

Juvenil ve adolesan çağda konjenital kalça çıkıklarının tedavisi

Dr. Güngör Sami Çakırgil⁽¹⁾

1960-1983 yılları arasında konjenital kalça çıkığından muzdarip 2789 hastanın ameliyatı yapılmıştır. Bunlarda 784 hastanın yaşları 1,5-4, 359 hastanın yaşları 8-14, vasa 10 idi. Radikal Redüksiyon ismini verdiğimiz ameliyatta tek seansta bütün kontrakte adalelerin kesilip, mafsala girilerek bütün yumuşak dokuların temizlenmesinden sonra subtrokanterik bölgeden 2-3 cm. bir rezeksiyon ile femur başı asetabulumu yerleştirilip derotasyon varizasyon uygulanmış iki kemik fragmanı Müller kalça plağı ile tutturulmuş, nihayet bir asetabuloplasty ile kalçanın stabilitesi sağlanmıştır. Y kırıkdağı kapanmamışsa Dega tipi bir asetabuloplasty, Y kırıkdağı kapanmışsa Pelvik asetabuloplasty ismini verdiğimiz bir müdahale yapılmıştır. Burada Spina iliaca anterior inferior sınırdan siyatik girintinin yakınına kadar kapsülün hemen üzerinde 10x50 mm. kuturlarında bir kanal açarak buraya 5 cm. uzunluk 3 cm. genişlikte bir iliak grefi sıkıca yerleştirilmiştir. Subluksasyon veya redislokasyonda ise, ikinci bir müdahale olarak Pelvik Osteotomi (Chiari) uygulanır.

Treatment of congenital hip dislocation in juvenile and adolescent ages.

ABSTRACT: During the period 1960 to 1988, 3000 operations were performed in patients with congenital dislocation of the hip. Of these 784 patients were between 1 1/2 and 4 years of age, 1646 patients were between 4 and 8 570 patients were between 8 and 14 years of age with an average of 10 years. The procedure is performed in a single operation (Radical Reduction) by sectioning all contracted muscles, opening and debriding the joint and reducing the femoral head into the acetabulum after removal of a 2 cm to 3 cm bone segment from the subtrochanteric region of the femur. Fixation of the femoral shaft in a derotational varus position is done with a hip plate. Finally a transiliac acetabuloplasty is performed. The bone segment removed from subtrochanteric region is used to support the acetabular roof. In those cases where the cartilage has closed we performed a dome-type operation that we have developed. In case with complete dislocation a horizontal osteotomy of 10x50 mm. is cut from the spina iliaca anterior inferior to somewhere near the sciatic notch; 3 cm wide and 5 cm long piece of bone which is removed from iliac wing is tightly placed into the engroved site. To that an acetabular dome is performed immediately above the capsule. In cases of subluxation or redislocation, a Chiari pelvic osteotomy is performed as the second operation.

Sir Charnley ile kişisel bir konuşmamızda bana, "Tedavisiz kalmış konjenital kalça çıkığı tedavisinin hiç bir zaman total kalça replasmanına yönelmeyeceğini vurgulamış ve bizzat kendisi 20-30 yaşlarında bir kaç hastaya total protez uyguladığını, fakat uzun süreli takiplerinde sonuçlardan memnun kalmadığını ve bundan sonra da, ileri yaşlarda konjenital kalça çıkıklı hastalara total protez tatbik etmediğini söylemişti (1)". Charnley tarafından konjenital kalça çıkığında total protez uygulamalarında başarısızlık sebebi olarak asetabulumun atrofik oluşu nedeniyle soket'in asetabulum içinde tam oturmaması, vücut ağırlık hattının, soket üzerine vidalanmak suretiyle takviye edildiği kemik grefinden geçmesi gösterilmiştir.

Biz 4-14 yaşları arasında, femur başı ve asetabulum durumuna göre bazı değişik ameliyatlara, femur başının asetabulumu baskısı ile asetabular gelişimini stimüle etme imkânını sağlamış bulunuyoruz. Böylece ileri yaşlarda yapılabilecek total protez için hazırlık yapılmış olur.

