hemanjiom ilk düşünülmesi gereken patolojilerdir. Biz bu olgu sunumuzda; metakarpal bölgede özellikle geceleri artan ve salisilatlarla cevap veren, radyolojik değerlendirme sonucu intrakortikal bir lezyon görülen olgularda nadir bir yerleşim yeri de olsa osteoid osteomanın akla getirilmesi gerektiğine dikkat çekmek istedik.

## ÇOCUKTA EŞ ZAMANLI CAPITATE VE HAMATE KIRIĞI; OLGU SUNUMU

*Mustafa Çelikaş, Özkan Köse, Seyhan Sağıroğlu*

*Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği/ Diyarbakır*

### **Giriş**

Çocuklarda karpal kemik kırıkları nadir görülen yaralanmalardır. Özellikle ilk dekatta karpal kemiklerin büyük bir kısmının kırık dokudan oluşması bu kırıkların az görülmesinde en önemli neden olarak gösterilmektedir. Çocuklarda en sık görülen karpal kemik kırığı skafoid kırığıdır. Capitate ve hamate kırığı nadir olarak görülmektedir. Capitate ve hamate kemiklerin eş zamanlı kırıkları ise mevcut literatürde üç kez bildirilmiştir. Bu yazıda capitate ve hamate eş zamanlı kırığı saptanan dokuz yaşında bir çocuk sunularak yaralanma mekanizmaları ve tedavisi literatür eşliğinde tartışılmıştır.

### **Metod**

Olgu sunumu

### **Bulgu**

Dokuz yaşında erkek çocuk, el bileğinde ağrı ve şişlik şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde, futbol oynarken el bileğine şiddetli bir tekme darbesi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde, el bileği ve el dorsumunda şişlik ödem ve palpasyonda yaygın hassasiyet mevcuttu. Yapılan radyografik incelemesinde capitate ve hamate kemiklerinde ayrışmamış kırıklar saptandı. El bileği ödemli olduğundan ilk 15 gün kısa kol atelde tespit yapıldı. Sonrasında 20 gün kısa kol alçıda tespiti devam edildi ve radyografide kırığın kaynadığı gözlemlendi. Alçı çıkarıldıktan sonra el bileği aktif ve pasif egzersizlere başlandı. Üçüncü ayın sonunda hastanın el bileği hareketleri tam ve ağrısızdı. El kavrama gücü, sağlam tarafla karşılaştırıldığında eşit olarak ölçüldü.

### **Tartışma ve Sonuç**

El bileği kırıklarında en sık görülen yaralanma mekanizması açık el ayası üzerine düşmedir. Çocuklarda bu yaralanma sırasında en sık distal radius kırığı oluşmaktadır, daha nadir olarak skafoid kırığı görülmektedir. Skafoid kemik dışındaki karpal kemik kırıklarına oldukça nadir rastlanmaktadır. Capitate ve hamate ise direkt travmayla özellikle crush yaralanmalarda kırılabilir. Sunulan bu olguda da benzer şekilde tekme darbesi sonrası kırılmıştır. Bu kırıklarda eğer kırık hattında deplasman yoksa konservatif tedavi önerilmektedir. Bu olguda da alçı tespiti kaynama ve el bileği fonksiyonlarının kazanılması için yeterli olmuştur. Eğer eklem yüzünde basamaklaşma ve deplasman mevcutsa, açık redüksiyon ve Kirschner telleri ile stabilizasyon yapılması önerilen tedavi yöntemidir. Capitate ve hamate kırıkları çocuklarda nadir görülse de el bileğine direkt travma öyküsü varsa akılda tutulmalıdır.

**ELDE DİSTAL FALANKS YERLEŞİMLİ EPİDERMAL KİST**

*Haluk Özcanlı<sup>(1)</sup>, Çağnur Özcanlı<sup>(3)</sup>, Ahmet Turan Aydın<sup>(1)</sup>, Elif İnanç Güre<sup>(2)</sup>*

1) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim Dalı/Antalya

2) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı /Antalya

3) Atatürk Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği /Antalya

**Giriş**

Epidermal kist yumuşak dokuda sık gözlenmelerine karşın kemikte çok nadir olarak yerleşirler. İlk olarak Sonntag tarafından 1923 yılında tanımlanmasına karşın sonraki yıllarda literatürde kısıtlı sayıda olgu sunumları mevcuttur. Bu çalışmadaki amacımız çok nadir olarak gözlenen kemik yerleşimli epidermal kist olgusunu sunmaktır.

