

## İNTERNETTE ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ

Sayın meslektaşlarım:

Dergimizin “İnternette ortopedi ve travmatoloji” başlığı altındaki bu yeni bölümünde, temelde **turk\_orthopod** elektronik tartışma ve haberleşme listesinde gündeme gelen yazışmalara özellikle geniş katılım gösteren, bilimsel anlamda kaynaklarla desteklenmiş, çizimler, tablolar ve görsel içeriği yüksek radyografi ve resimleri olan olgu sunumlarına yer verilecektir. Bu bölümde ayrıca internette ortopedi ve travmatoloji ve ilgili alanlarda dikkati çeken yeni gelişmeler ve yeni siteler sizlerin bilgisine sunulacaktır.

**turk\_orthopod** Nisan 2000’de, o zaman için *egroups* şimdi ise *yahoogroups* olan, internet üzerindeki elektronik listeleme grupları altında oluşturulmuştur. Bugün için 500’ü aşkın aktif e-posta kullanıcısı ile yurdumuzun en geniş ortopedi ve travmatoloji hekimleri topluluğuna sahiptir (web adresi: [http://groups.yahoo.com/group/turk\\_orthopod/](http://groups.yahoo.com/group/turk_orthopod/)). Grubumuzda oldukça geniş katılımlı ilginç olgu sunumları ve tedavilerdeki ikilemler üzerinde bilimsel açıdan yararlı tartışmalar yapılmaktadır. Grup üyelerinin tartışmalara katılımıysa hergeçen gün artmaktadır. Zamanla bu katılımların daha da artacağı ve bu ortamın ortopedi ve travmatoloji eğitimimize önemli katkısının olacağını umuyoruz.

Bu anlamada ilk olarak Mart 2002 içerisinde gruba Dr. Mahir Gülşen tarafından sunulan bir meningomyelose olgusunu ve tartışma yazılarını sizlere sunmak istiyoruz. Bu olgu **turk\_orthopod** bünyesinde bugüne kadar en yoğun katılımı seviyeli bir tartışmaya neden olmuştur.

Saygılarımla

Dr. Mehmet Arazi  
İnternette ortopedi ve travmatoloji editörü  
[marazi@selcuk.edu.tr](mailto:marazi@selcuk.edu.tr)

## TARTIŞMALI OLGU SUNUMU: MENİNGOMYELOSEL

Değerli meslekdaşlarım,  
Sizlere bir olgu danışmak istiyorum, önerilerinizi bekliyorum.  
Saygılarımla,  
Dr. Gülşen, 6 Mart 2002,

Olgusu:

18 aylık erkek çocuk, Yakınmaları: sırtında eğrilik, sağ bacağını oynatama.

Öykü: 15 günlük iken şant ve 5 aylık iken meningoşel ameliyatları sonrası beli giderek eğilmeye başlamış. Sezeryanla doğum.

Bakı: Sağ torakolomber kifoskolyoz, deformite rijid. Sağ alt ekstremitede aktif hareket yok. Sağ ayakta rijid ekinovarus deformitesi mevcut. Sağ dizde pasif fleksiyon 80 derece, ekstansiyon tam. Sol alt ekstremitede istemli hareket var. Sabit deformite yok (Resimler 1 A-B). Her iki kalçada Ortolani (-).

X ray: Sağ torakolomber kifoskolyoz, bilateral kalça çıkığı (Resimler 2 A-B).





## OLGU İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER

Sayın Dr. Gülşen:

Myelomeningosel olguları maalesef ülkemizde artmakta. Bizim serimizde şu anda 378 hasta var, bunların yüzden fazlasında ağır omurga deformitesi ve kırık kusurunda kalça çıkığı var. Myelomeningosel'de tedavi ilkeleri konvansiyonel ortopediden çok farklıdır. Örneğin, bilateral kalça çıkığına kesinlikle tedavi endikasyonu yoktur. Ülkemizin dört bir köşesinden bize gelen hastaların bir kısmında defalarca kalça girişimi yapılmış ve rijidite gelişmiş oluyor, hasta lezyon seviyesine göre kazanabileceği mobiliteyi (oturma, THKAFO, RGO vb yürüme cihazı ile kısa mesafe yürüme vb) kazanamıyor.

