

Erişkinde yüksekte doğuştan kalça çıkığı tedavisinde Schanz osteotomisi ve sonuçları

Cüneyt Şar⁽¹⁾, Mişel J. Kokino⁽²⁾, H. Çetin Aydınok⁽¹⁾, Mehmet Aşık⁽¹⁾

Yetişkin yaşa erişmiş, kalça reduksiyonunun ve artroplastik girişimlerin söz konusu olmadığı, özellikle abduksiyon kısıtlılığı, ağrı ve topallama şikayetlerinin bulunduğu doğuştan kalça çıkıklı vakalarda yapılacak olan girişimlerden biri palyatif bir tedavi yöntemi olan destek osteotomileridir.

Bu çalışmada tamamen destekten yoksun posterior çıkıklı olgulara uygulanmış Schanz osteotomisinin uzun süreli sonuçları incelenmiş olup, kontrol edilebilen 47 olgunun 69 kalçasında girişimin abduksiyon kısıtlılığı, ağrı, topallama ve artmış lomber lordoz üzerine olumlu etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: doğuştan kalça çıkığı, Schanz osteotomisi

Schanz osteotomy and its results in adults with congenital hip dislocation

In cases of congenital hip dislocation who have reached the adult age and present with a limitation of abduction, lurch and pain, where the hip is irreducible and no procedures of arthroplasty can be performed, supporting osteotomies are one of the preferred procedures as a paliative treatment.

In this study, long term results of Schanz osteotomy are evaluated, which were performed on cases of posterior dislocation without any support at all. It has been noticed that this procedure had positive effects on limitation of abduction, pain, lurch and increased lomber lordosis in 69 hips of 47 controlled cases.

Key words: congenital hip dislocation, Schanz osteotomy

Doğuştan kalça çıkığı tedavisi yeni doğan döneminde saptandığı zaman tedavisi oldukça kolay ve sonucu genelde yüzgüldürücüdür (2, 7, 14). Yaşın büyümesi ile orantılı olarak tedavi güçleşmekte ve alınan sonuçlar kötüleşmektedir (2, 7, 14). Her ne kadar artık artan teşhis ve tedavi olanakları nedeniyle doğuştan kalça çıkıklı olgular erken yaşta yakalanarak gerekli tedavileri yapıyorsa da, özellikle sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde tedavi görmeden yetişkin yaşa erişmiş kalça çıkıkları ile karşılaşmaktadır. Erişkin yaşa gelmiş tedavi görmemiş yüksekte kalça çıkıklarında femur başının genellikle gluteus medius adalesinin yapışma yerini takip etmesi ile arkaya çıkık oluşur ve bu çıkıklar nekotil oluşturmayan desteksiz çıkıklardır. Eğer çıkık öne olursa pelvisten destek alarak nekotil oluşturmaktadır (9). Hasta yüksekte kalça çıkığı ile hekime başvurduğunda tedavi şansı olarak destek osteotomileri ve artroplastiler yapılabilecek girişimlerdir (1, 2, 5, 6, 10, 11, 12, 13). Ancak bu olgularda artroplastik girişimler büyük teknik güçlükler oluşturmakta ve uygulanan protezlerde sorunlar gelişmektedir (4, 5). Özellikle iki taraflı olan doğuştan kalça çıkıklarında ağırlık merkezi izdüşümünün femur başlarının çok önünden geçmesinden dolayı pelvis öne doğru dönmekte, lomber lordoz artmaktadır. Bu duruma 30-35 yaşlarına kadar iyi tahammül edilirse de bu yaştan sonra bel ağrıları başlayacaktır (9).

Büyük trokanter ve pelvis arası mesafe kısaldığından gluteus medius yetmezliğine bağlı Trendelenburg topallaması ve Duchenne fenomeni meydana gelmekte, başlangıçta ağrısız olan topallamaya kısa bir zaman sonra ayakta durma ve yürüyüş sırasında kalçalarda hassasiyet ve yorgunluk gibi fonksiyonel bozukluklar eklenmekte, kalçadaki patolojik değişiklikler arttıkça aktif hareketler sırasında da ağrı başlamaktadır (9, 12). Femur sıklıkla küçük trokanter veya iskion seviyesinde pelvise yaslanarak destek aldığı için bunun sonucunda genellikle genu valgum ile telafi edilebilen ileri derecede adduksiyon kontraktürü meydana gelmektedir (9).

