

Gelişimsel kalça çıkıklarının medial girişim ile açık redüksiyon sonuçları

Gazi Zorer⁽¹⁾, Bilge Sürel⁽²⁾, Koray Savran⁽³⁾, Mahmut Karlı⁽⁴⁾, Mehmet Balioğlu⁽³⁾

Şubat 1985-Aralık 1990 tarihleri arasında SSK İstanbul Hastanesi I. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde gelişimsel kalça çıkığı (GKÇ) olan 21 çocuğun 28 kalçası, medial girişim ile açık redüksiyon (M.A.O.R) yöntemi ile tedavi edildi. 18'i kız (%85.7), 3'ü erkek (%14.3) olan olgularımızın yaşları, en düşük 7 ay, en yüksek 19 ay olmak üzere ortalama 12.9 aydır. Olgularımızın en az 36 ay, en çok 110 ay olmak üzere ortalama 64.4 ay (=5.3 yıl) takip ettik. Ameliyat öncesi disloke kalçaların asetabular indeksleri (AI) ortalama 37.7° ve yapılan son kontrollerde 21.2° olarak bulundu. Yaptığımız son kontrolde, MAOR yöntemi ile tedavi edilen 28 kalçayı Severin radyolojik kriterlerine göre değerlendirdik ve 12 kalçayı (%42.8) Grade I, 6 kalçayı (%21.4) Grade II, 7 kalçayı (%25) Grade III ve 3 kalçayı (%10.7) Grade IV olarak sınıflandırdık. Olgularımızın yapılan son fizik muayenelerinde ise modifiye McKay kriterlerini kullandık ve 25 kalçayı (%89.2) çok iyi ve 3 kalçayı (%10.7) iyi olarak bulduk. 28 kalçanın 5'i (%17.8) için ek cerrahi girişim gerekti. Olgularımızın hiçbirinde avasküler nekroz komplikasyonuna rastlanmadı.

Anahtar kelimeler: Gelişimsel kalça çıkığı, medial girişim ile açık redüksiyon

Primary open reduction of developmental dislocation of the hip through medial approach

From February 1985 to December 1990, twenty-eight developmental dislocated hips were treated by open reduction through a medial approach. The average follow-up was 64.4 months. There were 18 females (85.7%) and 3 males (14.3%). Mean age at surgery was 12.9 months (range 7-19 months). No avascular necrosis was seen. 5 hips (17.1%) have already undergone or 10 of them will undergo subsequent surgery because of acetabular dysplasia or subluxation of the femoral head.

Keywords: Developmental hip dysplasia, open reduction through medial approach

MAOR yönteminin GKÇ tedavisinde kullanımı (7) 1908 yılında ilk defa Ludloff tarafından tanımlanmıştır. Konu ve ilk makaleyi ise 1913 yılında İngiliz literatüründe rastlanmaktadır. Orijinal tekniğe göre, giriş yeri olarak adduktor longus ve pectineus kaslarının arası tarif edilmekte, yöntem ise, kapalı redüksiyonda başarısız olunan GKÇ'li 4-5 yaş arasındaki çocuklar için önerilmekte idi. Yöntem daha sonra unutulmuş ve 1957'de Chiarini'nin 47 olguluk serisi ile tekrar bilim çevrelerinde gündeme gelmiştir. 1970'li yıllarda Ferguson, Mau ve Tümer'in yaygın kullanımları ile yöntem tüm dünyada ve ülkemizde yaygın kabul görmüş ve tekniğin bazı modifikasyonları yapılmıştır. Uygulamada üst sınır olarak 2 yaş kabul edilmiştir.

GKÇ'li çocukların tedavisinde zorlamalı kapalı redüksiyon girişimi, femur başı, proksimal femoral büyüme plağı ve femur boynunda deformite ile sonuçlanabilecek kalıcı hasarlara yol açabilir. Eklem içi interpozisyonları ise manüplatif redüksiyonu tamamen imkansız kılar ve açık redüksiyon gerekir (7, 10, 14). Biz, 1985 yılından beri genel anestezi altında basit manevralar ile kapalı redükte edilemeyen, redükte edilse bile, redüksiyon devamlılığı için gerekli olan güvenlik sınırlarının yeterli olmadığı GKÇ'li çocukların kalçalarını MAOR yöntemini kapalı redüksiyonun bir alternatifi olarak kullanılmaktadır. Bu yöntem, iliak büyüme plağı ve kalça adduktorlarına zarar vermesizin, kapalı redüksiyon sonucu meydana gelen zorlayıcı güçlerden arındırılmış olarak femur başının

asetabulum içine kolayca redüksiyonunu sağlar, böylece avasküler nekroz riski azalır (18, 22).