Juvenil yaşlarda konjenital kalça çıkığının tedavisinde açık redüksiyon için üst yaş hududunu Trevor (1960) (120) ve Salter (1966) (15) 6 yaş, kapsüler asetabuloplasti uygulayacağı Colonna (1953) (6). bilateral vakalarda 8 yaş, unilateral vakalarda 10 yaş olarak belirlemişlerdir. Mc Kenzie, Seddon ve Trevor'da (1960), bu ameliyatın büyük çocuklarda kurtarıcı bir müdahale olduğunu vurgulamışlardır. Femur başını nörovasküler bir komplikasyona meydan vermeden, yumuşak doku kontraktürlerini de ortadan kaldırmak üzere femoral kısaltma Ombrédanne (1937) (11) Zahradnicek, Thompson (1956) (17), femoral kısaltma ile birlikte varizasyon, derotasyon ve shelf kombinasyonunu 6 yaş altındaki konjenital kalça çıkığı vakalarında uygulamış; Dega, Krol, Polakowski (1959) (7), femoral kısaltma ile kombine artroplasty ameliyatını büyük çocuklarda denemiş, ancak femur başında gelişen avasküler nekroz vakalarının yüksek oranda görülmesi nedeniyle, bunlarda endikasyon yaşı üst hududunu 6 olarak belirlemişlerdir. Çakırgil (19)(4) Radikal Redüksiyon ismini verdiği kombine ameliyatla, yani adduktor, rektus femoris, psoas tenatomileri, kapsülotomi, asetabulum içinin temizlenmesi, femoral kısaltma, varizasyon ve derotasyon, asetabuloplasty ameliyatları ile, 13-14 yaşlarına kadar, yüksek oranda başarı sağlamıştır. Ancak on yaş üzerinde, femur başı ve asetabulumun durumuna göre, radikal redüksiyon ameliyatı yerine diğer alternatif metodlarda geliştirilmiştir. Şöyle ki; femur başı ve asetabulum uyumu tatminkâr, ancak 30° den fazla asetabular displase varsa CHSH, yani radikal redüksiyonla birlikte Chiari ve shelf kombinasyonunu, asetabulum atrofik femur başında subluksasyon varsa, Dome Asetabuloplasty olarak isimlendirilen müdahaleyi, asetabulum çok yayvan ve atrofik ise, Pelvik Asetabuloplasty olarak tanımladığımız bir girişimi uygulamaktayız.

İndikasyonlar

8-14 yaş grubunda femur başı ve asetabulum arasındaki uyum, asetabulumun anatomik yapısı, uygulanacak cerrahi müdahale metodunu belirler. Şöyleki, eğer ase-

tabulum silik fakat femur başı ile asetabulum arasındaki uyum var ise, radikal redüksiyondan sonra CHSH, yani Pelvik Osteotomi ile kombine shelf ameliyatı uygulanma-

(1) Rahmetli hocamızın sağlığında bize gönderdiği bu son yazısı vesilesiyle kendisini bir kere daha rahmetle anarız.

lıdır. Zira femur başının basısına bağlı ilium'da gelişen yalancı asetabulum (false acetabulum) nedeniyle iliak kanadın kalınlığı, sadece pelvik osteotomi ile femur başının üzerinde kifayetsiz bir çatı sağlamakta yetersiz kalır. Bu nedenle osteotomy sahasına ilavi bir rijit grefin konmasını gerektirir. Bu da, subtrokanterik bölgedeki kısaltma sırasında çıkardığımız cuneiform bir kemik grefinin araya yerleştirilmesi ile mümkündür. Eğer ekspozurdan sonra, konkav bir asetabulum yerine konik tarzda bir asetabulum ile karşılaşır ve femur başı da bu asetabulum içinde stabil kalmazsa, femoral kısaltma ve derotasyonel varizasyondan sonra, Pelvik Asetabuloplasti dediğimiz prosedür uygulanır. Bunun için Spina İliaca Anterior İnferiordan başlayıp siyatik girintiye 10 mm. yaklaşacak tarzda, ossileting kemik testeresi ile 1 cm. boyutlarında, iliak kanattan çıkartılan kalın bir kemik bloku sıkıca yerleştirilir. Bu ameliyattan sonra kalçanın sublukse veya redisloke olması halinde, bu ameliyattan üç ay sonra, ki konan gref, yatağına iyice kaynamış olur; grefin hemen üzerinden pelvik osteotomi (Chiari) uygulanır.