Bu dönemdeki hastaya yapılacak girişim ağrı, topallama, abduksiyon kısıtlılığı ve artmış lomber lordozun giderilmesine yönelik olacaktır. Erişkin yaşa gelmiş yüksekte doğuştan kalça çıkığının tedavisinde sıklıkla kullanılan destek osteotomileri arasında Hass, Lorenz ve Schanz gibi osteotomiler yer almaktadır (6, 10, 13). Femura iskion hizasından yapılan bir abduksiyon ve ekstansiyon osteotomisi olan Schanz osteotomisi ile abduksiyonun artırılması, lomber lordozun azaltılması, femurun pelvisten destek alması ve büyük trokanterin pelvisten uzaklaşarak gluteus medius gerginliğini arttırmak suretiyle Trendelenburg topallamasının düzeltilmesi amaçlanmaktadır (9, 13).

Biz bu çalışmada Schanz osteotomisi uygulanan 47 hastanın 69 kalçasındaki uzun süreli sonuçları inceleyerek belirtilen patolojiler üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem

1969-1979 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında Schanz ameliyatı uygulanan 146 hastadan kontrollere gelen 47'sinin 69 kalçası çalışmanın gereğini oluşturdu. 43'ü kız, 4'ü erkek olan hastalarımızın ameliyat yaşı en küçük 9, en büyük 21 olmak üzere ortalama 13,8 bulunmaktaydı. Ameliyat 21 hastada iki taraflı, 27 hastada tek taraflı uygulandı. En kısa takip süresi 10 yıl, en uzun 21 yıl olup ortalama takip süresi 15.1 yıldır.

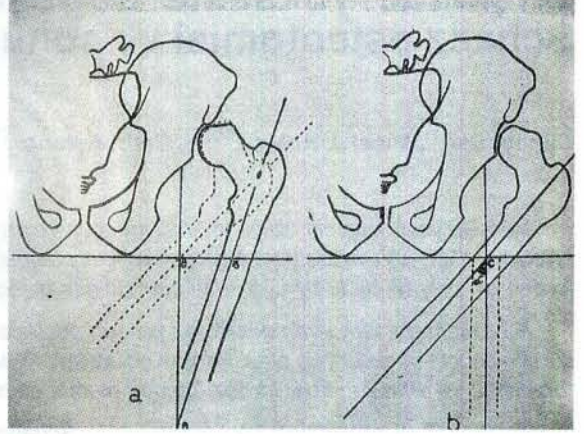
Olgularımızın değerlendirilmesindeki kriterlerimizi ağrı durumu, kalça abduksiyon derecesi, lomber lordozdaki değişme, Trendelenburg topallaması, yürüme mesafesindeki değişme ile hastanın ameliyattan memnuniyeti oluşturuyordu. Bu değerlendirme kriterlerine göre olguların dökümü Tablo 1'de verilmiştir.

	Preop	Postop
Ağrı	63 kalça (% 91,3)	6 kalça (%8,7)
Abduksiyon (ort.)	8,4°	30,3°
Lomber lordozda artma	32 olgu (%63,8)	16 olgu (%34)
Trendelenburg (+)	69 kalça (%100)	63 kalça (%88,5)
Yürüme mesafesinde artış	-	44 olgu (%93,9)
Ameliyattan memnuniyet	-	43 olgu (%91,8)

