

# Yaş Ortalaması 7 Olan, İhmal Edilmiş Doğuştan Kalça Çıkıklı Bir Grup Hastamızda Cerrahi Tedavi ve Geç Sonuçlarının Araştırılması

Dr. Ayhan ARITAMUR \*  
Dr. İ. Metin TÜRKMEN \*\*  
Dr. Ünsal DOMANIÇ \*\*  
Dr. Azmi HAMZAOĞLU \*\*\*  
Dr. Mehmet S. ÇETİNOĞLU \*\*x

## Ö Z E T

Bu çalışmada, ileri yaşa kadar tedavi görmemiş doğuştan kalça çıkıklı hastalara uyguladığımız cerrahi tedavi ve bunların geç sonuçları üzerinde durulmuş, elde ettiğimiz sonuçların memleketimiz şartlarına göre tatminkâr oldukları belirtilmiştir.

## G İ R İ Ş :

Doğuştan kalça çıkığının cerrahi tedavisi, memleketimiz şartlarında değişik özellik gösterir. Batı ülkelerinde, konservatif tedavinin tamamlayıcısı olarak endikasyon bulan bu tarz tedavi, bugün bizde, ileri yaşta olan büyük bir hasta uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerimizin henüz tam anlamıyla teşkilatlanmamış olması yanında, toplumumuzun kültürü de doğuştan kalça çıkığının erken masına zemin hazırlamaktadır. Bu özellikler, vakaları, yürüme çağı sonrasında kendiliğinden geç teşhise götürmekte ve ihmal edilmiş olan bu kalçaların tedavileri gündeme gelmektedir.

\* İ. Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında Prof. Dr.

\*\* İ. Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında Uz. Araş. Gör. Dr.

\*\*\* İ. Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında Uz. Öğr.As. Dr.

Marchetti, açık  
lamıştır (15):

- 1 — Atravmatik manüpülasyonla uygun redüksiyonun elde edilemediği vakalar,
- 2 — İleri yaşa kadar tedavi edilmemiş olan vakalar,
- 3 — Çok ciddi vakalar,
- 4 — Kapalı kalça tedavisinden sonra, yeniden disloke olan vakalar.

Yukarıda da belirttiğimiz gibi memleketimizde, rada incelediğimiz tedavi grubumuzda ikinci grup önem kazanmaktadır.

Erken tanı konulan ve tedavi edilen hastaların önerilen tedavilere direnç gösterme çağının çok sonrasına kadar tedavisiz kalabilmekte ve sekel halini alabilmektedirler. Nitekim çalışmamız içinde Bu tip hastaların yanında, tabii yetersiz cevap alınabilen veya ambulasyonlarından sonra ilerleyici sublüksasyon gösteren vakalar da, cerrahi tedaviyi gerektirmektedirler.

Onsekiz ay ve daha ileri yaş guruplarına, kalçanın konsantrik redüksiyonunun sağlanması, displazi ve sublüksasyonun önlenmesi ve redüksiyon stabilitesinin temini reklliliği artık bugün için kabul edilen bir fikir haline gelmiştir (1, 4, 8, 15).

Yukarıda da belirttiğimiz gibi, Batı ülkelerinde genellikle konservatif tedavinin tamamlayıcısı olarak uygulanan cerrahi redüksiyonunun, bizde hâlâ büyük bir hasta gurubuna ilk tedavi olarak uygulanabilir olması, bizi bu çalışmayı yapmağa ve hastalarımızı gözden geçirmeğe teşvik

#### MATERYAL - METOD :

Bu çalışmamıza, İ. Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda ve kendi servisimizde ameliyat ettiğimiz hastalarımızdan, geç kontrollerini yapmak imkânı bulduğumuz bir bölümünü dahil ettik. 1977-1983 yılları arasında açık kalça redüksiyonu uyguladığımız ileri yaş grubundaki hastalarımızın adreslerine tebligat yapı-



arak kliniğimize kontrole çağrılmışlar ve bu çağrıya cevap veren 34 hastamızın

Sadece 1 tanesi erkek olan bu gruptaki hastalarımızın hiç birinde, kalça bundaki yaş ortalaması 6,6 olarak tesbit edildi.

