



Kronik redükte edilmemiş travmatik kalça çıkığı olan bir olguda açık redüksiyon

Open reduction in a patient with chronic unreduced traumatic hip dislocation

Metin Manouchehr Eskandari,¹ Cengiz Gönlüşen,² İsmail Türkay Özcan,³ Fehmi Kuyurtar¹

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ³Kardiyoloji Anabilim Dalı;
²Adana Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Travmatik kalça çıkığının gözden kaçıp, tedavisiz kaldığı olgular seyrekdir. Redüksiyonun gecikmesi, avasküler nekroz, artroz ve ankiloz riskini artırır. Bu yazıda traksiyon ile birlikte açık redüksiyon uygulanan 23 yaşında bir kadın hasta sunuldu. Sağ kalçada ağrı ve aksama yakınmalarıyla başvuran hasta, 4.5 ay önce yüksekte düştüğünü, tedavisi için herhangi bir hekime başvurmadığını ve sınıkçıya gittiğini belirtti. Travmaya bağlı başka sorunu yoktu. Fizik muayene ile radyografik bulgular travmatik posterior kalça çıkığı ile uyumluydu. Düz grafide avasküler nekroz bulgusu yoktu. Hastaya, ameliyattan önce aşamalı olarak arttırılan, ameliyat sonrasında ise azaltılan ağırlıkla traksiyon uygulandı. Ameliyatta anterior iliofemoral yaklaşımla açık redüksiyon yapıldı. Yürümede tam ağırlık vermeye 4.5 aydan sonra izin verildi. Son kontrolü ameliyat sonrası 30. ayda yapıldı. Bu dönemde hastanın yakınması yoktu; ağrısız ve aksamadan yürüyüp çömelebiliyordu. Radyografik olarak femur başında hafif derecede skleroz ve sferisite kaybı vardı. Eklem kıkırdak aralığı iyiydi.

Anahtar sözcükler: Asetabulum/yaralanma; kalça çıkığı/cerrahi/radyografi.

Traumatic hip dislocation rarely remains undiagnosed and untreated, and the risk for avascular necrosis, arthrosis, and ankylosis is high with delayed reduction. Herein, we presented a 23-year-old female patient who was treated with open reduction combined with traction. The presenting complaints were right hip pain and limping that developed after a fall from height 4.5 months before, for which she did not seek medical treatment, but received unqualified treatment instead. She had no other problems related to trauma. Physical examination and radiographic findings showed traumatic posterior dislocation of the right hip. There was no sign of avascular necrosis on her radiographs. Skeletal traction was applied with a gradual increase in weight preoperatively and vice versa postoperatively. Open reduction was performed via an anterior iliofemoral approach. Full weight-bearing was allowed after 4.5 months. She had no complaints including pain at the final follow-up at 30 months, with no limitations to walk and squat down. Radiographically, a mild degree of sclerosis and lack of sphericity were observed in the femoral head, but joint cartilage space was good.

Key words: Acetabulum/injuries; hip dislocation/surgery/radiography.

Travmatik kalça çıkığının fark edilmeyip, tedavisiz kaldığı olgular seyrekdir. Kronik redükte edilmemiş travmatik kalça çıkığında tedavi yapılmazsa sonuç her zaman kötüdür. Redüksiyon geciktikçe avasküler nekroz, artroz ve ankiloz riski artar. Gecikmiş olguların tedavisinde kapalı ya da

açık redüksiyon, traksiyon ile redüksiyon, subtrokanterik osteotomi, Girdlestone, artrodez ve artroplastisi gibi seçenekler vardır.^[1-3] Bu yazıda, ihmal edilmiş kalça travmatik posterior çıkıklı bir olgu ve geç dönemde traksiyon ve açık redüksiyonla tedavisi sunuldu.

• Geliş tarihi: 25.06.2004 Kabul tarihi: 20.08.2004

- İletişim adresi: Dr. Metin Manouchehr Eskandari, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Zeytinlibahçe Cad., 33079, Mersin. Tel: 0324 - 327 30 60 Faks: 0324 - 337 43 05 e-posta: eskandari@mersin.edu.tr
- (Eskandari) Doç. Dr.; (Özcan) Yrd. Doç. Dr.; (Gönlüşen) Uzm. Dr.; (Kuyurtar) Prof. Dr.
- 18. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (18-23 Ekim 2003, İstanbul).

OLGU SUNUMU

Yirmi üç yaşında kadın hasta, sağ kalçada ağrı ve aksama yakınmalarıyla başvurdu. Hasta 4.5 ay önce, orman işçiliği sırasında yüksekte düşüğünü ve sınıkçıya gittiğini belirtti. Travmaya bağlı başka bir sorun tanımlamıyordu. Fizik muayenede yürüyüşü desteksiz, fakat aksayarak ve ağırlıydı. Ekstremiteler diğer tarafa göre 5 cm kısa; kalça iç rotasyon, adduksiyon ve fleksiyondaydı. Femur başı, elle gluteal bölgenin posterosuperiorunda hissediliyordu. Hasta aktif ve pasif kalça hareketlerini yapamıyordu. Nörovasküler kayıp yoktu. Radyografide femur başı posterosuperiora çıkıktı; asetabulum ya da femur başında geçirilmiş kırığa bağlı bir bulgu olmaması Thompson-Epstein^[3,4] sınıflamasına göre tip 1 travmatik kalça çıkığını düşündürüyordu. Avasküler nekroz bulgusu yoktu (Şekil 1a).

