

## Bilateral Patolojik Suprakondiler Femur Kırığı

Bilateral Pathological Supracondylar Femur Fracture

İbrahim EKE \*, Sıtkı PERÇİN\*\*, Mustafa TÜRKER\*

### ÖZET

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında 76 yaşındaki bayan hastanın bilateral metastatik suprakondiler patolojik femur kırığı internal tespit ve polimetilmetakrilat (PMMA) ile tedavi edildi. Kemik metastazına bağlı patolojik kırıklar sık oluşmasına rağmen, bunların bilateral ve aynı seviyede görülmesi çok nadirdir. Olgu bu nedenle ilginç bulundu ve ilgili literatür de gözden geçirilerek sunuldu.

**Anahtar kelimeler** : Bilateral, metastaz, femur kırığı, tedavi

C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 23 (1): 57 - 60, 2001

### SUMMARY:

A 76 year old woman, who had bilateral metastatic supracondylar femur fractures, was treated in Cumhuriyet University Department of Orthopedics and Traumatology. Although, the pathological fractures related to bone metastasis occur frequently, it is unusual to encounter bilateral and same leveled pathological fractures. So we interested in this case, reviewed literature and reported it.

**Key Words** : Bilateral, metastasis, femur fractures, treatment

### GİRİŞ

Kemik metastazlarının %75' ten fazlasını meme, akciğer, prostat ve böbrek kaynaklı metastazlar oluşturmaktadır (1,2,3).

Kemik metastazları en sık ağrı şikayetiyle karşımıza çıkmaktadır (1,4). Bu nedenle semptomatik hastalar dikkatlice değerlendirilmelidir. Ayrıca bazen patolojik kırıklar da kemik metastazının ve primer tümörün varlığını ortaya çıkarabilir (1). Bu olguların tedavisindeki amaç ağrının azaltılması ve mobilizasyonun sağlanması ile yaşam kalitesinin artırılması ve hospitalizasyonun kısıtlanmasıdır (2 - 7).

Metastazlara bağlı patolojik kırıkların palyatif tedavisinde nelerin yapılabileceği bütünüyle değerlendirilmelidir. Biz, bilateral patolojik suprakondiler femur kırığı olması ve multiple metastazlar bulunması nedeniyle, patolojik kırıklara dikkat çekmek amacı ile bu olguyu yayınlamayı uygun gördük.

### OLGU SUNUMU

Yetmişaltı yaşında kadın hasta 21.05.1999 tarihinde Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine yürürken düşme

sonucunda her iki diz üstünde ağrı, anormal hareket ve üzerine basarmama şikayetleriyle başvurdu. Hastanın hikayesinde 4 yıl önce aniden gelişen konuşma bozukluğu, sağ kol ve bacağına güç kaybı şikayetleri ile hastanemiz nöroloji kliniğine başvurduğu, hipertansiyon ve serebrovasküler hastalık tanıları ile tedavi edildiği, sonuçta sağ hemiparezi ile rehabilite edilerek, sağlam tarafa verilen koltuk değneği ile mobilize olduğu öğrenildi. Yaklaşık 1 yıl önce evinde yürürken düşmesi sonucu sağ femur boyun kırığı olduğu ve Ankara Numune Hastanesi'nde parsiyel kalça protezi yapıldığı, operasyon sonrasında erken mobilizasyon sağlandığı anlaşıldı. 21.05.1999. tarihinde evinde yürürken düşmesi sonucu, bilateral patolojik suprakondiler femur kırığı tanısı ile kliniğimize kabul edildi.

Yapılan ortopedik muayenede; her iki uyluk 1/3 distalde deformite, şişlik, anormal hareket, krepitasyon, palpasyonla ağrı ve hassasiyet saptandı. Distalde vasküler defisit yoktu. Sağ alt ekstremitte hemiparezik, sol tarafta duyuşsal ve motor fonksiyonlar normal idi. Sağ kalçada lateralde daha önce geçirmiş olduğu operasyona bağlı yaklaşık 20 cm lik insizyon skarı mevcuttu.

Yapılan röntgen incelemesinde, her iki femur 1/3 distalde oblik deplase suprakondiler femur kırığı izlenmekte idi (Resim 1). Kırık hatlarında ve her iki femurda multipl litik lezyonlar mevcuttu. Litik lezyonlar iliak kanatlarda, vertebralarda ve her iki humerusta da saptandı. Sağda parsiyel kalça protezi mevcuttu .



