



Asimetrik iki taraflı travmatik kalça çıkığı: Olgu sunumu

Asymmetric bilateral traumatic dislocation of the hip joint: a case report

Nikola Azar, Merter Yalçınkaya, Yunus Emre Akman, Onat Üzümcügil, Yavuz S. Kabukçuoğlu

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

İki taraflı travmatik kalça çıkığı nadir rastlanan bir durumdur. Aynı zamanda ani travma sonucu oluşan asimetrik kalça çıkıklarına yani bir kalçanın öne, diğerinin ise arkaya çıkması durumuna daha da nadir rastlanır. Bu yazıda, toprak bir zeminde kanal kazarken oluşan toprak kayması sonucu yaralanan ve asimetrik iki taraflı kalça çıkığı oluşan 21 yaşında bir erkek hasta sunuldu. Hasta konservatif olarak tedavi edildi ve 10 yıl altı ay boyunca izlendikten sonra Thompson ve Epstein klinik ve radyografik ölçütlerine göre değerlendirildi. Klinik sonuç mükemmel, radyografik sonuç ise iyi idi. Olgumuzun literatürde daha önce hiç yayınlanmamış ve bu açıdan değerlendirilmemiş bir mekanizma sonucunda oluştuğu saptandı.

Anahtar sözcükler: Asimetrik; iki taraflı; toprak kayması; travmatik kalça çıkığı.

Bilateral traumatic dislocation of the hip is a rare condition. Simultaneous asymmetric traumatic dislocation of the hip, one hip anterior and the other posterior, is even more unusual. This article reports a 21-year-old male patient with asymmetric bilateral dislocation of the hip joint, injured due to a landslide during a canal excavation. The patient was treated conservatively and evaluated according to Thompson and Epstein clinical and radiographic criteria after a follow-up period of 10 years and six months. The clinical result was perfect and radiographical result was good. We determined that our case had occurred as a result of a mechanism that has not been previously published in the literature and evaluated it from this point of view.

Key words: Asymmetric; bilateral; landslide; traumatic dislocation of the hip.

Kalça eklemi, yapısal özelliklerinden dolayı oldukça stabil bir eklemdir.^[1,2] Eklem bu stabilitesi, femur başının labrum ile olan ilişkisi ve asetabulumun kemiksel yapısından ileri gelmektedir. Sonuç olarak, kalça çıkığının gerçekleşmesi için yüksek enerjili bir travma gereklidir.^[1,3,4] Trafik kazaları, bu tür çıkıkların en sık nedeni olmaya devam etmektedir.^[1,5-8]

Travmatik kalça çıkığı tek başına oluşabileceği gibi; femur başı kırıkları, femur boynu kırığı veya asetabulum kırıkları ile birlikte de olabilir.^[1-3,5,6,9] Femur başının çıkması siyatik, femoral ya da obturator sinire zarar verebilir. Travmatik kalça çıkığı ile birlikte aynı taraflı diz yaralanmalarına ve

özellikle patella kırıklarına sık rastlanır.^[1,2] Geç dönemde femur başında avasküler nekroz, post-travmatik artrit, çıkığın tekrarlaması, heterotopik ossifikasyon, tromboemboli ve geç dönem siyatik sinir paralizisi gelişebilir.^[1,3,5,6,9]

Travmatik kalça çıkığı, tüm kalça çıkıklarının yüzde 2-5'ini,^[2,4,7,9,10] iki taraflı travmatik kalça çıkığı ise, travmatik kalça çıkıklarının sadece %1.25'ini oluşturur.^[2,7,11] Travmatik kalça çıkıklarının %90-95'i arkaya, %5-10'u öne olur.^[8,12,13] İki taraflı travmatik kalça çıkıkları içinde asimetrik olma ve bu asimetrinin bir komponentinin öne ve obturator yöne olan çıkık tarafından oluşturulması ise oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur. Bu yazıda, toprak