Hastaya femur suprakondiler bölgeden iskelet traksiyonu uygulandı. Ağırlık aşamalı olarak artırılıp, 17 kilograama ulaşıldı. Traksiyonun 18. gününde çekilen grafide femur başının belirgin derecede aşağıya inmediği gözlemlendi. Ameliyatta anteri-

or iliofemoral yaklaşım kullanıldı. Önce asetabulum içi, sonra femur başı çevresindeki fibrotik dokular temizlendi. Femur başı kırıkdağında renk değişikliği (sararma) dışında patolojik bulgu yoktu. Kalça redükte edildi. Stabilite iyiydi. Ameliyat sonrası dönemde femur başı üzerindeki yüklenme ve avasküler nekroz olasılığını azaltmak amacıyla, iskelet traksiyonuna 20 gün daha devam edildi. Ağırlık 12 kilogramdan başlayarak, aşamalı olarak 2 kilograama kadar azaltıldı. Hasta cilt traksiyonu ile taburcu edilerek, yatakta kalça pasif hareket programı verildi. Ameliyattan 1.5 ay sonra çift kol-tuk değneği ile ağırlık vermeden harekete izin verildi. Üçüncü ayda ağırlık verilmeye başlandı ve 4.5 ayda desteksiz yürütüldü. Ameliyat sonrası erken grafilerinde femur proksimalinde osteoporoz ve trabeküler yapıda kayıp vardı (Şekil 1b).

Ameliyattan 2.5 yıl sonra yapılan son kontrolde hastanın yakınması yoktu. Ağrısız ve aksamadan yürüyebiliyordu. Desteksiz olarak tam çömelip kalkabiliyordu. Orman işçiliği işine geri dönmüştü. Kalçanın aktif hareketleri tamdı. Harris kalça



Şekil 1. (a) Hastanın ameliyat öncesi sağ kalça ön-arka grafisinde kalça çıkık görünümünde, ek yaralanma ve avasküler nekroz bulgusu yok. **(b)** Ameliyat sonrası 45. gün sağ kalça ön-arka grafisinde kalça redükte görünümünde; femur proksimalinde belirgin osteoporoz ve trabeküler yapıda kayıp gözleniyor.



Şekil 2. Hastanın ameliyat sonrası 30. ay pelvis ön-arka grafisinde sağ kalça redükte görünümde, femur başında hafif derecede sferisite kaybı ve sklerozis var, trabeküler yapı tekrar oluşmuş.

skoru ameliyat öncesi dönemde 40 iken, son kontrolde 92 idi. Radyografide kalça redüksiyonu ve eklem aralığı iyiydi. Femur başında hafif derecede sferisite kaybı ve skleroz vardı. Trabeküler yapı yeniden oluşmuştu (Şekil 2).

TARTIŞMA

Travmatik kalça çıkığında fark edilmeme ve tedavisiz kalmanın nedeni, genellikle kafa travması ya da aynı taraf femur cisim kırığı gibi dikkatleri başka yöne çeken ek yaralanmaların varlığıdır.^[1-3] Obezite de diğer bir neden olarak tanımlanmıştır.^[5] Olgumuzda ek yaralanma öyküsü veya obezite sorunu yoktu. Atlanma ve tedavide gecikme, sosyoekonomik ve sosyokültürel yapı nedeniyle başvuru ilkel tedavi yöntemlerine bağlıydı.

İhmal edilmiş travmatik kalça çıkığında tedavi yöntemini seçerken, eşlik eden femur başı ya da asetabulum kırığı, avasküler nekroz varlığı, hastanın yaşı ve çıkık kalma süresine göre karar verilir. Kronik çıkıklı olgularda, düz grafide aylar sonra bile avasküler nekroz belirginleşmeyebilir. Tedavi yönteminin saptanmasında femur başının canlılığı aranan bir ölçüt olsa da, bunu göstermeye yönelik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ya da kemik sintigrafisinin gerekliliği vurgulanmamaktadır.^[1] Öte yandan, genç hastalarda femur başının canlı olma olasılığı varsa, kurtarılması için çaba harcanması gerektiği belirtilmiştir.^[1] Olgumuzda sosyoekonomik durum nedeniyle MRG ya da sintigrafi yapılmadı. Hasta yaşının genç olması ve düz grafide avasküler nekroz bulgusunun olma-

ması nedeniyle, kalça eklemine korunmasına karar verildi. Genç yaş grubu hastalarda diğer bir yöntem olan artrodez ise ilk planda düşünülmedi ve ileride oluşabilecek ağırlı ankiloz için bir tedavi seçeneği olarak bırakıldı. Bu konuda hastaya bilgi verildi.