Cerrahi teknik

Spina İliaca Anterior Superior'un 3 cm. gerisinden başlayıp, trokanter major üzerinden femur eksenini istikamette devam eden, 12-14 cm. uzunluğunda bir iliofemoral insizyonla girilir. Krista üzerindeki kırıkdağın 4-5 cm. uzunluğundaki bir kısmı, bistüri ile kesilerek ikiye bölünür. Tensor fasta lata, cilt ensizyonuna paralel, elektrokoter ile kesilir. Vastus lateralis adalesi, subperiostal olarak (5-6 cm. lik kısmı) femur proximalinden sıyrılır. İliak kanadın medial ve lateral yüzündeki adalelerde, siyatik girintiye kadar subperiostal sıyrılır. Kontrakte adduktor adaleler, rektus femoris kesilir. Mafsals kapsülü asetabulumun üst kenarına kadar sıyrılır. Kapsül, asetabulum kenarından 5 mm. uzaktan, antero-medial T şeklinde bir insizyonla kesilir ve femur başı disloke edilir. Kum saati şeklindeki kapsüller darlık, disseksiyon makası ile antero-medial istikamette kesilir. Bu safhada İliopsoas tendonu, kapsülün hemen üstünde belirlenerek kesilir. Kapsül dudaklarına işaret sütürleri konarak pense edilir. Genellikle juvenil çağda asetabulum içi fibrolipoid (pulvinar) doku, kalınlaşmış lig. teres. transvers ligament ve içe dönük limbus ile dolmuştur. Adolesan çağda ise, genellikle lig. teres kopmuş olarak bulunur. Mafsals içindeki yumuşak dokular geniş ağızlı bir hipofizektomi forsepsi ile temizlenir, asetabular kırıkdağ ortaya konur. Transiliak Asetabuloplasty için, asetabulum kenarının 10-15 mm. proximalinden, dar ve ince bir osteotomi ile Y kırıkdağına kadar ilium dış laminası kesilerek aşağı devrilir. Bundan sonra, femur baş ve boynunu aşağı indirmek için subtrokanterik bölgeden 1-3 cm. uzunluğunda bir kemik segmenti rezeke etmek gerekir. Femur üst ucuna hakim olmak ve boyundaki anteverzasyonu düzeltmek üzere, bacağa iç rotasyon yaptıldıktan sonra, yere paralel kalacak tarzda kollum femoris içinde bir steinmann çivisi veya rush pin yol göstericisi sokulur. Bilahare havalı bir destere ile subtrokanterik bölgeden kuneiform tarzda bir kemik segmenti eksize edilir; bu arada kollumdaki anteverzasyon 10° ve valgus 110° kalacak şekilde koreksiyonlar

da yapılır. Trokanterik ve femoral fragmanlar Müller plağı ve üç vida vasıtasıyla tesbit edilir. Bundan sonra baş asetabulum içine yerleştirilir. Adult çağda redüksiyon, trokanterden femur başı ve asetabulum iç duvarına kadar sokulan bir Kirschner teli ile fikse edilir. Subtrokanterik bölgeden elde edilen kuneiform şeklindeki gref daha önce kesilip aşağı devrilen iliak kanadın arkasına sıkıca yerleştirilir, tabakalar kapatılır.

Asetabuloplasty metodunun seçiminde indikasyonlar kısmında vurgulanan esaslar dahilinde hareket edilir. Şöyle ki adult çağda Y kırıkdağı kapanmış ise, veya radikal redüksiyondan sonra redislokasyon vuku bulmuş ise CHSH, yani pelvik osteotomi ile kombine shelf ameliyesi uygulanmalıdır. Adult çağda subluxe kalçada varizasyon ve dome asetabuloplasty, çok yaygın konik asetabulumla karşılaşıldığında da, Pelvik Asetabuloplasty uygulanmalıdır. Postoperatif devrede, 6 hafta süreyle pelvipedal alçı tesbitinden sonra, genel anestezi altında kalça mafsalsına manüplasyon yapılarak, fibroz yapışıklıklar çözümlenip hareket serbestisi verilir. Bir ay abduksiyon atelinde aktif egzersizler yaptırılır. Bilahare 1 ay süre ile de çift koltuk, 1 ay süreyle tek koltuk değneği ile yürüme müsaadesi verilir. Böylece ameliyattan 3 1/2 ay sonra anatomik ve fonksiyonel bakımdan % 72 oranda başarı sağlanır.

Materyal ve Metod

Bu esaslar dahilinde 1960-1988 yılları arasında toplam 3000 konjenital kalça çıkığına müdahale edilmiştir. Bunlardan 2430 hasta 1 1/2-8 yaş, 570 hastada 8-14 yaş grubunda idi. Bu vakalardan takip imkânını bulduğumuz hastaları 3 ilâ 14, vasatı 10 yıl takip ettik. Bunlara ait neticeler Tablo 1 de özetlenmiştir. Radikal redüksiyonla tedavi gören 4 yaşın altındaki hastalarımızda başarı oranı % 95.8 yaşın altında % 83, 8-14 yaş arasında da % 72 olarak kaydedildi. Juvenil çağda konjenital kalça çıkıklarının cerrahi metodlarla tedavisi sonuçları Severin-Weiberg sistemine göre değerlendirilmiştir. Burada üç esas kriter dikkate alınmıştır. Bunlar: 1) Subjektif değerler, yani ağrı, topallama, aktivite gibi fonksiyonel bulgular. 2) Objektif değerler, yani hareket açılan ile incelenen fizik bulgular. 3) Radyografik kriterler, yani anatomik yapı. Bu üç kriterin ışığı altında değerlendirmeler şöyledir:

- Tip I: Çok iyi sonuçta normal baş, normal AC ve CE Açılımları normaldir.
- Tip II: İyi sonuçta, baş hafif deforme. AC ve CE açılımları normaldir.
- Tip III: Orta sonuçta, deforme ve displastik bir baş vardır. AC açısı normalden küçüktür.
- Tip IV: Zayıf sonuçta, baş displastik, AC açısı 45° den büyük ve kalça hafif subluxe. AC açısı normalden küçüktür.
- Tip V: Fena sonuç, asetabulum ileri derecede düzleşmiş, kırıkdağ örtüsü kaybolmuş (Wandering Acetabulum), kalça ciddi subluxe durumdadır.
- Tip VI: Başarısız sonuç, kalça komplet dislokasyon gösterir.

