



Çocukta tekrarlayan travmatik kalça çıkığı: Olgu sunumu

Recurrent traumatic hip dislocation in a child

Hasan Hilmi MURATLI, ¹ Celalettin DAĞLI, ¹ Ali BİÇİMOĞLU, ¹ Abdullah Yalçın TABAK ²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği; ²5. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Çocukluk çağında, tekrarlayan travmatik kalça çıkığı ile çok nadir olarak karşılaşmaktadır. Bu yazıda konservatif yöntemle tedavi edilen bir hastanın klinik ve radyolojik sonuçları sunuldu. Son kontrolünde altı yaşında olan kız çocuğuna, ilk kez iki yaşında sağ posterior travmatik kalça çıkığı tanısı ile kapalı redüksiyon ve pelvipedal alçılama uygulandı. Hasta dört yaşındayken hafif bir travma ile sağ kalçadaki çıkıkta nüks görüldü. Hastaya tekrar kapalı redüksiyon ve takiben üç hafta süreyle pelvipedal alçılama uygulandı; ardından üç hafta süreyle yük verme kısıtlandı. Hastanın izlemi sırasında gözlenen kalça eklem kapsülü posteriorunda gevşekliliği düşündürülen karşı tarafa göre artmış iç rotasyon hareket genişliğinin son kontrolde kaybolduğu gözlemlendi. Ayrıca, manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan değerlendirmede avasküler nekroz gelişmediği görüldü. Hastanın klinik muayene bulguları normaldi ve herhangi bir şikayeti yoktu. Dikkat çekici nokta hastanın ailesinde birçok bireyde gelişimsel kalça displazisi olmasıydı.

Anahtar sözcükler: Çocuk; kalça çıkığı/tedavi/komplikasyon.

Recurrent traumatic hip dislocation is rarely seen in childhood. We presented a case of traumatic hip dislocation which was treated by conservative methods. A two-year-old girl was treated with closed reduction and a hip spica cast for posterior traumatic dislocation in the right hip. Two years later, a recurrent dislocation occurred following a minor trauma on the same side. She was again treated with closed reduction and immobilization with a hip spica cast for three weeks followed by a three-week load bearing restriction. Early follow-up examinations showed an increased internal rotation of the hip compared to the left side, suggesting increased posterior capsular laxity. It then disappeared on her final follow-up at age six and magnetic resonance imaging showed no evidence for avascular necrosis or capsular laxity. She was asymptomatic and her physical examination was within normal limits. Of note, several members in her family had developmental dysplasia of the hip.

Key words: Child; hip dislocation/therapy/complications.

Travmatik kalça çıkığı çocuklarda nadir rastlanan bir patolojidir; bu çıkıkların sadece %5'inin 14 yaşın altında görüldüğü bildirilmiştir.^[1,2] Çocuklarda, prognoz, oluş mekanizması ve yaralanmanın şiddeti bakımından yetişkin çıkıklarından farklılıklar göstermektedir. Bu çıkıkların nüksü erişkinlere göre daha sık görülse de, literatürde çok nadir olarak olgu sunumları şeklinde yer almıştır.

Travmatik kalça çıkıkları çocuklarda 10 yaşın altında genellikle düşük enerjili, küçük travmalar sonrası gelişirken, 10 yaşın üzerinde daha büyük enerji-

li trafik kazaları veya temaslı spor aktiviteleri sonrası oluşmaktadır.^[3] Daha çok erkeklerde görülmesine rağmen (%66-78), beş yaşın altındaki çocuklarda kızlarda daha fazla karşılaşıldığını bildiren çalışmalar da vardır.^[3]

Yetişkinlerde olduğu gibi, posterior çıkıklar anteriorde oluşarlardan 5-10 kat fazla görülmektedir. Nadir bir durum da, femur başının inferiora disloke olarak *luxatio erecta femoris* oluşmasıdır. Yetişkinlerle karşılaştırıldığında, özellikle altı yaşın altındaki çocuklarda çıkığa eşlik eden kırık fazla görülmez. Bu

da yaşa bağlı değişen anatomik özelliklerden veya travmanın şiddetinden kaynaklanabilmektedir.^[4]

Bu yazıda, travmatik kalça çıkığı nüksü gelişen ve ailesinde gelişimsel kalça çıkığı saptanan bir kız çocuğu sunuldu.