• Geliş tarihi: 22.09.2008 Kabul tarihi: 13.03.2009

• İletişim adresi: Dr. Nikola Azar, Avrupa Konutları TEM, Abdi İpekçi Cad., Karayolları Mah., Blok: 21 Daire: 27, 34255 Gaziosmanpaşa, İstanbul, Türkiye. Tel: 0212 - 440 40 00 Faks: 0212 - 609 72 74 e-posta: nazar@isbank.net.tr

bir zeminde kanal kazarken oluşan toprak kayması sonucu yaralanan ve asimetrik iki taraflı kalça çıkığı gelişen yirmi bir yaşında erkek hastanın klinik değerlendirmeleri, radyolojik incelemeleri, hastaya uygulanan tedavi ve bu nadir duruma neden olan mekanizma tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Yirmi bir yaşında erkek hasta, toprak bir zeminde kanal kazarken oluşan toprak kayması sonrasında acil servisimize getirildi. Hastadan alınan öyküde, olayın, hastanın her iki alt ekstremitesi yerde sabit iken, kayan toprak kitlesinin gövdeyi kalçalar seviyesinden sağa doğru döndürülmesi ile geliştiği öğrenildi. Fizik muayenede her iki kalça eklem hareket açıklıklarının kısıtlı ve ağrılı olduğu, her iki alt ekstremitenin uzunluklarının birbirinden farklı olduğu, sol kalçanın fleksiyon abdüksiyon ve dış rotasyonda, sağ kalçanın ise addüksiyon ve iç rotasyonda olduğu gözlemlendi. Hastanın periferik dolaşımında ve nörolojik muayenesinde bir patolojiye rastlanmadı.

Hastanın radyografik incelemesinde iki taraflı travmatik kalça çıkığı olduğu, sol kalçanın öne ve obturator yöne, sağ kalçanın ise arkaya çıktığı görüldü (Şekil 1). Ayrıca sağ asetabulumda eşlik eden ayrışmamış arka dudak kırığı da vardı. Her iki kalça çıkığı Thompson ve Epstein değerlendirmesine^[5] göre tip I olarak değerlendirildi. Travmadan üç saat sonra genel anestezi altında sağ kalçaya Bigalow yöntemi, sol kalçaya ise bacağın aksı boyunca uygulanan traksiyon ve femur başının asetabulumu yönlendirilmesi ile kapalı redüksiyon işlemi uygulandı ve her iki kal-



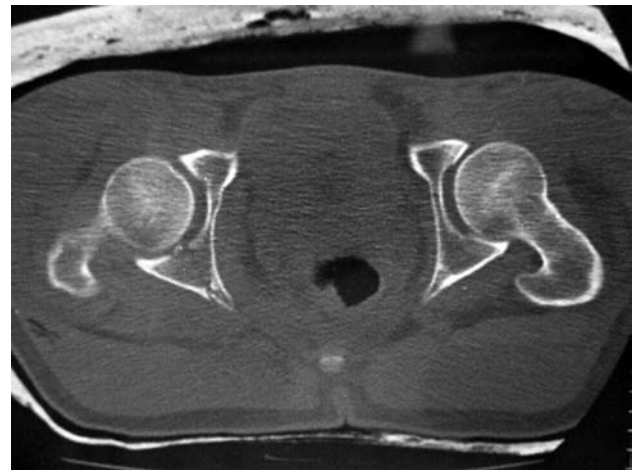
Şekil 1. Ön-arka pelvis radyografisinde asimetrik iki taraflı travmatik kalça çıkığı görülmekte.

çanın stabil olduğu saptandı. Redüksiyon sonrası radyografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile her iki kalçanın redüksiyonunun anatomik olduğu ve sağ asetabulumdaki kırığın stabiliteyi bozmadığı görüldü (Şekil 2, 3). Kalçalar 90 derece fleksiyon ve 45 derece abdüksiyonda üç hafta süreli pelvipedal alçı yapıldı. Erken dönemde komplikasyon gelişmedi. Hastanın travmadan altı hafta sonra çift koltuk değneği ile kısmi yük, üç ay sonra desteksiz tam yük vermesine izin verildi. On beşinci ayda yapılan üç fazlı Teknesyum-99m tüm vücut kemik sintigrafisinde sağ kalça ekleminde diffüz aktivite artışı saptandı.