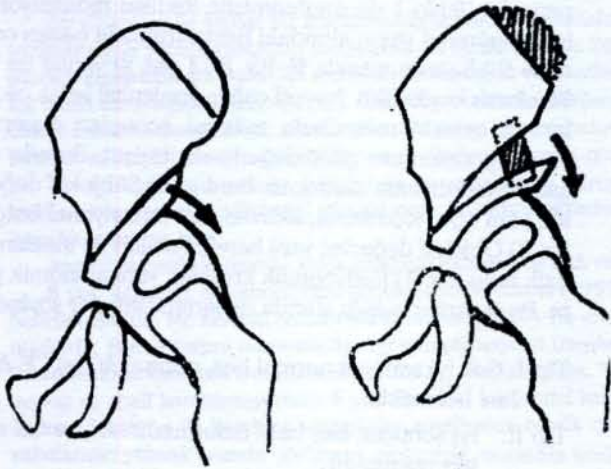
Diskusyon

Konjenital kalça çıkığında, asetabulum ve femur başı gibi kalçanın kemik yapılarında, femur proximalinde anatomik defektler, mafsals çevresi ve içinde de yumuşak do-

kulara ait patolojik değişiklikler sözkonusu olur. Pelviste normalde $15^{\circ}20^{\circ}$ olan asetabular $50^{\circ}60^{\circ}$ kadar genişleyebilir. 135° femur boynu ve cismi arasındaki açı genişleyerek $150^{\circ}160^{\circ}$ valgus duruma, femur boynundaki $10^{\circ}15^{\circ}$ anteversiyon açısı $60^{\circ}90^{\circ}$ kadar artabilir. İnfanıl hastalarda konservatif tedavi uygulanmasında, önce Human pozisyonunda, 30° fleksiyon 45° abduksiyonda 3 ay, iç rotasyondaki 6 ay süren immobilizasyon, asetabular açı, anteversiyon ve valgus deformitelerinin normal hudutlara inmesine imkân verir.

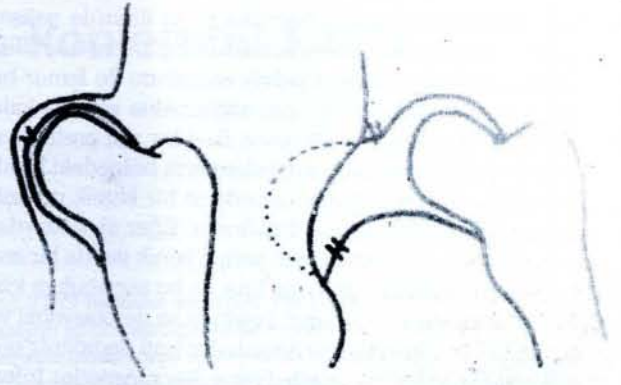


ŞEKİL 1: 7-24 ay arasında konjenital kalça çıkıklarının konservatif tedavisinde kapalı redüksiyondan sonra, 3 ay Human pozisyonunda (30° fleksiyon, 45° abduksiyon) pelvipedal alçı 6 ay da iç rotasyon abduksiyonda alçı tesbitinde bırakılmalıdır.

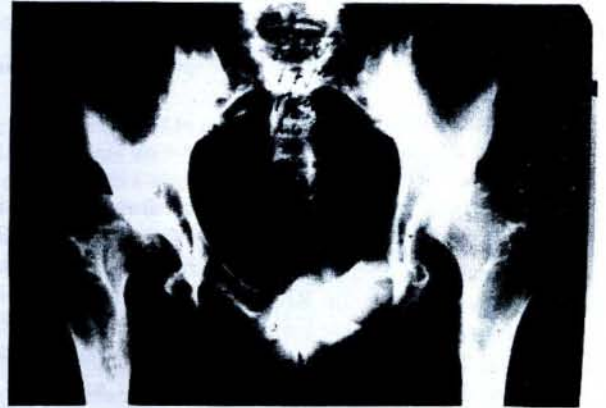


ŞEKİL 2: 1,5-4 yaş grubundaki konjenital kalça çıkıklarının tedavisinde rejeneratif ameliyatlardan Pericapsular Acetabuloplasty (Pemberton), Innominate Osteotomy (Salter), Anterior Wedge Acetabuloplasty (Çakırgil) müdahalelerinden biri uygulanır. Resimde Pemberton ameliyatının şeması görülmektedir.