Çıkiğın lokalizasyonu, 13 kalçada sağı (% 38.23), 12 kalçada (% 35.30) ve 9 kalçada bilateral (% 26.47) idi. 3 vakanın 7 tanesi daha önce konservatif kalça çı kalçaları istenilen düzeyde iyileşmemiş olduğı için, cerrahi tedavi altına alınmışlardı.

Daha önce hiç tedavi görmemiş olan 27 vakanın ailelerine bu gecikmenin sebebi sorulduğunda, 7 tanesinin ailesi, yaşın ilerlemesi ile hastalığın geçeceğini sandıkları, diğerleri ise ekonomik durumları nedeniyle tedavi olmadı. 34 vakanın cerrahi girişim uygulanan 36 kalçası esas olarak

ameliyattır. Kalçaların ameliyattan gözden geçirildiğinde, 30 kalçanın tamamen lükse durumda olduğı (% 83,33), 4 kalçanın sublükse durumda olduğı (% 11.1) ve 2 kalçanın da yerinde fakat tavanlarının yetersiz olduğı (% 5.5) görülmüştür.

Dört hasta, ameliyat oldukları çağa nazaran daha erken yaşta kalça çıkığı yönünden teşhis edilmiş olmalarına rağmen, ailelerinin tedaviyi kabul etmemeleri üzerine gecikmiş olarak karşımıza gelmişlerdir (% 11.76).

İki vakamız da daha önce alçılı konservatif tedavi görmüş, ancak elde edilen sonucun tatminkâr olmaması üzerine cerrahi tedavi altına alınmışlardır (% 5.88).

İki vakamız, yapılan ilk cerrahi müdahaleye maruz kalmıştır (% 5.88).

Cerrahi tedavi metodumuz şu sırayla uygulanmıştır:

- 1 — İskelet traksiyonu, gereken vakalarda adduktor tenomiyotomi,
- 2 — Açık kalça redüksüyou,
- 3 — Derotasyon ve gereken vakalarda varizasyon osteotomileri,

#### 4 — Asetabuloplasti ve innominant osteotomiler.

Yüksekte olan çıkık kalçayı asetabulum seviyesine indirmek amacıyla 30 kalçada ortalama üç hafta süre ile femoral bölgesinden operasyonlar sırasında yatakların ayak uçları yükseltilerek ters traksiyon sağlandı ve hastalara traksiyon yeleği giydirildi. 36 kalçanın 29 tanesine (% 85.29) açık adduktor tenomiyotimi uygulandı. İskelet traksiyonunun ani yapılması halinde, retinakuler ile dolaşım bozukluğu meydana gelebileceği ihtimaline karşı, traksiyona az kilodan başlayarak çok kiloya doğru arttırıldı. Uygulanan maksimum ağırlık 10 kg'na kadar artırıldı. 36 kalçanın 29 tanesine (% 85.29) açık adduktor tenomiyotomi uygulandı. İskelet trak-aralıklı film kontrolleri yapıldı. İskelet traksiyonu sırasında hiç bir vakada, enfeksiyon, distal femur epifizi hasarı vb. komplikasyon görülmedi.

36 kalçaya uyguladığımız ameliyat çeşitleri Tablo: 1'de görüldüğü gibidir.

Bütün cerrahi girişimlerde anterior iliofemoral ensizyon kullanıldı. Ameliyatlar sırasında femur başının femur başının redüksiyonuna engel olan en önemli yapı olan iliopsoas adalesi yer değiştirilmesi ile kapsülün ön yüzünde yer alan iliopsoas adalesi görüldü. Yüksek olan çıkıkların hepsinde kapsül kum saati özelliğini almıştı ve asetabulum ağzını daraltmakta idi. Cerrahi girişimlerimiz sırasında, sırasıyla, ligamentum teres'in ekstirpasyonu, pulvinar temizliği, transvers ligamanın eksizyonu ve hipertrofik kapsül kısımlarının ve limbusun eksizyonu uygulandı ve çoğu kez iliopsoas adalesi kesilmek zorunda kalındı. Kalçanın redüksiyonundan sonra nötral rotasyonda ve abduksiyonda yapılan stabilite kontrolleri ile femoral osteotomi veya asetabuloplasti ameliyatlarına karar verildi.

