

İleri yaşlardaki doğuştan kalça çıkığının “açık redüksiyon, kısaltma, derotasyon, varizasyon ve Pemberton asetabuloplastisi” ile cerrahi tedavisi

Azmi Hamzaoğlu⁽¹⁾, İrfan Esenkaya⁽²⁾, Hayati Durmaz⁽³⁾, Mehmet Âşık⁽²⁾, Ayhan Arıtamur⁽⁴⁾

1987-1988 yılları arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında 5 yaşın üzerindeki doğuştan kalça çıkığının tedavisi için 12 çocuğun 14 kalçasına “açık redüksiyon, kısaltma, derotasyon, varizasyon ve Pemberton asetabuloplastisi” yöntemi aynı seansta uygulanmıştır.

Olguların yaş ortalaması 6.6 olup, sonuçlar MacKenzie ve Pemberton kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Ortalama % 78 iyi sonuç alınan olgularda komplikasyon olarak bir olguda yüzeysel enfeksiyon, bir olguda avasküler nekroz tesbit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Doğuştan kalça çıkığı, radikal redüksiyon.*

Operative treatment of congenital hip dislocation in older ages with “open reduction, shortening, derotation, varisation and Pemberton acetabuloplasty.”

Between 1987 and 1988, open Reduction, Shortening, Derotation, Varisation and Pemberton Acetabuloplasty method was performed to 14 hips of 12 children who were above 5 years old in Orthopaedics and Traumatology Department of Istanbul Medical Faculty for treating Congenital Hip Dislocation.

The average of their ages was 6.6 and the results were evaluated according to MacKenzie and Pemberton criteria. In the cases which showed average of % 78 good result, superficial infection in one case and avascular necrosis in one case were found as complication.

Key words: *Congenital hip dislocation, radikal reduction*

Ülkemiz gibi yeni doğan döneminde rutin kalça çıkığı muayenelerinin yapılmadığı, sosyo ekonomik yönden geri kalmış ülkelerde doğuştan kalça çıkığı çocuk ancak yürümeye başladıktan sonra tespit edilmekte ve hasta tedavi için hekime ileri yaşlarda getirilmektedir. Bu süre zarfında kalça eklemi ve çevresindeki dokularda oluşan değişiklikler tedaviyi güçleştirmekte ve çok yönlü müdahaleleri gerektirmektedir.

5-6 yaş ve üzerindeki doğuştan kalça çıkığının cerrahi tedavisinde Çakırgil ve Klisic aynı seansta “açık redüksiyon, kısaltma, derotasyon, varizasyon ve asetabuloplasti”nin yapıldığı tekniklerini bildirmişlerdir^(5,13). Biz, bu çalışmamızda 5 yaşın üzerindeki 12 hastanın 14 kalçasına aynı seansta yaptığımız “açık redüksiyon, kısaltma, derotasyon, varizasyon ve Pemberton asetabuloplastisi” yönteminin sonuçlarını literatür bilgisi ışığı altında incelemeyi amaçladık.

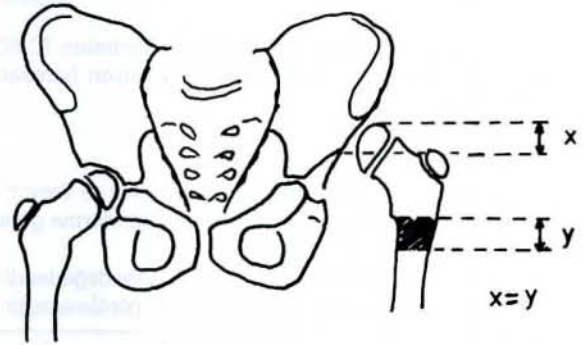
Materyel ve metod:

Nisan 1987 ile Ağustos 1988 tarihleri arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında aynı ekip tarafından 12 hastanın 14 kalçasına bu yöntem uygulandı.

En küçük yaş 5, en büyük yaş 8 olup ortalama yaş 6.6 olan olgularımızın 9’u kız, 3’ü erkek idi. 12 hastanın 10’unda tek taraflı, ikisinde bilateral kalça çıkığı mevcuttu.

Ameliyat esnasında yapılacak kısaltma miktarı ameliyat öncesi grafilerde femur başının en üst noktası ile asetabulumun en üst kenarı arasındaki mesafe ölçülerek

tespit edildi (Şekil-1). Olgularımızdaki kısaltma miktarı en az 1,5 cm., en fazla 3 cm., ortalama 2 cm. idi.



