



İki taraflı travmatik kalça çıkığı: Olgu sunumu

Bilateral traumatic dislocation of the hip: a case report

Asım Cılız, Ali Utkan, Cem Cüneyt Köse, Mehmet Emin Uludağ, Mehmet Ali Tümöz

Ankara Numune Hastanesi II. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Yirmi üç yaşındaki erkek hasta, geçirdiği araç içi trafik kazasından iki saat sonra hastaneye getirildi. Radyografilerde sağ kalça posterior çıkığı ile asetabulum dudak posteriorunda parçalı kırık (Thompson ve Epstein tip II), sol kalça anterior çıkığı ile femur başı anterosüperiorunda çökme kırığı (modifiye Epstein tip IIB) saptandı. Kazadan dört saat sonra Bigelow yöntemiyle iki taraflı kapalı redüksiyon uygulandı. Ardından bilgisayarlı tomografi incelemesinde sağ kalçada instabilite ve dudak posterosüperiorunda deplasman gösteren büyük bir fragman saptandı; sol kalça ekleminin redükte olduğu, femur başında 6 mm'den küçük çökme kırığı olduğu belirlendi. Beşinci günde sağ asetabulum dudak kırığına açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulandı. Beş yıl izlenen hastada Matta sınıflamasına göre klinik sonuç mükemmel, radyolojik sonuç ise iyi bulundu.

Anahtar sözcükler: Trafik kazası; kalça çıkığı/cerrahi/radyografi; kalça yaralanması/cerrahi; multipl travma/patoloji.

A twenty-three-year-old male patient was transferred to the hospital two hours after an in-bus crash. Radiographs showed a right posterior hip dislocation with an acetabular rim fracture (Thompson and Epstein type II), and an anterior obturator dislocation of the left hip with a femoral head fracture (modified Epstein type IIB). Four hours after the accident, a bilateral closed reduction was performed with the use of the Bigelow maneuver. Computed tomography showed instability of the right hip and a displaced fragment of the posterosuperior acetabular rim; the left hip joint was reduced and there was a femoral head fracture measuring less than 6 mm. On the fifth day, the right acetabular rim fracture was treated with open reduction and internal fixation. At the end of a five-year follow-up, the clinical and radiologic results were found excellent and good, respectively, according to the Matta's criteria.

Key words: Accidents, traffic; hip dislocation/surgery/radiography; hip injuries/surgery; multiple trauma/pathology.

Kalça eklemi enartrosis sferika grubuna giren bir eklemdir. Güçlü bağlarla desteklenmiş olan bu eklemdede asetabulum, femur başının 2/3'ünü kaplar. Bu anatomik özellikler nedeniyle, kalça ekleminde travmatik çıkık ancak yüksek enerjili bir travma ile oluşabilir. Günümüzde, trafik kazalarının artması bu tür çıkıkların da artmasına neden olmaktadır. Travmatik kalça çıkığı tek patoloji olabileceği gibi, çıkığa asetabulumda, femur başı ve boynunda kırık da eşlik edebilir.^[1]

Travmatik kalça çıkıklarında gelişebilen osteoartrit, avasküler nekroz, kronik instabilite gibi komplikasyonlardan sonra sakatlayıcı sekellerin

oluşması, politravmalı bu hastaların tedavisinin önemini ortaya koymaktadır. Tüm çıkıkların %2-5'ini oluşturan travmatik kalça çıkıkları içinde iki taraflı anterior ve posterior kırıklı olguların ise son derece az görüldüğü bildirilmiştir.^[2-6] Bu nedenle, anterior kırıklı çıkık ve posterior kırıklı çıkığı olan bu olgumuzu sunmaya değer bulduk.

OLGU SUNUMU

Yirmi üç yaşındaki erkek hasta, geçirdiği araç içi trafik kazasından iki saat sonra hastaneye getirildi. Şehirlerarası yolcu otobüsünde, iki kalçası fleksiyonda, sol abdüksiyonda, sağ ise adduksi-

• Geliş tarihi: 11.02.2004 Kabul tarihi: 17.07.2004

• İletişim adresi: Dr. Asım Cılız, Angoraevleri, Masal Sok., E2 Blok, No: 2, 06530 Beysukent, Ankara.
Tel: 0312 - 225 27 47 Faks: 0312 - 346 32 58 e-posta: asimciliz@yahoo.com

• (Cılız, Utkan, Köse, Uludağ, Tümöz) Uzm. Dr.

yonda ön koltuğa dayalı bir pozisyonda uyuyan hasta koltukların arasına sıkışmıştı.

Fizik muayenede sağ alt ekstremitte adduksiyon, iç rotasyon ve fleksiyonda; sol alt ekstremitte abduksiyon, dış rotasyon ve hafif fleksiyonda bulundu. Periferik dolaşımda ve nörolojik muayenede patolojiye rastlanmadı.