Hastalar ve yöntem

1985 yılından 1990 yılına kadar MAOR yöntemi ile tedavi edilen ve çeşitli nedenlerle ara takipleri düzensiz olan GKÇ'li 21 çocuğun 28 kalçasının Şubat 1994 itibari ile kontrolleri yapıldı, hastane kayıtları incelendi. Çalışmamıza artrogripozis ve nöromusküler problemi olan çocukların kalçaları alınmadı.

Toplam 21 çocuğun, 18'i kız (%85.7), 3'ü erkek (%14.3); 9 çocukta bilateral GKÇ, 12 çocukta ise unilateral GKÇ bulunmakta idi. Bilateral olan 9 çocuğun 7 tanesinde aynı seansta bilateral MAOR gerçekleştirildi. GKÇ'li toplam 30 kalçanın opere edilen 28'inin taraf dağılımları ise 11 sağ (%39.2), 17 sol (%60.8) kalça idi. Çocukların operasyon tarihindeki ortalama yaşları en düşük 7 ay, en büyük 19 ay olmak üzere ortalama 13 ay olarak bulundu. Bu yöntemle opere edilen çocukların şimdiki aktüel yaşları en düşük 48 ay, en yüksek 120 ay olmak üzere ortalama 77.6 aydır.

Bu çocuklar, Mart 1994 itibari ile en az 36 ay en çok 110 ay olmak üzere ortalama 64.4 ay takip edildi (Tablo 1). Hastalarımızın 5 tanesinde (6 kalça) kundak, 2 çocukta (3 kalça) makat gelişimi ile doğum, 2 çocukta (3 kalça) sezaryan ile doğum, 4 çocukta (7 kal-

(1) SSK İstanbul Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Başasıstani, Op. Dr.

(2) SSK İstanbul Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.

(3) SSK İstanbul Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Araştırma Görevlisi

(4) SSK İstanbul Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Op. Dr.

Hasta	Cins	Taraf	Amel. yaşı ay	Şimdiki yaşı ay	Ort. takip süresi ay	İlk ase indeksi	Son ase indeksi	Avasküler nekroz	Severin sınıflama	Merkez kenar R L	İleri cerrahi gereken vakalar	
1	S.P.	K	Sol	12	48	36	- 50°	- 21	-	Grade III	17° 12°	
2	Ş.S.	K	Bil	19	90	71	40° 47°	16° 20°	-	Gr I-I	31° 32°	Sağ 23 ay Salter
3	E.U.	K	Sol	9	75	66	- 38°	- 29°	-	Gr III	26° 14°	
4	İ.Y.	K	Bil	7	51	44	39° -	16° -	-	Gr II	39° 24°	Sağ 18 ay Salter
5	S.Y.	K	Bil	10	120	110	44° 40°	28° 15°	-	Gr I-II	16° 14°	
6	M.K.	K	Sağ	14	87	71	26° -	18° -	-	Gr IV	18° 32°	
7	B.K.	K	Sol	16	85	69	- 39°	- 24°	-	Gr II	20° 13°	
8	S.K.	K	Bil	9	63	54	35° 36°	25° 19°	-	Gr IV-I	19° 31°	
9	D.M.	K	Sol	14	79	65	- 33°	- 20°	-	Gr I	14° 13°	
10	S.Ö.	K	Bil	12	66	54	- 37°	- 18°	-	Gr I	42° 28°	
11	D.A.	K	Bil	8	102	94	36° 47°	24° 17°	-	Gr I-I	20° 16°	Sol 12 ay Salter
12	R.D.	K	Bil	16	86	70	30° 34°	16° 17°	-	Gr II-I	19° 15°	
13	N.D.	K	Bil	14	69	55	28° 32°	25° 14°	-	Gr III-II	17° 22°	Sağ 15 ay ant. A.R. sol 25 ay Salter
14	Ö.H.	K	Sol	16	82	66	- 38°	- 18°	-	Gr IV	22° 21°	
15	G.K.	K	Sağ	14	70	56	48° -	24° -	-	Gr I	23° 15°	
16	M.Y.	K	Bil	16	69	53	40° 40°	29° 28°	-	Gr II-III	18° 18°	
17	C.E.	E	Sol	15	89	74	- 36°	- 30°	-	Gr II	28° 30°	
18	İ.E.	K	Sol	16	70	54	- 36°	- 19°	-	Gr I	15° 17°	
19	F.G.	E	Sol	13	78	65	- 34°	- 38°	-	Gr I	32° 19°	
20	Z.A.	K	Sol	11	66	55	- 38°	- 26°	-	Gr III	23° 19°	
21	M.Ö.	E	Sağ	14	86	72	42° -	28° -	-	Gr III	30° 12°	