Her kalçanın anteverسیون durumu, ameliyat öncesinde nötral durumda çekilen radyografilerle incelendi. Ameliyat öncesi değerlendirmeler sırasında 7 kalçada anteverسیونun çok az olduğu (% 19.44), 14 kalçada orta derecede olduğu (% 38.89) 15 kalçada ise ciddi bo-yutlarda olduğu (% 41.67) görüldü. Bu kalçalarda derotasyon osteotomisinin yapılıp yapılmamasına yine ameliyat sırasındaki stabilizasyon osteotomisi intertrokanterik olarak yapıldı.

Ameliyatlar sırasında operasyon alanlarının stabilizasyonları için Kirschner telleri kullanıldı ve ameliyat sonrasında her vakaya pelvipodalik alçı tatbik edildi. Ameliyatlar son-



rasında alçı süreleri, 21 kalçada 6 hafta (% 58.33), 15 kalça 8 hafta (% 41.67) olarak tutuldu.

Tedavi sürecimiz içerisinde en çok zorluk rehabilitasyonlar sırasında görüldü. Alçıdan çıkarılan her hasta, bizim tarifimiz üzere ve genellikle kendi imkânları

su banyosu içinde aktif ve pasif mafsal egzersizleri uygulatıldı. Kliniğimizin bu yöndeki imkânları son derece sınırlı kalmıştır. Ortalama rehabilitasyon süresi 2,5 ay olarak saptandı ve osteotomi hatları tam olarak kaynayana kadar ve vakaya göre tatminkâr bir kalça hareket açıklığı elde edilene kadar, üzerine yük verilmesine izin verilmedi.

Ameliyat tarihleri ile son kontrol tarihleri arasında geçen süre en az 10 ay, en çok 6 sene olmak üzere ortalama olarak 2.7 sene idi.

Son kontrol muayeneleri sırasında hastalarımız gerek klinik ve gerekse radyoloji olarak

- 2 — Asetabuler indeksin gelişmesi,
- 1 — Kalçaların hareket dereceleri,
- 3 — Kalçalardaki ağrı durumu (hareket)
- 4 — Kalçalarda deformite olup olmadığı,
- 5 — Uylukta atrofi olup olmadığı,
- 6 — Ekstremiteler
- 7 — Femur başının ne durumda olduğu.

Abduksiyon miktarı yönünden yapılan değerlendirmelerde Tablo: III'de görülen sonuçlar elde edildi. En az abduksiyon değerinde olan iki kalçanın yaşları 8

açık redüksüyondan 6 ay sonra, relüksasyon gelişmesi sebebiyle ikinci cerrahi müdahale yapılmış ve açık redüksiyonun yenilenmesinin yanısıra derotasyon ve varizasyon ameliyatları da uygulanmıştı (Resim: I, A, B, C). Diğer kalçaların değerlerinin incelenmesi sonucunda ortalama abduksiyon değeri 47 derece olarak tesbit edildi.

Abduksiyon hareket miktarlarında belirli bir sınırlanma dikkatimizi çekmemiştir.

Geç değerlendirmede elde edilen fleksiyon hareket dereceleri Tablo: IV'de gösterilmiştir. Maksimum fleksiyonu 45 derece olan tek kalça 13 yaşında olan en yaşlı hastamızın kalçasıydı, 51-60 derece

Açık Red.	Açık Red. Derotasyon Varizasyon	Açık Red. Derotasyon Tavan	Tavan	Toplam
11	16	6	3	36
% 30.55	% 44.45	Sadece	% 8.34	% 100

Tablo: I 36 kalçaya uygulanan ameliyatlari dağılımı.

15-20	21-25	26-30	31-35	% 2.78	% 5.55	% 13.89	% 41.67
1	2	5	15	?	6	—	36
% 2.78	% 13.89	% 11.11	% 13.89	% 13.89	19.44	% 16.67	% 100

Tablo: II Ameliyat öncesi grafilerde asetamalar indeks değerlendirmesi.