Hastanızın lezyon seviyesi muhtemelen torakal ancak asimmetrik bir tutulum tarif ediyorsunuz, sol alt ekstremitede de bir 'skip' veya kısmi tutulum var herhalde.

Genç arkadaşlarımız myelomeningosel (spina bifida) hakkında daha fazla bilgi almak isterlerse *Spina Bifida Tedavi ve Rehabilitasyon* (1999) kitap ve cd rom'unuzu web sayfamızdan<sup>1</sup> tüm metin, 300 renkli resim ve belgesel filmi ile birlikte inceleyebilirler.

Takibinde başarılar,

Saygılar

Dr. Yalçın, 7 Mart, 2002.

*Sayın Dr. Gülşen:*

Olgunun grafilerini ancak görebildiğim için şimdi yanıt verebiliyorum. Ben bu çocuğu kendi haline bırakma ya da cerrahi dışı tedavilerle vakit kazanma (kaybetme) görüşlerine katılamıyorum. Eğer total paraplejik olsaydı kifektomi yaparak kalçalarını disloke bırakabilirdik. Ancak bir alt ekstremitesi normale yakın kas kontrolüne sahip ise, bu çocuğu iyi bir yürüme adayı olarak değerlendirmekte yarar var. Ben öncelikle vertebraları için anterior (payanda allogreftgreft ile) ve posterior füzyon, daha sonra iki kalçasına da açık redüksiyon ve acetabular osteotomi öneririm.

Acetabular osteotominin tipini belirlemek için BT ile inceleme uygun olacaktır. Paralitik taraftaki çıkığın paralitik dislokasyon olduğunu düşünülerek beraberinde iliopsoas transferi yapılabilir (bizim eksternal oblik konusunda oldukça fazla başarısız deneyimimiz var), ancak diğer kalça için böyle bir girişimin gerekli olmadığı kanısındayım.

Bu olguyu büyük ölçüde MMC ile ko-insidental gelişimsel kalça çıkığı olarak değerlendirme eğilimindeyim. Daha da sonra alt ekstremitte kontraktürleri açılabilir, başarılar dilerim.

Saygılarımla.

*Dr. Acaroğlu, 9 Mart 2002,*

*Sayın Dr. Gülşen:*

Kalça ile ilgili olarak *Dr. Acaroğlu*'na katılıyorum. Fonksiyonel olabilecek bir alt ekstremitede kalçayı çıkık bırakmak taraflısı değilim. Bununla birlikte vertebral deformite konusunda biraz daha agresif olmak eğilimindeyim. Bizim son 3-4 yıl içinde 15 civarında meningosel kifoza olgumuz oldu. Tüm kifektomi ile (veya modifikasyonları) ile tedavi edildi. Paraplejik ve 8-10 yaşlarındaki çocuklarda apikal rezeksiyon ve uzun instrumentasyonla sonuç ideal. Küçük çocuklarda uzun instrumentasyon deformite kontrolünde başarılı ancak thoracic insufficiency ciddi bir potansiyel tehlike. Kısa instrumentasyon, kifotik segment için mükemmel, ancak adjacent segment (üst) kifozu kapıda bekliyor. Total kifektomi, deformitenin kontrolü için en iyi yol gibi görünüyor. Ancak bazı nörolojik fonksiyonları korunmuş bir çocuk için doğru bir yaklaşım değil. Son 3-4 vakadır, total segment çıkartma yerine apeksteki 3-4 segmentte egg-shell yapıyoruz (m). Daha stabil bir omurga daha kısa zamanda kaynama olabiliyor. Nörolojik olarak da daha güvenli. Burada sunulan olgu için de apeksteki kifoz segmentine (en az 3 vertebra) egg shell yöntemini öneririm. Bu arada bir küçük modifikasyona dikkat çekmek istiyorum: patoloji nedeniyle anteriora deplase olmuş paravertebral kasları mobilize edip osteotomi sonrası vertebraların posterioruna taşımak, düzelmeyi korumada etkili ve implant üstünü kasla örtmüş olursunuz. Nörolojik açıdan hiç kuşkusuz riskler var, ancak biliyoruz ki kifotik bölgedeki kökler genellikle fonksiyonel değil. Yine de paraplejik taraftan çalışılıp daha güvenli bir müdahale yapılabilir.