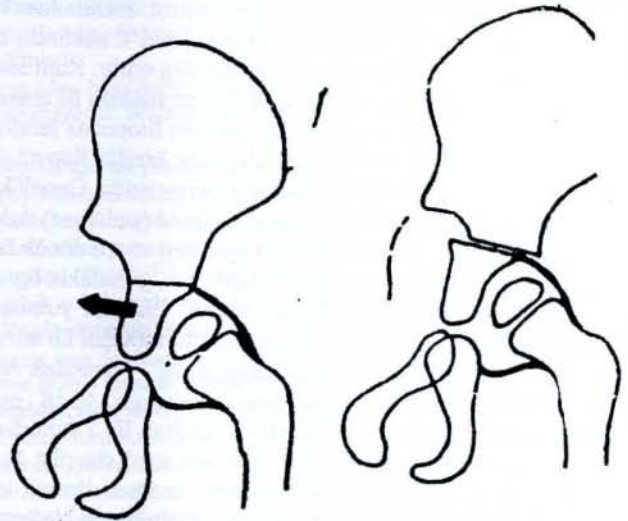
Birbuçuk yaşın altında konjenital kalça çıkığı vakaları genellikle konservatif metolla başarı ile tedavi edilebilir. 1 1/4-4 yaş arasında kalça maksimal büyüme potansiyeline ve reformasyonuna sahiptir. Burada Ameliyatla başarılı bir konsantrik redüksiyonu sağladığında, asetabulum ve femur başının normal gelişmesi, rejenerasyonu sağlar. Ancak bu arada displastik asetabul çatısı, boy-



ŞEKİL 3: 4-14 yaş grubunda rekonstrüktif mahiyetteki ameliyatlardan birisi uygulanmış. Resimde, bugün için sadece tarihi değeri olan Kapsül Arthroplasty (Colonna) ameliyesi görülmektedir.

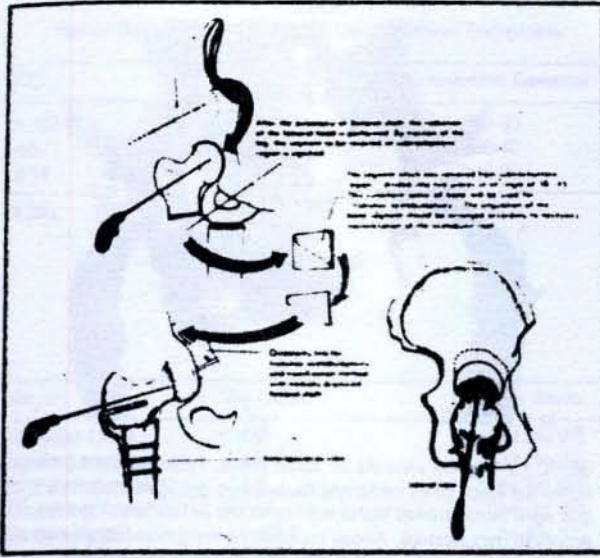


ŞEKİL 4: Subluks kalçalarda bugün için çok başarılı sonuçlar veren (Chiar) Pelvik Osteotomy ameliyatı resimdeki gibi bir vakada endikedir.

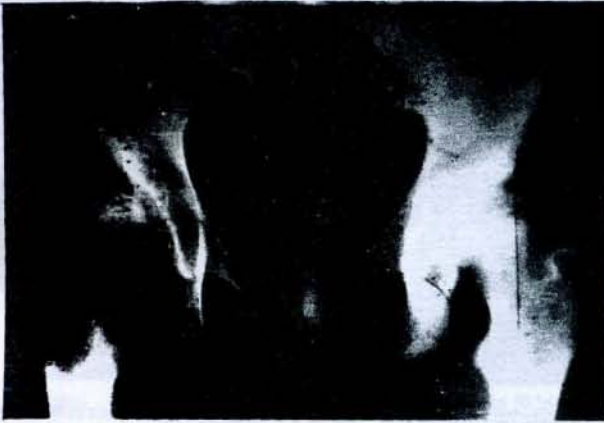


ŞEKİL 5: Pelvik Osteotomy (Chiar) nin şematik resmi görülmektedir.

nun anteversiyonu, valgus durumu düzeltilmelidir. Burada innominate osteotomy (Salter)⁽¹⁵⁾ pericapsular asetabuloplasty (Pemberton)⁽¹²⁾, anterior Wedge asetabuloplasty (Çakırgil) ameliyatları aynı derecede başarılı sonuçlar sağlar. 4-14 yaş arasında kalçanın büyüme potansiyeli tedricen azalır. Bu safhada kalçaya rekonstrüktif tipe



ŞEKİL 6: Konjenital kalça çıkığının 4-14 yaş grubunda % 85 oranında başarılı sonuç veren Radikal Redüksiyon ameliyatının şematik resmi.