20	21-30	31-40	41-50	36-40	41-45	46-50	Toplam
2	4	6	9	9	6	—	36
% 5.55	% 11.11	% 16.66	% 25	% 25	% 16.66	—	% 100

Tablo: III Ameliyat sonrası Abduksiyon dereceleri (geç değerlendirme)

41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-110	111-120	140	Top.
1	5	4	5	5	6	5	3	2	36
% 16.67	% 13.89	% 8.33	% 5.55	% 100	51-60	61-70	71-80	—	Toplam

Tablo: IV. Ameliyat sonrası geç değerlendirmede elde edilen hareket dereceleri

15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	Toplam
4	10	14	5	3	36
% 11.11	% 27.78	% 38.89	% 13.89	% 8.33	% 100

Tablo: V. Hastalarımızın son muayenelerinde elde edilen asetabuler indeks dereceleri.



grubunda olan 5 hastanın yaşı 6-8 arasında değişmekte idi ve 8 yaşında olan bu son hastamızın ayrıca abduksiyonu da

20 derecelik ekstansiyon hareket açıklığına hemen her kalçada ulaşıldı.

Rotasyonlarda en kötü neticeyi yine 13 yaşında olan tek hastamızda elde ettik. Her iki yöndeki rotasyon miktarı 20 derecenin üzerine çıkarılmadı.

16 kalça ameliyatlısında 1-3 cm. arasında değişen uyluk atrofisi ve 1-4 cm. arasında değişen ekstremite kısalığı tesbit ettik.

Ameliyat sonrasında yapılan geç değerlendirmede, radyolojik görüntüde önem verdiğimiz hususlar şunlardı:

- 1 — Asetabuler indeks,
- 2 — Femur başının durumu,
- 3 — Kalçanın genel radyolojik değerlendirilmesi.

Son muayenelerde elde ettiğimiz asetabuler indeks değerleri Tablo: V'de gösterilmiştir.

Asetabuler indeks yönünden en kötü g... ce adı geçen ve aynı kalçadan iki kere ameliyat geçiren 8 yaşındaki hastamızda elde ettik (Resim: I, D).

Radyolojik tetkikte, kalçaların durumu incelendiğinde,

1 — Tamamen lükse olan bir kalça dışında diğerlerinin santralizasyonlarının tatminkâr oldukları,

2 — Asetabuloplasti yapılan kalçalar dışında... mun genellikle sığ kaldığı (Tablo: V'de 26-30 derece grubu, 14 kalça).

3 — Femur başlarının da genellikle ya küçük, ya da deforme oldukları tesbit edildi.

Bu kontroller sırasında hastalarımızı kendi değerlendirmeleri sorulduğunda 12-13 yaşında tedavi altına alınan iki hasta dışındakilerin halerinden memnun oldukları öğrenilmiştir.

