

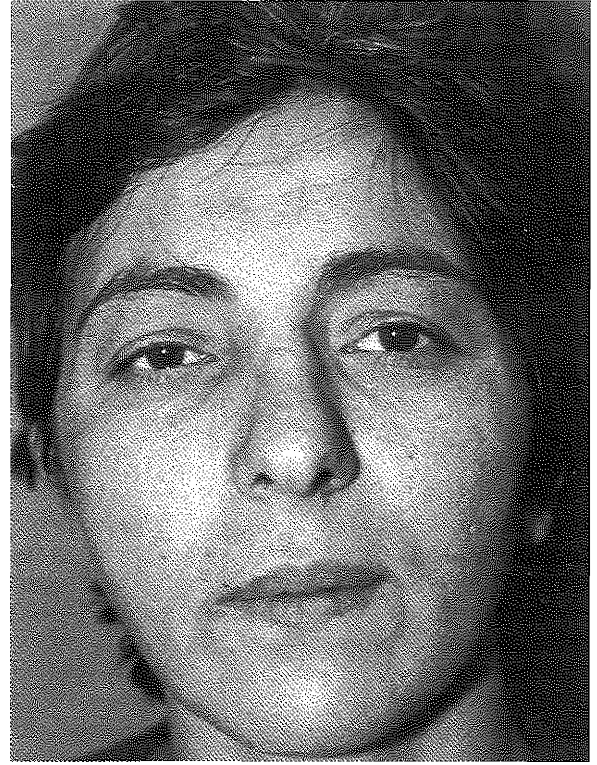
edilmiştir. Aynı insizyon ve plan kullanılarak 14 F Foley sonda zigomatik arkın altına yerleştirilmiştir. Katater balonu 3 cc. radyopak madde ile şişirilmiş, tespit dikişi ile sabitlendikten sonra insizyon kapatılmış ve operasyon sonlandırılmıştır. Ameliyat sonrası erken dönemde yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde, katater balonunun istenilen pozisyonda bulunduğu ve kırık redüksiyonunun tam olduğu görülmüştür (Şekil 2). Katater balonu 5. günden başlanarak aşamalı olarak indirilmiş ve 10. günde sonda çıkarılmıştır. Ameliyat sonrası 4. ayda değerlendirilen hastanın şikayetlerinin geçtiği ve herhangi bir kontur düzensizliği olmadığı saptanmıştır (Şekil 3).

Stabil olmayan zigomatik ark kırıkları internal fiksasyon, eksternal traksiyon veya alttan desteklemek yoluyla tedavi edilebilmektedir. Foley katateri maksillofasial kırıkların tedavisinde zaman zaman kullanılmaktadır. Kataterin yerleştirilmesi, derin temporal fasya altındaki anatomik boşluk nedeni ile kolay ve güvenli olmaktadır. Diğer tekniklerle karşılaştırıldığında operasyon süresi daha kısadır. Zigomatik ark redükte edildikten sonra altta kalan boşluk, katater balonunun şişirilmesi ile doldurulmaktadır. Gerçekli görüldüğünde ameliyat sonrası dönemde kataterin yeri ayarlanabilmektedir. Enfeksiyon, komşu dokularda bası hasarı ve balonun boşalması bu tekniğin potansiyel dezavantajlarını oluşturmaktadır. Bu olguda elde edilen başarılı sonuç, stabil olmayan izole zigomatik ark kırıklarında Foley katater ile yapılan stabilizasyonun kullanışlı, basit ve ucuz bir yöntem olduğunu göstermiştir.

*Dr. Gökhan Tunçbilek
Boğaz sokak 4/11 Gaziosmanpaşa
06700 Ankara*

KAYNAKLAR

1. Uglesic, V., Virag, M. A method of zygomatic arch stabilization Br J Oral Maxillofac Surg 32: 396, 1994.
2. Podoshin L., Fradis M. The use of the foley balloon catheter in zygomatic - arch fractures. Br J Oral Surg. 12: 246, 1974.
3. Şenyuva, C., Yücel, A., Türkaslan, T. Foley catheter stabilization of unstable isolated zygomatic arch fracture: Report of a case. Turk Arch ORL 35: 83, 1997.



Şekil 3: Hastanın ameliyat sonrası 4. aydaki görünümü.

TÜBERKÜLOZ TENOSİNOVİTİ: NADİR BİR KRONİK ENFEKSİYON TABLOSU

Aydın GÖZÜ, Aydın TURAN, İsmet BEYCAN, Adnan ERİM

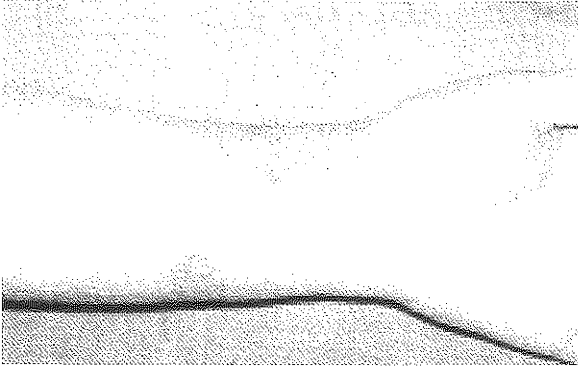
S.S.K. Vakıf Güreba Hastanesi Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği. Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarı, Patoloji laboratuvarı, Göğüs Hastalıkları kliniğini, İstanbul

El ve Üst Ekstremitenin mikobakterilerle (atipik yada tüberküloz) oluşan enfeksiyonlarına günümüzde oldukça seyrek rastlanmaktadır. Bunlar çoğunlukla gut, romatoid artrit ya da yavaş seyirli piyojenik enfeksiyonlarla karıştırılarak yanlış tanı alırlar^{1,5}. Tanıda gecikme ve yanlış tedaviler tabloyu ağırlaştırdığından erken dönemde yakalanıp tedavi edilmeleri büyük önem taşımaktadır.

