

DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĞI VEYA SUBLUKSASYONUNA BAĞLI KOKSARTROZDA TOTAL PROTEZ UYGULAMASI

Dr. Ayhan ARITAMUR *
Dr. Mehmet ÇAKMAK **
Dr. Ömer TAŞER ***
Dr. Hasan BERK ***

Kliniğimizde, doğuştan kalça çıkığı veya sublüksasyonuna bağlı şiddetli asetabuler yetersizlikle birlikte koksartrozu olan 4 olguya kalça total protezi uygulandı. Asetabuler yetersizliğin rekonstrüksiyonu için Harris yöntemine uygun olarak femoral baş gref olarak kullanıldı. Bu yöntem 1 olguya iki seansta uygulandı, femoral rezeksiyondan kaçınmak amacıyla iki seans arasında hastaya iskelet traksiyonu uygulandı, ancak bu olgumuzd ameliyattan sonra geçici olarak nörolojik araz ortaya çıktı. Diğer 3 olguya rezeksiyonla birlikte işlem tek seansta uygulandı. Bu olgulardan birinde tel kopması sonucu, trokanter psö-döartrozu meydana gelmesine rağmen, bütün olgularda femoral baş grefinin yerine kaynadığı, kalçalarda ağrının olmadığı veya çok az olduğu, kalça hareketlerinin toplam 100 dereceden fazla olduğu belirlendi.

GİRİŞ :

25 yıldan daha uzun bir süredir gelişim içinde olan ve son yıllarda büyük bir atılım gösteren total kalça eklemi protezleri bugün kalçanın pek çok ağrılı hastalıklarında artık başarı ile kullanılabilir. İlk uygulamaların verdiği mükemmel erken sonuçlar ortopedistleri cesaretlendirmiş ve bu durum total kalça protezlerinin indikasyon sahasının giderek genişlemesine yol açmıştır.

İdyopatik, travmatik veya sistemik hastalıklara bağlı koksartrozlarda yaygın olarak kullanılan total kalça eklemi tür olgulardaki uygulanma endikasyonları, tekniği ve ameliyat sonrası erken ve geç sonuçları oldukça iyi bilinmektedir. Ancak endikasyon sahasının giderek genişlemesi ile doğuştan kalça çıkığı veya sublüksasyonuna bağlı koksartrozda da uygulanmağa başlanan to-

* İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Profesörü
** İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Uzman Asistanı
*** İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Asistanı

tal kalça eklemi protezlerinin, bu durumlardaki uygulama indikasyonları, tekniği ve sonuçları iyi bilinmemektedir, tartışmalar halen devam etmektedir (1,4).

Total kalça protezi uygulanan olgular içinde enfazla güçlkle, şüphesiz ki doğuştan kalça çıkığı veya subluksasyonuna bağlı koksartrozlarda

küçük olması, nekotil zemininin protez uygulaması için elverişsiz olması, büyüme periyodu sırasında femurun anormal yüklenmesinin bu kemik üzerinde yol açtığı ciddi değişiklikler, yani femur başının küçüklüğü, boynun kısalığı, aşırı anteversiyon derecesi, şaftın zayıf ve medüller kanalın

ve femur başının uzun yıllar yüksekte durması sonucu ortaya çıkan durum, total protez uygulanmasında hemen daima oldukça büyük sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Total protez uygulamasının kurucusu olan Charnley bile, bu tür olgularda karşılaşılan sorunların, teknik zorlukların ve risklerin çok fazla olması nedeniyle, doğuştan kalça çıkığı veya subluksasyonuna bağlı koksartroz'u olan hastalarda total protez uygulanmamasını önermiştir (3). 1973'de Charnley ve Feagin, bu işlemin doğuştan kalça çıkığında değil, ancak doğuştan kalça subluksasyonunda yapılabileceğini belirtmişlerdir (1). Bir yıl sonra Harris doğuştan kalça çıkığında total protez uygulama tekniğini tekrar tekrar tartışmaya açmış, protez için yeterli asetabuler yatak oluşturmada karşılaşılan teknik zorlukları vurgulamakla beraber, doğuştan

da, doğuştan kalça çıkığı olgularında da total protez işleminin uygulanabileceğini öne sürmüştür (5). 1976'da Dunn ve Hess, erişkinlerde doğuştan kalça çıkığında patolojik anatomi tanımladıktan sonra, protezin femoral komponentinin

linde özel olarak hazırlanması, asetabuler komponentin krişinal yerine yerleştirilmesi ve aşırı uzamanın nörovasküler yapılar da yol açacağı gerilmenin önüne geçmek için 4 cm. femoral rezeksiyon yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (3).

1977 yılında Harris ve arkadaşları şiddetli asetabuler displazi için femoral başın greft olarak kullanılması tekniğini tarif etmişlerdir (4). Asetabuler yetersizliğin giderilmesi amacıyla, bundan başka küçük asetabuler komponent kullanılması, iliumun iç ve dış korteksleri arasına greft sokularak genişletilmesi, tavan veya Chiari ameliyatı yapılması gibi çeşitli yöntemler de tarif edilmiştir (4). Görüldüğü gibi, doğuştan kalça çıkığı veya subluksasyonuna bağlı koksartrozlarda total protez uygulaması, oldukça büyük sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Uygulama sırasında, hem femoral, hem de asetabuler komponentte değişiklikler

Belirtilen nedenlerden ötürü, bu yazımızda doğuştan kalça çıkığına veya sublüksasyonuna bağlı koksartrozlarda, hala tartışmalı olan total protez uygulamasına aydınlık getirmeyi ve kliniğimizde bu tür 4 olguya uyguladığımız teknik ile aldığımız sonuçları sunmayı uygun bulduk.

