



Çocuklarda travmatik kalça çıkığı: İki olgu sunumu

Traumatic dislocation of the hip in children: a report of two cases

Cemal Kural, Kürşat Bayraktar, Ahmet Ertürk, Haldun Ertürk

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Çocukluk çağında travmatik kalça çıkığı tüm travmatik kalça çıkıklarının %5'ini oluşturur. Yedi ve sekiz yaşlarında iki erkek çocuk, yüksekten düşme sonrası sol kalçada şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınmasıyla başvurdu. Her iki olguda da sol alt ekstremitede kalçada fleksiyon, adduksiyon ve iç rotasyon deformitesi vardı. Arkaya kalça çıkığı saptanan iki hastaya da Bigelow manevrasıyla redüksiyon yapıldı. Bir hasta pelvipedal alçıyla diğeri cilt traksiyonu ile taburcu edildi. İki olgunun 18 ve 24 aylık takiplerinde, kalça hareketleri normaldi ve radyografilerinde patoloji görülmedi.

Anahtar sözcükler: Çocuk; kalça çıkığı/tedavi/radyografi; kalça yaralanması.

Traumatic hip dislocations occurring in childhood account for 5% of all traumatic dislocations of the hip. Two children (ages 7 and 8 years) presented with severe pain and limitation of movement in the left hip following fall from height. Physical examination showed impaired flexion, adduction, and internal rotation. Posterior hip dislocation was reduced via the Bigelow's maneuver in both patients. Following reduction, the patients were discharged with a hip spica cast and skin traction, respectively. During a follow-up period of 18 and 24 months, respectively, both patients had normal hip movements and radiographic findings.

Key words: Child; hip dislocation/therapy/radiography; hip injuries.

Çocukluk çağında travmatik kalça çıkığı oldukça nadirdir. On beş yaş altında görülen bu patoloji travmatik çıkıkların yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır.^[1] Çıkık öne ya da arkaya olabilmektedir. En sık görülen arkaya çıkıktır; kalça fleksiyonda iken femura aksiyal yüklenmeyle oluşur. Çocukluk çağında travmatik kalça çıkığının redüksiyonu kolay olmasına karşın erken ve geç dönem komplikasyonları gelişebilmektedir. Çıkığa eşlik eden kırık, çocuklarda yetişkinlerdeki kadar sık görülmemektedir.^[2,3]

Bu yazıda travmatik kalça çıkıklı iki çocuğun tedavi ve takip sonuçları sunuldu.

OLGU SUNUMU

Olgu 1- Yedi yaşında erkek çocuk, yüksekten düşme sonrası sol kalçada şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınmasıyla acil servise getirildi. Fizik muayenesinde sol alt ekstremitede kalçada fleksi-

yon, adduksiyon ve iç rotasyon deformitesi vardı. Nörovasküler muayenesinde patoloji saptanmadı. Radyografik incelemede arkaya travmatik kalça çıkığı saptandı (Şekil 1a). Premedikasyon için gerekli işlemlere başlandı ve hasta ameliyathaneye alındı. Olaydan iki saat sonra hastanın sol kalçasına, genel anestezi altında, skopi kontrolünde Bigelow manevrasıyla redüksiyon uygulandı. Redüksiyonun skopi ile kontrolünden sonra hasta iskelet traksiyonu düzeneğiyle servise alındı. İkinci gün üçboyutlu bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesiyle kalça eklemi ve femur başında ek bir patoloji olup olmadığı kontrol edildi (Şekil 1b). Sosyal sorunları nedeniyle hastanın cilt traksiyonuna uyum sağlamayacağı düşünülerek, sol alt ekstremitenin tamamı ve sağ alt ekstremitede dize kadar pelvipedal alçıya alındı. Birinci hafta ve birinci ayda pelvipedal alçıda iken, karşılaştırmalı kalça grafisinde, ek-

• Geliş tarihi: 04.10.2004 Kabul tarihi: 26.01.2005

• İletişim adresi: Dr. Cemal Kural, Ataköy 9. Kısım, A2 Blok, B Giriş, D: 92, 34156 Ataköy, İstanbul.