**Metod**

32 yaşında erkek hasta özellikle ısı değişiklikleri ve dokunma ile parmak ucunda ortaya çıkan ağrı ile poliklinikte değerlendirildi. Fizik muayenesinde palpasyon sırasında tırnak yatağında minimal hassasiyet dışında bulguya rastlanmadı. Direk radyolojik incelemede distal falanksta düzgün sınırlı osteolitik lezyon izlendi. Glomus tümörü ön tanısı ile ameliyat planlandı. Ameliyat sırasında tırnak kaldırıldı , uygun olan bölgeden tam kat tırnak yatağı kesilerek kemiğe ulaşıldığında beyaz renkli yoğun kıvamlı lezyon izlendi ve kürete edildi. Histopatolojik değerlendirmede Epidermal kist tanısı kondu. Olgunun 3 yıllık takibi sonunda nüks izlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Kemik yerleşimli epidermal kist elde çok nadir olarak gözlenir. Etiyolojik olarak en sık travma etken olarak gösterilir. Travma sonucu epidermal hücrelerin kemik içinde proliferasyonu ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Literatürde tanımlanmış çok kısıtlı sayıdaki olgularda en sık 25-50 yaş arasında distal falanks yerleşimli oldukları bildirilmiştir. Radyolojik olarak enkondrom, basit kemik kistleri, multiple myeloma, metastatik lezyonlar, Dev hücreli Tümörler ya da Glomus Tümörleri ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Manyetik rezonans görüntüleme tanıda yardımcı olsa da kesin tanı histopatolojik olarak konmalıdır.

**POSTEROLATERAL DİRSEK ÇIKIĞI İLE BİRLİKTE İPSİLATERAL ÖNKOL  
ÇİFT KIRIĞI: NADİR BİR YARALANMA**

*Özkan Köse, Mehmet Oğuz Durakbaşı, Nazir Cihangir İslam*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul*

**Giriş**

Posterolateral dirsek çıkığı ile birlikte ipsilateral önkol çift kırığı çok nadir görülen bir yaralanma birlikteliğidir. Dirsek kırıklı çıkıkları sıklıkla proksimal radius veya ulnayı etkiler. Bu yazıda nadir görülen bir üst ekstremitte yaralanması sunularak olası yaralanma mekanizmaları tartışılmıştır.

**Metod**

Olgu sunumu

**Bulgu**

80 yaşında bayan hasta merdivenden düşme sonrası acil servisinize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ dirsek ve önkolda belirgin deformite gözleniyordu. Nörovasküler muayenesi doğaldı. Yapılan radyografik incelemesinde dirsek posterolateral dirsek çıkığı ile birlikte ipsilateral önkol çift kırığı saptandı. Acil serviste dirsek çıkığı kapalı redükte edildi. On gün sonra önkol çift kırığı plak vida ile tespit edildi. Post-op 10.günde sütür alınması ile birlikte atel çıkarılarak aktif ve pasif dirsek ve önkol hareketlerine başlandı. 22.ay kontrol muayenesinde dirsek ve önkol hareketleri tam ve ağrısızdı. Yapılan radyografik incelemesinde radiusun kayadığı ulnada ise hipertrofik kaynamama gözlendi. Hastanın şikayetinin olmaması üzerine ek cerrahi girişim düşünülmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Dirsek eklemi anatomisi nedeniyle en stabil eklemlerden birisidir. Dirsek çevresi kırıklı çıkıklarında sıklıkla radius başı, olekranon veya koronoid çıkıntı kırıkları görülür. Yine radius başı çıkığı ve ulna kırığı (Monteggia kırıklı çıkıkları) sık görülen yaralanmalardır. Ancak, izole dirsek çıkığı ile birlikte ipsilateral önkol çift kırığı nadir bir yaralanma şeklidir. Penrose ve ark. posterior Monteggia kırıklı çıkıklarını aslında dirsek çıkığı olarak değerlendirmek gerektiğini öne sürmüştür. Bu yaralanma genellikle yaşlı hastalarda osteoporoz zemininde, kemiğin bağ yapılarında daha zayıf olduğu durumlarda gerçekleşir. Bu yaralanma en sık açık el ayası üzerine düşme ile birlikte görülür. Ancak sunulan bu olguda olası yaralanma mekanizması tartışmalıdır. Hastada önce dirsek çıkığı gerçekleşmişse, enerji devam etmiş ve indirekt mekanizma ile önkolu kırmıştır. Ters düşünülürse, yani önce önkol çift kırığı önce gerçekleşmişse, önkol kırığının proksimal fragmanları zeminle temas ederek enerjinin dirseğe tekrar ulaşmasını sağlamıştır. Bu iki olası mekanizmadan ilk seçenek daha akla yatkın görünmektedir. Literatürde benzer yaralanma birlikteliği olan çok az sayıda olgu bildirilmiştir. Posterolateral dirsek çıkığı ile önkol çift kırığı birlikteliği ise daha önce bildirilmemiştir. Bu yaralanma bir Monteggia eşleniği yaralanma olarak düşünülebilir. Dirseğin kapalı redüksiyonu ve önkol plak vida tespiti fonksiyonel iyi bir sonuç ile sonlanmıştır.