Olgu sunumu

İki yaşında kız çocuğu, yüksekten düşme sonrası sağ kalçasında ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile acil servise getirildi. Fizik muayenesinde sağ alt ekstremitede kısalık, sağ kalçada fleksiyon, adduksiyon ve iç rotasyon deformitesi vardı. Dolaşım sistemi ve nörolojik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın radyografik değerlendirmesinde posterior travmatik kalça çıkığı saptandı (Şekil 1a). Yaralanmadan iki saat sonra sedasyon altında Bigelow manevrasıyla kapalı redüksiyon uygulanan hastanın redüksiyon sonrası radyografilerinde konsantrik redüksiyon gözlendi. İki kalçanın da eklem aralıkları eşit uzaklıkta idi (Şekil 1b). Sağda tüm alt ekstremitayı, solda sadece kalçayı içine alan pelvipedal alçı uygulandı. Ancak, alçının redüksiyon sonrası ikinci gün ailesi tarafından çıkartıldığı, yürümesine izin verildiği ve alçı çıkarılmasını takiben ağrı, topallama ve hareket kısıtlılığının olmadığı öğrenildi. Hasta daha sonraki kontrollere getirilmedi.

İki yıl sonra, yolda yürürken basit düşme sonrası sağ kalçada ağrı ve hareket kısıtlılığının tekrar gelişmesi üzerine hasta acil servise tekrar getirildi. Fizik muayene sonrası çekilen radyografilerde sağ posteri-

or travmatik kalça çıkığında nüks oluşumu saptandı (Şekil 2a). Travma sonrası iki saat içinde sedasyon altında kalça tekrar kapalı olarak redükte edildi ve redüksiyon sonrası çekilen grafide konsantrik redüksiyonun sağlandığı ve kalça eklem aralıklarında asimetri olmadığı görüldü (Şekil 2b). Hastaya tekrar pelvipedal alçılama uygulandı. Üç hafta sonra alçı çıkarıldı ve hasta üç hafta süreyle, çıkık gözlenen tarafa yük verilmeden koltuk değnekleri ile yürütüldü. Çıkığın nüksü nedeniyle aileyle görüşülerek genel anestezi altında konvansiyonel artrografi uygulanması düşünüldü; ancak ailenin izni alınamadı.

Redüksiyon sonrası üçüncü ayda yapılan fizik muayenede, sağ kalçada posterior kapsüleri laksiteyi düşündürecek şekilde 90 derece iç rotasyon hareketi gözlendi. İki kalça arasında da 45 derecelik iç rotasyon farkı vardı (Şekil 3). Daha sonra herhangi bir semptom olmayan hastanın beş yaşında yapılan kalça manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde avasküler nekroz, kapsüleri uzama, osteokondral lezyon, yumuşak doku interpozisyonu, labrum ayrılması ya da yırtığını düşündürecek patolojik bulguya rastlanmadı.

Son çıkıktan iki yıl altı ay sonra, hasta altı yaşında iken yapılan fizik muayenesinde sağ kalçadaki aşırı iç rotasyon hareketinin ve iki kalça arasındaki iç rotasyon farkının kaybolduğu gözlendi ve herhangi bir semptom görülmedi (Şekil 4a, b). Fizik muayenede hiperlaksisiteyi düşündürecek bir bulgu saptanmadı. Hastanın soygeçmişinde annesinde, an-



Şekil 1. (a) Hastanın iki yaşında çekilen ön-arka radyografisinde sağ kalçadaki travmatik çıkık görülmüyor. (b) İlk çıkık oluşumunda redüksiyon sonrası çekilen ön-arka pelvis radyografisi.



Şekil 2. (a) Hastanın dört yaşında tekrarlayan travmatik sağ kalça çıkığını gösteren ön-arka radyografisi. (b) İkinci çıkığın redüksiyonundan sonraki ön-arka pelvis radyografisi.

neannesinde, beş teyzesinde ve anneannesinin kardeşinde iki taraflı gelişimsel kalça displazisi olduğu öğrenildi. Annesinde gelişimsel kalça displazisi olduğu radyografik olarak onaylandı.