**Resim 1.** Preoperatif bilateral femur suprakondiler kırık görüntüsü

Yapılan laboratuvar incelemesinde sedimantasyon 85 mm/h, hemoglobin 9.6 gr/dl. , alkalin fosfataz 192 U/lt., kalsiyum 8 mg/dl., fosfor: 3.6 mg/dl. idi. İdrarda 3 kez Bence Jones protein çalışıldı ve negatif sonuç

alındı. Parathormon seviyesi ve tiroid hormonları normal sınırlarda idi. Beyin, toraks ve batının kontrastlı BT incelemesinde primer odak tarandı ve bulunamadı, Kemik iliği aspirasyonu yapıldı, normal sınırlarda olduğu saptandı. İntraoperatif kürete edilen materyal metastatik karsinom olarak rapor edildi.

Operasyonda hastanın sağ femur kırığına 12 delikli nötral DCP plak ve vida ile internal fiksasyon yapıldı (Resim 2). Litik lezyonlar kürete edilerek polimetilmetakrilat (PMMA) ile dolduruldu. Sol femur kırığına ise kilitli intramedüller çivileme yapıldı (Resim 3).



**Resim 2 :** Postoperatif sağ femur görüntüsü

Postoperatif 10'uncu günde sol alt ekstremitede yara enfeksiyonu gelişmesi üzerine siprofloksasin ile tedavi başlandı. Günlük pansumanla takip edildi. Hasta genel halsizlik ve düşkünlüğü nedeniyle mobilize edilemedi. Ağrı şikayeti ortadan kalktı ve hemşirelik bakımı ileri derecede kolaylaştı. Yara yerindeki akıntısı azaldı ancak tam olarak kesilmedi, hasta postoperatif 20'inci günde taburcu edildi. Takipte akıntı minimal devam etti ve hasta mobilize olamadı. Postoperatif 5'inci ayda hasta mevcut hastalığından dolayı eks oldu.



**Resim 3:** Postoperatif sol femur görüntüsü

### TARTIŞMA

Ortopedi ve travmatoloji pratiğinde herhangi bir kırıkla karşılaşıldığında yaş grubu dikkate alınmaksızın, bunun bir patolojik kırık olabileceği akılda tutulmalıdır (1). Ayrıca metastaza bağlı patolojik kırıkların en sık femurda görüldüğü de vurgulanmaktadır (7,8). Bizim olgumuzda tanı patolojik kırıklar oluştuğundan sonra konulmuştur. Tanı, kırıklar oluşmadan önce konulmuş olsa idi, tedavi protokolümüz yine aynı olacaktı. Ancak hastanın daha az ağrı duyması sağlanacak ve hospitalizasyon süresi kısaltılacaktı. Patolojik kırıkları önlemede profilaktik stabilizasyon, korteks çapının %50'si ve üzerindeki ya da 2.5 cm den büyük lezyonlarda tavsiye edilmektedir (4,9). Uzun kemik metastazlarında, cerrahi tedavi kararının verilmesinde, hastanın genel sağlık durumu, sistemik tutulum, ekstremitedeki tutulum genişliği, tümörün histolojik özelliği ve hastanın beklenen yaşam süresi ve diğer metastazlar önem kazanır (10). Ayrılmamış kırıklarda erken stabilizasyon ağrının azaltılması, mobilizasyonun

sağlanması, ağrısız hemşirelik bakımı ve tümörün lokal kontrolü gibi avantajları getirmektedir (4 -6, 10). Biz maalesef bu avantajlardan yararlanamadık. Tanı koymada Tc 99<sup>m</sup> ve Indium-111 ile spesifik sonuçlar elde edilebilmesine rağmen bizim merkezimizde olgunun değerlendirildiği dönemde bu olanak bulunmadığından gerekli araştırma yapılamadı, (1,11). Literatür taramalarımızda bilateral patolojik kırıklara rastlamadık.