Radyografik değerlendirmede sağ kalça posterior çıkığı ile dudak posteriorunda geniş bir parçalı kırık, sol kalça anterior (obturator) çıkığı ile femur başı anterior-süperior da çökme kırığı saptandı (Şekil 1a).

Ayrıca, sağ ramus pubis kolunda da kırık izlendi. Sağ kalçası Thompson ve Epstein sınıflamasına göre tip II, sol kalçası da modifiye Epstein sınıflamasına göre tip IIB olarak değerlendirildi.^[1]

Hastaya yaklaşık iki saat sonra, ameliyathane- de genel anestezi altında her iki kalça eklemine Bigelow yöntemiyle kapalı redüksiyon uygulandı. Müdahaleden sonra iki femur da, suprakondiler bölgeden iskelet traksiyonuna alındı. İki kalça eklemine içeren direkt radyografiler (Şekil 1b) ve bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi (Şekil 1c). Sağ kal-



Şekil 1. (a) Olgunun acil servise başvurduğu andaki pelvis ön-arka grafisi. (b) Genel anestezi altında iki taraflı kapalı redüksiyon uygulandıktan sonraki pelvis ön-arka grafisi. (c) Kapalı redüksiyondan sonra çekilen kalça bilgisayarlı tomografisi. (d) Ameliyat sonrası üçüncü yılda kalça bilgisayarlı tomografisi. Ameliyat sonrası beşinci yılda (e) pelvis ön-arka grafisi ve (f) hastanın kalça hareketleri.

çada eklem posterior superior dudığında büyük, deplase ve instabiliteye yol açabilecek bir fragman olduğu; eklem içinde ise fragman olmadığı görüldü. Sol kalça eklem redükte olduğu; femur başının yük binmeyen yüzünde 6 mm'den küçük bir çökme kırığı olduğu belirlendi.

İzlemi klinikte devam eden hastada iskelet traksiyonu sürdürüldü. Hasta yatıştan beş gün sonra ameliyata alındı. Sağ kalçaya posterior Kocher Langenbeck kesisi ile girildi. Dudak posterior superiorundaki kırığa açık redüksiyon ve iki adet spongiöz vidayla internal fiksasyon uygulandı. Ameliyattan sonra iskelet traksiyonuna beş hafta daha devam edildi. Hastaya yattığı sürede pasif kalça egzersizleri yaptırıldı. Ameliyat sonrası üçüncü ayda yük verilmeye başlandı.

Hasta, ilk üç ay içinde ayda bir, sonra üç ayda bir, bir yıldan sonra ise altı ayda bir klinik ve radyografik olarak izlendi. Üçüncü yılın sonunda iki taraflı kalça tomografisi çekildi (Şekil 1d). Son muayene beşinci yılda yapıldı ve pelvis radyografisi çekildi (Şekil 1e). Matta ölçütlerine^[9] göre değerlendirildiğinde sonuç; ağrı, hareket açıklığı (Şekil 1f) ve artritik değişiklikler yönünden mükemmel, radyografik olarak ise iyi bulundu.

TARTIŞMA

Travmatik kalça çıkıklarının önde gelen nedeni trafik kazalarıdır. Araç içi kazalarda çıkık oluşturan yüksek enerjili kuvvet, kalça ve dizler fleksiyonda iken dizden; diz ekstansiyonda iken ise ayak tabanından başlayarak femur aksı boyunca etki eder. Kalça eklemi abduksiyon ve fleksiyonda iken obturator, abduksiyon-ekstansiyonda iken pubik, adduksiyonda iken posterior çıkık oluşur. Trokanter majörden etkileyen kuvvet ise merkez çıkığa yol açmaktadır. İki kalçanın aynı yönde çıkması için kuvvetin tek yönden, simetrik olmayan kalça çıkıklarının oluşabilmesi için ayrı yönlerden gelmesi gerekir.^[2-8]

Yüksek enerjili travma ile oluşan çıkıklara sık olarak nörolojik, intra-abdominal ve toraks yaralanmaları eşlik eder.^[1] Siyatik sinir yaralanmaları %8-19 oranında bildirilmiştir.^[1,9,10] Posterior kalça çıkığı ve kırıklı çıkık görülen olguların %25.9'unda diz bağ yaralanmaları saptanmıştır.^[11]

Travmatik kalça çıkığı ile birlikte oluşan kırıklar direkt grafilerde görülse de BT ile daha ayrıntılı bilgi alınabilmektedir.^[1,12]

Kalçada travmatik kırıklı çıkığın tedavisi konusunda görüş birliği yoktur; ancak, bu tip çıkıkta en kısa sürede kapalı redüksiyon uygulanması yaygındır.^[1,10,13-16] Açık redüksiyon ise, kapalı redüksiyonun başarısız olması; kapalı redüksiyon başarılabilirse bile stabilite sağlanamaması ve eklem içinde serbest fragman bulunması durumlarında önerilir. Epstein,^[10] posterior kırıklı çıkıklarda 12 saat içinde açık cerrahi ile anatomik redüksiyon ve internal fiksasyon önermiştir. Alonso ve ark.^[13] kapalı redüksiyon yapılabildiğinde asetabulum kırığının tedavisinin ertelenebileceğini belirtmişlerdir.