Şekil-1: Pre-operatif kısaltma miktarı tayini görülmektedir.

Tüm olgularımızda giriş insizyonu olarak Watson-Jones insizyonu, asetabuloplasti için Pemberton yöntemi ve femur üst uç osteotomisinin tespiti için Harris-Müller plağı kullanılmıştır. Ameliyat süresi ortalama 150 dakika olup, ortalama kan kaybı 300-350 cc. idi. Ameliyat sonrası 6 hafta pelvi pedalik alçıyla tespit edilen olguların alçısı 6. hafta bitiminde çıkarılarak rehabilitasyona başlanmıştır. Bütün olgulara 3. ay sonunda üzerine basmasına ve yük verilmesine müsaade edilmiştir. Olgularımız en az 9 ay, en çok 25 ay, ortalama 15.4 ay izlenmiştir.

(1) İ. Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Doçenti

(2) İ. Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Asistanı

(3) İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı uzmanı

(4) İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Profesörü

Bulgular:

Olgularımızdaki topallama durumu Tablo-1'de görülmektedir.

Belirgin topallama	6
Hafif Topallama	6
Topallama yok	2

Tablo:1

Tablo-II'de görüldüğü gibi olgularımızın asetabuler indeksleri incelendiğinde pre-operatif ortalama 39° olan asetabuler indeksin postoperatif ortalama 18° ye indiği tespit edilmiştir.

	En düşük	En büyük	Ortalama
Preoperatif	30	49°	39°
Postoperatif	13°	25°	18°

Tablo-II:

Wiberg'in CE Açısı son kontrollerde incelendiğinde en küçük 18°, en yüksek 35°, ortalama 25° tespit edilmiştir.

Olgularımız, son kontrollerinde kalça toplam hareket dereceleri yönünden değerlendirilmiş olup, bulunan değerler Tablo-III'de görülmektedir.

	En az	En çok	Ortalama
Ameliyat sonrası toplam hareket dereceleri (son kontrolde)	140°	280°	195°

Tablo-III

Tüm olgularımızda alçı açıldığında minimum 70-80 derece fleksiyon ve 20-25 derece abduksiyon hareketi mevcuttu .

Sonuçlar:

Olgularımız sonuçları MacKenzie, Seddon ve Trevor'un puanlama sistemi ve Pemberton'un kriterlerine göre ayrı ayrı değerlendirildi.(4,9,11,12).

Olgularımız MacKenzie kriterlerine göre değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar Tablo-IV'de görülmektedir.

Mükemmel	7
İyi	4
Orta	2
Kötü	1

Tablo-IV

Pemberton kriterlerine göre sonuçlarımız ise Tablo-V'de görülmektedir.

İyi	11
Orta	2
Kötü	1

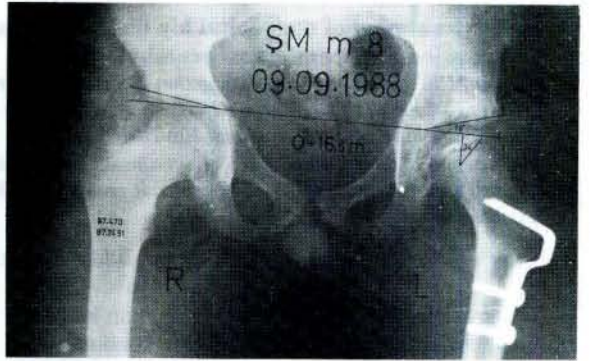
Tablo-V

Tablo IV ve Tablo V'in incelenmesinden anlaşılacağı gibi, iyi sonuçlarımız olgularımızın ortalama % 78'ini teşkil etmektedir.

Hiçbir olgumuzda relüksasyon, greft kayması ve si-

yatik sinir yaralanması tespit etmedik. Komplikasyon olarak bir olgumuzda yüzeysel enfeksiyona ve bir olguda avasküler nekroza rastladık.

Şekil 2 ve 3'de olgularımızdan 2 tanesine ait pre ve postoperatif grafiler görülmektedir.



Şekil 2 a ve b.