MATERYAL VE METOD :

İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji kürsüsünde doğuştan kalça çıkığı veya sublüksasyonuna bağlı şiddetli asetabuler yetersizlikle birlikte olan 4 koksartroz olgusuna Harris yöntemine göre total protez uygulandı. Harris yöntemi bir olguya iki seansta uygulandı ve femoral rezeksiyondan kaçınmak amacıyla iki seans arasında iskelet traksiyonu yapıldı, ancak bu olguda geçici olarak nörolojik araz ortaya çıktı. Diğer 3 olguya işlem, femoral rezeksiyonla birlikte tek seansta yapıldı. Bir olguda tel kopması sonucu trokanter psödoartrozu



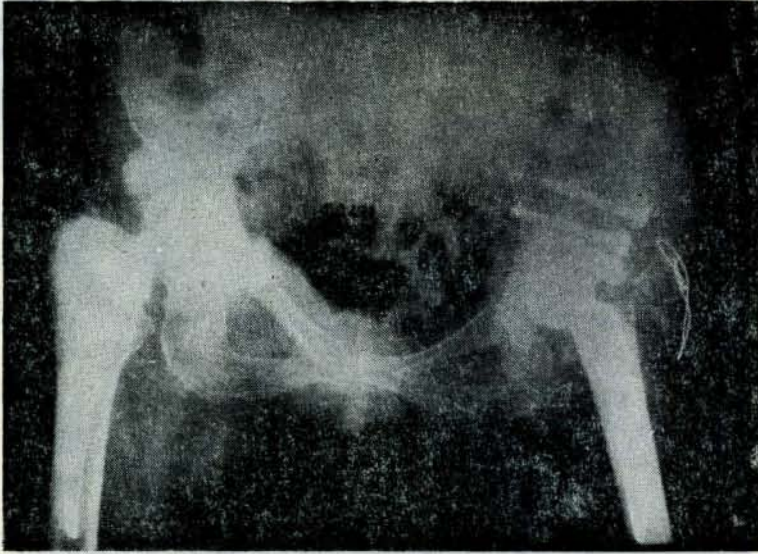
Şekil : 1 — 1 no.lu ogulun radyografisinde sol kalçanın ameliyat öncesi durumu görülüyor.

meydana geldi. En az bir yıl izlenen bu olgularda, femoral baz grefinin yerine kaydığı ve asetabuler yetersizliğin ortadan kalktığı gözlemlendi.

Kalçalarda ağrı yoktu veya minimaldi, kalça hareketleri 100 dereceden fazla idi. Olgularımızda en küçük yaş 36, en büyük yaş 48 olup, ortalama yaş 44,3'di. Olgularımızın 4'ü de kadındı. En az takip süresi 12 ay, en çok 32 aydı. Olgularımızın hepsinde diğer kalçada da koksartroz vardı, bunlardan 3'üne total protez, birine ise Wagner protezi uygulanmıştı. Farklı özellikleri nedeniyle olgularımızı ayrı ayrı sunmayı uygun bulduk :

OLGU 1 : (Şekil 1 ve 2) Ş.C., 48, kadın, Klin. Prot. No. 41261

Yürümeğe başladığı tarihten itibaren sol tarafa aksadığı ifade edilen liliği başlamış. Giderek bu şikayetleri artan hastanın bir süre sonra sol kalçasında da aynı şikayetler ortaya çıkmış. Hasta 2 yıldır bastonsuz ve yardımsız yürüyemiyor, sadece ev içinde tutunarak yürüyebiliyormuş.



Şekil : 2 — Aynı olgunun, sağ kalçanın ameliyatından 22 ay, Harris yöntemine uygun olarak total protez uygulanan sol kalçanın ameliyatından 6 ay sonra çekilen radyografisi. Solda tel kopması sonucu oluşan büyük trokanter psödoartrozu görülüyor.

Bu şikayetleri ile kliniğimize başvuran ve solda envetere doğuştan kalça çıkığı zemininde olmak üzere bilateral koksartroz teşhisi ile yatırılan hastanın 22.6.1979 tarihinde sağ kalçasına normal total protez ameliyatı uygulandı. Sağ kalçadan iyi sonuç alınması üzerine

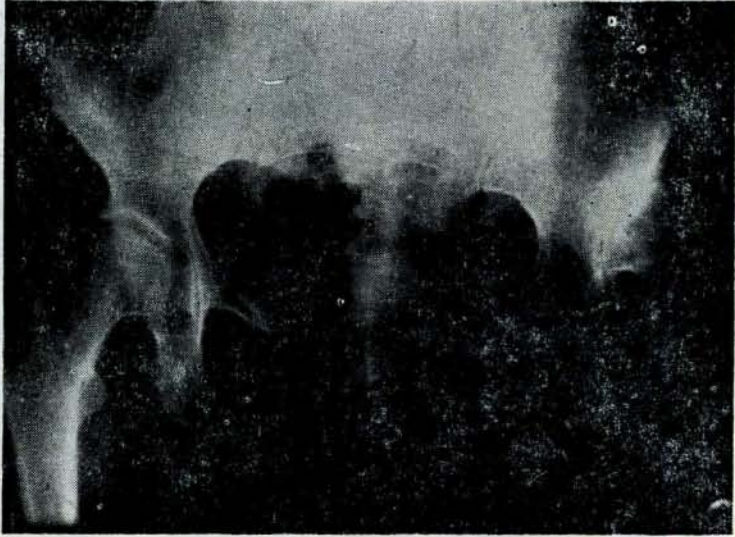
enventere doğuştan kalça çıkığı zemininde artroz gelişmiş olan sol kalçaya 5.10.1980 tarihinde Harris yöntemine uygun olarak total protez ameliyatı uygulandı. Ameliyat sonrası durum normal seyretti. Hastaya üçüncü haftada bastırılarak yürütüldü. Daha sonraki kontrollerde tel kopması sonucu büyük trokanter psödoartrozu oluştuğu gözlemlendi.