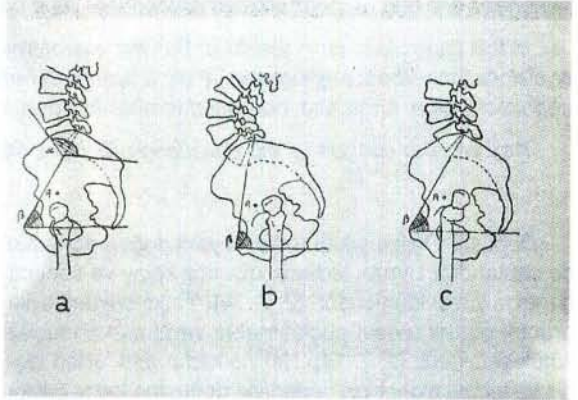
Tablo 1: Olguların klinik sonuçları

63 kalçanın 57'sinde (% 90.4) ağrı ortadan kalkmış, 16 olguda (% 50) lomber lordozda düzelme tespit edilmiş, 6 kalçada (% 11.5) Trendelenburg belirtisi kaybolmuş, ameliyat öncesi ortalama 8.4° olan abduksiyon miktarı ameliyat sonrası 30.3°'ye çıkmıştır. Hastaların 3'ü dışında hepsinde yürüme mesafesi belirgin derecede artmış, 4'ü dışında tüm hastalar ameliyattan memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ameliyat öncesi verilecek abduksiyon miktarı adduksiyon ve nötralde çekilen AP grafi (Şekil 1) ile, ekstansiyon miktarı ise ayakta çekilen lateral grafi ile (Şekil 2) tayin edilmektedir (3, 4).

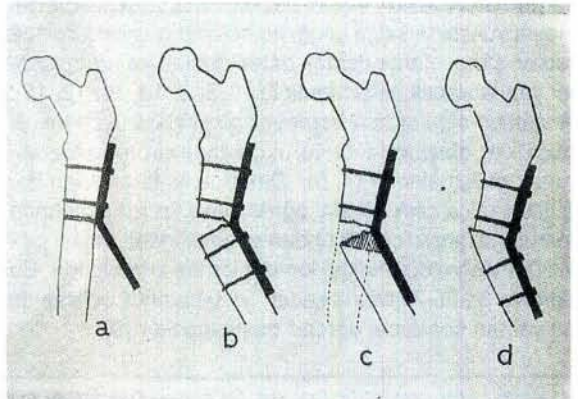
Lateral insizyon ile girildikten sonra hesaplanan açılardaki özel plak kemiğin üst kısmına adapte edildikten sonra iskion hizasında osteotomize edilen femurun alt kısmı abduksiyon ve ekstansiyona getirilerek vidalandı (Şekil 3). Hastaların hiçbirinde dış tespit kullanılmadı. Ameliyattan sonra 2. gün egzersizlere başlandı. 2 ay süre ile koltuk değneği ile yük vermeden yürütüldü ve radyolojik kaynama görüldüğünde tam yüklenmeye izin verildi. Hastalarımızın hiçbirinde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.



Şekil 1: Francillon'a göre osteotomi açısının tayini
a. osteotomiden önce,
b. osteotomiden sonra



Şekil 2: Glauber'e göre lomber lordoz açıları
a. normal kalça,
b. doğuştan kalça çıkığı,
c. osteotomi ile düzeltilmiş doğuştan kalça çıkığı
(A: Ağırılık merkezi)



Şekil 3: Osteotomi şekli ve plağın tespiti

Tartışma

Erken adolesan döneme ulaşmış veya daha ileri devrelerde saptanan yüksekte kalça çıkıklı vakalarda hasta yaşına ve kalçadaki patolojik değişikliklere göre eğer uygunsa ve çıkık genellikle tek taraflı ise radikal reduksiyon şansı bulunmaktadır (8). Bu girişimin uygun olmadığı tek taraflı olgularda veya iki taraflı çıkıklarda pelvik destek osteotomileri uygulanabilir (6, 8, 10, 11, 12, 13). Destek osteotomisi olarak Lorenz bifurkasyon osteotomisi, Milch rezeksiyon angulasyon osteotomisi ve Schanz osteotomisi seçilebilecek girişimler arasındadır. Lorenz bifurkasyon osteotomisi, ister orjinal tekniği veya ister Hass'ın modifiye şekliyle yapılsın genellikle asetabulumla femoral destek arasında oluşan ilişki nedeniyle degeneratif değişikliklere neden olmaktadır (6, 9, 10). Milch ameliyatı, pelvisle femur başı arasındaki ilişkinin devam ettiği ve degeneratif değişikliklerle sonuçlandığı durumlarda kullanılması gereken bir girişimdir (9, 11, 12). Bu tür ilişkinin olduğu özellikle neokotil zemininde gelişen dejenerasyonlarda tercih edilmelidir.