Şekil 3 a ve b

Tartışma :

İleri yaşlardaki kalça çıkıklarının cerrahi tedavisindeki başlıca sorunlar, kalçaya etki eden kasların kısılması, başın yüksekte olması, asetabulum ve femur üst ucundaki kemiksel patolojilerdir. Stabil ve fonksiyonel bir kalça elde edebilmek için yapılacak cerrahi tedavide bütün bu sorunların giderilmesi gerekmektedir. Yüksekte bir kalçanın yerine indirilmesi için ya preoperatif adduktor ve iliopsoas tenotomisine ilaveli iskelet traksiyonu yada iskelet traksiyonu yapılmaksızın femur proksimal ucundan kısıltma osteotomisi yapılmaktadır.

P.L. Schoenecker ve W.B. Strecker, doğuştan kalça çıkığında preoperatif iskelet traksiyonu ve femoral kısıltma yapılan olgularda aseptik nekroz ve hareket kısıtlanmasının daha az görüldüğünü bildirmişlerdir.⁽¹⁴⁾ Ülke-mizden TÜMER ve arkadaşları ise, doğuştan kalça çıkığının tedavisinde preoperatif iskelet traksiyonu ile femoral kısıltma uygulanan olguların sonuçları arasında bariz farklılıklar göstermediklerini bildirmişlerdir.⁽¹⁶⁾ Çakırgil ve Klisic, erişkin kalça çıkığında mevcut olan tüm patolojileri aynı seansta düzeltmeye yönelik olarak femoral kısıltma ile birlikte açık redüksiyon, femur üst uç osteotomisi ve asetabuloplasti yöntemlerini bildirmişlerdir.^(5,13) Gerek Çakırgil, gerekse Klisic, femoral kısıltmanın iskelet traksiyonuna üstünlüğünü savunmakta ve iskelet traksiyonu sonucu femur başı avasküler nekrozu, kalça hareket kısıtlanması ve relüksasyonun daha fazla oranlarda görülmekte olduğunu bildirmektedirler. Her 2 yazar da, bu komplikasyon oranlarının yüksekliği nedeniyle kalçanın yerine indirilmesi ve femur üst ucundaki açı değişikliklerinin aynı anda giderilerek konsantrik redüksiyon elde edebilmek için femoral kısıltmayı önermektedirler.^(5,13) Biz de, femoral kısıltmanın iskelet traksiyonuna göre aseptik nekroz, kalça hareket kısıtlanması ve relüksasyon gibi komplikasyonları azaltacağına inanmaktayız. Bu nedenle, bütün olgularımızda Çakırgil ve Klisic tarafından önerilen femoral kısıltma yapmayı tercih ettik.

Femoral kısıltma, 2 taraflı olan doğuştan kalça çıkığı olgularında bir sorun yaratmamaktadır. Tek taraflı olan olgularda femoral kısıltmanın belirgin bir topallamaya neden olduğu herkes tarafından kabul edilmektedir. Tek taraflı olgularda, femoral kısıltma nedeniyle meydana gelen kısıtlılığı telafi etmek için M.B.Mills ve J.E. Hall tarafından transiliak uzatma tavsiye edilmektedir.⁽¹⁰⁾ TÜMER ve ÜNSAÇ, 2-6 yaş grupları arasındaki doğuştan kalça çıkığının aynı seanstaki cerrahi tedavisinde yaptıkları femoral kısıltmayı MILLS ve HALL'in transiliak uzatma yöntemi kullanarak telafi ettiklerini ve başarılı sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir.⁽¹⁶⁾

Biz de, Çakırgil ve Klisic yöntemlerinde olduğu gibi, femoral kısıtlılığı telafi etmeye çalışmadık. Ameliyat yöntemimizde asetabuloplasti tekniği olarak pemberton osteotomisini kullandığımız için transiliak uzatma yapmamız mümkün değildi. Son kontrollerinde olgularımızdaki kısıtlılık miktarları incelendiğinde, 2 taraflı olan iki olguda ekstremite eşitsizliği yoktu. 10 olguda ise ortalama 1,5 cm. ekstremite eşitsizliği mevcuttu. Bu eşitsizliğin hastaların kalça pelvis ve vertebral kolonunda ne gibi değişikliklere neden olacağını ancak uzun süreli takiplerimiz sonunda öğrenebileceğiz.