P65

**RADIUS DİSTAL UÇ KIRIĞI SONRASI KOMPLEKS BÖLGESEL AĞRI SENDROMU TİP I GELİŞİMİ; PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN ROLÜ**

*Banu Dilek<sup>(2)</sup>, K Beyazıt Yemez<sup>(1)</sup>, Ramazan Kızıl<sup>(2)</sup>, Esin Kartal<sup>(2)</sup>, Selmin Gülbaha<sup>(2)</sup>, Özden Sari<sup>(1)</sup>, Elif Akalın<sup>(2)</sup>*

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı /İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı /İzmir

**Giriş**

Bu çalışmada radius distal uç kırığı sonrasında kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) Tip I gelişiminde psikolojik faktörlerin etkisi prospektif olarak araştırıldı.

**Metod**

Çalışmaya hastanemiz acil servisine başvurup radius distal uç kırığı tespit edilen ve konservatif izleme alınan 50 hasta alındı. Hastalara kırık sonrası Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği gösterilmiş psikolojik testlerden; Toronto Aleksitimi Skalası (TAS), Anksiyete Duyarlılık Testi (ADT), Durumluk Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (DADÖ) ve Sürekli Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (SADÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MÇYKE) uygulandı. Hastalar altı haftalık alçı uygulaması sonrasında iki ay süreyle KBAS Tip I gelişimi açısından takip edildi. KBAS Tip I tanısı ve şiddeti için Zyluk kriterleri kullanıldı. Zyluk puanı 4 ve üzerindeki hastalar KBAS Tip I olarak kabul edildi. KBAS gelişimi üzerine psikolojik testlerin rolü değerlendirildi.

**Bulgu**

13,43 yıl olan (18-81) 50 hastaiÇalışmaya yaş ortalaması 57,70 alındı. Hastaların 32'si(%64) kadın 18'i(%36) erkekti. 13 (%26) hastada KBAS Tip I gelişti. KBAS Tip I gelişen grupla gelişmeyen grubun ortalama yaşları (p= 0,15), eğitim düzeyleri (p=0,90) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Kadınların %34,4'ünde, erkeklerin %11,1 'inde KBAS gelişti, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p=0,072). Özgeçmişinde psikiyatrik bir hastalığı olanlarda KBAS Tip I gelişim sıklığı anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,05). Sürekli anksiyetesi olduğu SADÖ ile belirlenen olgularda KBAS Tip I gelişim riskinin anlamlı olarak arttığı saptandı( p= 0,038). Ayrıca sürekli anksiyete puanı ile Zyluk puanı arasında pozitif yönde, orta derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (r=0,289, p=0,042). Diğer psikolojik testlerle KBAS Tip I gelişimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

**Tartışma ve Sonuç**

Bu çalışmada özgeçmişinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü ve sürekli anksiyetesi olan kişilerde radius distal uç kırığı sonrası KBAS Tip I gelişim riskinin daha fazla olduğu sonucuna varıldı. Bu psikolojik özelliklere sahip hastaların KBAS Tip I gelişimi açısından yakından izlenmesinde yarar vardır.

**BAYILMA SONRASI GÖRÜLEN BİLATERAL ANTERIOR OMUZ ÇIKIĞI:  
OLGU SUNUMU**

*Selahattin Özyürek<sup>(1)</sup>, Bahadır Seyhan<sup>(1)</sup>, İbrahim Akmaz<sup>(2)</sup>, Osman Rodop<sup>(3)</sup>,  
Can Solakoğlu<sup>(3)</sup>, Mesih Kuşkucu<sup>(3)</sup>*

- 1) Diyarbakır Asker Hastanesi Ortopedi Servisi / Diyarbakır  
2) Erzurum Mareşal Fevzi Çakmak Asker Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi / Erzurum  
3) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi /İstanbul

**Giriş**

Epileptik konvulsif bayılmaya bağlı konservatif tedavi edilen bilateral aynı anda olan glenohumeral eklemlerin anterior dislokasyonunu sunmaktayız.

**Metod**

22 yaşında hasta konvulsif bayılmayı takiben her iki omuzunda ağrı ve hareket edememe şikayetleri ile acil servise başvurdu. Epilepsi tedavi hikayesi mevcuttu. Her iki omuz bölgesinde şiddetli ağrısı vardı ve hasta kollarını kaldıramıyordu. Her iki tarafta sulkus işareti belirgin olarak omuzda düzleşme mevcuttu. Klinik özellikler nörovasküler injuri olmadan bilateral anterior omuz çıkığına göstermekte idi. Radyografiler kırık olmaksızın bilateral omuz çıkığı teşhisini doğruladı. Herhangi bir jeneralize eklem laksitesini gösteren bulgu yoktu. Hasta sedatize edildi ve kapalı redüksiyon denendi. Koher ve Spaso manevraları ile sırasıyla her iki omuz kolaylıkla redükte edildi. Redüksiyon başarılı bir şekilde gerçekleştirildi. Kontrol grafileri uygun görüldü. Hasta omuzları adduksiyon ve internal rotasyonda olacak şekilde geniş kol askısında immobilize edildi.