Tablo 1: MAOR ile tedavi edilen GKÇ'li hastalarımıza ait bilgiler

ça) yakın akraba ve kardeşlerde GKÇ hikayesi alındı. Fizik muayenede yürümeyen çocuklarda pili asimetri-si, yürümede gecikme, Ortolani ve Barlow manevraları, kalça abduksiyon kısıtlılığı, yürüyen çocuklarda ise ek olarak kısılalık ve (+) Trendelenburg bulguları arandı. Operasyondan önce AP direkt pelvis grafilerinden, AI (Asetabular indeks) Tönnis (1976) kriterlerine göre, redüksiyonun kalitesini, Smith ve ark. (1968) kriterlerine göre takipte ise, avasküler nekroz komplikasyonunu Severin kriterlerine göre değerlendirdik (Tablo 3). Klinik değerlendirmelerimizde de modifiye McKay kriterlerini kullandık (Tablo 2).

Grade	Açıklama	Vakalarımız
Çok iyi	Ağrısız stabil kalça, topallama yok 15'den fazla iç rotasyon Trendelenburg (-)	25
İl İyi	Ağrısız, stabil kalça, hafif topallama var Kalça hareketleri hafifçe azalmış Trendelenburg (-)	3
III Orta	Çok az ağrı, orta derecede eklem sertliği var. Trendelenburg (-)	-
IV Kötü	Belirgin ağrı mevcut	-

Tablo 2: Klinik değerlendirme için modifiye McKay kriterleri

Grade	Tanımlama	CE açısı
I	Normal görünüm	>15° (5-13 yaş) > 20° (>14 yaş)
II	Femoral baş veya boyunda veya asetabulumda hafif deformite	> 15° (5-13 yaş) > 20° (>14 yaş)
III	Displazi veya femoral baş ve boyunda veya asetabulumda orta derecede deformite veya her ikisi, femur başı suluksasyonu	> 15° (5-13 yaş) > 20° (>14 yaş)

Tablo 3: Severin radyolojik değerlendirmesi

Her hastada GAA'da nazikçe kapalı redüksiyon denendi. Redüksiyonun gerçekleştirilememesi, devamlılığının sağlanamaması veya redüksiyonun devamlılığını sağlayacak güvenlik sınırlarının açılmasının dar olması, bizim MAOR için endikasyonumuzu oluş-

Sınıflama	Kalça sayısı	%
Grade I	12	428
Grade II	6	214
Grade III	7	25
Grade IV	3	107
Grade V	-	-
Grade VI	-	-
Toplam	28	-

Tablo 4: Kalçanın radyolojik değerlendirme sonuçları (Severin)

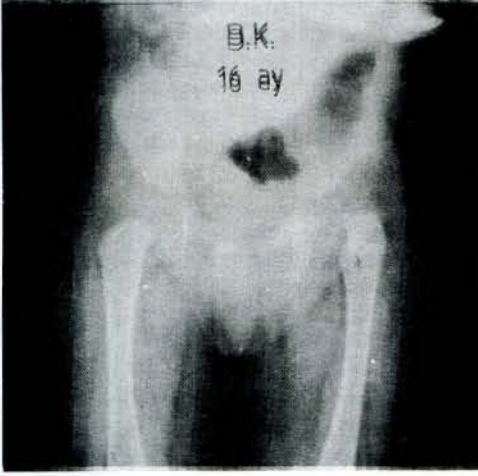
Yazar ve yılı	Femur başı avasküler nekrozu (%)	Gereken ek cerrahisi müdahale (%)
Mau ve ark. (1971)	4	54
Ferguson (1973)	0	6
Roose ve ark. (1979)	0	35
Weinstein ve Ponseti (1979)	10	-
Scapinelli ve Ortolani (1980)	1550	-
Weinstein (1980)	5	-
Kalamchi ve ark. (1982)	67	53
Stahelli (1982)	20	40
Diepstraten (1985)	4	0
O'Hara ve ark. (1988)	0	0
Castillo ve Sherman (1990)	15	-
Mergen (1991)	9.3	27.3
Tümer	7.5	-
Erenoğlu	10.5	23
Bizim serimiz	0	17.8