Hastanın 12 ay sonra ki kontrolünde yardımsız, normale yakın yürüyebildiği, kalçalarda ağrı olmadığı ve hareketlerin toplam 100 dereceden fazla olduğu görüldü.

OLGU : 2 (Şekil 3, 4 ve 5) H.Ş., 48, Kadın, Klin. Prot. No. 40641

Kesin başlangıcını bilmemekle birlikte uzun yıllardan beri sola aksayarak yürüdüğünü ifade eden hastanın önceleri sol, giderek her iki

rinin devamlı artmasına rağmen herhangi bir doktora gitmemiş. Ancak son zamanlarda ağrılarının dayanılmaz bir şekil alması ve evin içinde bile yürüyemez hale gelmesi üzerine kliniğimize başvuran hastaya sol envetere doğuştan kalça çıkığı zemininde bilateral koksartroz teşhisi ile yatırıldı.



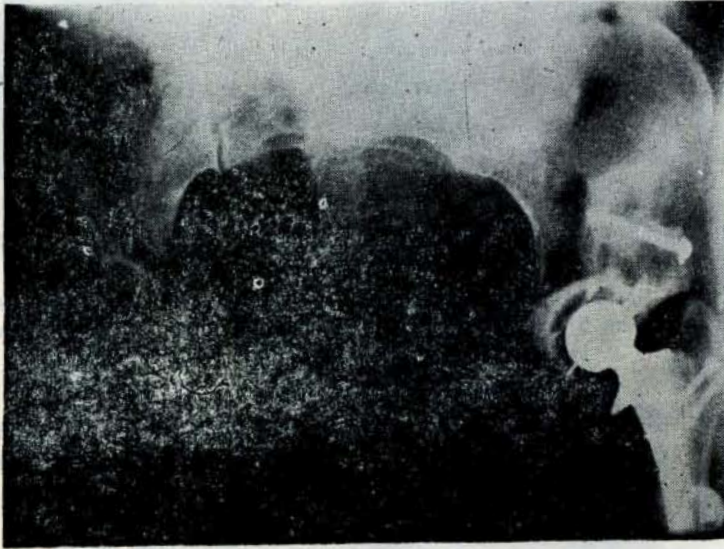
Şekil : 3 — 2 no.lu olgunun her iki kalçasının ameliyat öncesi radyografik görünüşü.

20.2.1979 tarihin de sol kalçaya Harris yöntemine uygun olarak total protez ameliyatı uygulanan hastanın takiben 29. 3. 1979'da salahlı taburcu edildi. Hastanın ameli-

yattan 32 ay sonra yapılan, son kontrolünde yardımsız ve bastonsuz olarak oldukça rahat yürüdüğü, sol kalçasında ortadan kalktığı ve sol kalçada hareketlerin toplam 100 dereceden fazla olduğu gözlemlendi.



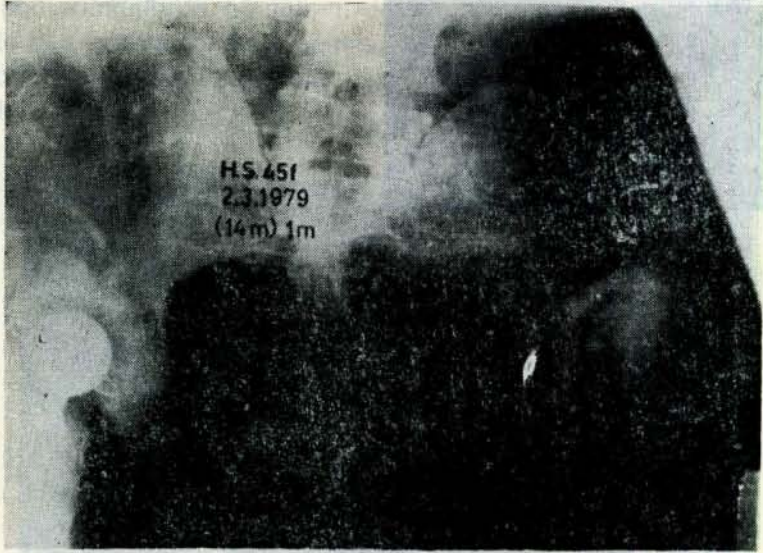
Şekil : 4 — Aynı olgunun Harris yöntemine uygun olarak total protez uygulanan sol kalçasının ameliyattan iki ay sonra çekilen radyografisi.



Şekil : 5 — Aynı olgunun ameliyat sonrası her iki kalçasının radyolojik görünümü.

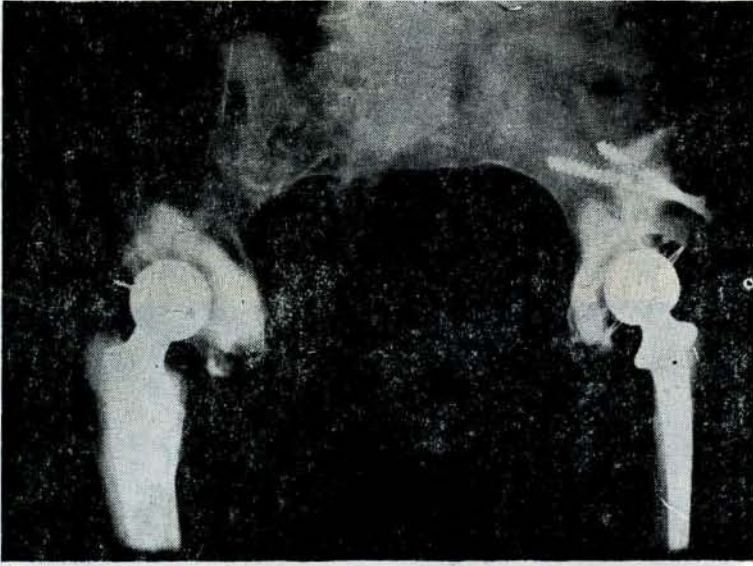
OLGU : 3 (Şekil 6 ve 7) H.S., 45, kadın Klin. Prot. No : 38811