Gerek Çakırgil, gerekse Klisic ve ülkemizden bu yöntemlerle ilgili geniş seriler bildiren Ağaoğlu, Biçimoğlu, Girgin ve Berkel, yapılan femoral kısıltmalardan sonra femoral kısıltmanın kalça ve çevre eklemlerde ne gibi değişikliklere neden olduğuna dair bir sonuç vermemişlerdir.^(1,2,3,5,13)

2 yaş ve üzerindeki doğuştan kalça çıkıklarının cerrahi tedavisinde bildirilen bütün yöntemlerde ortak nokta, iyi bir açık redüksiyonun yapılması olup, asetabuloplasti tekniği yazarlara göre değişmektedir.

Asetabuloplasti tekniği olarak günümüzde en fazla kullanılan yöntemler; Salter, Pemberton, Chiari, Dega, Steel ve Shelf operasyonlarıdır.

Stabil bir kalça elde edebilmek için asetabulum re-oryantasyonunun iyi yapılması gereklidir.

Salter osteotomisinin 1,5-6 yaşları arasında uygulanmasını tavsiye ettiği halde, üst yaş sınırı 10 ve daha yukarıya çıkarılmıştır.^(4,15) Fakat Salter osteotomisinin 6 yaşından büyük çocuklarda küçüklerdeki kadar başarılı olmadığı görülmüştür.^(4,15) Ayrıca Salter ameliyatının yeni bir asetabulum yapmadığı, ancak mevcut asetabulumu daha yararlı olabileceği bir istikamete çevirdiği ve asetabulum yetmezliği az ve orta derecede olan olgularda başarılı olabileceği bildirilmektedir. Asetabular indeksin 35° ve üzerinde olduğu vakalarda ise başarı şansı azdır.^(4,7,15)

Pemberton osteotomisi ise 1,5 yaşından asetabulumun "Y" kırıkdağının kapanma zamanına kadar uygulanabilmektedir. Bu osteotominin, asetabular indeksi fazla olan olgularda kullanılabilmesi, asetabular indeksin istenilen seviyeye indirilebilmesi, fizyolojik bir tavan yapması, greft tespitine gerek olmaması gibi avantajları yanında tekniğin güç olması, femur baş ve boyununun ileri derecede büyük ve deforme olduğu olgularda uygulanmaması gibi güçlükleri vardır.^(11,12) Genellikle ileri yaşlardaki doğuştan kalça çıkıklı çocuklarda asetabular yetmezlik fazla olup asetabulum sığ ve düzdür. Asetabular indeksi normal sınırlara getirmek ve fizyolojik tavan elde etmek Salter osteotomisiyle mümkün olmamaktadır. Biz bu nedenle olgularımızda asetabuloplasti yöntemi olarak, fizyolojik bir tavan sağlaması, asetabular indeksi normale indirmesi gibi avantajları gözönüne alarak Pemberton tekniğini tercih ettik ve tüm olgularımızda yeterli bir asetabulum ve stabil bir kalça sağladık.

Yazarların pek çoğu, iyi bir açık redüksiyondan sonra fonksiyonel ve stabil bir kalça elde edebilmek için kapsül tamirinin gerekli olduğu üzerinde durmaktadırlar. Girgin ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada bu konunun önemini bildirmişlerdir.⁽⁶⁾ Biz de, fonksiyonel ve stabil bir kalça elde edebilmek için, kapsül plikasyonunun ve tamirinin femur üst uç ve asetabulumdaki patolojik kemiksel değişikliklerin düzeltilmesi kadar önemli olduğuna inanmaktayız. Bu nedenle bütün olgularımızda iyi bir kapsül plikasyonu ve kapsül tamiri yapmaya çalıştık.

Ayrıca, kapsül plikasyonu ve tamiri, relüksasyon oluşması üzerine de negatif yönde etki etmektedir. Korkusuz, tüm patolojilerin düzeltilmesine rağmen relüksasyonun görüldüğünü, relüksasyon oranının az olmadığını ve relüksasyonu önlemek için ligamentum teres plastiği yapmak gerektiğini bildirmektedir.⁽⁸⁾ Biz olgularımızın hiç birinde ligamentum teres plastiği yapmadık. Olgu sayı-

mız fazla olmamasına rağmen relüksasyon tespit etmedik.