Tel: 0212 - 529 44 00 / 1346 Faks: 0212 - 589 62 29 e-posta: cemalkural@hotmail.com

• (Kural, Ertürk A, Ertürk H) Uzm Dr.; (Bayraktar) Asist. Dr.

lem aralığında genişleme, reluksasyon gibi patolojiler kontrol edildi. Altıncı haftada alçı çıkarılarak, hasta fizyoterapist eşliğinde çift koltuk değneğiyle sağlam tarafa bastırılarak mobilize edildi. Sol kalça hareketleri tama yakın açıldıktan sonra, sol tarafa gittikçe artan yük verilmeye başlandı. Üçüncü ayda tamamen dış desteksiz yürümeye başladı. Altıncı ay ve ikinci yıl kontrollerinde kalça hareketleri tamamen açıldı ve radyografide patoloji saptanmadı (Şekil 1c).

Olgu 2- Sekiz yaşında erkek çocuk, ağaçtan düşme sonrası sol kalçada şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınmasıyla başvurdu. Sol alt ekstremitte adduksiyon, iç rotasyon ve fleksiyondaydı. Nörovasküler muayenesinde defisit saptanmadı. Radyografik incelemede saptanan travmatik kalça çıkığına hemen intravenöz sedasyon ve analjezi eşliğinde Bigelow manevrasıyla redüksiyon uygulandı. Karşılaştırmalı pelvis radyografisiyle redüksiyon kontrolü yapıp ek patoloji olmadığı görüldükten sonra, hasta cilt traksiyonuyla yatak dinlenmesine alındı (Şekil 2a). İkinci gün BT incelemeyle ek patoloji olmadığı kesinleştirildi ve hasta, evinde cilt traksiyonu düzeneği verilerek taburcu edildi (Şekil 2b). Cilt traksiyonunda iken kuadriseps egzersizi dışında hareket verilmedi. Birinci ayda kalçaya pasif olarak fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon ve adduksiyon egzersizleri iki hafta süreyle uygulandı. Altıncı haftada hasta çift koltuk değneğiyle basmadan mobilize edildi; kısmi yük vermeye ikinci ayda başlandı. Üçüncü ayda hasta desteksiz yürümeye başladı. Sekizinci ve 18. aydaki kontrollerde sol kalça hareketlerinde fleksiyon, ekstansiyon, iç rotasyon ve dış rotasyonun tam olduğu görüldü. Radyografide patoloji yoktu.