On yıl-altı ay izlenen hasta Thompson ve Epstein klinik ve radyolojik değerlendirme ölçütleri ile değerlendirildi. Hastanın klinik sonuçları mükemmel, radyolojik sonuçları ise iyi olarak bulundu.



Şekil 2. Kapalı redüksiyon ve pelvipedal açılama sonrası çekilen ön-arka pelvis radyografisi.



Şekil 3. Kapalı redüksiyon ve pelvipedal açılmayı takiben çekilen pelvis bilgisayarlı tomografisi.

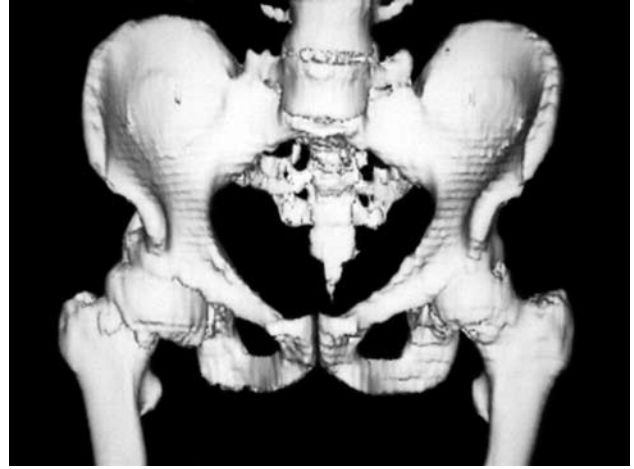


Şekil 4. Travmadan 10 yıl-altı ay sonra çekilen ön-arka pelvis radyografisi.

Hastanın sağ kalça radyografisinde dejeneratif değişiklikler vardı (Şekil 4, 5). Ancak eklem hareket açıklığı normal sınırlardaydı.

TARTIŞMA

Kalçanın öne travmatik çıkıklarının en iyi prognoza sahip travmatik kalça çıkığı tipi olduğu bilinmektedir.^[12] Prognoza etki eden diğer etkenler ise travmanın şiddeti ve çıkık ile redüksiyon arasında geçen süredir.^[2,10,12,14] Travmatik kalça çıkığının tedavisinde, olabildiğince hızlı redüksiyon gereklidir.^[5,9] Avasküler nekroz gelişme olasılığının redüksiyon yapılmasına kadar geçen süre ile doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir.^[14,15] İlk altı saat içinde yapılan redüksiyonun avasküler nekrozu anlamlı bir şekilde azalttığı,^[5,8,14] 24 saatten sonra yapılan redüksiyonlarda ise avasküler nekroz oranının arttığı bildirilmiş ve bu oranın kapalı redüksiyon yapılan hastalarda %15.5 olduğu, açık redüksiyon yapılan hastalarda ise %40'lara vardığı saptanmıştır.^[5,15] Redüksiyondan önce çekilecek BT gecikmeye neden olacağından, gerekiyorsa BT'nin redüksiyondan sonra çekilmesi uygun olacaktır.^[4] Kalçanın travmatik öne olan çıkıklarının, femur başının obturator foramen içindeki kasların arasına sıkışabilmesi nedeniyle özel bir durumu vardır. Kapalı redüksiyonun başarısız olduğu bu olgularda açık redüksiyon gerekir.^[14] Avasküler nekrozun gelişme süresi açısından travmadan sonraki ilk üç yıl önemliyen, travma sonrası dejeneratif artrit gelişme sıklığının 10 yıl içinde %33, 30 yıl içinde %75 olduğu bildirilmiştir.^[10,12] Bizim olgumuzda, travmatik kalça çıkıkları travmadan üç saat sonra,



Şekil 5. Travmadan 10 yıl-altı ay sonra çekilen pelvis üç boyutlu rekonstrüksiyon yapılmış bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

genel anestezi altında ve kapalı olarak redükte edildi. Sağ asetabulumda eşlik eden kırık nedeniyle çekilen BT ise redüksiyon sonrasında çekildi.