Tablo 5: Çeşitli serilerdeki postoperatif femur başı avasküler nekrozu insidansı ve gereken ek cerrahi yüzde

turdu. Stabilite palpasyon ile belirlendi. Eğer kalça, 45° abduksiyonun altında disloke olur ise veya kalça abduksiyonda, forse tutulmadığında spontan olarak redisloke oluyor ise anstabil olarak kabul edildi.

Cerrahi prosedür ve ameliyat sırasında bulgularımız;

Genel olarak preoperatif hasta hazırlıklarını takiben GAA muayene edilen çocukların kalçaları hazırlanır ve insizyona adduktor longusun başlangıcından veya 1 cm distalinden başlanır. 5-8 cm'lik insizyon adduktor longusun hemen posterioyru boyunca devam eder. Cilt altı dokusu ve fasya insizyon hattı boyunca kesilir. Adduktor longusun anterior ve posterior ke-



Resim 1a: Sol GKÇ'li bir olgumuzun preoperatif radyografik görünümü



Resim 1b: MAOR yöntemi ile başarılı olarak tedavi sonunda (69 aylık takip) kalçalarının radyografik görünümü



Resim 2a: Bilateral GKÇ'li bir olgumuzun preoperatif olarak kalçalarının radyografik görünümü



Resim 2b: Bilateral MAOR yöntemi ile tedavi sonucu displazik kalan sağ kalçasının görünümü (100 aylık takip)

narları bulunur. Bu kas kesilebileceği gibi anteriora da ekarte edilebilir. Adduktor magnus ve grasilis kası posteriorda olacak şekilde künt parmak disseksiyonu ile ilerlenir. Adduktor magnus üzerinde olan obturator sinir korunur. Parmak disseksiyonu ile adduktor brevis kasının posteriorundan girilir ve trokanter minöre ulaşılır. Trokanter minörün rahat görülmesi için perikapsüler yağ dokusu mediale itilir. İliopsoas tendonu bulunur ve etrafından serbestleştirilir. Uzun, eğri bir hemostatla tendonun altına girilir ve transvers olarak kesilir. Proksimalin retrakte olmasına izin verilir. İliopsoasın kapsüle olan yapışıklıkları ve kapsül üzerindeki yağ dokusu künt disseksiyonla temizlenir. Femur başı redükte edilerek kapsülün lokalizasyonu tam olarak belirlenir. Gerekirse femura rotasyon yaptırılarak bu kolayca anlaşılır. Genellikle kapsülde kum saati görünümü bulunur. Kapsül longitudinal olarak açılır, bu sırada femur başını zedelememek için özen gösterilmelidir. Longitudinal insizyona dik olarak bir insizyon daha yapılabilir. T şeklindeki bu insizyona genellikle gerek duyulmaz. İliopsoasın kapsüle yaptı-

ğı baskıya bağlı olarak kapsülün inferioru asetabulum tabanına yapışmış olabilir. Kapsül açıldıktan sonra redüksiyona engel olan patolojiler temizlenir. Transvers asetabular ligament konantrik redüksiyona engeldir, bu kesilir. Ligamentum teres genellikle hipertrofikdir, asetabulum tavanına ve femur başına yapıştığı yerden kesilerek eksize edilir. Asetabulum içini doldurmuş olan pulvinar temizlenir. Bütün bu işlemler uygulanırken femur başı posteriora lükse edilmiş olmalıdır.