## TARTIŞMA

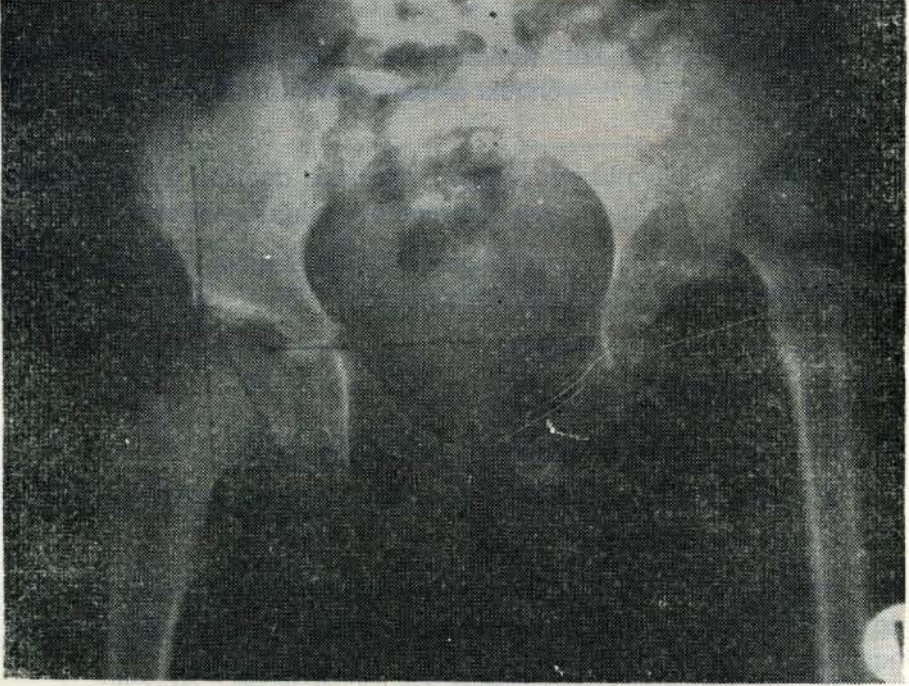
11

Literatürde gecikmiş vakalarda tedavi yaşının tek taraflı vakalarda 12-13, iki taraflı vakalarda 10 yaş olarak belirtilmesi (1,4) ve kal-



Resim: I — G.Ç., 8, Kız, Sol DKÇ: 6 yaşında iken önerilen tedaviyi kabul etmemiş.  
A — Tedavi öncesi radyografisi. B — Açık redüksiyondan sonraki dönemde alçı-  
sız grafi. C — Lüksasyona meyil tesbit edildikten sonra, re açık redüksüyon ve  
derotasyon -

kilen filmde kalcanın hali



Resim : 1 A







Resim : 1 C



Resim : 1 D



çalarda % 100 iyi durum elde edilmese de, hiç değilse bel fizyolojisinin düzelip ceđi gerçeđi, bu tür vakalarda cerrahi tedavi cesaretini vermelidir (1, 4, 8, 13).

4-7 yaş grubunda bulunan ihmal edilmiş doğuştan kalça çıkıklı olan çocuklarda cerrahi tedavide en önemli soru başı avasküler nekrozu geldiği için bütün çabalar bunu önlemeye yönelik olmalıdır (1, 2, 3, 17).

Bu sıra

1 — Femur başının asetobulum hizasına kadar aşağıya indirilmesi,

2 — Redüksiyon ve santralizasyonun temini,

3 — Stabilitenin temini için asetabuler çatının sağlanması (6, 7, 8, 12, 16).

Kalçayı disloke durumda tutan sebepler şöyle sıralanabilir (3, 15):

1 — Adale kontraktürü,

2 — Kapsüler kontraktür, ki buna iliopsoas adalesi de etkili olabilmektedir.

3 — Ligamentum teres, limbus, pulvinar.

Daha önce de belirttiğimiz gibi cerrahi tedavi altına almış olduğumuz kalçaların 30 tanesi tamamen lükse ve asetabulum ne göre ile yerlerine indirmek imkânsız olduğu için, 29 kalçaya yotomi uygulanmıştır (% 80.55).

Kısalmış olan addüktör

milerinden sonra uygulanacak olan iskelet traksiyonunun, retinaküler arterlerde ani bir gerilme kuvveti ile dolaşım bozukluğu yaratabileceği göz önüne alınarak, tenotomi uyguladığımız bütün kalçalara iskelet traksiyonu itinalı ve tedrici olarak artan şekilde uygulanmıştır. Bütün bunlara rağmen avasküler nekroz gelişmesi iatrojenik kabul edilebilir. Zira bışan zorlandığı ve tazyik altında kaldığı durumlarda avasküler nekroz indidensi artmaktadır. Kaldı ki zorlu manevraların sağlam kalçalarda dahi dolaşım bozukluğuna neden olabildikleri gerçektir (1, 3, 10, 15). Tedrici traksiyon ile, traksiyonun yaratacağı avasküler nekroz oranını azalttığımızı kabul ediyoruz.



Cerrahi redüksiyon sırasında ilk müdahale hemen daima iliopsoas adalesi üzerine olmaktadır. Zira kapslün ön yüzüne yer değiştirmiş olan bu adale, kapsülünden olmaktadır. İşte bu nedenle bizim serimizde iliopsoas adalesi hemen daima kesilmiş veya uzaklaşmış ve repozisyona engel olan kısımları pulvinar ve asetabulumun ve limbus eksiz edilmiş, ligamuntum transversalis kesilmiştir (3, 15).