Mevcut skolyoz için bir üst seviyeye hemi-egg shell'de eklenebilir, instrumentasyon şarttır. Benim tercihim Th7-8'e kadar uzanan Dunn tipi bir instrumentasyon olurdu. Ancak takipte instrumentasyon üstünden artış riski her zaman var. Yaşının henüz küçük olması nedeniyle ben vertebrayı kalçadan daha önce ele alırdım.

Son olarak, spina bifida'ya bağlı torakolomber veya lomber kifozlar konservatif olarak izlenemezler.

Saygılar.

*Dr. Yazıcı, 10 Mart 2002,*

*Sayın Dr. Gülşen:*

Ben de *Dr. Acaroğlu* ve *Dr. Yazıcı* gibi bu hastanın kendi haline bırakmanın doğru olmadığı kanısındayım. Hastanın sol alt ekstremitesinde motor güç (ne kadar olduğunu bilmiyorum) var. Burada amaç hastanın yürütülmesi olmalıdır. Başarısız kalça ameliyatlarının kalçada sertlik yaparak oturma dengesini bozduğu doğrudur, ancak kendi haline bırakılarak yüksek çıkık haline gelen kalçalarla yürüme çok daha fazla enerji gereksinimini doğurur. Ayrıca yüksek çıkıklarda asimetrik adduksiyon sertliği oblik pelvise neden olarak ayrıca oturma dengesini bozar. Bu kalçalar ameliyat edilmelidir. Yalnız sağ kalçada değil, sol kalçada da fleksör-adduktor güçleri ile abduktor ve ekstensör dengesizliğine bakılmalı ve solda da eğer varsa iliopsoas transferi ile birlikte yapılmalıdır<sup>2</sup>.

*Dr. Tümer, 11 Mart,*

*Sevgili grup üyeleri:*

Tüm postaları sırasıyla okuma fırsatını yeni buldum. Bu arada yanıtları da okudum elbette. *Dr. Yazıcı* ve *Acaroğlu* ile *Yücel* hocamın görüşlerine katılıyorum. Omurgaya müdahale edilmeli, kalçalara müdahale edilmeli. Benim çekincem hastanın yaşının henüz 18 ay olması. Bu dönemde yapılacak kifektomi ve omurga implant kullanımı ciddi sorunlara yol açacaktır (*Dr. Yazıcı*'nın bahsettiği torakal yetmezlik).

*Dr. Yazıcı*'ya bir soru sormak istiyorum: "sizin serinizde en küçük kaç yaşlarında kifektomi ve/veya egg shell yaptınız?"

Sevgiler,

*Dr. Berk, 11 Mart,*

*Sayın Dr. Berk:*

Kifektomi sonrası uzun instrumantasyon yapılan en küçük hastamız 5 yaşında. Ancak 20-30 ay arası üç çocukta apikal egg-shell ve DCP plağıyla (korpus vidaları koyarak) posterior fiksasyon yaptık. Bunlardan 2'si şimdilik fena değil, birinde operasyon bölgesi iyi ancak üstten kifoz gelişmeye başladı. Demem o ki, kifoz bir kez gelişmeye başladı mı, hızla ilerliyor ve oturma dengesini bozarak çocuğun göğsünü dizlerine yapııştırıyor. Geç thoracic insufficiency korkusuyla erken müdahaleden korkarken erken dönemde ciddi solunum problemleri oluyor.

Sonuç olarak zor vaka, kolay gelsin.

*Dr. Yazıcı, 11 Mart,*

*Değerli Meslektaşlarım:*

Son günlerde Mahir Gülşen Hoca'mızın spina bifidali bir olgusunun turk\_orthopod elektronik haberleşme grubunda tartışılmasını sevinerek izlemekteyim.

Spina bifidali bebeklerin 1990'lardan sonra ülkemizde hızla çoğalması üzerine biz bu konudaki sistemli çalışmalarımıza 1994 de başladık ve halen 383 kayıtlı hastamıza hizmet vermekteyiz. Mahir Hoca'mızın olgusunu sunduğu günkü katkımda belirttiğim gibi bu hastaların takip ve tedavisinde polio, serebral palsi gibi nöromusküler hastalıklar ve kalçayı, omurgayı tutan konjenital hastalıklarda uygulanagelen tedavi yaklaşımlarını kullanmak yeterli olmamakta.