Kalça bu işlemlerden sonra kolayca redükte edilir. Bacaklar abduksiyona getirilerek adduktor kontraktür olup olmadığı tespit edilir ve varsa adduktor tenotomi yapılabilir. Ferguson'a göre kapsülü tamir etmek gerekli değildir (5). Ancak Tachdjian kapsül plikasyonunu özellikle tavsiye etmektedir (17). Aspiratif dren konulmadan cilt kapatılır.

Kalçaların postoperatif alçı immobilizasyonunda, bakımının daha kolay olduğuna inandığımız, daha dirençli ve hafif olan fiberglas sentetik alçıları kullan-

dık. Olgularımızın kalçalarını redükte pozisyonda tutarken, human pozisyonda pelvipedal açığı yapıldı.

Alçı; çıkık kalçada malleol, sağlam kalçada ise dizin fleksiyonuna izin verecek şekilde diz üstü hizasına kadar sarıldı.

Ülkemizin genelinde olduğu gibi hastanemizin olanaksızlıklarından dolayı MAOR ile redükte edilen çocukların kalçaları peroperatuar radyolojik olarak değerlendirilemedi.

Hastalarımızın hiçbirinde kan transfüzyonu yapılmadı. Kalça başına ortalama kan kaybı 10-40 ml olarak bulundu. Tek kalça için medial girişim ile açık redüksiyon ortalama 25-35 dakika olarak bulundu.

Hastaların tamamı postoperatif 3-4. gün taburcu edildi. Alçı ortalama 16-20 hafta tutuldu. İlk grafilere ek olarak 10-30-60. günlerde ek grafiler alındı. Ortalama 16-20 hafta alçı ile immobilizasyondan sonra tüm vakalar en az 4 ay, en fazla 8 ay olmak üzere ortalama 6-7 ay Denis -Browne abduksiyon atelinde tutuldu. Başlangıçta tüm gün uygulanan abduksiyon ateli, Al değerlendirilmeleri ışığında, ek gelişim beklentisi doğrultusunda gündüz çocuğun kalçalarını serbest bırakarak, gece uykuda kullanıma geçildi. 3 aylık aralarla grafiler alındı, Al'ler ölçüldü, redüksiyon kalitesi ve devamlılığı, asetabular açının femur başını örtme kalitesi, femur başının ossifikasyon merkezindeki değişiklikler, femur boyun şaft açısı ve değişiklikleri kontrol ve takip edildi.

Tartışma

Biz şu olgularda MAOR 'u endike kabul ettik.

1. GAA kapalı redüksiyon denemelerimizin başarsız olduğu olgular

2. GAA kapalı redüksiyon denemelerimizin başarılı olduğu fakat redüksiyonun devamlılığının çeşitli nedenlerle sağlanamadığı olgular (yumuşak dokunun eklem içi interpozisyonu, anteromedial yapıların gerginliği, kalçanın redüksiyonunun devam etmesinde önemli olduğuna inandığımız emniyet açıklarının dar olduğu olgular vs.).

Bu girişimin bizce kabul gören özellikleri şunlardır. Teknik basittir. Minimal yumuşak doku disseksiyonunu gerektirir. İliak kreste proksimal femur büyüme plağına zarar vermez. Minimal kan kaybı ile gerçekleştirilebilir. Peroperatuar olarak kalça eklemine ekspozisyonu kolaydır. Abduksiyon kısıtlılığı tespit ettiğimiz olgularda adduktor tenotomi yaptık. Zorlu abduksiyon ile femur başı kanlanmasının olumsuz yönde etkilendiği daha önce ispatlanmıştır (11, 12, 13).

Tüm hastalarımızda peroperatuar olarak iliopsoas tendonunu, disloke kalçaların redüksiyonunu engelleyen bir yapı olarak bulduk. Daha önce iliopsoas tendonunun redüksiyonu nasıl engellediği tanımlanmıştır (10, 12). Bunun yanı sıra bir çok olgumuzda ligamentum terese, kalınlaşmış, uzamış ve deforme olarak bulduk ve keserek uzaklaştırdık. Bu yapının eksizyonunun avasküler nekroz ile herhangi bir ilişkisi yoktur (22). Tüm vakalarımızda asetabulum girişini

daraltan transvers ligamenti kestik. Tüm olgularımızda asetabulumun içindeki fibrotik dokular ve yağ dokusu temizlendi. Bunun ne kadar gerekli olduğunu bilmiyoruz. Bize göre redüksiyona mekanik bir engel oluşturmaktadır. Konsantrik redüksiyondan sonra bu yağ ve bağ dokusunun atrofiye uğrayacağını bildiren görüşler vardır (13, 15).