**Bulgu**

2. haftadan sonra pendulum egzersizleri başlandı.6. haftadan sonra hasta omuzlarını mobilize etmeye başladı. Neer'in rehabilitasyon programını takip ederek yaklaşık 3 ay boyunca fizik tedavi devam etti. 6. ay sonundaki muayenede her iki omuzda tam eklem hareket açıklığı saptandı. Dislokasyon tekrar etmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

Omuzun tüm planlarda bilateral aynı anda olan dislokasyonları nadir yaralanmalardır. Çoğu olgu posterior şeklindedir ve genellikle grand mal epileptik bayılmalar, yaygın konvulsiyon ile beraber olan bayılmalar nedeni ile veya ciddi elektrik şok sonrası görülür. Diğer taraftan bilateral anterior omuz dislokasyonları ayrıca epileptik bayılmalı, diabetik nokturnal hipoglisemili ve gevşek eklemli hastalarda bildirilmiştir. Ayrıca spor aktivitelerinde travma sonrası da gerçekleşebilir. Biz burada konservatif tedavi ettiğimiz epileptik konvulsif bayılmaya bağlı bilateral aynı anda olan omuz çıkığı olgusunu sunmaktayız.

## HUMERUS ŞAFT KIRIĞI VE ONA EŞLİK EDEN İPSİLATERAL OMUZ KIRIKLI ÇIKIK OLGUSU

*Selahattin Özyürek<sup>(2)</sup>, Feridun Çilli<sup>(3)</sup>, Mahir Mahiroğulları<sup>(3)</sup>, Kenan Keklikçi<sup>(3)</sup>,  
Murat Durusu<sup>(1)</sup>, Kaan Erle<sup>(3)</sup>*

- 1) Diyarbakır Asker Hastanesi Acil Tıp Servisi /Diyarbakır
- 2) Diyarbakır Asker Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi / Diyarbakır
- 3) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Trvamatoloji Servisi /İstanbul

### Giriş

Biz burada nadir olarak karşılaşılan aynı anda gerçekleşen aynı taraf humerus shaft kırığı ve aynı taraf omuz çıkığı ve tuberkulum majus kırığı olgusunu sunmaktayız.

### Metod

79 yaşındaki bayan hasta travma sonrası ağrı ve sağ omuzunu hareket ettirememesi şikayetleri ile servisimize başvurdu. Başvurduğunda bilinçli, iyi oryante ve normal vital bulgulara sahipti. Sağ omuz ve kolunda deformite ve ağrılı şişlik mevcuttu. Nörovasküler defisit saptanmadı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Çekilen ilk grafilerinde sağ humerus shaft ve sağ tuberkulum majus kırığı ve aynı taraf anterior omuz çıkığı görülmekte idi. Acil serviste çıkığın kapalı redükte edilememesi üzerine hasta ameliyata alındı. Genel anestezi altında, başarılı bir şekilde çıkık kapalı redükte edildi. Humerus shaft kırığı açık redüksiyon, dinamik kompresyon plak ve vidalarla internal fikse edildi. Tuberkulum majus kırığı Kirşner telleri ile tedavi edildi.

### Bulgu

Ameliyat sonrası komplikasyon gözlenmedi. Etkilenen ekstremitte kol askısına alındı. Ameliyattan 3 hafta sonra omuz ekleminin aktif hareket ettirilmesi sağlandı. 12 hafta sonra kemik kaynaması radyografik olarak gözlemlendi. Sonrasında agresif kas güçlendirme egzersizleri başlandı. 6. ay takibinde hasta normal günlük işlerine dönmeyi başarabildi.

### Tartışma ve Sonuç

İpsilateral humerus shaft kırığı ile beraber olan omuz çıkığı nadir görülen yaralanmadır. İlk olarak 1940 yılında Winderman ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Humerustan omuza doğru iletilen aks boyunca olan güçlerle bu kırıklı çıkık olgusu görülmektedir. Bu kompleks yaralanma için çeşitli tedavi metodları tanımlanmıştır. Omuz çıkığı genellikle kapalı olarak redükte edilemez. Yeterli anestezi ile omuz manipulatif olarak veya pinler veya eksternal fiksasyon ile redükte edilebilir. Dislokasyon için nadiren açık cerrahi gerekir. Humerus shaft kırıkları splintleme, internal fiksasyon veya eksternal fiksasyon ile tedavi edilebilir, genellikle kaynama problemi gözlenmez. Kapalı redüksiyon başarısızlığı, nörolojik defisit, omuz hareket kısıtlılığı görülebilecek komplikasyonlardır. Biz aynı taraf omuz çıkığı ile birlikte görülen humerus shaft ve tuberkulum majus kırığı olgusu ve tedavisini sunmaktayız. Erken dönem sonuçlarımız iyi klinik sonuçlar göstermektedir.