Aşağıdaki makale alıntılarında daha ayrıntılı olarak göreceğiniz üç hususu bir daha vurgulamak istiyorum:

1. Spina bifidali hastaların kalça çıkıklarının tedavisinde bilateral çıkıklı hastalara kesinlikle çıkık için cerrahi tedavi uygulanmaması önerilmekte, çünkü bizim de birçok hastamızda yıllardır izlediğimiz gibi bilateral kalça çıkığı bu hastaların ambulasyon potansiyelini etkilememekte oysa ameliyat neticeleri genellikle yetersiz, eklem sertliği ve redislokasyon gibi ağır komplikasyonları sık. Dünyada 1960 larda spina bifida tedavisini başlatan International Myelodyplasia Study Group kurucularından Shurtlef ve Staheli ile çalışmak için 2000 yılında gittiğimiz Seattle'daki görüşmelerimizde de, bu grubun en üretken üyelerinden Menelaus'la 1999'da İtalya'da 2. Uluslararası Spina Bifida Kongre'sindeki görüşmelerimizde de bilateral kalça çıkığı konusundaki bu yaklaşımın değişmediğini gözledik. Ekim 2000 de ülkemize davet ettiğimiz Pediatrik Ortopedi camiasının önemli isimlerinden Norris Carroll'un İstanbul ve Ankara'daki spina bifida konulu sunumlarına katılan meslektaşlarımız da bilateral kalça çıkığı konusunda dünyada hakim olan 'redükte etmeme' görüşünün vurgulandığını hatırlayacaklardır.
2. Iliopsoas ve benzer adale transferlerinin kalça stabilitesini arttırmadığı bilinmemekte: Bu ameliyatın uygulandığı hastaların çoğunluğu yürüme potansiyeli kazanamamış. Spina bifidali hastaların tedavisi konusunda uzmanlaşmış isimler polio'dakinin tersine spina bifidada kalça çevresi adale imbalansının çıkık oluşumuna bir etkisi olmadığına inanıyor ve adale transferleri ile bunun düzeltilmesinin yararlı olmadığı vurguluyorlar.
3. Sayın Mahir Gülşen'in hastasının omurga deformitesinin tedavisi konusunda:
  - A: hastanın yaşının çok küçük olduğunu düşünüyorum,
  - B: bence bir meslektaşımızın önerdiği gibi skolyoza yönelik girişim değil, kifoza yönelik kifektomi yapılması gerekli.
  - C: Bu hastalarda çok sık olan konjenital ürogenital anomali yönünden böbrek fonksiyonlarının da önceden değerlendirilmesi yararlı olur.
  - D: *Spina bifidali bir hastada herhangi bir ortopedik cerrahi girişim endikasyonu koymadan önce hastanın nörolojik seviyesi ve buna bağlı olarak beklenen ambulasyon düzeyi belirlenmelidir, yürüyemeyecek bir çocukta kalça cerrahisi endikasyonu yoktur, omurgaya yönelik girişim ise ancak çocuk en azından oturabildikten sonra yapılmalıdır*<sup>3-9</sup>.

Saygılarımla

Dr. Yalçın, 13 Mart,

Sevgili Selim,

383 miyelomeningosel hastanızdan L3 motor düzeyine sahip olup, yüksek kalça çıkığı olan kaç hastanızın ambulatuvar olduğunu bildirebilirmisin?

Dr. Tümer, 13 Mart,

Sayın Yücel Hocam:

İstediğiniz bilgiler aşağıdadır:

Orta lomber tutulumlu bilateral kalça çıkıklı hastaların ambulasyon öyküleri:

1. A.H. 1985 doğumlu kız, 1996 yılında bilateral pev, diz ve kalça fleksiyon kontraktürü, bilateral kalça çıkığı ve lomber hiperlordoz nedeni ile cerrahi girişim uygulandı. Talektomi, diz ve kalça gevşetmesi sonrası bilateral KAFO ile mobilize edildi, çift koltuk değneği ve çift uzun bacak yürüme cihazı ile yürütüldü, uyanılara rağmen obesitenin artması ve hastanın tekerlekli iskemle mobilizasyonunu tercih etmesi nedeni ile son yıllarda yürüme mesafesi çok azaldı.
2. Ç.Ö. 1998 doğumlu kız, bebeklüğünden beri takipte, cihaza girmesine engel olacak deformitesi yok, çift KAFO ve ters yürüteçle ev içinde ambule

3. B.K. 1997 doğumlu erkek, ayak, diz ve kalçadaki deformitelerin düzeltilmesi ve cihazla mobilizasyonu ailenin sosyal güvencesi olmaması ve mali kaynak bulunamaması nedeni ile gerçekleştirilemedi. Yaşına uygun tekerlekli iskemle de tedarik edilemediği için mobilizasyonu çok kısıtlı.
4. B.B. 1997 doğumlu erkek, takipten çıktı, muhtemelen tutulum seviyesine uygun mobilizasyon sağlanamayacak.

Hastalarımızın nörolojik tutulum seviyelerinin dökümünü Avrupa Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kongresi'nde Mayıs 2000'de, toplam 313 olguluk<sup>10</sup>, ayrıca daha sonra 352 olgunun tedavi özelliklerini sunmuştuk<sup>11</sup>.

Saygılarımla,

*Dr. Yalçın, 14 Mart,*

*Değerli meslekdaşlarım,*

Olguya gösterdiğiniz yoğun ilgiye ve düzeyli tartışmaya teşekkür ederim. Çok önceleri bu grubun tartışma şeklini eleştiren yazımda işte bunu dile getirmek istemişim. Literatür ve kanıta dayalı tartışmalar çok daha verimli ve zevkli oluyor, sağolun.

Bu olguya gelince: Ben, Emre'nin önerilerini kendi düşünceme daha yakın buldum. Muharrem'in görüş ve önerilerine de teorik bazda katılıyorum. Ancak bu olguda posteriodan yapılacak bir egg shell (birkaç segment yapsanız bile) ne ölçüde yeterli ve güvenli düzeltme sağlar? Deformitenin ağırlığı ve hastanın nörolojik durumu itibarıyla salt posterior egg shell uygun olur mu? Anterior release+ füzyon (payanda değil) sonrası posterior füzyon ve enstrumentasyona (yapılabilirse egg shell ile kombine) ne dersiniz? Vertebra girişimleri sonrası hastanın yürüme potansiyelinin yeniden değerlendirilmesi ile kalçalar için karar vermeyi planlıyorum.

Selamlar

*Dr. Gülşen, 15 Mart,*

*Değerli meslektaşlarım,*

Geçen hafta yoğun ve düzeyli tartışmaya yol açan spina bifidalı çocuk için fikrimi belirtmiş, ancak kalça sorunlarının çözümü konusunda sevgili Selim'le ters düşmüştük. Tüm mesajları izlemekle birlikte, yoğun işlerim nedeniyle yanıt vermekte geciktim. Her ne kadar, Mahir ağabey dünkü mesajıyla "kifayet-i müzakere" dediyse de, bir yanlış anlamayı düzeltmek için klavyenin başına oturdum:

Evvelen, Sharrard'dan beri biliyoruz ki.. spina bifida'lı hastaların kalçalarında 6 değişik tablo görülebilir:

1. Th12 parapleji...pozisyonel veya statik deformite
2. L1-2 parapleji... kalça fleksor hakimiyeti mevcuttur. flek-add deformitesi boynu valgusa, kalçayı subluksasyona zorlar (1/5 vakada)
3. L3-4 parapleji....kalça flek-add daha belirgin, dizde ekstansiyon var ve çıkık ihtimali %80
4. L5 parapleji..abduktor ve hamstringler çalışmıyor, instabil kalça
5. S1 parapleji... sadece gluteus max. zayıf. dislokasyon pek gelişmez
6. kalçalar normal

Saniyen, herhangi bir nöromüsküler hastalığı olan çocukta kalça çıkıksa, bu çıkığı öncelikle kas dengesizliğine yormalıyız. Ancak, gelişimsel kalça displazisinin, herhangi bir hastalıkla aynı anda görülmesinin hiç de küçük bir olasılık olmadığı unutulmamalıdır.