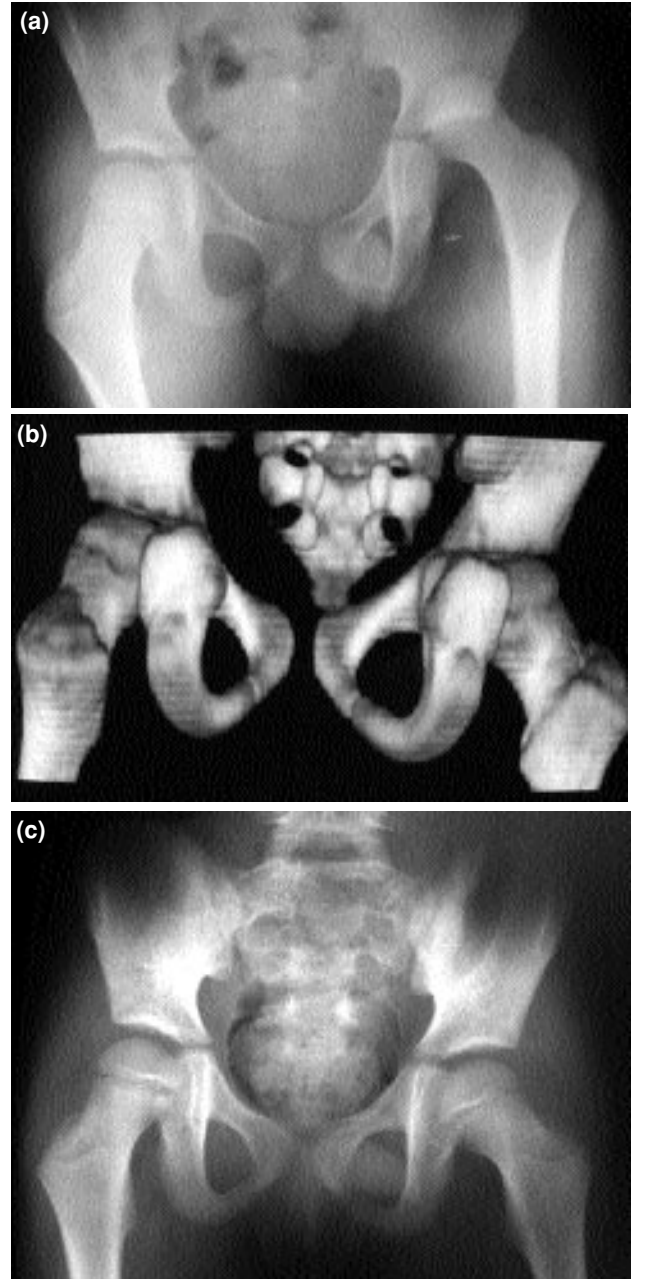
TARTIŞMA

Çocuklarda travmatik kalça çıkığı oldukça nadirdir. Erişkin gruptan bazı farkları vardır. Çocukluk çağında görülen travmatik kalça çıkıkları genel olarak iki grupta toplanmıştır. Birinci gruptakiler 2-8 yaşları arasında basit, ufak, komplike olmayan travmalarla oluşmaktadır. İkinci gruptakiler 10-15 yaşları arasında motosiklet kazası gibi yüksek enerjili travmalarla meydana gelmektedir. Erişkinlerde görülen travmatik kalça çıkığı ise belirgin bir travma sonucunda oluşan majör bir patolojidir.^[1]

Çocuklarda travmatik kalça çıkıklarında pek çok komplikasyon bildirilmiştir. Bunlar femur başı avasküler nekrozu, miyositis ossifikans, travma

sonrası osteoartrit, femur başı deformiteleri, prematüre fiziel füzyon, siyatik sinir yaralanması, tekrarlayan kalça instabilitesi ve ipsilateral femur cisim kırıklarıdır.^[1,4]

Redüksiyon için en sık dört yöntem kullanılmaktadır. Stimson, yüzüstü pozisyonunda uygulandığından anestezi ve pozisyon verme güçlüğü nedeniyle sık kullanılmamaktadır. Allis ve Bige-



Şekil 1. (a) Sol kalçada arkaya travmatik çıkığın radyografik görünümü. **(b)** Redüksiyondan sonra üçboyutlu bilgisayarlı tomografi ile eklem içi ve femur başının görünümü. **(c)** İkinci yılda pelvis radyografisi.

low sırtüstü pozisyonunda ve bir yardımcıyla kolayca uygulanan yöntemlerdir. Ters Bigelow ise öne çıkıklarda tercih edilmektedir. Olgularımızın ikisinde de anestezi altında sırtüstü pozisyonda Bigelow manevrasıyla redüksiyon yapıldı ve herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

Çıkığın redüksiyon işlemi geciktikçe komplikasyon oranı da artmaktadır. Redüksiyon, ilk 12 saat içinde, sedasyon ve analjezi kontrolü altında yapılmalıdır. Başarılı olunmazsa interpozisyon düşünülerek açık cerrahi redüksiyona geçilmelidir.^[2] Olgularımızın ikisinde de ilk iki saat içinde kapalı redüksiyon yapılmıştır. Kliniğimizde redüksiyon sonrasında cilt traksiyonu uygulanmakta ise de, bir olguda sosyal sorunlar nedeniyle cilt traksiyonuna uyum sağlanamayabileceği düşünülerek, pelvipedal alçı uygulandı.

En sık görülen erken komplikasyon, %15 oranında yumuşak doku interpozisyonudur. Eklem



Şekil 2. (a) Sol kalçada arkaya travmatik çıkığın radyografik görünümü. **(b)** Hastanın redüksiyondan 18 ay sonraki radyografisi.

aralığının artması sonucu, redüksiyondan sonra bu bölgede yumuşak doku interpozisyonu gelişebilmektedir. Bu durum BT, artrografi veya manyetik rezonans görüntülemeyle saptandığı anda cerrahi olarak interpozisyon kaldırılmalıdır.^[5] Olgularımızın ikisinde de erken ya da geç dönemde herhangi bir interpozisyon saptanmadı.