Ferguson, medial adduktor giriş avasküler nekroz oranının % 10 olduğunu ileri sürerken (5), Massie açık % 30 olduğunu bildirmiş, Salter ve arkadaşları ise ameliyat öncesi traksiyon ve tenotomi ile bu oranın % 15'e kadar indirilebileceğini söylemiştir (15).

Küçük yaş gruplarındaki bu fikirlerin yüksek olan inceleme grubumuzda zaten ameliyat öncesi değerlendirmelerde femur başlarının deforme görünüş oranı % 83.33 idi. Ameliyat sonrasında yapılan değerlendirmelerde bu oranda lehte büyük bir değişiklik olmayacağı aşikârdı. Bu nedenle, deforme olan her femur başının, bu hale ameliyat sonrası gelişen avasküler nekroz nedeni ile geldiğini söylememiz imkânsız hale gelmiştir (1, 4, 8, 15).

Roose ve arkadaşları, yürüme çağını geçmiş olan hastalarda, hele asetabulumun indeksi 40 derece ise, redislokasyon şansının yüksek olduğunu, ayrıca iki sekonder değişikliklerin meydana gelmeleri oranının hızla yükseldiğini ve kapalı redüksiyonda bunların cerrahi redüksiyona nazaran daha sık olduğunu vurgulamışlardır. Hal böyle iken yaş olan grubumuzda ileride olabilecek sekonder değişiklikleri önleyebildiğimizi söylemek imkânsızdır (15).

Kalçanın santralizasyonunun önemi ve santralize kalçalarda asetabulumun daha iyi geliştiği üzerinde duran yazarlar, asetabulum gelişme limitini 5 yaşa kadar çıkarırlarken, bazıları da femur başının tam redükte olarak kaldığı sürece 2-8 yıl arasında asetabulumun gelişme olduğunu vurgulamışlardır. Uygun bir masaj ve femur başı nekrozu kötü sonuca götürür (1, 4, 9, 15).

Lindström, asetabulumun erken tedavi edilen hastalarda daha iyi geliştiğini 3-5,5 yaş grubundaki hastalarda 24 derecenin altında bir indekse ancak 6.



Resim: 2 — M.K., 5, Kız, Bil. DKÇ. Önce sağ, sonra sol tarafına açık redüksüyon uygulanmış



Resim : 2 A



Resim : 2 B



receden fazla olduğu vakaların kötü kabul edilmesi gerektiğini bildirmiştir (15).

Her çağda olduğu gibi özellikle ileri yaşta kaçanın gelişmesi açısından femur başının santralizasyonunun iyi olması şarttır. Bu nedenle 36 kalçanın 22 tanesine (% 61.11) derotasyon - varizasyon osteotomisini uyguladık. Buna rağmen santralizasyonu düğümüz 6 kalçaya ayrıca asetabuloplasti uyguladık.

Çalışmalarımızın sonuçları ileri yaş gruplarında da kalçanın santralizasyonunun önemini göstermiştir. Nitekim 21-25 derece arasında ase sında indekse sahip kalça sayısı 14 olarak bulunmuştur. İncelemeye tabi tutulan grubun yaş ortalaması göz önüne alındığında, sonuçun dikkat çekici olduğu görülme 4 - 4,5 yaşında iken redüksüyon gereksizliğini vurgu görüşün da dar geciktirebileceğimizi belirtmişlerdir (5, 6, 15). Ancak memleketimiz şartları, hastaneler ve imkânların takip edilebilme şansları da gözden uzak tutulmazsa bu işlemin geciktirilmeden yapılmasında fayda olduğunu söyleyebiliriz.

Redüksüyondan sonra femur başı tarafından sıkıştırılan asetabulumun rahatlaması olacak ve basınçtaki bu rahatlama asetabuler açıdaki yeni kemiğin hızlı formasyonuna izin verecektir.