P68

**PLAK FİKSASYONU İLE YAPILAN OMUZ ARTRODEZİ VAKALARIMIZIN  
SONUÇLARI**

*Cem Zeki Esenyel, Kahraman Öztürk Sinan Kahraman, Murat Bülbül, Semih Ayanoğlu,  
Hakan Gürbüz*

*Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği /İstanbul*

**Giriş**

Çeşitli nedenlerden glenohumeral eklem artrodezi yaptığımız vakalarımızın sonuçlarını bildirmek. Metod Altı hastaya omuz artrodezi omuz artrodezi uygulandı. Hastaların yaşı 32 idi. Standart AO tekniği kullanılarak cerrahi girişim uygulandı ve tespit tüm hastalarda plak ile yapıldı. Ortalama takip süresi 3,8 yıl idi.

**Bulgu**

Tüm hastalarda füzyon gelişti. 1 hastada post operatif dönemde uygulanan plağın altından kırık oluştu. Bu kırık anteriordan uygulanan humerus plağı ile tespit edildi. Ortalama Oksford Omuz Skoru 32 ve ortalama ASES omuz indeksi 5.9 idi. 2 Hastada orta derecede ağrı devam etti. Hiç bir hastada enfeksiyon gelişmedi.

**Tartışma ve Sonuç**

AO tekniği ile Plak kullanılarak yapılan glenohumeral eklem artrodezi kabul edilebilir güvenilir bir tekniktir.



## EL REHABİLİTASYONUNDA AYNA TEDAVİSİ

*Yaprak Ataker<sup>(2)</sup>, Önder Çerezci<sup>(2)</sup>, Sibel Cömert<sup>(2)</sup>, Eftal Güdemez<sup>(1)</sup>*

1) VKV Amerikan Hastanesi, El ve Mikrocerrahi Bölümü /İstanbul

2) VKV Amerikan Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü / İstanbul

### Giriş

Kas iskelet sistemi rehabilitasyonu konusunda son yıllarda tanımlanan yeni bir tedavi yöntemi olan “Ayna Tedavisi - Mirror Therapy”, uygun duysal geribildirimi olmayan ancak aktif hareket ettirilmek istenen uzuv arasındaki bozulmuş ilişkiyi restore etmek için kullanılmaktadır. Burada amaç, periferik tedavi yapılırken kortikal reorganizasyon ile iyileşmenin daha hızlı olmasının sağlanmasıdır. Bu çalışmanın amacı, rehabilitasyon programına alınan el cerrahisi hastalarının konvansiyonel fizik tedavi programlarına eklenen ayna tedavisinin erken dönemdeki etkinliğinin gösterilmesidir.

### Metod

Ameliyat sonrası tedaviye alınan 36 hasta çalışma kapsamına alındı. Ortalama yaş 37,38’di (5-65 yaş). Hastaların 19’i bayandı. Periferik sinir, tendon onarımı; el, el bileği kırıkları; tuzak nöropatisi, ganglion ve tenosnoviti olan hastalar randomize olarak gruplandılar. Konvansiyonel fizik tedavi programı uygulanan tüm hastaların yanında ayna tedavisi grubuna (18 hasta) bu tedavi eklendi. Burada hastanın önüne özel bir düzenek kurulur. Vertikal pozisyonda yerleştirilen aynanın bir tarafına sağ, diğer tarafına sol el yerleştirilir. Egzersizler her iki elde senkronize olarak yaptırılır ve hasta bu sırada sadece normal elinin aynadaki yansımasını izler. Program 10 dk seanslar halinde mükerrer kereler uygulatılıp, ev programı ile devam ettirildi. Sübjektif olarak ağrı (VAS) ve Disability of Arm Shoulder Hand Score-Turkish (DASH-T) değerlendirmesi; objektif olarak ise hareket genişlikleri, ödem ölçümü, kas gücü değerlendirmesi, dinamometre ile kaba kavrama ve ince tutuş kuvvet ölçümleri, Semmes Weinstein monofilament testi ile duyu değerlendirmesi yapıldı.