Küçük yaştan beri topallama şikayeti olan hastanın 15 yıl kadar önce sağda daha fazla olmak üzere her iki kalçasında ağrı şikayeti ortaya çıkmış. Hasta, geçen yıllar içinde giderek artan ve nihayet ev işlerini bile aksatmasına ve günlük aktivitesinin tamamen kısıtlanmasına neden olacak boyutlara varan ağrıları nedeniyle kliniğimize başvurmuş. Bilateral envetere doğuştan kalça çıkığı zemininde bilateral koksartroz teşhisi ile yatırılan hastanın sağ kalçasına 19. 1. 1978 tarihinde normal total protez ameliyatı uygulandı. Hastanın ameliyattan 1 sene sonra yapılan son kontrolünde sağ kalçadan alınan sonucun iyi olarak belirlenmesi üzerine tekrar yatırılarak sol kalçasına 5. 2. 1979 tarihinde Release ve 8. 3. 1979 tarihinde Harris yöntemi uygun olarak total protez ameliyatı uygulandı.



Şekil : 6 — Harris yönteminin iki seansta uygulandığı, ancak ortaya çıkan 3 no.lu olgunun yukarıdaki radyografisinde sol tarafa uygulanan release sonrası durum görülüyor.

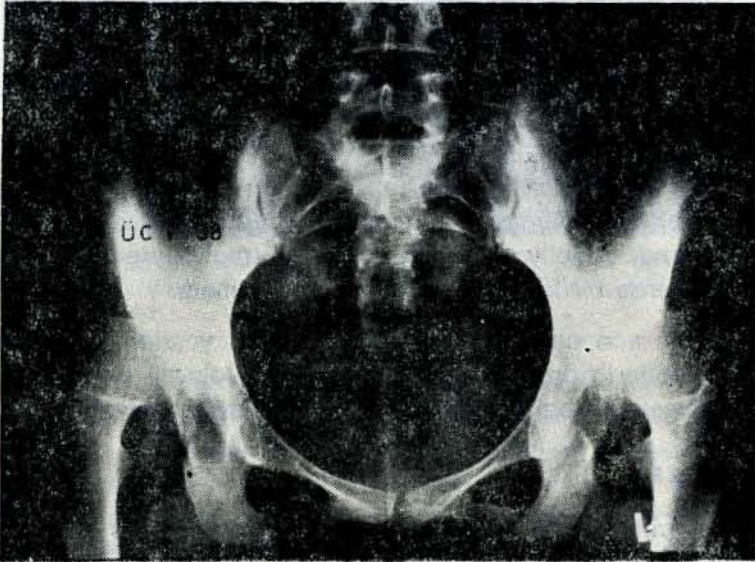
Sol tarafın ameliyatından 31 ay sonra yapılan son kontrolde, hastanın sol kalçasında ağrı olmadığı, bastonsuz ve yardımsız yürüebildiği, sol kalça hareketlerinin normal sınırlara yakın olduğu belirlendi.



Şekil : 7 — 3 no.lu olgunun sol tarafın ameliyatından 12 ay sonra çekilen radyografisi.

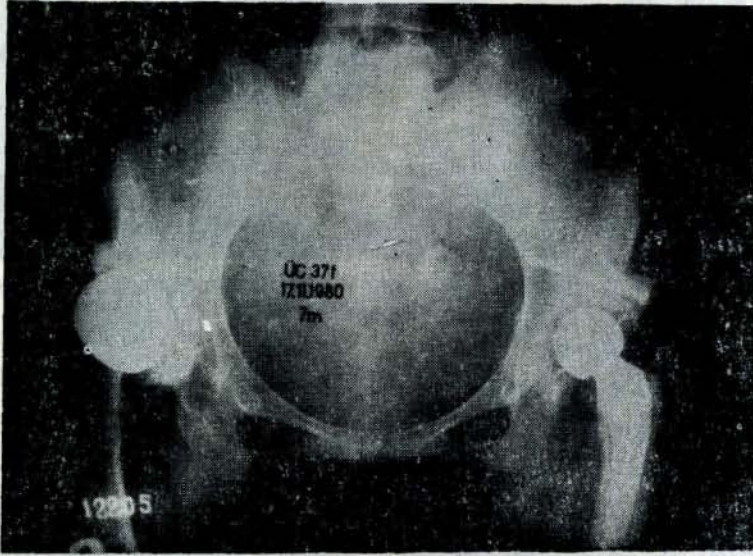
OLGU : 4 (Şekil 8 ve 9) Ü.C., 36, kadın, Klin. Prot. No: 30118

Küçük yaştan beri sola aksayarak yürüme şikayeti olan hasta, daha sonra yürürken ağrı şikayetlerinin de ortaya çıkması üzerine



Şekil : 8 — 4 no.lu olgunun her iki kalçasının ameliyat öncesi durumu.

ilk defa 1965 yılında kliniğimize başvurmuş, bilateral envetere doğuştan kalça çıkığı zemininde solda daha fazla olmak üzere bilateral koksartroz tesbit edilen hastaya bir süre konservatif kalınmış ve fizik tedavi uygulanmış. Daha sonra 4 sene süre ile klinik kontrolden uzaklaşan ancak şikayetlerinin fazlaşması üzerine tekrar kliniğimize başvuran hastanın sol kalçasına 5. 3. 1971 tarihinde Voss ameliyatı, 24. 4. 1979 tarihinde de sağ kalçasına Wagner protezi ameliyatı



Şekil : 9 — Sol kalçanın ameliyatından 7 ay sonraki radyografik görünüm.

uygulanmış. Ancak özellikle sol kalçadaki ağrı şikayetinin geçmemesi üzerine 15. 3. 1980 tarihinde tekrar yatırılan hastanın sol kalçasına 3. 4. 1980 tarihinde Harris yöntemine uygun olarak total protez ameliyatı uygulandı. Ameliyat sonrası dönem normal seyretti. İlgili kontrollerde bir komplikasyonla karşılaşmadı.