ŞEKİL 7: A.Y. 16 yaşında kadın hasta. Sağ kalça mafsalında subluxasyon ve asetabular displazi, valgizasyon mevcut idi.



ŞEKİL 8: Aynı hastaya varizasyon ve Dome Asetabuloplasty ameliyatı uygulandı. Anatomik ve fonksiyonel sonuç mükemmeldi.

ameliyatlar uygulanmalıdır. Kapsüler asetabuloplasty (Colonna) (6), Triple osteotomy (Steel) (17) Dial osteotomy (Eppright) (8), Pelvik osteotomy (Chiari) (4) ve tarafımızdan 1960 yılından beri uygulanmakta olan Radikal Re-



ŞEKİL 9: K.A. 17 yaşında erkek hasta. Konjenital bilateral kalça çıkığından muzdaripti.



ŞEKİL 10: K.A. aynı hastaya bilateral varizasyon ve CHSH (Chiari, Shelf kombinasyonu) artroplasty uygulanmış, sol taraf 6 ay postop mükemmel sonuç alınmıştır.



ŞEKİL 11: A.Z. 13 yaşında bir erkek hastada bilateral konjenital kalça çıkığından muzdaripti. Görüleceği gibi CCD açısı sağda 158° solda 180° idi.

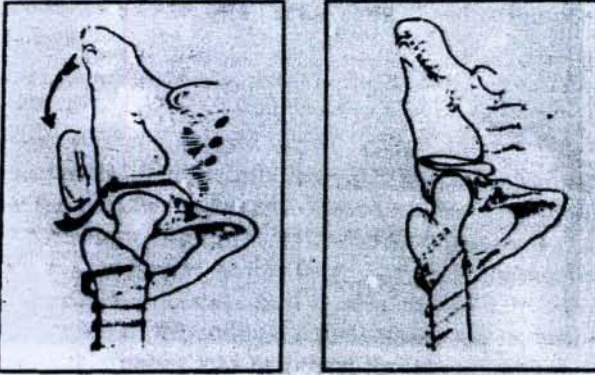
düksiyon ameliyesi bu cümledendir.

14 yaşından sonra asetabulum ve femur başı arasındaki uyum bozulur. Asetabulum konkavlığını kaybederek atrofiye uğrar, konik şekil alır, kırıkörtüsü kaybolur, femur başı ise büyür, deforme olur.

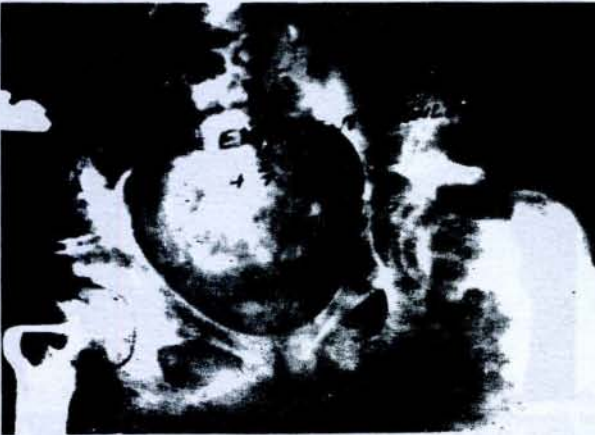
Asetabulumun sığ, femur başının subluxe olduğu vakalarda Radikal Redüksiyonla kombine CHSH, yani Chi-



ŞEKİL 12: A.Z. aynı hastaya bilateral varizasyon ve CHSH artroplastı ameliyatı uygulanmış ve anatomik, fonksiyonel yönden mükemmel sonuç alınmıştır.



ŞEKİL 13: Asetabulum çok sıg veya konik bir form aldığı, femur başının asetabulumuza nazarın daha büyük olduğu vakalarda "Pelvik Asetabuloplastı" adını verdiğimiz ameliyat uygulanır.