### Bulgu

Tüm hastalar tedavi programının 8. haftasının sonunda değerlendirildiler. Ayna tedavisi yapılan hastaların erken dönemde hem sübjektif hem de objektif değerlendirmelerde diğer hastalara göre belirgin bir şekilde tedaviye daha iyi cevap vermiş oldukları görüldü.

### Tartışma ve Sonuç

Ayna tedavisi literatürde Fantom ağrısı, kompleks bölgesel ağrı sendromu, inme, brakial pleksus yaralanmaları, periferik sinir yaralanmaları, eklem hareket kısıtlılığı olan hastalarda uygulanmıştır. Fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile beyinde kortikal reorganizasyonel değişiklikler gösterilmiştir. El rehabilitasyonunda periferik tedavi yapılırken korteks seviyesindeki değişikliklerin erken dönemde başladığı rapor edilmiştir. Biz de kendi hastalarımızda ayna tedavisinin literatürle uyumlu olarak belirgin fark yarattığını gözlemledik.

## Yazar indeksi

-A-

Acar, Mehmet Ali	112
Ada, Sait	52, 69
Adanır, Oktay	44, 45
Ademoğlu, Yalçın	69, 89
Adıyaman, Sinan	145
Ağır, İsmail	40, 54
Ak, Betül	68, 127
Aka, İlsun	64
Akalın, Elif	165, 169
Akalın, Yavuz	103
Akdağ, Osman	63, 105, 106
Akıncı, Metin	78
Akıncı, Orhan	103
Akkuş, Ali Murat	65
Akman, Şenol	35, 135
Akmaz, İbrahim	114, 166
Akpınar, Ali Cem	65
Aksakallı, Elif	101, 102
Aksu, Ali Emre	50, 55, 66, 108, 110
Aktaş, Şeref	32
Alagöz, Murat Şahin	122, 123, 124, 150
Alfidan, Serdar	95
Alimoğlu, Emel	83
Alp, Mehmet	67, 121
Altay, Taşkın	57
Altuğ, Reşat	49, 160
Altunbay, Salime Yılmaz	130
Apaydın, Ali	83
Arık, Meltem	29, 30, 144, 145
Ansan, Erdal	46
Aslan, Teoman	120
Atabey, Atay	149
Atilla, Bülent	29
Ay, Şadan	78
Ayanoğlu, Semih	31, 96, 161, 168
Ayas, Mustafa	57
Aydın, Ahmet Turan	163
Aydın, Atakan	51, 93, 94
Aydın, Elif Eren	133, 134, 136, 137, 138, 139
Ayhan, Sühan	68, 104, 125, 126, 127, 128
Aykut, Serkan	75

-B-

Bacak, Gökhan	50, 70
Bacakoğlu, A. Kadir	37, 47, 95, 169
Bagatur, Erdem	84, 91, 115, 116
Bağrıyanık, Alper	47
Baki, Emre	131
Bal, Emin	71, 89
Balık, Ozan	149
Baloğlu, Murat	158
Başar, Hakan	40, 54
Başkurt, Habib	48, 62, 132, 133, 140
Baydar, Meltem	95
Bayol, Ümit	57
Bayram, Hüseyin	147
Bekler, Halil	98
Benli, Teoman	52
Besler, Mine	84
Beydeş, Tolga	63
Beyhan, Lütfi	130
Biçer, Elcil Kaya	53
Bilgiç, Serkan	143
Bircan, Çiğdem	95
Birdane, Serap	78
Bora, Aslan	69
Boran, Ömer	109
Boya, Hakan	80
Bozkurt, Murat	30, 144
Bulam, Hakan	68, 104
Bulut, Okay	58, 117, 118, 119
Bülbul, Murat	31, 96, 161, 168
Büyükkurt, Cem Dinçay	148

-C-

Can, Filiz	29, 30, 144, 145
Cansü, Eren	60, 113
Centel, Tuncay	115
Ceylan, İsmail	78
Cihandide, Ercan	48, 62, 132, 133, 137, 138, 139, 140, 141
Coşkun, Gürsoy	29, 144, 145
Coşkunol, Erhan	53
Cömert, Ayhan	123, 124

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

### -Ç-

Çelikdelen, Pınar	79
Çeliksaş, Mustafa	162
Çırpar, Meriç	44
Çilli, Feridun	38, 111, 167
Çukurluoğlu, Onur	127, 128

### -D-

Dadacı, Mehmet	66
Demir, Bilal Birkan	96, 148
Demirdöver, Cenk	49, 56, 59, 149, 160
Demirkan, Ferit	43
Demirtaş, Mehmet	111, 114
Dilek, Banu	165, 169
Doğan, Teoman	46
Doğramacı, Yunus	74, 76
Doral, Mahmut Nedim	92
Durakbaşa, Mehmet Oğuz	167
Durusu, Murat	129, 167
Duygulu, Erdeniz	157
Duymaz, Ahmet	105, 106
Duymaz, Tomris	86