Hastanın son ameliyatından 18 ay sonra yapılan kontrolde sol kalça hareketleri normal sınırlarda ve ağrısız olarak bulunmuş, hastanın yardımsız ve bastonsuz rahatlıkla yürüdüğü saptanmıştır.

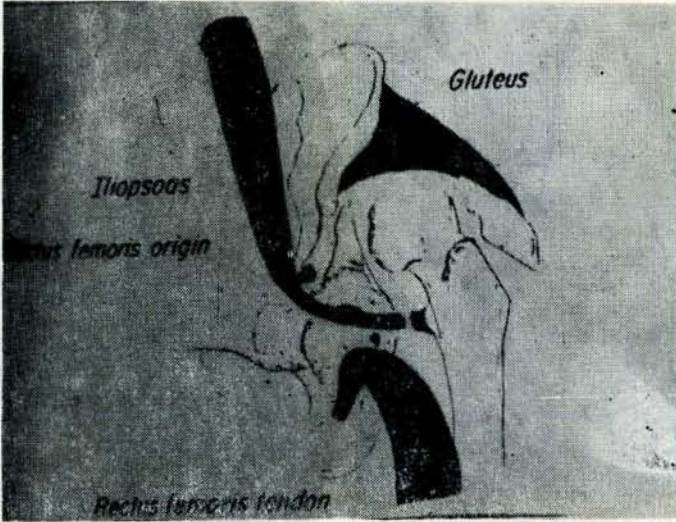
YÖNTEM :

Bazı küçük değişiklikler dışında, olgularımızda esas olarak Harris tarafından belirtilen yöntem uygulandı. Bu yöntemde geniş bir ekspozur gerektiğinden, biz de Harris yönteminde olduğu gibi antero-late-

rel insizyonu kullandık. Ameliyat sırasında kalçayı tam olarak ortaya koyabilmek için büyük sublüksasyonu nedeniyle anatominin bozulduğunun hatırdta tutulması ve özellikle femoral sinir, sirkumflex damarlar, a. profunda femoris, iliopsoas tendonu ve kapsülün durumunun iyi bilinmesi çok önemlidir. Böyle kalçalarda kapsül lateral ve kranial tarafa doğru uzamıştır. Kapsülün ön bölümünde insizyon yapıldıktan sonra femoral baş öne disloke edilir. Boynun kaidesinde intertrokanterik

size edilir (Bu osteotomi seviyesi yüksek olabilir, her bir vakada osteotomi seviyesi değişiktir, daha sonra ikinci bir osteotomi yapılabilir).

Femur başı eksize edildikten sonra, palpasyonla gerçek bulum bulunur. Daha fazla ekspozur için, iliopsoas küçük trokantere yapışma yerinden kesilir, kapsül total olarak eksize edilir ve rektus femorisin yapışma yeri spina iliaca anterior'dan ayrılır (Şekil 10).

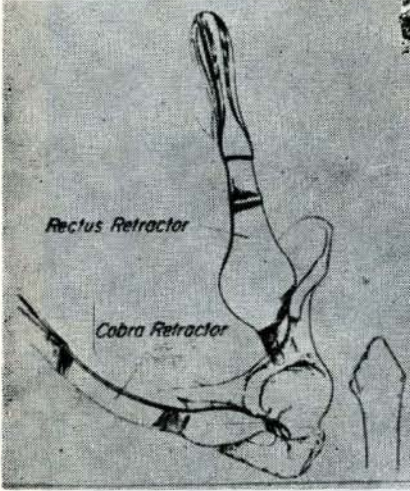


Şekil: 10 — İliopsoas tendonunun küçük trokantere, rektus femoris'in spina iliaca anterior inferior'a yapışma yerinden kesilerek daha fazla ekspozur elde edilmesi.

Asetabuler komponentin yerleştirileceği asetabuler çukurun en uygun yeri, asetabulum'un geliştiği veya gelişmesi gerektiği yerdir. Bu bölgenin saptanması sırasında, bazen zorlukla karşılaşılmaktadır. Asetabulum'un yerleştirileceği yer, mevcut kemiğin en kalın yeridir, bunun saptanması için iki taraflı olarak parmakla palpasyon yapılır. İşaret parmağı rektus ve psoas adalelerinin altından pelvisin iç tarafına geçilir ve asetabulum'un iç duvarı hissedilir. Başparmak ise ase-

tabulum'un içine yerleştirilir. Kranial ve distal yönde palpasyon yapılarak, asetabuler çukurun en kalın noktası, başparmak ve işaret parmağı saptanabilir.