Kliniğimizde yaygın olarak uygulanan Schanz osteotomisi ileride oluşacak lomber lordoz artışına bağlı bel ağrılarını, kalçalardaki adduksiyon kontraktürünü ve topallamayı önlemek için kullanılabilir bir yöntemdir (9, 13).

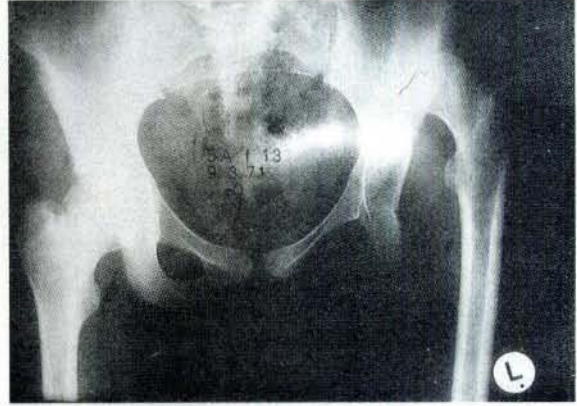
Bu olgularda ileri dönemde total endoprotez girişimleri uygulanabilme olanağı bulunmasına karşı, yöntemin son derece güç ve komplikasyonlarının fazla olması nedeniyle endikasyon sınırları fazla geniş tutulmamaktadır (1, 5).

Schanz osteotomisinde yaş sınırları en alt 9 en üst 50 olarak verilmekteyse de 50 yaş fazla geç olmakta, genelde 40 yaşın üzerinde yapılması tavsiye edilmektedir (9). Bunun nedeni de bu yaşa kadar oluşan adaptasyonun yapılan osteotomiye uyumu güçleştirir. Alt sınır olarak verilen 9 yaş ise bu girişim için erken bir yaş olmaktadır. Endikasyon verilirken bu yaş sınırına yakın yapılacak osteotomilerin açısında azalma oluşabileceği ve tekrar osteotomi yapılması gerekebileceği gözönünde tutulmalıdır (9).

Yaş grubu	olgu	Ort. kayıp
9-12	16	13°
13-16	22	5°
17<	9	3°

Tablo 2: Olgularımızda görülen korreksiyon kaybı değerleri

Tablo 2'de gösterildiği gibi bizim geç kontrollerini yaptığımız hastalarda erken yaş grubunda ortalama 13° korreksiyon kaybı görülürken, erken erişkin ve erişkin dönemdeki olgularda ortalama 4°'lik korreksiyon kaybı oluşmuştur. Schanz osteotomisinde en iyi sonuçun genç erişkin döneminde alınabileceği görülmekte ve bu bulgular literatürle uyum göstermektedir (9, 13), (Resim 1, 2, 3).



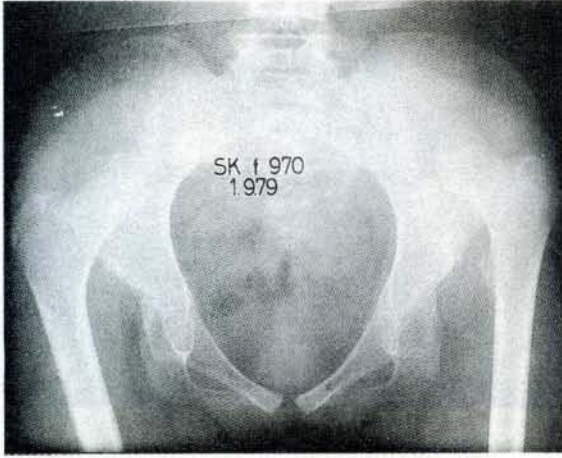
Resim 1 a: 13 yaşındaki bir olgunun ameliyat öncesi görünümü