Salisen, spina bifida'da nörolojik semptomlar bilateral ve simetrik olabileceği gibi, asimetrik de olabilir. bu nedenle her iki alt ekstremitayı ayrı ayrı değerlendirmek, nörolojik seviyeyi tayin ederken bu ayrıntıya dikkat etmek şarttır. Demem o ki, hastanın bir tarafı L2 plejik iken diğer tarafında nöral yapı L4'e kadar korunmuş olabilir.

Sevgili Selim'in gündeme getirdiği çalışmalar, çoğunlukla paraplejik ve üst seviye tutulumlu hastalara ait. Oysa hafızam beni yanıltmıyorsa, Mahir ağabey bir tarafı muhtemelen Th12-L1 ancak diğer tarafı en azından L3-4 olan bir hastayı tartışmaya açmıştı. Yüksek seviyeli paraplejik hastaların kalçalarına müdahalenin işleri daha da zorlaştırdığı konusunda herkesin hemfikir olduğunu sanıyorum (en azından ben aynı kanaati paylaşıyorum) ancak bu bilgiyi, lokalizasyon ve nörolojik seviyeden bağımsız "spina bifida kalçasına değen yanar" şeklinde okumak kesinlikle doğru olmaz.

Saharrard'a geri dönersek, 4. gruptan itibaren stabiliteyi tesis edecek girişimler yapılabilir (yapılmalıdır). Çünkü bu hastalar yürür. Bu yürüyüş daha üst seviye hastaları gibi adölesanda terk edilen bir yürüyüş değildir. Çıkık kalça enerji tüketimini artırır. Hele asimetrik tutulum varsa, spinal deformite açısından ekstra risk getirir, vs vs.

Sonuç olarak, genel olarak spina bifida'da tedavi seçeneklerini değil, Mahir ağabey'in hastasına ne yapabileceğimizi tartışıyorsak, aynı kanaati tekrarlamak isterim, nisbeten korunmuş taraftaki kalçayı redükte etmek gereklidir. Biraz geciktirmenin mahsuru yok (4 yaşına kadar bile geciktirilebilir). Omurga için tercihe saygılıyım, ancak bu yöntem şimdilik kolay ve güvenli görünse bile, kısa dönem komplikasyonlarda ari değil.

Kolay gelsin.

*Dr. Yazıcı, 16 Mart,*

*Sayın meslektaşlarım:*

Myelomeningoselli olgu konusundaki doyurucu tartışmalar gerçekten çok güzel ve eğiticiydi. Tabii ki her tartışmacının da ifade ettiği gibi burada tutlum seviyesi gerçekten önemli olmakta. Bence de spinal deformiteye yaklaşıma öncelik verilmeli. Ancak burada ilgimi çeken deformitenin bu kadar erken yaşta bu kadar ilerlemiş olması. Bu açıdan sanırım öncelikle alta buna zemin hazırlayan olası patolojilerin irdelenmesi gerekmektedir. Hepimizin bildiği gibi bu hasta grubunda tethered cord, shunt fonksiyonunda bozulma olasılığına ve olası diğer intraspinal patolojilere bakmalıyız. Eğer alta yatan patoloji var ise Mahir hocamızın deformitenin rijid olduğunu belirtmesine rağmen öncelikle bunların tedavisinin gerektiğini ifade etmeliyim. Bir de sanırım hastanın seviyesinin ne olduğu tam olarak belirtilmedi. Ancak uygun seviyede yapılan Sharrard operasyonlarında da başarı şansının pek yüksek olmadığını bu ameliyatı uygulayan deneyimli çocuk ortopedistleri ile yaptığım kişisel eğitim görüşmelerinde vurgulandığından olsa gerek bu operasyonu ben de ne eğitim aldığım merkezlerde ne de sonrasında hiç uygulamadım.

Saygılarımla,

*Dr. Aktaş, 17 Mart,*

*Değerli Meslektaşlarım:*

Spina bifida hastalarının sayısının hızla arttığını ve ülkemizde bu zor hastaların tedavilerini olabildiğince başarı ile yürütmek için gerekli organizasyonun yapılmasının önemini çeşitli platformlarda vurgulamaya çalışmıştım.