Femur başında görülen valgus ve/veya anteversiyon nedeni ile ve normal asetabulumun gelişmesinde gecikme olduğu durumlarda endikasyon bulan femoral osteotominin, konsantrik redüksüyon ve stabilizeyi arttırdığı ve asetabulumun büyümesini, gelişmesini stümüle ettiği gerçektir (11). Chuinard ve Logan 18 ayın üzerindeki çocuklarda femoral osteotomiyi rut uygulamış ve bu durumun yaşın ilerlemesi ile kontrol altına alınabileceğini söylemişlerdir. Ancak bu durumun düzelebileceğini 5-6 yaşın üzerindeki çocuklarda önceden tahmin etmek imkânsızdır ama yine de iyi bir santralizasyonun sağlanması yönünden önemlidir. Biz de ameliyatlarda sırasında iyi bir santralizasyonun gerektirdiği gibi davrandık ve gereken kalçalara femoral osteotomiyi uyguladık. ğünden varusun düzelmesi

önemli olduğundan femur başında nekroz olan vakalarda aşırı varizasyon kontrendikedir. Ayrıca bu osteotominin ileri yaş grubunda kalıcı kısıklara yol açabileceği gözden uzak tutulmamalıdır. Osteo-

tomi sırasında düzeltilmesi gereken en önemli husus femoral antever-  
siyondur (3, 7, 8, 12, 15).

Femur başında gelişebilecek avasküler nekrozu önlemek için iyi bir santralizasyon sağlanmalı ve femur başını lateral ve proksi-  
male doğru süblüksasyona zorlayan kuvvetler ortadan kaldırılma-  
lıdır. Avasküler

deforme ve asetabulumun yetersiz oluşları, erken dejeneratif artro-  
za neden olacaktır. Keza femur başının asetabulum ile az kapan-  
dığı lateral süblüksasyon vakalarında ostecartrit görülme şansı sık-  
tır. Hastaların çoğunda  
en önemli faktördür. Bu nedenledir ki ameliyat sırasından bütün  
imkânların kullanılması ve femur başının santralizasyonunun sağ-  
lanması gerekmektedir.

Biz bu serideki kalçaların hepsinde santralizasyon için yuka-  
rıda bahsettiğimiz yöntemleri uyguladık. Buna ilâve olarak femoral  
kısıltma osteotomisi gerektiren kalça olmadı. Tedavilerimiz sonun-  
da sadece 1 hastamızda 4 cm.'ye varan ekstremite kısılığı görül-  
dü. Hastamız kısılığını telâfi eden bir ortez kullanıyordu ve halin-  
den memnun idi.

Rehabilitasyon en önemli sorunların başında gelmekteydi. Uzun  
sürede ve çok  
sonra, maalesef imkânların kliniğimizde yetersiz kalışı, ailelerde eko-  
nomik yetersizlikler ve ihmaller gibi sebeplerle rehabilitasyonları tam  
anlamı ile yapamadık. Bu nedenledir ki elde edilen maksimum hare-  
ket açıkli  
ısrarlara rağmen erken yürüdükleri de düşünürsek, bütün imkânsız-  
lıklara  
tedir.

#### SONUÇ :

Bu çalışmamızın sonunda şunları söyleyebiliriz;

1 — Memleketimizde, kalça çıkıklı ve ileri yaş grubunda olan  
hasta sayısı çoktur,

2 — Bu hastaların tedavisine başlarken, hastanın ekndisinin,  
ailesinin ve kliniğin şartları bir arada değerlendirilmeli ve mümkün  
olanın hepsi birlikte yapılmalıdır.

Tedavinin en önemli şartı iyi ve yeterli bir stabilizasyonun temini  
olduğu kadar, bundan sonra da kalçaların fonksiyon gören kalça-



lar halinde kalmalarını sağlamaktır. Böyle olunca cerrahi teknikteki güçlüklerin ötesinde rehabilitasyon da önem kazanmaktadır.