### -E-

Ekin, Ahmet	37, 95
El, Özlem	95
Elhan, Alaittin	123
Emir, Anıl	76
Erçetin, Ömer	78
Erdem, Adnan	151, 152, 153, 154, 155,
Erden, Zafer	156, 157
Erdoğan, Bülent	29, 144, 145
Erer, Metin	64
Ergür, İpek	51, 94
Erlor, Kaan	47
Erol, Songül	38, 111, 167
Ertem, Kadir	64
Ertürer, Erden	90
Eryılmaz, Tolga	35,61, 135
Esen, Erdinç	68
Esenyel, Cem	74, 76
Zeki	31,96, 148, 168

### -F-

Fesli, Atilla	43
Fındık, Hasan	48,62, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141

### -G-

Gereli, Arel	
Gökay, Nevzat Selim	32, 36,46
Gölge, Umut	77,91, 115
Gözü, Aydın	58, 117
Güçlü, Berk	65
Güdemez, Eftal	52
Gül, Murat	39,41
Gülaser, Bayram	33,34
Gülbahar, Selmin	72
Gülcan, Erim	95, 165
Gülçek, Murat	102
Gülçek, Serap Yücel	85
Gülek, Bozkurt	85
Gülgönen, Ayan	82
Gültekin, Barış	41
Güney, Ahmet	37
Gürbüz, Hakan	97
Gürbüz, Yusuf	31, 148, 161, 168
Gürer, Elif İnanç	71,89
Güven, Melih	163
Güvercin, Yılmaz	101
	131

### -H-

Halıcı, Mehmet	97
----------------	----

### -I-

İlıca, A. Turan	129
İşıl, Eda	150

### -İ-

İnan, Ulukan	72
İslam, Nazir Cihangir	164
İşçi, Evren Tefvik	66
İşken, Tonguç	150

### -K-

Kabakaş, Fatih	61,79
Kabukçuoğlu, Yavuz	33,34
Kafadar, İbrahim	97
Kahraman, Sinan	31,96, 161, 168
Kalacı, Aydın	74, 76
Kamburoğlu, Haldun Onuralp	66, 109
Kantarcı, Ümit	107
Kaplan, İbrahim	69,71, 89

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

Kara, Adnan	35, 135	-O-	
Karaaltın, Mehmet V.	151, 152, 153, 154, 155, 156, 157	Ok, Berat Bora	139, 141
Karabekmez, Furkan Erol	106	Orbay, Hakan	123, 124
Karalezli, Nazım	88	Orhan, Erkan	64
Karapınar, Levent	57	Oto, Murat	45
Kartal, Esin	165		
Kasabalıgil, Ajlan	67	-Ö-	
Kaya, Ahmet	57	Öcal, Engin	50
Kaya, Alper	52	Öğün, Tunç Cevat	88, 112
Kaya, Başar	125	Öken, Fuad	85
Kayalar, Murat	71, 89	Öner, Mithat	97
Kayalı, Cemil	103	Öz, Mehmet	88
Keçeci, Burçin	53	Özaksar, Kemal	69
Keçik, Abdullah	50, 55, 66, 70, 108, 109, 110	Özbölük, Şener	75
Keklikçi, Kenan	38, 111, 167	Özcan, Özal	80
Keskin, Mustafa	63, 105, 106	Özcanlı, Çağnur	163
Kılıç, Ayhan	33, 34	Özcanlı, Haluk	83, 142, 158, 163
Kılınçoğlu, Volkan	101, 102	Özçelik, İsmail Bülent	61,79
Kızıl, Ramazan	165	Özdemir, Azimet	65, 151, 152, 153, 156
Kıray, Amaç	47	Özdemir, Hacı Mustafa	112
Kocaoğlu, Barış	32, 36	Özdemir, Hakan	142
Koçyiğit, Figen	169	Özdemir, Mehmet Recai	75
Kömür, Baran	53	Özdemir, Oğuz	53
Kömürcü, Mahmut	44, 45, 74, 76, 143	Özdoğan, Ümit	33,34
Köse, Özkan	44, 45, 162, 164	Özenci, A. Merter	142
Kul, Firdevs	69	Özerkan, Fuat	69
Kumbaracı, Mert	57	Özgenç, Özlem	62, 134, 136, 138
Kuru, İlhami	52	Özgün, Gonca	104
Kuşkucu, Mesih	166	Özgür, Figen	110
Küçük, Levent	71	Özkan, Hüseyin	146
Küçüködük, İsmail	68, 126	Özkan, Korhan	102
Kürklü, Mustafa	44, 45, 143, 146	Özkan, Mustafa	37, 95
		Özkan, Türker	94, 98
		Özkan, Yüksel	75
		Özsoy, Zafer	65
-L-		Öztañ, Yücel	59
Latifoğlu, Osman	68, 125, 126, 127, 128	Öztekin, Haluk H.	80
Leblebicioğlu, Gürsel	92	Öztemur, Zekeriya	118
		Öztürk, Alpaslan	75
		Öztürk, Hakan	43
-M-		Öztürk, Hasan	57
Mahiroğulları, Mahir	38, 167	Öztürk, Hayati	58, 117, 118, 119, 120
Menderes, Adnan	49, 56, 149, 160	Öztürk, İrfan	35, 135
Mersa, Berkan	42,61,79, 93	Öztürk, Kahraman	96, 148, 161, 168
Mertoğlu, Tolga	60, 113	Özyürek, Selahattin	129, 166, 167
Morkoç, Okan	48, 132, 134, 136, 141		
		-P-	
-N-		Parmaksızoğlu, Fatih	60, 113
Nalbantoğlu, Ufuk	32, 36, 46	Pınar, Alper	82
		Pirusa, Hüseyin	61,79