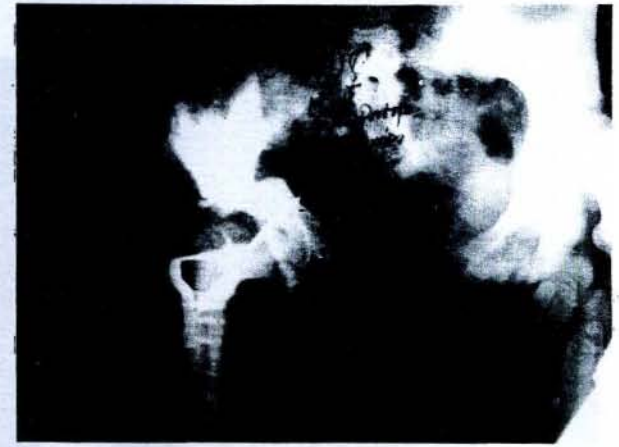


ŞEKİL 14: K.B.12 yaşında bir kız hastaya ik tarafa da Pelvik Asetabuloplastı ameliyatı uygulanmış, 6 ay sonraki kontrolünde anatomik ve fonksiyonel bakımdan mükemmel sonuç alınmıştır.

ari ile birlikte shelf ameliyesi; asetabulumun kısmen korukav ve femur başının da yarı içerde, yarı dışlarda olduğu vakalarda varizasyonla birlikte Dome Asetabuloplastı; asetabulumun, femur başını içerde tutamayacak derecede yayvan olduğu vakalarda yukarıda tafsilatı ile anlattığımız ve Pelvik Asetabuloplastı adını verdiğimiz bir rekons-



ŞEKİL 15: F.Y. 34 yaşında bir kadın hasta. Tedavisiz kalmış bilateral konjenital kalça çıkığı nedeniyle muayeneye geldiğinde her iki kalçada çok ağırlı fibroz ankiloz teşhis edilmiş ve her iki tarafa da Chanley THR ameliyatı uygulanmıştır. Ancak bu ameliyat konjenital kalça çıkığı olan genç hastalarda çok mecbur kalmadıkça uygulanmamalıdır.



ŞEKİL 16: H.Ö. 13 yaşında bir kız çocuğu yüksek sağ konjenital kalça çıkığından şikayette yatırıldı. CHSH ameliyatı uygulandı. İleri derecede asetabular displazi nedeniyle ameliyatta kirschner teli ile baş asetabula tesbit edildi. 6 hafta sonra tel çekilerek manipulasyonda pasif olarak kalçanın fleksiyon hareketi 100°, iç dış rotasyon hareketleri 10° - 15° arasında yaptırılıyordu.

trüktif ameliye; çok yüksek, ağırlı kalça çıkıklarında da iskium seviyesinde subtrokanterik 30° anguler osteotomy; nihayet ağırlı fibroz ankiloz gelişmiş vakalarda da THR (Total Artroplastı) uygulanmalıdır 4 yaşın üzerindeki hastalarda Radikal Redüksiyon dediğimiz ameliyatta, 4 değişik müdahaleyi aynı seansta, 45 dakikalık bir sürede icra ediyoruz. Şöyle ki, kontrakte adduktörler, rektus femoris ve psoas tendonları ile daralmış kapsülün kesilip pulvinar doku, hipertrofik lig. teres ve transvers ligament eksizyonundan sonra, subtrokanterik bölgeden cuneiform kemik segmenti eksize edilir. Boyunda 10° anteversiyon, 110° kalacak tarzda derotasyon ve varizasyon yapılır. Nihayet, asetabular açığı 15°20° ye indirecek tarzda asetabuloplastı uygulanır. Ameliyattan sonra pelvi pedal alçı tesbitinde 6 hafta immobilize edilir. Bu süre sonunda alçı açılarak, anestezi altında manipulasyonla kalçaya hareket serbestisi verilir. Bundan sonra Ponsetti atelinde 4 hafta aktif egzersizler yaptırılır. Ameliyattan 10 hafta sonra da yürüme müsaadesi verilir.

Konjenital kalça çıkığı patolojisinde önemli bir yer işgal eden femur boynu anteversiyonu, mafsalsal içi ve çevre-

TABLO I
Femur Boynundaki Anteversiyon Derecesindeki Değişiklikler

YAŞ	Vak'a Adedi	Anteversiyon Derecesi
1 1/2-4	784	80-60
4-8	1646	60-40
8-14	359	40-20
TOTAL	2005	

TABLO II

Lezyon	Yaş Grubu	Hasta Sayısı
Kapsüler Darlık	4-8	1944 (% 97)
Inverted Limbus	4-8	1944 (% 97)
Asetabuler Displazi	4-8	1984 (% 99)
Kopuk Lig. Teres	8-14	294 (% 82)
Teratolojik Kalça	1 1/2-4	24 (% 3.1)

TABLO III
Postoperatif Komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Juvenil Çağ	Adolesan Çağ
Epifizit ve Coxa Plana	84 (% 5.1)	28 (% 7.8)
Epifizit ve Hareket		
Kısıtlılığı	103 (% 0.3)	34 (% 9.6)
Coxitis ve Ossöz Ankiloz	36 (% 2.2)	16 (% 4.4)
Redislokasyon	56 (% 3.4)	22 (% 6.2)

TABLO IV
Konjenital Kalça Çıkığı Ameliyatlarının Değerlendirilmesi

Neticeler	Yaş (4-8)		Yaş (8-14)	
	Vak'a Sayısı	%	Vak'a Sayısı	%
İYİ	1267	77	191	53
ORTA	99	6	66	19
FENA	280	17	102	28

sindeki yumuşak dokular, postoperatif komplikasyonlar Tablo I, II ve III de gösterilmiştir.