Çocuklardaki travmatik kalça çıkıklarında, kalçanın redüksiyonundan sonra reluksasyon gözden kaçırılmamalıdır. Bu nedenle, çok iyi kalitede radyografi ve redüksiyondan emin olunamıyorsa BT ile değerlendirme önerilmektedir. Reluksasyonun en önemli nedeni yumuşak doku interpozisyonu ya da osteokondral fragmanlardır.^[6]

Avasküler nekroz oranı %0-43 arasında değişmektedir.^[1] Genellikle bildirilen oran %10'dur. İlk 24 saat içinde redüksiyon uygulandığında bu oran daha da azalmaktadır.^[2] Bunun travmanın şiddeti, hastanın yaşı, kalça çevresiyle ilişkili kırık, redüksiyon zamanı, redüksiyondan sonra yük vermeme süresiyle belirgin ilişkisi vardır.^[1,5,7] Olgularımızın son kontrollerinde, birisinde 18. ay, diğesinde 24. ayda avasküler nekroz saptanmadı. Her iki olguda da avasküler nekroz görülmemesini, erken redüksiyon, çocukların yaşlarının küçük olması, ilişkili kırık olmaması ve geç yük verilmesine (3-8 hafta iyileşme sürecinden sonra) bağlıyoruz. Avasküler nekroz gelişen olgularda ileri yıllarda kalça osteotomileri, rekonstrüksiyon ve hatta artrodez ameliyatları gerekmektedir.^[2]

Çocuklarda arkaya kalça çıkığında %2-13 oranında siyatik sinir yaralanması görülebilmektedir. Genellikle nöropraksi tipinde olan sinir lezyonu 36 saat içinde geriler.^[1,2] Olgularımızda nörolojik patolojik bulgu saptanmadı.

Kondrolizis çocuklardaki travmatik kalça çıkıklarında %6 oranında görülmektedir.^[2] Genellikle konservatif tedaviler, antienflamatuvar tedavi ve geçici yük azaltmayla düzelmektedir.

Koksa magna gelişimi, redüksiyondan sonra %0-47 arasında bildirilmiştir.^[2] Pek çok çocukta bu durum asemptomatiktir ve tedavi gerektirmez. Bu patolojinin yoğun yumuşak doku hasarına bağlı reaktif hiperemi sonucunda oluştuğu düşünülmektedir.^[2,5] Olgularımızda geç dönemde femur başında herhangi bir patoloji saptanmadı.

Bütün bu komplikasyonlara karşın, çocukların %85'inde redüksiyondan sonra normal kalça fonksiyonları elde edilmektedir.^[5] Erken tanı, erken ka-

palı redüksiyon ve redüksiyon sonrası iyi bir takiple çocuklarda travmatik kalça çıkığı sorunsuz veya çok az sorunla iyileşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hamilton PR, Broughton NS. Traumatic hip dislocation in childhood. *J Pediatr Orthop* 1998;18:691-4.
2. Wilkins KE. Fractures and traumatic dislocations of the hip in children. In: Beaty JH, Wilkins KE, Kasser JR, editors. *Rockwood and Wilkin's fractures in children*. Vol. 3, 5th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 913-40.
3. Muratli HH, Dagli C, Bicimoglu A, Tabak AY. Recurrent traumatic hip dislocation in a child. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 2004;38:149-53.
4. Moseley CF. Fractures and dislocations of the hip. *Instr Course Lect* 1992;41:397-401.
5. Offierski CM. Traumatic dislocation of the hip in children. *J Bone Joint Surg [Br]* 1981;63:194-7.
6. Wilchinsky ME, Pappas AM. Unusual complications in traumatic dislocation of the hip in children. *J Pediatr Orthop* 1985;5:534-9.
7. Aykurt M. Çocuklarda travmatik kalça çıkığı. In: Ege R, editör. III. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi; 24-27 Mayıs 1973; İzmir: Birlik Matbaası; 1974. s. 339-400.