Tartışma

Kalça eklemi, kemik ve yumuşak doku desteğinin özellikleri nedeniyle omuz eklemi gibi nüks oluşumu görülen çıkıkların sık gözleendiği bir eklemlerle karşılaştırılmayacak ölçüde stabil bir eklemdir. Bu nedenle çıkık nüksü nadir görülmektedir. Çocuklarda kalça çıkıklarında nüks oluşumu ile ilgili yayımlar olgu sunumu şeklindedir ve son derece nadirdir.^[3-5]

Çocuklarda travmatik kalça çıkıkları sonrası oluşabilecek komplikasyonlar, avasküler nekroz, trav-

matik artrit, heterotopik ossifikasyon, siyatik sinir paralizisi, cokska magna, prematür epifizyal füzyon ve nüksür.^[5-7]

Avasküler nekroz gelişiminde en önemli faktörler, redüksiyona kadar geçen sürenin 24 saati geçmesi, altı yaşın üstündeki çocuklarda şiddetli travma ve kırığın da eşlik etmesi durumudur. Avasküler nekrozun %58'e kadar varan oranlarda gelişebileceği bil-



Şekil 3. Tekrarlayan çıkığın redüksiyonundan iki ay sonra çekilmiş resimde sağ kalçanın 90 dereceye kadar iç rotasyon yapabildiği gözleniyor.



Şekil 4. Altı yaşında (a) sırtüstü ve (b) yüzüstü pozisyonlarda çekilmiş resimlerde iki kalçanın da iç rotasyonları arasında fark bulunmadığı gözleniyor.

dirilmiştir. Avasküler nekrozun çoğu kez ilk üç yıl içinde gelişebileceği ifade edilse de, bu çocukların olgunlaşmaya kadar izlenmesi gerektiği kabul edilmektedir.^[5,6] Nörolojik hasarlanmanın daha çok siyatik siniri etkileyen nöropraksi şeklinde olduğu, genellikle kendiliğinden iyileştiği ve %20 oranında görüldüğü bildirilmiştir.^[5-7]

Çocuklardaki travmatik kalça çıkıkları redükte edildikten sonra yeniden oluşabilecek akut çıkıklar gözden kaçırılmamalıdır. Bu nedenle, çok iyi kalitede radyografi çekilmesi ve redüksiyondan emin olunamıyorsa bilgisayarlı tomografi değerlendirmesi önerilmektedir. Yeniden oluşan akut çıkıkların en önemli nedeni yumuşak doku interpozisyonu ya da osteokondral fragmanlardır.^[5]

Ahmadi ve Harkess'e^[8] göre, çocuklarda tekrarlayan kalça çıkıkları, travma sonrası oluşan nüksler, ligamentöz laksite veya paralitık hastalıklara eşlik eden istemli çıkıklar ya da habitüel çıkıklar şeklinde olabilir. Son iki tipte ağrı yoktur; manipülasyonla redüksiyona gerek duyulmadan çocuklar kalçalarını kendileri redükte ederler. Nüks eden çıkıklarda kapsüller plikasyon ya da kemik blokları tarzında ameliyatların, istemli çıkıklarda innominat osteotomilerin kullanılabilmesi; habitüel çıkıklarda ise çoğu kez psikolojik sorunların olduğu ve cerrahi tamire gerek olmadığı bildirilmiştir.^[8]

Çocuklarda travmatik kalça çıkıklarından sonra nüksün nedenleri konusunda birçok görüş ileri sürülse de, yayınlanan olgu sayıları çok az olduğundan kesin bir yargıya varmak zordur. Sekiz yaş ve altındaki hastalarda daha sık nüks görülmektedir. İlk redüksiyon sonrasında uygulanan immobilizasyon süresinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu sürenin kısa tutulduğu veya ilk redüksiyonun gecikmesi durumunda kapsüller yapıların uygun şekilde iyileşemediği ileri sürülmüştür. Ancak, yayınlanan çalışmalarda immobilizasyon şekli ve süresi değişken olduğundan böyle bir karara varmak güçtür. Nüks nedeniyle ameliyat edilen hastalarda posterior kapsülde evaginasyon, kıvrılma veya labrum sağlam olacak şekilde posterior kapsülün asetabulum kenarından ayrıldığı gözlenmiştir. Kapsülde yırtılmanın yanı sıra uzama ya da plastik deformasyon görülebilir. Kova sapı yırtığına benzer şekilde labral yırtık, femur başında ve asetabulumda kondral lezyonlar, asetabulum dudak kırıkları görülebilmektedir.^[9]