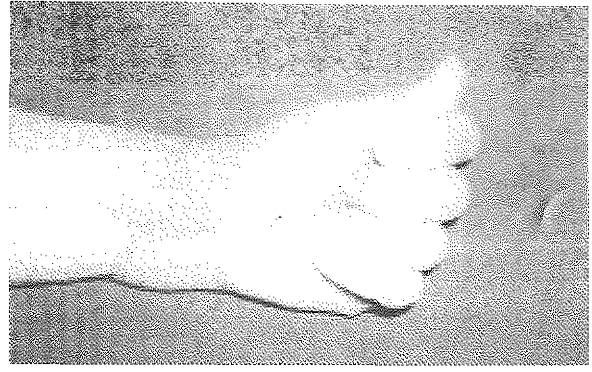
Önkol distali ve elbileğinde, tanısı gecikmiş ve değişik merkezlerde farklı tedavilerle kronikleşmiş, tüberküloz tenosinovitli olguyu sunmaktayız.

OLGU SUNUMU

32 yaşında bayan hasta sol önkol ve elbileğinde yaygın yaygın şişlik, kızarıklık ve gürülen akıntı yakıması ile



Şekil 1: Sol ön kolda kronik tenosinovit tablosu.



Şekil 2: Geç postoperatif görüntü.

kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Ay önce başlayan yakınması nedeniyle başvurduğu farklı merkezlerde farklı merkezlerde farklı ilaç tedavileri (steroid, antiinflamatuvar ilaçlar, antibiyotikler) uygulanmış olduğu ancak sonuç alınmadığı öğrenildi. On günlük geniş spektrumlu antibiyotik ve fonksiyonel pozisyonda atel uygulamasını takiben akut inflamasyon bulguları gerileyen hasta opere edildi. Fistül ağzlarını içerecek volar kompartmanlar serbestleştirildi. Mekanik ve hidrobebridmanı takiben kalınlaşmış fleksör ve ekstensör sinovyal dokular eksize edilerek mikrobiyolojik ve histopatolojik inceleme için örnekler alındı. ON günlük atel uygulamasını takiben aktif egzersize geçildi. Kültürde mikobakterium tüberkülozis üremesi ve karakteristik histopatolojik bulgular (kazeifikasyon, granümatöz inflamasyon, cozinofilik epitelioid hücreler, Langhan's dev hücreleri saptanması üzerine antitüberküloz ilaç tedavisine başlandı. İki yıllık izlem sonrası elde tam iyileşme görülürken; herhangi bir lokal yada sistemik bulguya rastlanmadı (Şekil 2).

TARTIŞMA

Tüberküloz hastalığı günümüzde üst ekstremitelerde oldukça nadir görülmektedir. Wang ve ark.'nın 15 olguluk serilerinde; yalnızca iki hastada ilk muayene sırasında semptomların başlangıcı ile doğru tanının konması arasında geçen sürenin 3 hafta ile 209 ay arasında (ort. 37,5 ay) değiştiği bildirilmiştir². 11 olguluk başka bir seride yalnızca iki hastada tüberküloz öyküsü olduğu, bir hastada ise belirgin akciğer bulguları olduğu görülmüş; diğer tüm hastalarda tanıda gecikildiği vurgulanmıştır³. İki olguluk bir çalışmada bu sürenin 21 ve 24 ay olduğu belirtilmiştir⁴. Olgumuzda Bu süre 6 aydır. Wang ve ark.'ın serisinde olguların dokuzunda el bileği, ikisinde dirsek, ikisinde el, ikisinde humerus, birinde önkol, birinde omuz tutulumu saptanmış ve multifokal tutulumu saptanmış ve multifokal tutulumu olan atipik mikobakteri etkenli iki olguda tedavinin başarısız kaldığı görülmüştür². Bush ve Schneider'in serisinde tutulumun yalnızca el bileğinde olup tenosinovit, artrit ve karpaltünel bası bulgularını söz konusu olduğu belirtilmiştir³. Olgumuzda tutulum tek odaklı olup karpal tünel, el bileği, ve önkol 1/3 distalinde fleksör - ekstansör tenosinovit ve artrit bulguları ile bir

aradaydı. Yetersiz tedavi gören hastalarda ilk bir yıl içinde nüklere sık olarak rastlanmakla birlikte uzun yıllar sonra (36 yıl) bile ortaya çıkabileceği bilinmektedir^{1,2,5}. Üst ekstremitelerde tüberkülozun, sistemik bulgu olmaksızın, farklı klinik tablolarda (tenosinovit, artrit, daktilit) ortaya çıkabileceği unutulmamalı, ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Dr. Aydın Gözü
S.S.K. Vakıf Gureba Hastanesi
Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği
İstanbul

KAYNAKLAR

1. Neviasser RJ: Infections. In Gren DP, editor. Operative Hand Surgery, vol. 1, 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1993. p. 1036-7.
2. Wang CT, Sun JS, Hou SM. Mycobacterial infection of the upper extremities. J Formos Med Assoc 99(9): 710, 2000.
3. Bush DC, SCHNEIDER LH. Tuberculosis of the hand and wrist. J Hand Surg [Am] 9(3):391, 1984.
4. Hunfeld KP, Rittmeister M, Wichelhaus TA, et al Two cases of chronic arthritis of the forearm due to Mycobacterium tuberculosis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 17(5): 344, 1998.
5. Cramer K, Seiler JG 3rd, Milck Ma. Tuberculous tenosynovitis of the wrist. Two case reports. Clin Orthop 262: 137, 1991.