Sayın M. Gülşen'in tipik bir spina bifida olgusunu tartışmaya açması ile türk\_orthopod üyelerini bu konuda harekete geçirmesi beni çok sevindirdi. Daha önceki yazılarımda vurguladığım gibi spina bifida tedavisinde alışageldiğimizden farklı ilkeler geçerlidir. Sayın M. Yazıcı'nın en son

katkısını tartışma kolaylığı yönünden maddelere bölerek ilişkiindeki literatürle birlikte gözden geçirmek ve dünyada bu konudaki son gelişmeleri de sizlerle paylaşmak istiyorum:



Sayın Yazıcı'nın görüşlerini bir kaç maddede eleştirmek gerekli:

1. *"...saniyen, herhangi bir nöromüsküler hastalığı olan çocukta kalça çıkıksa, bu çıkığı öncelikle kas dengesizliğine yormalız..."*

Oysa spina bifidali geniş hasta serilerinde yapılan çalışmalarda farklı bulgular ve sonuçlar bildirilmektedir<sup>4</sup>.

2. Sayın Yazıcı ayrıca Sharrard'ın sınıflamasını ekliyor: *"...evvelen, Sharrard' dan beri biliyoruz ki..., ...spina bifida'lı hastaların kalçalarında 6 değişik tablo görülebilir..."*

Sharrard'ın spina bifida hastalığının batı dünyasında görülmeye başlandığı 1960 larda hazırlanan bu çalışmalarından sonra Sharrard'da görüşünü ilişikteki 1983 tarihli makalede gözlendiği gibi değiştirmiştir ve daha önceleri geliştirdiği sınıflama artık kullanılmamaktadır<sup>12</sup>. Bu makalede Sharrard daha önceleri savunduğu kas transferi ameliyatları için, "eğer çok başarılı olma şansı varsa tercih edilmesi gereken kısıtlı ameliyatlar" olarak bahsetmektedir.

Fraser ve ark.<sup>5</sup> Sharrard'ın kalça instabilitesi sınıflamasının yetersizliğini vurgulamaktadır.

3. Sayın Yazıcı tartışılan spina bifidali olgunun tutulumunun asimetric olmasının kalça çıkığının redüksiyonu konusunda bir endikasyon olabileceğini düşünüyor: *"...salisen, spina bifida'da nörolojik semptomlar bilateral ve simetrik olabileceği gibi, asimetric de olabilir. bu nedenle her iki alt ekstremiteyi ayrı ayrı değerlendirmek, nörolojik seviyeyi tayin ederken bu ayrıntıya dikkat etmek şarttır. demem o ki, hastanın bir tarafı L2 plejik iken, diğer tarafında nöral yapı L4'e kadar korunmuş olabilir..."*

Oysa dünyada bu konunun önde gelenlerinden biri olan Menelaus bunun tersini yazmaktadır<sup>13</sup>.

4. Sayın Yazıcı ayrıca gelişimsel kalça displazisi gibi insidansı yüksek bir hastalığın da bu çocuklarda görülebileceği ve kalçanın bu yönden de değerlendirilebileceğini öne sürmekte. Ancak gerek spina bifida konulu yayınlarda, gerek Medline da spina bifidali çocuklarda saptanmış tek bir GKD olgusundan söz edilmemektedir.

Değerli meslektaşlarım, yukarıdaki literatür değerlendirmesinde görüldüğü gibi spina bifida ülkemizde yeni ve pek bilinmeyen bir hastalık. Bu ağır hastalığın tedavisinde daha başarılı olabilmek için tedavi ilkelerini önümüzdeki dönemde düzenlenecek bilimsel toplantılarda tartışmamız yararlı olacaktır. Bu konuda TOTBİD'e 7 Aralık 2000'de yazdığım bir dilekçe ile durumu özetlemiş ve 2001 kongresinde bu konuda bir oturum yapılmasını arzu ettiğimizi iletmiştim.