Çocuklarda kalça çıkıklarının nüksünden yumuşak dokuların sorumlu olduğu düşünülmektedir. Kalça çıkığı redüksiyonundan sonra konsantrik redüksiyon elde edilmişse, 10 yaşından küçük çocuklarda pelvipedal alçı ile immobilizasyon veya cilt traksiyonu ve ardından pelvipedal alçılama; 10 yaşın üzerinde ise iskelet traksiyonu ile takip önerilmiştir. Genellikle, üç hafta immobilizasyondan sonra, üç hafta daha ağırlık vermeden yürümeye izin verilmesi önerilmiştir.^[4,5,9]

Nüks oluşan olgularda cerrahi veya konservatif tedavilerle başarılı sonuçların alınabildiği bildirilmiştir. Ancak, nükse neden olan patolojinin iyi tanımlanması önemlidir. Kapsülün zayıfladığı bir olgu ile katlanmanın veya labral ya da kapsüller bir yırtık gelişen olguda aynı yaklaşımın uygulanması doğru olmayacaktır. Bu patolojiyi en iyi şekilde tanımlamak için artrografi veya artrotomografi çekilmesi gerekir. Nüks oluşumunda sadece kapalı redüksiyon ve immobilizasyon uygulayan yazarlar olduğu gibi, kapalı redüksiyondan sonra artrografi çekildiğinde kapsülde veya labrumda patoloji saptanması durumunda cerrahi girişimle kapsüller plikasyon ve labrum tamirini öneren yazarlar da vardır.^[5,8,9]

Çıkıkta nüks olmasına rağmen, aile tarafından kabul edilmediği için hastamızda artrografi veya artrotomografi uygulayamadık. Ancak, son çıkıktan iki yıl altı ay sonraki kontrol muayenesinde, daha önce bulunan ve posterior kapsüller patolojiyi düşündüren kalçadaki aşırı iç rotasyon laksitesinin kaybolduğunu, semptom olmadığını, avasküler nekrozu düşündürecek bir bulgu gelişmediğini gördük.

Literatürde yer alan çocuk travmatik kalça çıkıklarına ait bildirilerde, aile bireyleri içinde doğuştan kalça displazisi bulunmasına ait bir bilgiye rastlamadık.

Sonuç olarak, travmatik kalça çıkığında nüks oluşumu, 7-8 yaş altındaki çocuklarda genellikle travmatik kalça çıkığının bir komplikasyonudur. Bu komplikasyon uygun olmayan tedavi ve kısa tutulan immobilizasyon süresi sonucu görülebileceği gibi, bunların söz konusu olmadığı durumlarda da gelişebilir. İkinci kez oluşan çıkıklarda tekrar kapalı redüksiyon ve immobilizasyonla takip yapılabilir de, ileri incelemeyle yumuşak doku ve kemik patolojisi araştırmak ve tedavinin saptanan patolojiye göre planlanması gerekir. Üçüncü ve daha fazla sa-

yıda tekrarlayan çıkıklarda, altta yatan predispozan faktörlerin tedavisine yönelinmelidir.

Kaynaklar

1. Hougaard K, Thomsen PB. Traumatic hip dislocation in children. Follow up of 13 cases. *Orthopedics* 1989;12:375-8.
2. Rieger H, Pennig D, Klein W, Grunert J. Traumatic dislocation of the hip in young children. *Arch Orthop Trauma Surg* 1991;110:114-7.
3. Pearson DE, Mann RJ. Traumatic hip dislocation in children. *Clin Orthop* 1973;(92):189-94.
4. Salisbury RD, Eastwood DM. Traumatic dislocation of the hip in children. *Clin Orthop* 2000;(377):106-11.
5. Wilchinsky ME, Pappas AM. Unusual complications in traumatic dislocation of the hip in children. *J Pediatr Orthop* 1985; 5:534-9.
6. Sahin V, Karakas ES, Turk CY. Bilateral traumatic hip dislocation in a child: a case report and review of the literature. *J Trauma* 1999;46:500-4.
7. Engelbrecht PR, Grabe RP. Traumatic dislocation of the hip in children. A report of 4 cases. *S Afr J Surg* 1992;30: 175-7.
8. Ahmadi B, Harkess JW. Habitual dislocation of the hip. A new, simple classification and report of a case. *Clin Orthop* 1983;(175):209-12.
9. Lieberman JR, Altchek DW, Salvati EA. Recurrent dislocation of a hip with a labral lesion: treatment with a modified Bankart-type repair. Case report. *J Bone Joint Surg [Am]* 1993; 75:1524-7.