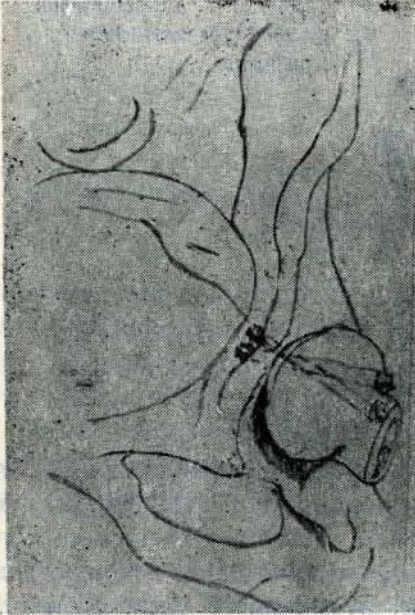
Displazik asetabuler çukuru geniş olarak ortaya koymak için iki özel retraktör kullanılır. Rektus retraktörü, öndeki yumuşak dokuları ekarte etmek için, işaret parmağın yerleştirildiği pelvisin iç tarafına geçilir. Bazen az gelişmiş asetabuler çukur öyle derindir ki, ilave medial ekspojur elde etmek için düz uçlu kobra retraktörü obturator foramenin içine geçilir (Şekil : 11). Asetabuler yuva medial duvarı, ön ve arka dudakları dikkatle korunarak mümkün olduğunca genişletilir ve derinleştirilir. Displazik çukur tam olarak derinleştirilinceye kadar bir gref gerekli olup olmadığına karar verilemez. Bazen yuvada yeterli bir genişlik elde edilebilir ve küçük asetabuler komponent kullanılarak bir kemik grefine gerek kalmadan artroplasti yapılabilir.



Şekil : 11 — Kobra retraktörünün obturator foramen içine geçirilerek ek medial ekspojur sağlanması.

Tavan için bir kemik grefi kullanmağa karar verildiği zaman, gluteus medius ve minimus kasları ekarte edilerek ve iliumun lateral korteksi ortaya konarak kemik grefinin yerleştirileceği yatak hazırlanır. Gref, en uygun durumu saptamak amacı ile iliak yüzey çeşitli pozisyonlarda yerleştirilir. Bu yerleştirme işlemi sırasında üç noktaya özellikle dikkat edilmelidir. Bunlar, grefle ilium arasındaki temas sahası, grefin ilium üzerindeki stabilitesi ve asetabulumu derinleştirmek için grefin lokalizasyonudur. Subluksasyon vakalarının çoğunda, femur başının yüzeyi hatalı asetabulumun eklem yüzeyi ile çok uyumludur ve yeni tavan yapmak için uygun seviyededir. İliumla

temas eden femur başının kortikal yüzeyi ve iliumda grefin yerleştirileceği yerdeki yatakta kortikal kemik bölgesi eksize edilir. Gref ilium üzerine en stabil pozisyonda yerleştirilir ve Kirschner teli ile ilium'a geçici olarak tutturulur. Gref ile abduktor kas kitlesi arasındaki ilişkiyi görmek için büyük trokanter femura doğru aşağıya çekilir. Bazen abduktorların uyumunu sağlamak için, grefin kalınlığını azaltmak gerekebilir. Daha sonra gref ilium'a iki adet Bolth ile tesbit edilir. Bu çivinin her iki ucunda vidalar vardır ve bunların sıkıştırılması ile kompresyon sağlanabilmektedir. Ancak bu vidaların yerleştirilebilmesi için özel aletler gerekli olduğundan her yerde kullanıma olanağı yoktur. Biz, Harris tarafından belirtilen bu tesbit yöntemini biraz değiştirerek, olgularımızda tesbit için iki uzun kortikal veya spngiöz vida kullandık (Şekil : 12). Bu şekilde de stabil bir tespit ve aynı zamanda kompresyon sağlanabilmektedir.



Şekil : 12 — Grefin iki adet Bolth ile iliuma tesbiti.

Vidalar oldukça yüksek seviyeye yerleştirilmelidir, çünkü asetabulumun reamer ile hazırlanması sırasında grefin alt bölümü kesilerek reamer ile cyulacağından, vidalar bunu önleyebilir ve bu da stabilitenin kaybolmasına yol açabilir. Femoral baş sağlam olarak tespit edildikten sonra, asetabuler komponentin yerleştirilebilmesi için dikkatli olarak şekillendirilir ve oyulur (Şekil : 13). İdeal şekilde, asetabuler komponent için gerekli desteğin mümkün olduğu kadar çoğu sağlam pubis kemiğinden elde edilmeli ve böylece gref üze-

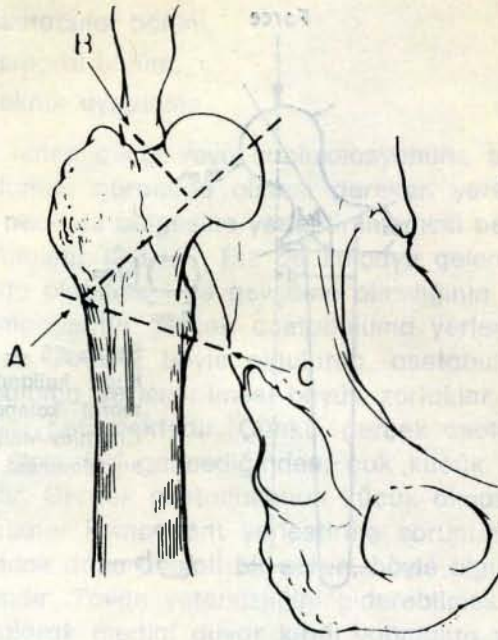
rine yük dağılımı en az düzeye indirilmelidir. Sementin sağlam bir şekilde tespiti için ilium, pubis, iskion içerisine 3 delik açılır. Yalnız anatominin bozukluğundan ve pelvisin hipoplazisinden dolayı bu işlem dikkatle yapılmalıdır. Asetabuler komponentin yerine sementle



Şekil : 13 — Asetabulumun dikkatle şekillendirilerek oyurması.

tespiti işlemi, femoral bölüm dikkate alınmadan yapılmamalıdır. Doğuştan kalça çı denle femoral bölüm dikkate alınmadan asetabuler komponent normal asetabulum seviyesinde yerleştirilirse redüksiyon imkansız olabilir veya redüksiyon