Anteversiyon derecesi, infantil çağda 60°80° arası olduğu halde, juvenil çağda 20°40°, adolesan çağda ise 20° civarında kaldığı kaydedilmiştir. Femur boynundaki anteversiyon 4-8 yaş grubunda, yani juvenil çağdaki (1646) konjenital kalça çıkıklarında anteversiyon derecesi 10°20° arasında tesbit edilmiştir. Yaş ilerledikçe anteversiyon derecesinin azaldığı dikkati çekmiştir. 8-14 yaş grubundaki 359 adolesan konjenital kalça çıkığında ise anteversiyon derecesi genellikle 20° olarak saptanmıştır.

Patolojik Bulgular

Juvenil çağdaki 1646, adolesan çağdaki 359 konjenital kalça çıkığında ameliyat sırasındaki makro patolojik bulgular: 1944 (% 97) kapsüler darlık, inverted limbus fibrolipoid pulvinar doku, 1984 (% 99) asetabular displazi 359 vakalık adolesan grupta 294 (% 82) kopuk lig. teres infantil gruptaki 784 vakada 24 (% 3.1) terato-

lojik (Atipik) konjenital kalça çıkığı tesbit edilmiştir.

Ameliyat Sonu Komplikasyonlar

Burada epifizit ve coxa plana, epifizit ve hareket kısıtlılığı, coxitis ve ossöz ankiloz, redislokasyon komplikasyonları juvenil çağda toplam % 17 adolesan çağda ise % 28 oranında tesbit edilmiştir. Bunlara ait detaylar Tablo 4 de gösterilmiştir.

Kaynaklar

- 1- Carnley, J.: Personal Communication (1978).
- 2- Chiari, K.: Die Operative Behandlung am Hüftgelenk Beider Angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Wien Med Wochenschr, 1957, 107:1020
- 3- Chakırgil, G.S.: "Radical Reduction" Procedure for Treatment of Congenital Dislocation of The Hip in Older Children. Isr J. Med. Sci. 1980; 16 (4): 344-346.
- 4- Chakırgil, G.S.: Chakırgil technique procedure for treatment of congenital dislocation of the hip in juvenile and adolescent children in Campbell's Operative Orthopaedics. ed. 6. 1981.
- 5- Chuinard, E.G.: Early weight bearing and the correction of anteversiyon in the treatment of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. 1955: 37A: 229.
- 6- Colonna, P.C.: Capsular arthroplasty for congenital dislocation of the hip. Jb Bone Joint Surg. 42-B: 689-705, 1960.
- 8- Eppright, R.: Presentation from the Meeting of the Association of Bone Joint Surgery, Sea Island, GA, 1974; and the International Symposium on Congenital Dislocation of the Hip, Royal Oak, MI, 1974.
- 9- Gill, A.B.: Plastic construction of an acetabulum in congenital dislocation of Hip-The shelf operation, J. Bone Joint Surg. 1935; 17:48.
- 10- Lloyd-Roberts GC, SWANN, M.: Pitfalls in the management of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. 1966; 48B:666
- 11- Obbedanne, L.: Précis clinique et Opératoire de Chirurgie Infantile. Paris Masson 1937.
- 12- Pemberton, P.: Pericapsular osteotomy of the ilium for treatment of congenital subluxation of the hip. J. Bone Joint Surg. 1965; 47A: 65.
- 13- Putti, V.: Congenital dislocation of the hip. Surg Gynecol Obstet 1926; 43:449.
- 14- Salter, RB, Field P.: The effects of continuous compression on living articular cartilage: An Experimental investigation. J. Bone Joint Surg. 1960; 42 A:31
- 15- Salter, RB.: Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation. J. Bonejoint Sur. 1961; 43B: 518.
- 16- Somerville, E.: Results of treatment of 100 congenitally dislocated hips. J. Bone Joint Surg. 1967; 49B: 258.
- 17- Steel, H.: Triple osteotomy of the innominate bone. J. Bone joint Surg. 1973; 55A:343.
- 18- Thompson, J.E.M.: The Jan Zahradnicek Surgical approach to the problem of Congenital hip dislocation. Clinical Orthop. 8:237-243 (1956).
- 19- Trevor, D.: Treatment of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. 1957; 39B:610.
- 20- Trevor, D. Treatment of congenial hip dysplasia in older children. Proceedings of the Noyal Society of Medicine (ortho) 1960; 53:481.
- 21- Von Rosen, S.: Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. Acts. Orthop. Scand 1956;26:136.