Ludloff, Mau ve ark., Ferguson, Leveuf ve Scaglietti, Calandriello'nun tümünün ortak kanısına göre anteromedial kapsül tek başına veya iliopsoas tendonu ile beraber obstruksiyon oluşturur (22). Bizde tüm olgularımızda peroperatuar olarak bunu izledik. Postop. alçı tespitinde Weinstein, Ponseti ve Tümer'in uyguladığı 90°-110° flex ve 40°-60° abduksiyonda alçılama tercih ettik (Human pozisyonu).

Bir kez redüksiyon elde edildikten sonra asetabulumun devamlı gelişme potansiyeli vardır (16). Bizim olgularımızda da bu gözlenmiş, başlangıçta preparatuar Al ortalaması 37.7° iken son kontrollerimizde 21.2° olarak bulunmuştur. Son kontrollerimizde 10 kalça displazik olarak bulunmuş ve 4'üne çatı ameliyatı planlanmış ve diğer 6'sı takibe alınmıştır. Asetabulumların gelişimleri, devamlılığı sağlanan redüksiyonun kalitesi Severin radyolojik kriterlerine göre değerlendirildi ve 12 kalça Grade I (%42.8), 6 kalça Grade II (%21.4), 7 kalça Grade III (%25) ve 3 kalça ise Grade IV (%10.7) olarak sınıflandırıldı.

Serimizde avasküler nekroz komplikasyonu ile karşılaşmadık. Literatür incelendiğinde MAOR yöntemi ile tedavi edilen GKÇ li çocuklarda bu komplikasyonun görülme sıklığı %0 ile %67 arasında değişmektedir (6, 8, 14, 20). Yöntemde enfeksiyon sıklığı %0 olarak bildirilmektedir. Serimizde biz de rastlamadık.

4 çocuğun 5 kalçasında (%14.2) postoperatif dönemde sublüksasyon oluştu. Bunlardan ilki bilateral GKÇ olan ve her kalçası 8 aylık iken Mayıs 1986'da aynı seansta bilateral MAOR ile açık redüksiyon gerçekleştirilen olgunun sol kalçasının sublüksasyon kalması sonucu Mart 1987'de sol kalçasına Salter innominate osteotomisi yapıldı. İkinci olgu 19 aylık bilateral GKÇ olan bir kız çocuğu idi. Mayıs 1988'de bilateral MAOR yöntemi ile opere olan bu çocukta operasyondan sonra sol kalçasında sublüksasyonu devam etti. Aralık 1988'de sublüksasyonu devam eden sol kalçasına Salter innominate osteotomisi yapıldı. Üçüncü çocuk gene bilateral GKÇ olan 14 aylık bir kız çocuğu idi. 14 aylıkken Eylül 1989'da aynı seansta bilateral MAOR ile tedavi edilen olgu redüksiyonun sağlanamaması sonucu 25 gün sonra kalçasına anterior açık redüksiyon, sol kalçasına ise Kasım 1990 tarihinde Salter innominate osteotomisi yapıldı. 4. ve son çocuk ise bilateral GKÇ olan ve 17 aylıkken sağ kalçasına Ağustos 1980'de MAOR uygulanan kız çocuğudur. Sublüksasyonun devam etmesi üzerine 18 aylıkken Salter innominate osteotomisi yapıldı. Böylece ek cerrahiye giden kalça sayısı 5'dir (%17.8). 4 olguyuda ek cerrahi işlem planlanmıştır. Literatürde ise bu rakam %0 ile %54 arasında değişmektedir. Bizim serimizdeki %17.8 rakamı bizce diğer serilerle karşılaştırılması yapıldığında bizi yanlış yönlendirecek bir yüzdendir. Çürkü realist olunup yorumlanıp ise; bizim hizmet verdiğimiz hasta grubunun sosyo-ekonomik ve

kültürel yapısı diğer seriler arasında anlamlı fark olmadığına inanıyoruz. Bizim serimizdeki olgularda gerekli olan ek cerrahi girişimler gerçekleştirildiğinde bizim rakamlarımızın çok daha yüksek olacağına inanıyoruz.