Biz ileri yaş grubunda açık redüksiyon, derotasyon ve varizasyon girişimleri ve gerektiğinde tavanın takviyesi ile iyi bir santralizasyonun sağlanabileceğine ve bu tedavilerden iyi sonuçlar alınabileceğine inanıyoruz. Kaldı ki bunların rehabilitasyonlarını istenilen düzeye ulaştırdığımız zaman alınacak sonuçların daha iyi olacağını vurguluyoruz. Nitekim

rinde abduksiyona 24 kalçada (% 66.66), 70 derecenin üzerinde fleksiyona 26 kalçada (% 72.22) ve 90 derecenin üzerinde fleksiyona 16 kalçada (% 44.44) ulaşabildik.

Uyguladığımız cerrahi tedavi yöntemleri ile her iyi sonuç alamadık. Ama yukarıda olan kalçaları yerine koyma önce ilk olarak bel fizyolojisini düzeltmiş ve böylece ileride doğabilecek

nümüzde erken artroz tedavi metodları devamlı bir gelişim göstermektedir. Bu nedenle, çıkık kalça yerine, bozuk da olsa yerinde olan bir kalça kabul edilmeli tedaviye cesaretle girilmelidir.

#### S U M M A R Y

In this report, we considered the surgical treatment on a group of children with neglected congenital dislocation of the hip joint and the results obtained. Our opinion

our country.

#### L İ T E R A T Ü R

- 1 — Browne, R.S.: The Management of Late Diagnosed Congenital Dislocation and Subluxation of The Hip.  
JBJS, 61-B: 7, 1979.
- 2 — Cooperman, D.R., Wallensten, R., Stulberg, D.: Post Reduction Avascular Necrosis in Congenital Dislocation of The Hip.  
JBJS, 62-
- 3 — Crenshaw, A.H., Edmonson, A.S.: Campbell's Operative Orthopaedics. The C.V. Mosby Com. St. Louis, 1980
- 4 — Dimeglio, A, Pous, J.G.:  
res l'age de 5 ans.  
Rev. Chir. Orthop., 69: 613, 1983

- 5 — Ferguson, A.B.: Primary Open Reduction of Congenital Dislocation of The Hip Using a Median Adductor Approach.  
JBJS, 55-A: 671, 1973.
- 6 — Harris, N.H.: Acetabular Growth Potential in Congenital Dislocation of The Hip and Some Factors Upon Which It May Depend.  
Clin. Orthop., 119: 99, 1976.
- 7 — Harris, N.H., Lloyd Roberts, G.G., Gallier, R. Acetabular Development in Congenital dislocation of the Hip  
JBJS, 57-B: 46, 1975.
- 8 — Herold, H.Z.,  
The Hip in Children Over The Age of Sixs Years.  
JBJS, 61-B: 6, 1979.
- 9 — Lindstrom, J.R., Ponseti, I.V., Wenger, D.R.:  
Reduction in Congenital Dislocation of The Hip.  
JBJS, 61-A: 112, 1979.
- 10 — Mitchell, G.P.: Late Congenital Dislocation of The Hip.  
Rev. Chir. Orthop., 67: 241, 1981.
- 11 — Monticelli, G.: Intertrochanteric Femoral Osteotomy With Concentric Reduction of teh Femoral Head in Treatment of Residual Congenital Acetabular Dysplasia.  
Clin. Orthop., 119: 48, 1976.
- 12 — Ponseti, J.: Growth and Development of the Acetabulum in the Normal Child.  
JBJS, 60-A: 575, 1978.
- 13 — Ryder, C.  
Treatment.  
JBJS, 48-A: 1404, 1966.
- 14 — Somerville, E.W.: A long-term Follow-up of Congenital Dislocation of thi Hip.  
JBJS, 49-B: 258, 1967.
- 15 — Tachdjian, M.  
Churchill Livingstone, New York, 1982.
- 16 — Tonniss, D.: Normal Vaiues of the Hip Joint for the Evaluation of X-Rays in Children and Adults.  
Clin.
- 17 — Weiner, D.S., Hoyt, W.A., O'Dell, H.W.: Congenital Dislocation of the Hip. The Relationship of Premanipulation Traction and Age to Avasculer Nesrosis of the Femoral Head.  
JBJS, 59-A: 306, 1977.