Çıkık sonrası oluşan dejeneratif artritın ağırlığı ise tamamen yaralanmanın derecesine bağlıdır. Bir çalışmada posttravmatik artrit gelişme sıklığı yüzde 23.2 olarak bildirilmiştir.^[5] Her iki kalçasına kapalı redüksiyon uyguladığımız olgumuzun 15. ayında yapılan sintigrafisinde sağ kalçada yaygın aktivite artışı, en son kontrolde ise sağ kalçada radyografik olarak dejeneratif artrit geliştiği tespit edildi.

Asimetrik kalça çıkığı oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur. Asimetrik çıkıklar içinde öne ve obturator yöne olan çıkıklara ise daha da nadir rastlanmaktadır. Literatürde saptanan toplam 148 iki taraflı kalça çıkığı olgusunun 126'sı simetrik çıkık iken, 22'si asimetrik çıkık idi. Asimetrik olgular içinde öne ve obturator yöne çıkık ile arkaya çıkıkların birlikteliği ise oldukça nadirdir. Bu yayınlarda, 14 olguda bir kalçada arkaya travmatik çıkık ve diğer kalçada öne ve obturatore çıkık birlikteliği saptanmıştır.

Kalçanın travmatik çıkığı, gerçek bir acil ortopedik durumdur. Hızlı tanı konması ve en kısa sürede uygulanacak redüksiyon, travmatik kalça çıkığının neden olabileceği ağır komplikasyonları önlemek açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Goulet JA, Levin PE. Hip dislocations. In: Trafton PG, editor Skeletal trauma basic science, management, and reconstruction. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 1657-90.

2. Altay M, Yağmurlu F, Heybeli M, Muratlı HH, Tabak Y, Biçimoğlu A. Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation: a case report. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 2003;37:182-6.
3. Tornetta P. Hip dislocations and fractures of the femoral head. In: Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown C, editors. *Rockwood and green's fractures in adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1715-52.
4. Ashraf T, İraqi AA. Bilateral anterior and posterior traumatic hip dislocation. *J Orthop Trauma* 2001; 15:367-8.
5. Dlabach JA, Crockarell JR. Acute dislocations. In: Canale ST, editor *Campbell's operative Orthopaedics*. Philadelphia: Mosby; 2003. p. 3173-76.
6. LaVelle DG. Fractures of hip. In: Canale ST, editor *Campbell's operative Orthopaedics*. Philadelphia: Mosby; 2003. p. 2922-33.
7. Shannak AO. Bilateral traumatic dislocation of the hips with ipsilateral femoral fracture. *Clin Orthop Relat Res* 1987;215:126-9.
8. López-Sánchez M, Kovacs-Kovacs N. Bilateral asymmetric traumatic hip dislocation in an adult. *J Emerg Med* 2006;31:429-31.
9. Cılız A, Utkan A, Köse CC, Uludağ ME, Tümöz MA. İki taraflı travmatik kalça çıkığı: Olgu sunumu. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi* 2005;16:67-70.
10. Şahin V, Karakaş ES, Türk CY. Bilateral traumatic hip dislocation in a child: a case report and review of the literature. *J Trauma* 1999;46:500-4.
11. Sener M, Sener U, Yıldız M, Baki C. Bilateral traumatic hip dislocation with bilateral sciatic nerve injury. *Arch Orthop Trauma Surg* 1997;116:225-6.
12. Goddard NJ. Classification of traumatic hip dislocation. *Clin Orthop Relat Res* 2000;377:11-4.
13. Duygulu F, Karaoglu S, Kabak S, Karahan OI. Bilateral obturator dislocation of the hip. *Arch Orthop Trauma Surg* 2003;123:36-8.
14. Dudkiewicz I, Salai M, Horowitz S, Chechik A. Bilateral asymmetric traumatic dislocation of the hip joints. *J Trauma* 2000;49:336-8.
15. Martínez AA, Gracia F, Rodrigo J. Asymmetrical bilateral traumatic hip dislocation with ipsilateral acetabular fracture. *J Orthop Sci* 2000;5:307-9.