Saygılarımla,

Dr. Yalçın, 24 Mart,

Değerli meslektaşlarım,

Genelin, spina bifida tartışmasının bu denli uzamış olmasından şikayetçi olduğunun farkındayım. Herkesin farklı bir fil tarifi yapmaya başladığını, internet gibi bir iletişim cennetinde iletişimsizlikler yaşamaya başladığımızı farkediyorum. Selim'in güzel önerisini destekliyor, bir bilimsel toplantı ortamında, literatür bilgilerini klinik deneyimlerimizle bütünleyerek yüzyüze tartışmanın yararlı olacağını görüyorum. Haftada ortalama (tedavi gerektiren/gerektirmeyen dahil) 10 yeni spina bifida vakası gören bir klinik çalışanı olarak, seçilmiş (!) bazı vakalarda halen kalça girişimleri planladığımızı, "spina bifida kalçasına dokunulmaz!" yargısını paylaşmadığımızı belirtmek isterim. Geçmişte çokça Sharrard yapmıştık. Ameliyatın büyüklüğü ve getirilerini tartışarak, eksternal oblik transferi'ni 5-6 civarında hastada uyguladık. Ancak bu girişimden pek de mutlu olmadık. Şimdiki tercihimiz çoğunlukla stabil konsantrik bir redüksiyon ve rekonstrüksiyon'la sınırlıdır.

Saygılarımla,

Dr. Yazıcı, 24 Mart,

## KAYNAKLAR

1. www.turk-ortopedi.net
2. Wissinger HA; Tümer Y; Donaldson WF: Orthopedics 3:865-7, 1980.
3. Stillwell A. Menelaus MB. Walking ability after transplantation of the iliopsoas. a long-term follow-up..
4. Broughton NS, Menelaus MB, Cole WG, Shurtleff DB. The natural history of hip deformity in myelomeningocele. J Bone Joint Surg 75-B: 760-763, 1993.
5. Fraser RK, Hoffman EB, Sparks LT, Buccimazza SS. The unstable hip and mid-lumbar myelomeningocele. J Bone Joint Surg 74-B: 143-146, 1992.
6. Beaty JH, Canale ST, Roach JW, Dias LS, Drennan JC, Banta JV, Lubicky JP, Carroll NC, Lindseth RE. Current concepts review. Orthopaedic aspects of myelomeningocele. J Bone Joint Surg 72-A: 626-630, 1990.
7. Song K. Myelomeningocele in *Orthopedic Knowledge Update: Pediatrics Ed: S. Richards AAOS 1996* . pp 65-73.
8. Childrens Orthopedics & Fractures ( Ed. M. Benson, JA Fixsen, MF Macnicol ): Neural Tube Defects, Spinal Dysraphism and Spina Bifida. Chuchill – Livingstone 1994. pp: 277-303
9. Menelaus' Orthopaedic Management of Spina Bifida. (Ed. NS. Broughton) WB Saunders 1998
10. Ofluoğlu, D., Özaras, N., Yalçın, S., Çabukoğlu, C., Erol, B., Demirtürk, Ç.: Ambulation in Spina Bifida Children in Turkey. XII. European Congress of Physical Medicine and Rehabilitation, Antalya, 2000.
11. Özaras, N., Kayhan, Ö., Imamoğlu, S., Ofluoğlu, D., Yalçın, S.: Spina Bifida Rehabilitation in Turkey: A Study of 352 Cases. First World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Hollanda, 2001
12. Sharrard WJ. Management of paralytic subluxation and dislocation of the hip in myelomeningocele. Dev Med Child Neurol. 1983 Jun;25(3):374-6.
13. Menelaus MB. The hip in myelomeningocele. Management directed towards a minimum number of operations and a minimum period of immobilisation. J Bone Joint Surg Br. 1976 Nov;58-B(4):448-52.

### *Olgu sunumu:*

Prof. Dr. Mahir Gülşen, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fak Ortopedi ve Travmatoloji AD, Adana.

### *Katılımcılar (\*):*

Prof.Dr. Selim Yalçın, Marmara Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD, İstanbul.

Prof.Dr. Emre Acaroğlu, Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD, Ankara.

Doç.Dr Muharrem Yazıcı, Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD, Ankara.

Prof. Dr. Yücel Tümer, Serbest, Ankara.

Prof.Dr. Haluk Berk, Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD, İzmir.

Doç.Dr.Şeref Aktaş, Trakya Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD, Edirne.

(\*): Tartışmaya katılım sırasına göre sıralanmıştır.