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

-R-		Toker, Serdar	101, 102
Rodop, Osman	166	Toros.Tulgar	71,89
		Tosun, Zekeriya	63 166
		Toy, Hatice	88
-S-		Trabulus, Sinan	84
Saani, Osman	67	Tuncay, İbrahim	112
Safaz, İsmail	143	Tuncer, Serdar	61, 79
Sağiroğlu, Seyhan	162	Tuncer, Serhan	68, 125, 126, 127, 128
Salmanov, Araz	49	Turgut, Ali	103
Sanlı, Çiğdem	43	Tüccar, Eray	122, 123, 124,
Sargon, Mustafa	109	Türk, Cemil Yıldırım	97
San, Alper	43, 87	Türkaskan, Tayfun	65
Sarı, Özden	165	Türker, Tolga	67, 121
Savacı, Nedim	63, 105	Türkmen, Metin	32, 36
Seçkin, Faik	35, 135	Tüzüner, Serdar	83
Sevencan, Adnan	72		
Sevin, Asuman	64	-U-	
Sevinç, Teoman Toni	74, 76	Uçaner, Ahmet	85
Seyhan, Bahadır	129, 166	Uçar, Yavuz	36
Sezer, İlker	61, 79	Uluoğlu, Ömer	104
Sezgin, Billur	126	Urgu, Koray	56
Siemionow, Maria	87	Uslu, Burhan	77
Sindel, Dilşad	86	Uygur, Şafak	104, 125
Solakoğlu, Can	166	Uysal, Ahmet Çağrı	122, 123
Sökücü, Sami	33,34	Uzun, Hakan	55, 108
Sönmez, Erhan	70, 87	Uzunismail, Adnan	48, 62, 132, 133, 134
Sönmez, Mehmet Mesut	135		136, 137, 138 139, 140
Söyüncü, Yetkin	158		141
Sunay, Özgür	56, 160		
Süğün, Tahir Sadık	69	-Ü-	
Sümer, Ganim	74, 76	Ünal, Çiğdem	150
Sürmeli, Mehmet	55	Ünal, Mehmet Bekir	60, 113
Sütçü, Mustafa	105, 106	Ünal, Şakir	87
		Ünal, Vuslat Sema	85
-Ş-		Unsal, Faik Murat	77
Şafak, Tunç	50, 55, 66, 70	Ünüvar, Fatih	114
Şahin, Banş	59	Üzümcügil, Akın	92
Şanel, Selim	38		
Şenaran, Hakan	112	-V-	
Şenen, Dilek	64	Vayvada, Haluk	49, 56, 59,
Şirik, Mehmet	82		
-T-		-Y-	
Taş, Turan	119	Yalçın, Levent	67
Taşer, Figen	101	Yalçın, Nazan	75
Tayefi, Hamid	47	Yalçınkaya, Merter	115, 116
Tekdemir, İbrahim	122, 124	Yanat, Ahmet Nedim	74, 76
Tetik, Cihangir	40, 54	Yavuzer, Reha	125
Tetik, Onur	39	Yemez, Beyazıt	165

## 11. El ve Üst Ekstremitte Cerrahi Kongresi

Yeşiladah, Güray	137,140
Yetiş, Mehmet	84
Yıldırım, Cengiz	38, 111, 114
Yıldırım, Özgür	85
Yıldırım, Serhat	88
Yıldız, Cemil	146
Yıldız, Kadriye	131
Yıldız, Mehmet	131
Yılmaz, Ahmet	82
Yılmaz, Mustafa	49, 56, 59, 149, 160
Yoğun, Fatma Nilay	65
Yörük, Ebru	110
Yurttaş, Yüksel	143,146
Yüçetürk, Aydın	88
-Z-	
Zengin, Ayşe	86