Direkt radyografilerle değerlendirilen olgumuzda kazadan dört saat sonra genel anestezi altında iki taraflı kapalı redüksiyon uygulandı. Ardından BT incelemesi yapıldı. Sağ kalçada instabilite ve posteriorda deplasman gösteren büyük bir fragman saptandı. Ayrı bir seansta açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulandı.

Çok az olmakla birlikte, açık posterior travmatik kalça çıkıkları da görülmektedir.^[17] Bu durumda da en kısa sürede debridman yapılmalı ve konsantrik açık redüksiyon sağlanmalıdır.

Travmatik kalça çıkığında erken dönemde görülen komplikasyonlar, konsantrik redüksiyon sağlanamaması ve çıkığın tekrarlamasıdır. Geç dönemde görülen komplikasyonlar ise tekrarlayan çıkık, ossifikan miyozit, avasküler nekroz ve travma sonrası osteoartritir. Avasküler nekrozun kalçanın çıkık kalma süresi ile doğrudan ilişkili olduğu ve 12 saatten fazla ertelenen redüksiyonlarda daha çok görüldüğü bildirilmiştir.^[1,10,12-16]

Beş yıllık izlem süresince olgumuzda tekrarlayan çıkık, ossifikan miyozit ve avasküler nekroz saptanmadı. İyi sonuç elde edilmesi, müdahalenin erken dönemde yapılması ve konsantrik redüksiyon sağlanmasına bağlıdır.

KAYNAKLAR

1. DeLee JC. Fractures and dislocations of the hip. In: Rockwood CA Jr, Green DP, Buchholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996. p. 1659-826.
2. Altay M, Yagmurlu F, Heybeli M, Muratlı HH, Tabak Y, Bicimoglu A. Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation: a case report. [Article in Turkish] Acta Orthop Traumatol Turc 2003;37:182-6.
3. Ashraf T, Iraqi AA. Bilateral anterior and posterior traumatic hip dislocation. J Orthop Trauma 2001;15:367-8.
4. Kaleli T, Alyuz N. Bilateral traumatic dislocation of the

- hip: simultaneously one hip anterior and the other posterior. *Arch Orthop Trauma Surg* 1998;117:479-80.
5. Kuhn DA, Frymoyer JW. Bilateral traumatic hip dislocation. *J Trauma* 1987;27:442-4.
 6. Loupasis G, Morris EW. Asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. *Arch Orthop Trauma Surg* 1998; 118:179-80.
 7. Shukla PC, Cooke SE, Pollack CV Jr, Kolb JC. Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. *Ann Emerg Med* 1993;22:1768-71.
 8. Sahin V, Karakas ES, Turk CY. Bilateral traumatic hip dislocation in a child: a case report and review of the literature. *J Trauma* 1999;46:500-4.
 9. Matta JM. Fractures of the acetabulum: accuracy of reduction and clinical results in patients managed operatively within three weeks after the injury. *J Bone Joint Surg [Am]* 1996;78:1632-45.
 10. Epstein HC. Posterior fracture-dislocations of the hip; long-term follow-up. *J Bone Joint Surg [Am]* 1974;56: 1103-27.
 11. Gillespie WJ. The incidence and pattern of knee injury associated with dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg [Br]* 1975;57:376-8.
 12. Calkins MS, Zych G, Latta L, Borja FJ, Mnyamneh W. Computed tomography evaluation of stability in posterior fracture dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1988;(227):152-63.
 13. Alonso JE, Volgas DA, Giordano V, Stannard JP. A review of the treatment of hip dislocations associated with acetabular fractures. *Clin Orthop* 2000;(377):32-43.
 14. Hougaard K, Thomsen PB. Traumatic posterior dislocation of the hip-prognostic factors influencing the incidence of avascular necrosis of the femoral head. *Arch Orthop Trauma Surg* 1986;106:32-5.
 15. Upadhyay SS, Moulton A, Srikrishnamurthy K. An analysis of the late effects of traumatic posterior dislocation of the hip without fractures. *J Bone Joint Surg [Br]* 1983;65:150-2.
 16. Tornetta P 3rd. Non-operative management of acetabular fractures. The use of dynamic stress views. *J Bone Joint Surg [Br]* 1999;81:67-70.
 17. Hamzaoğlu A, Çakmak M, Aydınok C, Şahinkaya S. Açık posterior travmatik kalça çıkığı. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1989;23:24-7.