Bu tür olguların tedavisinde intramedüller çivileme, plaklara göre makaslama ve yandan gelen kuvvetleri karşılamadığı için daha avantajlıdır (4,10). Bununla birlikte rotasyonel ve aksiyel kuvvetleri statik kilitli çivileme ile karşılamak gerekir (4,10,12). Bizim olgumuzda sağda parsiyel kalça protezi olduğundan sağ tarafa plak vida ile tespit, sol tarafa da intramedüller statik kilitli çivileme uygulandı. Kaldı ki metastatik tümörler için sement ve plak vida uygulayanlar da vardır, (7). Tutulmuş olan kemik mümkün olduğunca replase edilmelidir, literatürde reopere edilen olgu oranı, %16.2 olarak rapor edilmiştir (10). Son zamanlarda rekürrensi azaltmak için lezyonların küretajından sonra PMMA ile muamele edilmiş methotrexate kullanılması, fenolle kimyasal koterizasyon yapılması veya likid nitrojenle kriocerrahi uygulanması yaygınlaşmaya başlamıştır (13). Biz operasyonda PMMA kullandığımız için bu yöntemleri uygulamadık. Patolojik kırıkların cerrahi tedavisinde, tartışılan başka bir konu da, kırık hattının açılıp açılmamasıdır, son zamanlarda tercih edilen açık olarak, lezyonun küretajı, intramedüller çivi veya tümör rezeksiyon protezinin yerleştirilmesi ve oluşan defekt ile medüller kanalın PMMA ile doldurulmasıdır (10).

Patolojik kırıklarda birçok tedavi yöntemi uygulanmakla beraber, biz esas olarak metastazların, patolojik kırık oluşturmadan önce profilaktik olarak tedavi edilmesinin daha uygun olacağına inanmaktayız.

### KAYNAKLAR

1. Buruce D, Brovner M,D,F.A.C.S. Skelatal Trauma. Alan M.Levine Pathologic Fractures. Philedelphia.USA.WB Saunders Company, Volume I. 2 nd Ed., s: 467-534, 1998,
2. Sheila M, Algan MD. Surgical treatment of pathologic hip lesions in patients with methastatic disease. Clinical Orthopaedics and Related Research, 332: 223- 31, 1996.
3. Henrik C F Baurer, Rikard Wedin. Survival after surgery for spinal and extremity methastases. Açta Orthopaedica Scandinavia 66 (2): 143 - 46, 1995.

## Bilateral Patolojik Suprakondiler Femur Kırığı

4. Rene R. W. J. Van der Hulst, Frans A. J. M. van den VVildenberg, İntramedullary nailing of (impending) pathologic fractures: The Journal of Trauma 36 (2): 211-15, 1994.
5. Redmond BJ, Biermann JS, Blasier RB. Interlocking İntramedullary nailing of pathological fractures of the shaft of the humerus: Journal Bone Joint Surgery. 78, (6) : 891 - 6, 1996.
6. Karachalios T, Atkins RM, Sarangi PP, Crichlovv TPKP, Solomon L. Reconstruction nailing for pathological subtrochanteric fractures with coexisting femoral shaft methastases. Journal Bone Joint Surgery 75-B: 119-22, 1993.
7. Dabak N, Tomak Y, Karaismailođlu T.N, Mollaian S. Metastatik kemik tümörlerine yaklaşımlarımız. Açta Orthopaedica Traumatologica Turcica 31: 335 - 38, 1997.
8. Harrington DK, Orthopaedic Manegement of Methastatic Bone Disease. Manegement of Lovver Extremity Methastasis. VVashington DC, Toronto. USA.The C.V. Mosby Company 141 - 214, 1998.
9. Hipp AJ, Springfield DS, Hayes WS. Predicting Pathologic fracture risk in the manegement of methastatic bone defects. Clinical Orthopaedic 312: 120- 35, 1995.
10. Tatarı H, Baran Ö, Havıçıoğlu H, Erduran M. Uzun kemik cerrahi kırıklarında cerrahi tedavi. Turkish Journal of Artroplasty and Artroscopic Surgery 10 2: 184- 91,1999.
11. İnanır S, Ünlü M, Okudan B, Ola E, Atik S. Indium - 111 octreotide scintigraphy in patients with bone tumours of the extremities. Europe Journal Nucleer Medicine 23: 987 - 90, 1996.
12. Kevin D. Orthopedic surgical management of skeletal complications of malignancy. Cancer 80: 8- 15, 1997.
13. Mary EK, Lavvrence RM. Methotrexate eluted from bone cement. Clinical Orthopaedics and Related Research. 328: 294-303, 1996.

Yazışma Adresi

Dr. İbrahim EKE  
Yenişehir 3.Sk. Sarıgül Apt. C Blk. No: 1/158040 SİVAS