Literatürde, çıkıktan sonraki ilk üç hafta içerisinde kapalı redüksiyonun denenmesi ortak görüştür. Kapalı redüksiyon 12. haftaya kadar başarıyla yapılabilirse de, 3.5 haftadan sonra fibröz doku asetabulumun içini doldurduğundan, açık redüksiyon gerekebilir. Üç aydan fazla çıkık kalan kalçalarda ise açık redüksiyon gerekmektedir.^[1,3] Sunulan olguda açık redüksiyona karar verildi. Redüksiyonu kolaylaştırmak ve redüksiyondan sonra kas spazmı sonucu eklem yüzeylerine aşırı yüklenmeyi azaltmak için, ameliyat öncesi dönemde giderek artan ağırlıkla traksiyon uygulandı.

Literatürde kronik çıkıkların açık redüksiyonu için belli bir cerrahi yaklaşım belirtilmemekle birlikte, akut çıkıklarda, cerrahi girişimin çıkığın olduğu yönden yapılması önerilmiştir.^[4] Olgumuzda, çıkık posteriora olmasına rağmen, cerrahın daha alışıksız olması nedeniyle, anterior iliofemoral giriş tercih edildi. Bu giriş ile, iliak kanat dışından subperiosteal olarak kolaylıkla asetabulumu ulaşıldı ve içindeki fibrotik dokuların temizlenmesi mümkün oldu. Femur başına ise, asetabulumun dışında ve posterosuperiorunda, iliak kanada dayandığı yerde ulaşıldı ve çevresindeki fibrozis subkapital bölgeye kadar temizlendi. Femur boyununun çevresindeki dokularda diseksiyon yapılmadı. Bu girişim sırasında femur başı vaskülaritesinin çok az etkilendiğini düşünüyoruz.

Travmatik kalça çıkığında redüksiyonun gecikmesiyle avasküler nekroz, artroz ve ankiloz riski artar.^[1-5] Çıkık kalma süresi yanı sıra hastanın yaşı ve travma şiddetinin de avasküler nekroz gelişiminde etkili olduğu ileri sürülmüştür.^[3,4] Literatürde, 24 saatten fazla çıkık kalan kalçalarda tatminkar sonuç beklenemeyeceği, 12 saatten fazla çıkık kalanlarda ise avasküler nekroz olasılığının %56'ya vardığı bildirilmiştir.^[3] Buna karşın, geç dönemde açık redüksiyon uygulanan üç olguda şaşırtıcı şekilde iyi sonuç alınmıştır.^[5]

Özellikle açık redüksiyonun geç yapıldığı olgularda karşılaşılan diğer bir sorun ektopik ossifikasyondur.^[3,4] Olgumuzda buna yönelik olarak ameliyat sırasında dikkatli bir kanama kontrolü ve iri-

gasyon yapıldı. İzlemede bu problemle karşılaşılmadı.

Ameliyat sonrası erken dönem grafilerinde gözlenen osteoporoz ve trabeküler yapı kaybı geç dönemde düzelmisti. Bu durum erken dönemde ekstremitenin yük taşımamasına bağlandı. Geç dönemdeki radyografik bulgular, kalçanın avasküler nekroz sürecinden çok hafif düzeyde etkilendiğini düşündürmekteydi. Hastanın bulunduğu yerin coğrafi konumu, sosyoekonomik durumu ve yakınmasının bulunmaması nedeniyle avasküler nekroz açısından ileri tetkik istenmedi.

Olgumuzda literatürdeki olgulara nazaran^[2,3,5] daha geç dönemde girişim yapılmasına rağmen, ameliyattan 2.5 yıl sonraki klinik ve fonksiyonel sonuçlar çok iyiydi. Radyografik sonuç ise beklenenden daha iyiydi. Sonuç olarak, kronik travmatik kalça çıkığı tedavisinin ilk aşamasında avasküler nekroz olasılığı yüksek olmasına rağmen, kalça eklemine koruyan girişimlere yer verilmesi gerekti-

ğini ve ameliyat öncesi ve sonrası traksiyon ile açık redüksiyon yapılabileceğini düşünüyoruz. Cerrahi girişimin yönü ve anterior iliofemoral yaklaşımın tercih edilmesi de tartışmaya değer konulardır.

KAYNAKLAR

1. Freeman BL III. Old unreduced dislocations. In: Canale ST, editor. Campbell's operative orthopaedics. Vol. 3. 10th ed. Philadelphia: Mosby; 2003. p. 3191-217.
2. Garrett JC, Epstein HC, Harris WH, Harvey JP Jr, Nickel VL. Treatment of unreduced traumatic posterior dislocations of the hip. J Bone Joint Surg [Am] 1979; 61:2-6.
3. Delee JC. Fractures and dislocations of the hip. In: Rockwood CA, Green DP, Bucholz RW, Heckman JD, editors. Fractures in adults. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 1659-825.
4. Dlabach JA, Crockarell JR. Acute dislocations. In: Canale ST, editor. Campbell's operative orthopaedics. Vol. 3. 10th ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 3167-90.
5. Nixon JR. Late open reduction of traumatic dislocation of the hip. Report of three cases. J Bone Joint Surg [Br] 1976;58:41-3.