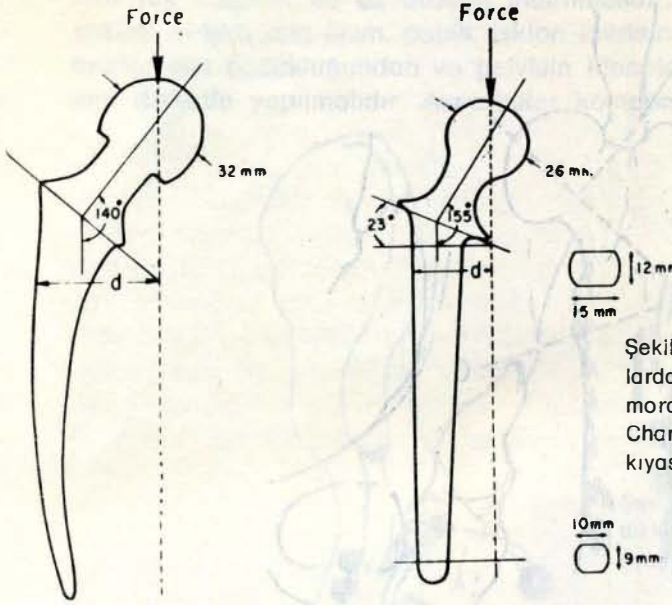
Genellikle intertrokanterik veya subtrokkanterik bölgede yeterli miktarda kemik eksizyonu yaparak femurun biraz kısaltılması gerekir (Şekil : 14). Bu nedenle, femoral komponentin sapı, alışıldığı şekilde intertrokanterik bölgede değil, femurun istmus'u üzerinde duracaktır. Bundan dolayı özellikle hipoplazik femurda, femoral komponent normalden daha küçük ve daha düz olmalıdır (Şekil : 15). Radyografilerden yapılan şablonlar kullanılması gereken femoral komponentin şekline karar vermede faydalı olur, ancak kesin karar



Şekil : 14 — Harris yöntemine göre total protez uygulamasında teknikte yapılması gereken değişiklikler.

ameliyat sırasında deneme yapıldıktan sonra verilir. Kullanılacak femoral komponent, önceden kesinlikle bilinmediğinden, asetabuler komponentin sementlenmesi işleminin femoral komponent seçilinceye kadar ertelenmesi uygundur. Ayrıca sementleme işleminden önce her iki komponent yerine yerleştirilmeli, kalça redükte edilmeli ve redüksiyonun sinirlerde aşırı bir gerilme olmadan mümkün olup olmadığı gözlenmelidir.

Femur, kalçanın kolayca redükte edildiği noktaya kadar kısaltılmalıdır, daha önceden osteotomize edilen büyük trokanterin de femur üzerine getirilip komponent seçildikten ve deneme redüksiyonu yapıp uygun olduğu görüldükten sonra, asetabuler komponent 30 derece abduksiyon ve 20 derece öne fleksiyon durumunda sementlenir. Sonra büyük trokanteri femura bağlamak için teller yerleştirilir. Femoral komponent anteversiyon veya retroversiyon vermeden, nötral durumda yerleştirilir. Redüksiyon yapılır ve hareket derecesi kontrol edilir. Büyük trokanterin tekrar tespiti için, abduktör kaslar geniş planda serbestleştirilmeli, kapsülün üst bölümü ve nedbe dokuları eksize edilmeli



Şekil: 15 — Hipoplazik femur-
larda kullanılması gereken fe-
moral komponentin alışılmış
Charley-Müller protezi ile
kıyaslanması.

ve büyük trokanterin femur shaftına uyumu için, uyluk mümkün ol-
duğu kadar abduksiyona getirilmelidir. İliopsoas tendonu, gluteus
medius'un anterior kenarına dikilir, rektus femoris ise genellikle di-
kilmaz.

Ameliyat sonrası bakımı : Genel olarak total protez ameliyatların-
da olduğu gibidir. Gref genellikle yeterli yeterli kuvvette olduğundan
ambulasyonu geciktirmenin bir avantajı yoktur. Hastalar üçüncü ve-
ya dördüncü gün bacaklarını sarkıtarak sallandırır ve bir gün sonra
ayağa kalkarlar. Önce yürütücü, daha sonra koltuk değnekleri yar-
dımı ile yürüme sağlanır. Yürüme iyi ve yeterli ise, 14 ila 17. gün
taburcu edilebilirler. Abduktörlerde aşırı gerginlik varsa, yaklaşık
3 hafta dengeli suspansiyonda, traksiyonda tutulabilir. Bu süre sı-
rasında, atel tedrici olarak adduksiyona getirilerek abduktörler ge-
rilir. Bilahare hasta yukarıda tarif edildiği gibi mobilize edilir. İki
tarafli olgularda, ikinci taraf birinci tarafın ameliyatından 2 veya 3
hafta sonra yapılır.