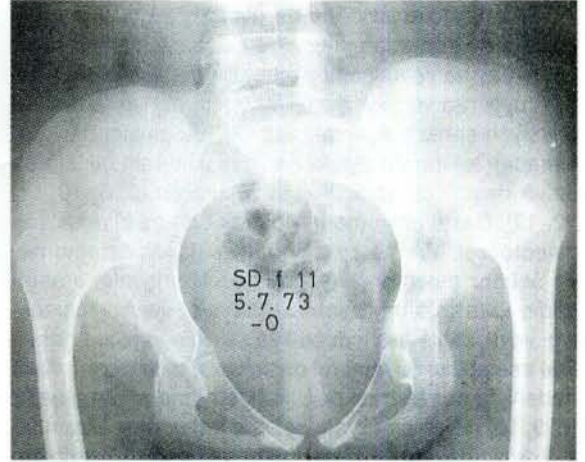
Resim 1 b: Ameliyattan 19 yıl sonraki görünümü

İki taraflı olgularda her iki alt ekstremitede genelde eşit seviyede çıkık olduğu için yapılan girişimlerde kısalık sorunu oluşmamaktadır. Tek taraflı olgularda ise kısalık sorunu ciddi bir problem olmaktadır. Yapılan osteotomide frontal plandaki açığı fazla tutarak zahiri uzamayı artırmak mümkündür. Fakat açı çok fazla tutulursa ilk senelerde her ne kadar topallama azalsa da daha sonraki dönemlerde omurgadaki degeneratif değişikliklere bağlı şikayetlerin ortaya çıkacağı ve ağrı şikayetinin önlenemeyeceği bildirilmektedir (9). Bizim tek taraflı olgularımızda yapılan kontrollerde, fazla abduksiyon verilmediği için önemli bir ağrı şikayeti görülmemiştir.

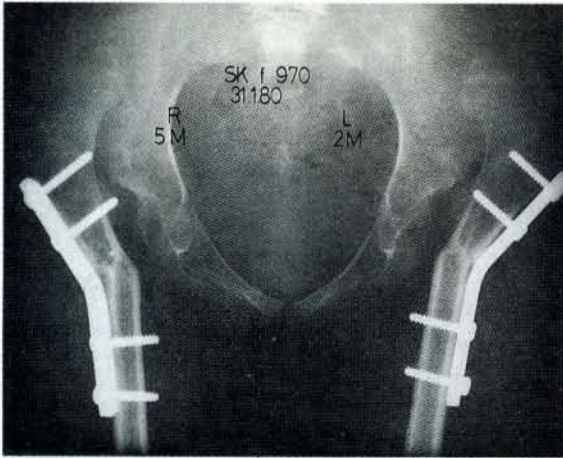
Osteotomi yapılan olgularımızın dördü haricinde tümünden iyi sonuç alınmıştır. Hastalarımızın ağrıları azalmış veya ortadan kalkmış, yürüme mesafesinde artış olmuş, abduksiyon miktarı yeterli düzeye ulaşmış ve hastaların dördü dışında tümünün yapılan işlemden



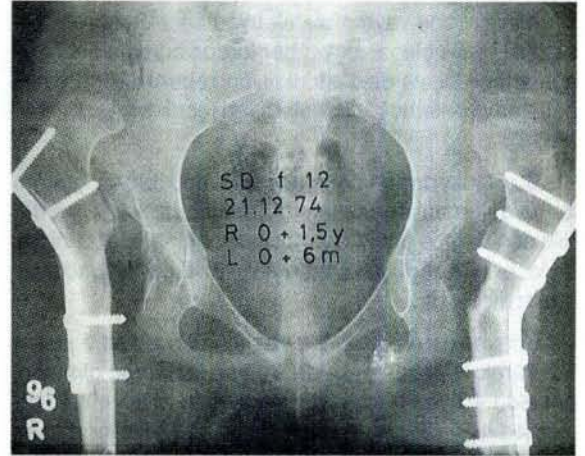
Resim 2 a : 9 yaşındaki bir olgunun ameliyat öncesi görünümü



Resim 3 a : 12 yaşındaki bir olgunun ameliyat öncesi



Resim 2 b



Resim 3 b



Resim 2 b,c: Ameliyat sonrası erken ve geç dönemlerdeki görünüm



Resim 3 b,c: Ameliyat sonrası erken ve geç dönemdeki görünümleri. Korreksiyon kaybı dikkati çekmekte

memnun kalmalarına rağmen topallama ve Trendelenburg pozitifliği yönünden yeterli sonuç alınamamıştır.