Tedavisi gecikmiş kalça çıkığının cerrahi tedavisinde Çakırgil ve Klisic tarafından bildirilen tek seansta açık redüksiyon, kısaltma, derotasyon, varizasyon, asetabuloplasti ameliyatını, biz olgularımızda yazarlardan farklı olarak, asetabuloplasti için pemberton yöntemini uygulama şeklinde tatbik ettik. Literatür ışığı altında genel bir değerlendirme yaptığımızda sonuçlarımızın başarılı olduğunu tesbit ettik. Biz, yöntemin tedavisi gecikmiş iki taraflı kalça çıkığının cerrahi tedavisinde başarılı sonuçlar vereceğine inanmaktayız. Tek taraflı olgularda ise yapılan kısaltma osteotomilerinin ileride kalça ve komşu eklemlerde ne gibi patolojik değişikliklere yol açacağını uzun süreli takipler gösterecektir.

Kaynaklar

1. Ağaoğlu, S.: İleri yaşta doğmalık kalça çıkığının değişik bir asetabuloplasti tekniği ile cerrahi tedavisi X. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 424-426, Emel matbaacılık San. Ankara, 1989.
2. Berkel, T., Çulhaoğlu, M., Ünal, M.: 6 yaştan büyük çocuklarda doğuştan kalça çıkığının radikal redüksiyon metodu ile tedavisi. VII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 125-127, Emel Matbaacılık San., Ankara, 1983.
3. Biçimoğlu, A.: Doğuştan kalça çıkığının tek seansta modifiye salter, açık redüksiyon, derotasyon-kısaltma, varus osteotomisi ile tedavi ve sonuçları. IX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 212-214, Emel Matbaacılık San., Ankara, 1987.
4. Çabuk, M.K.: Doğuştan kalça çıkığındaki asetabular displazilerin tedavisinde Pemberton'un perikapsüler osteotomisinin yeri ve sonuçları, Uzmanlık tezi (İ.Ü.İst.Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı), İstanbul, 1984.
5. Çakırgil, G.S.: Adölesan yaşlardaki çocuklarda konjenital kalça çıkığı probleminin tek seanstaki cerrahi metodu (radikal redüksiyon ile tedavisi). V. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 417-421, Yazıcıoğlu Matbaası, Ankara, 1978.
6. Girgin, O., Tümöz, M.A.: İleri yaşlardaki doğuştan kalça çıkığı tedavisinde modifiye Klisic yöntemi. IX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 217-219, Emel Matbaacılık Sanayi, Ankara, 1987.
7. Hamzaoğlu, A., Çabuk M. K.: Asetabular displazi tedavisinde Pemberton osteotomisi. IX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 203-206, Emel Matbaacılık Sanayi, Ankara, 1987.
8. Korkusuz, Z.: Doğmalık kalça çıkığının tedavisinde ligamentum teres plastiği. IX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 215-216, Emel Matbaacılık Sanayi, Ankara, 1987.
9. MacKenzie, I.G., Seddon, H.J., Trevor, D.: Congenital dislocation of the hip. J.B.J.S., 42-B: 689, 1960.
10. Millis, M.B., Hall, J.E.: Transiliac Lengthening of the lower extremity. J.B.J.S., 61-A: 1182, 1979.
11. Pemberton, P.A.: Pericapsular Osteotomy of the ilium for treatment of congenital subluxation and dislocation of the hip. J.B.J.S., 47-A: 65, 1965.
12. Pemberton, P.A.: Pericapsular osteotomy of the ilium for the treatment of congenitally dislocated hips. Clin. Orthop., 98-41, 1974.
13. Sage, F.P.: Congenital anomalies. Chapter 20. In: Campbell's operative orthopaedics, Eds: Edmonson, A.S., Crenshaw, A.H.), Sixth ed. Vol: 2. 1748-1938, The C. V. Mosby Company, St. Louis. Toronto-London, 1980.
14. Schonecker, P.L., Strecker, W.B.: Congenital dislocation of the hip in Children J.B.J.S. 66-A: 21-27, 1984.
15. Seyhan, F.: Pelvik osteotomilerin başarısızlık nedenleri. Acta Orthop. et Traum. Turcica, Cilt: X, Sayı: 4, Sayfa: 254-258, 1976.
15. Tümer, Y., Ünsaç, B.: Doğuştan kalça çıkığının iliac ve proksimal femoral osteotomilerle tek seansta tedavisi. VIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 252-255, Emel Matbaacılık Sanayi, Ankara, 1984.

Yazışma Adresi: Doç Dr. Azmi Hamzaoğlu İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD. Çapa/İSTANBUL