Bizim serimizin bu dikkat çekici özelliğini fark ettiğimizde sebebini araştırdık ve şu sonuca vardık. Hastalarımızda gereken ek cerrahi girişim yüzdesi 4 hastanın 5 kalçasında (%17.8) idi. Fakat kontrollerimizde kullandığımız Modifeye McKay kriterlerine göre ise 25 kalçayı (%89.2) çok iyi ve 3 kalçada ise (%10.7) iyi olarak yorumlandı. Zaten hasta ve hasta yakını full hareket kabiliyetine sahip olan, ağrısız olan kalçasını hasta olarak kabu etmemekte ve bizim radyolojik olarak femur başını örtmeyen asetabulumun yetersiz gelişimi, displazik kalışı veya sublukse ilişkisinden bahsederek, hastaya hem de ortalama 5 yıl sonra ek bir çati ameliyatı önerdiğimizde hasta sahibi bunu şüphe ile karşılamaktadır, revizyon ameliyatına şüphe içinde ve tedirgin olarak yaklaşmaktadır. Tüm bunların ışığında şu sonuca vardık. Bizim klinik olarak kullandığımız skalalar ile radyolojik olarak kullandığımız skalalar arasında pratik olarak hiç bir korelasyon yoktur. Hatta paradoks sonuçlara ulaşılabilir. Hastanın Grade III olarak yorumlanan ek cerrahi işlem olarak bir çati ameliyatı gerektiren fakat, ağrısız, trendelenburg (-) olan 15° üzerinde iç rotasyonu olan kalçası çok iyi olarak yorumlanabilir.

Biz 7 ay 19 ay arası GKÇ'li çocuklarda MAOR yöntemini kullandık. Üst yaş sınırı olarak 24 ay yaygın kabul gören yaş sınırıdır fakat Weinstein ve Ponseti üst yaş sınırı olarak 14-15 ayı kabul etmekte ve önermektedir (22). Yöntemi heskes gibi biz de basit, kolay ve efektif bulduk. Bizim aynı görüşte olmadığımız konu yöntemin sonuçlarına ait varılan yaygın kanılardır. Geç olmasada 5 yıllık takiplerimiz göstermiştir ki, lateralizasyon ve subluksasyon yöntemin sık karşılanan bir komplikasyonudur. Gerçi, Machacek ve Zalzer 1977, Roose ve ark.1979 bunun tamamen pelvipedal alçıdan sonra karşılaşılan ve genel eklem laksitesinin bir sonucu olduğunu ve hem displazik hem de normal gelişmiş kalçalarda meydana gelebileceğini, yaşın ilerlemesi ile ortadan kalkacağını öne sürselerde, biz bu görüşe katılmıyoruz.

Biz bu araştırmanın başında kliniğimizde bir dönem uygulanan ve sürekli olarak takipleri yapılamamış olan MAOR yöntemi ile tedavi edilen GKÇ 'li çocukların son kontrollerini yapmayı amaçlamıştık. Kontrollerimizde ek cerrahiye gerek duyan 4, aday olan 6 olmak üzere toplam 10 displazik kalça ile karşılaştık. Bu gelişimsel kalça çıkıklarının son bir kaç yıldır ortopedik cerrahlar tarafından irdelenen, patolojinin dinamik olduğu ve tedavi edilen kalçanın prognozunun iyi veya kötü olduğuna ancak adult dönemde karar verilebileceğinin kanıtıdır. Bizce MAOR yöntemi, özellikle, yüksek oranlarda aseptik nekroza neden olan GAAkapalı redüksiyon + alçı yönteminin iyi bir alternatiftir. GAA ile nazik olarak redükte edilemeyen veya redüksiyonunun devamlılığının sağlanması için gerekli olan güvenlik sınırlarının yetersiz olduğu hastalarda 6 ay üzerinde ve Asetabular İndeks değerleri çok yüksek olmadığı zaman 15 aya kadar kullanılabilir. 15 ayın üzerinde ise AI değerleri yüksek

ve çocuğun kemik gelişimi yeterli ise açık redüksiyon ve asetabulumaya yönelik bir tavan ameliyatını planlamak daha doğru olacaktır.