Yüksekte doğuştan kalça çıkıklı hastalarda görülebilecek komplikasyonlar arasında yer alan genu valgum, destek osteotomilerinden sonra distal kısmın abduksiyona getirilmesi ile önceden mevcut ise artacak, önceden yok ise genu valgum oluşacaktır. Bu deformite gerekirse osteotomi ile düzeltilmelidir (9). Bizim uygulamamızda görülen çeşitli derecelerdeki genu valgum deformitesinden yalnızca üç tanesinde düzeltici osteotomi yapılmıştır.

Sonuç olarak Schanz osteotomisinin yüksekte doğuştan kalça çıkıklı hastanın sorunlarını her ne kadar tam olarak ortadan kaldırmasa da büyük ölçüde giderdiğini ve hastanın uzun süre büyük bir rahatsızlık duymadan hayatını devam ettirmesine yardımcı olduğunu söyleyebiliriz. Ancak uygun olmayan olgulara endikasyon konulduğunda ve ameliyat sonrası rehabilitasyona önem verilmediğinde sonuçların yuzgüldürücü olmayabileceği bilinmeli, bu ameliyattan kesin sonuç beklenmemeli, hastaya bu girişimin palyatif bir tedavi olduğu anlatılmalıdır.

Kaynaklar

1. Arıtamur, A., Çakmak, M., Taşer, Ö., Berk, H.: Doğuştan kalça çıkığı veya subluksasyonuna bağlı koksartrozda total protez uygulaması. Acta Orth. Traum Turcica S. 4, 238-255, 1981.
2. Crenshaw, A., H.: Campbell's Operative Orthopaedics. Vol. 4 pp 2713-2749 Mosby, 1987.

3. Francillon, M., R.: Zur Dosierung der hochdiaphysaeren Osteotomi bei irreponibler kongenitaler Hüftgelenkluksation. Z. Orth. Chir. 62: 71, 1935.
4. Glauber, A.: Subtrochanteric hyperextension osteotomy. 8 Congre's de la Societe Internationale de Chirurgie Orthopedique et de Traumatologi 863 N. Y. 1960.
5. Harris, W., H.: Total Hip Replacement for Congenital Dysplasia of The Hip Proceedings of the Second Open Scientific Meeting of the Hip Society, pp: 251-265, St Louis, C. V. Mosby, 1974.
6. Hass, J.: A subtrochanteric osteotomy for pelvic support. J. Bone Jt. Surg. 25: 281, 1943.
7. Hensinger, R., N.: Congenital Dislocation of the Hip: Orth. Clin. North. Am. V. 18, N 4, 597-616, Oc. 1987.
8. Klisic, P., Jankovic, L.: Combined procedure of congenital dislocation of the hips in older children. Clin. Orth. 119: 60, 1976.
9. Kokino, J., M.: Envetere doğuştan kalça çıkığında destek osteotomileri ve sonuçları, Uzm. Tezi, İstanbul Tıp Fakültesi, 1972.
10. Lorenz, A.: Über die Behandlung der irreponiblen angeborenen Hüftluxationen und der Schenkelhalspseudoartrosen mittels Gabelung (Bifurkation des oberen Femurendes). Wien, Klin, Wsch. 32: 997, 1919.
11. Milch, H.: The "Pelvic Support" Osteotomy. Clin. Orth. 249, 4-11, 1989.
12. Milch, H.: The resection, angulation operation for hip joint disabilities. J. Bone Jt. Surg. 37A: 699, 1955.
13. Schanz, A.: Zur Behandlung der veralteten angeborenen Hüftverrenkung. Münchner Med. Wch. 69: 25, 1922.
14. Tachdjian, M. O.: Congenital Dislocation of the Hip. Churchill Livingstone NewYork, 1982.

Yazışma adresi

Dr. Cüneyt Şar
İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak.
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
34390 Çapa-İstanbul