Kaynaklar

1. Barlow, T.G.:Early Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation of the Hip. J. Bone and Joint Surg. 44-B: 292-301, May 1962
2. Biçimoğlu, A., Öztürk, İ.: Medial girişimle Doğuştan Kalça Çıkığı Tedavisi Acta Orthop. Traum. Turc. 21,8-11, 1987.
3. Diepstraten Ad F.M.: Open reduction of CDH Advantages of the Ferguson Medial Approach. Acta Orthop. Scand. 1985;56:32-35.
4. Erenoğlu, M., Dülgeroğlu, A.M.: Doğuştan kalça Çıkığında Medial Girişimle Açık Redüksiyon Sonuçları. Ulusal Ortopedi Kitabı; 5:675-679, 1991.
5. Ferguson, A.B.: Primary Open Redction of Congenital Dislocation of the Hip Using a Median Adductor Approach. JBJS 55-A, 671-689, 1973.
6. Gage, J.R. and Winter, R.B.: Avascular Necrosis of the Capital Femoral Epiphysis as a Complication of Closed Reduction of Congenital Dislocation of the Hip. A Critical Revuew of Twenty Years Experience at Fillette Children's Hospital. JBJS, 54-A:373-388, March 1972.
7. Leveuf, Jacques: Results of Open Reduction of "True" Congenital Luxation of the hip. JBJS, 30-A: 875-882, Oct. 1948.
8. Lindstrom, J.R., Ponseti, I.V. and Wegner, D.R.: Actabular Development after Reduction in Congenital Dislocation of the Hip. JBJS, 61-A: 112-118, Jan 1979.
9. Massie, W.K.: Vascular Epiphyseal Changes in Congenital Dislocation of the Hip. Results in adults Compared with Results in Coxa Plana and in Congenital Dislocation without Vascular Changes. JBJS, 33-A: 284-306. April 1951.
10. Mau, H., Dorr, W.M., Henkel, L. and Lutsche, J.: Open Reduction of Congenital Dislocation of the Hip by Ludloff's Method. JBJS, 53-A: 1281-1288. Oct. 1971.
11. Nicholson, J.T., Kopell, H.P. and Mattei, F.A.: Regional Stress Angiography of the Hip. A Preliminary Report. JBJS, 36-A: 503-510, June 1954.
12. Ogden, J.A.: Changing Patterns of Proximal Femoral Vascularity. JBJS, 56-A: 941-950, July 1974.
13. Ponseti, I.V.: Non-Surgical Treatment of Congenital Dislocation of the Hip. JBJS, 48-A: 1392-1403, Oct. 1966.
14. Scaglietti, O. and Calandriello, B.: Open Reduction of Congenital Dislocation of the Hip. JBJS, 44-B: 257-283, May 1962.
15. Severin, E.: Congenital Dislocation of the Hip. Developmental of the Joint after Closed Reduction. JBJS, 32-A: 507-518, July 1950.
16. Smith, W.S., Coleman, C.R., Olix, M. and Slager, R.F.: Etiology of Congenital Dislocation of the Hip. An Experimental approach to the Problem Using Young Dogs. JBJS, 45-A: 491-500, april 1963.
17. Tachdjian, M.O.: Congenital Dislocation of the Hip. Pediatric Orthopedics Vol:1, 364-378. W.b. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1990.
18. Tümer, Y.: DKÇ'nin Medial Girişimle Yapılan Açık Redüksiyonunun Tedavisi Ankara Numune Hastanesi Sakatlar Yılı Doğuştan Kalça Çıkığı Kurs Notları S:33-40, 1981.
19. VonRosen, Sophus: Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation of the Hip Joint in the New-born. JBJS, 44-B:284-291, May 1962.
20. Weiner, D., Hoyt, W.A., Jr. and O'Dell, H.W.: Congenital Dislocation of the Hip. The Relationship of Premanipulation Traction and Age to Avascular Necrosis of the Femoral Head. JBJS. 59-A:306-311, April 1977.
21. Wilkinson, John, and Carter, Cedric: Congenital Dislocation of the Hip. The Reslts of Conservative Treatment. JBJS, 42-B: 669-688, Nov. 1960.
22. Weinstein, S.L.: Congenital Dislocation of the Hip. Open Reduction Through a Medial Approach. JBJS, 61-A: 119-124, Jan. 1979.

Yazışma adresi:

Op. Dr. Gazi Zorer

SSK İstanbul Hastanesi

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Samatya, İstanbul