TARTIŞMA :

Envetere doğuştan kalça çıkığında, total protez uygulaması,
teknikte ve protezde bazı değişikliklerin yapılmasını zorunlu hale ge-
tirmiştir. Bu değişiklikler üç ana bölümde toplanabilir :

1. Asetabuler bölüm,
2. Femoral bölüm,
3. Teknik uygulama.

Doğuştan kalça çıkığı veya subluksasyonuna bağlı koksartrozlarda asetabulumun normalde olması gereken yere yerleştirilmesi, hiç bir zaman nekotil bölgesine yerleştirilmemesi pek çok yazar tarafından belirtilmiştir (2,3,4,5). Biz de kalçaya gelen stresslerin fizyolojik sınırlarda olabilmesi ve gevşeme olasılığının azaltılması için, asetabuler komponentin gerçek asetabulumuna yerleştirilmesi gerektiğine inanıyoruz. Ancak, böyle olgularda, asetabuler komponentin gerçek asetabulumuna yerleştirilmesi büyük zorluklar çıkartmakta ve bazı değişiklikler getirmektedir. Çünkü, gerçek asetabulum, üzerine ağırlık taşıma stressleri gelmediğinden, çok küçük, sığ ve son derece yumuşaktır. Gerçek asetabulumun küçük olması nedeniyle küçük boy asetabuler komponent yerleştirme sorununun bir bölümünü halledebilir. Ancak daha önemli bir sorun, böyle olgularda tavan yetersizliği olmasıdır. Tavan yetersizliğini giderebilmek için, DUNN ve HESS istemli olarak medial duvar kırığı yapmakta ve tel ağ kullanarak asetabuler protezi derine yerleştirmektedirler (3).

Bazı yazarlar, asetabulum üzerine iliak gref sokulması ve total proteze ek olarak Shelf veya Chiari işlemi yapılmasını savunmaktadır (2,3).

HARRIS ve arkadaşları ise, tavan yetersizliği için femoral başın gref olarak kullanılmasını tavsiye etmektedirler (4,5). Biz total protez uyguladığımız kendi olgularımızda Harris yöntemine uygun olarak femoral başı gref olarak kullandık ve bu yöntemin diğer yöntemlere göre tavan yetersizliğini daha iyi giderebildiği inancındayız (4,5). Femoral başın gref olarak asetabulumuna yerleştirilmesinde, Harris ve arkadaşları Bolth vidası ile tespit yapmaktadırlar. Onlara göre, böyle vakalarda, ilium genellikle son derece incedir, vidalar yeterli tespit sağlayamaz, Bolth'lar ise daha sağlam bir tespit yapar (4,5).

CROWE ve arkadaşları ise, Bolth ile fiksasyonun teknik larından ötürü, rezeke edilen femoral başı iliama 2 adet spongiöz vida ile tespit etmekte olduklarını ve hiçbir komplikasyon görmediklerini belirtmektedirler (2).

Biz de, Bolth yerleştirilmesinde özel alet gerektiğinden, kendi olgularımızda bunları kullanmadık. Genellikle 2 adet kortikal veya spongiöz vida kullanarak yeterli tespit sağlayabildik ve herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadık.

Asetabuler komponentin yerleştirileceği yerin tespiti, bazı olgularda gerçek asetabulumun tamamen ortadan kalkmış olması nedeniyle, buyk gclkler çıkarmaktadır. Bu tür olgularda, spina iliaca anterior inferior, ischial çıkıntı ve obturator foramenin yerleri saptanıp, bu üç nokta arasında meydana gelen üçgenin merkezi, gerçek asetabulumun yerini ve iliumun mevcut en kalın bölgesini gösterir.

Doğuştan kalça çıkığı veya subluksasyonuna bağlı koksartrozlarda gerçek asetabulumun displazik olması nedeniyle, uygun asetabuler komponentin seçilmesi zorluklar gösterebilir. Uygun asetabuler komponentin seçilebilmesi için, frezeleme ve hazırlama işleminin sonra, gerçek asetabulumun antero-posterior çapı llr ve bu çapa uygun asetabuları, olgularının % 77'sinde çapı 33 ile 44 mm arasında değişen, normalden daha kkk asetabuler komponent kullanma gereğini duymuşlardır (2).

Asetabuler komponent, gerçek asetabulumu yerleştirildiğinde meydana gelecek uzama, nörovasküler yapılarda gerilme nedeniyle komplikasyonlara yol açabilir. Bunların önüne geçmek için, femoral rezeksiyon yapmak gerekmektedir.

Bizim olgumuzda, rezeksiyondan kaçınmak için, iskelet traksiyonu yapılmış, ikinci seansta protez yerleştirilmiştir. Bu olguda geçici nörolojik komplikasyonlar yapılan diğer 3 olgumuzda ise hiçbir nörolojik komplikasyona rastlanmamıştır. RING, kendi protezleri ile yaptığı çalışmasında asetabulumun normal yerine indirilmesinde kazanılacak uzunluğun 4 cm i geçmemesi gerektiğini daha fazla uzamaların nörovasküler yapıları gereğini, bulunması gerektiğini bildirmiştir (6).

Doğuştan kalça ıkıklı veya subluksasyonlu kalçalarda, femur proksimal ucu da displaziktir, femur boynunda aşırı anteversiyon vardır, medüller karı femoral kanalda normalden daha az eğrilik vardır. Daha distal seviyede femoral rezeksiyon yapılmışta, medüller kanalın genişliği daha da azalır. Bu nedenle böyle hastalarda, düz saplı, daha kkk çaplı femoral komponent kullanılmalıdır. CROWE ve arkadaşlarının olgularının % 87'sinde daha kkk ve düz saplı protez gerekmiştir (2). Yazarların çoğunluğu düz saplı, kkk çaplı özel protezler kullanılması gerektiğini belirtmektedirler (2,3,4,5).

Biz elimizde bu tür özel protezler olmadığından, en küçük boy Charnley-Müller femoral komponenti kullanmak zorunda kaldık. Femoral kanca'nın anormal şekli nedeniyle, frezeleme işlemi sırasında kırık veya korteks delinmesi gibi tehlikelerden kaçınmak gerekmektedir. Femoral rezeksiyon yapıldığı için büyük trokanterin osteotomize edilmesi ve daha sonra distale nakledilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Total Hip Prosthesis in Coxarthrosis due to Congenital Dislocation or Subluxation of the Hip

At our clinic, total hip prostheses were adapted in 4 cases with coxarthrosis accompanied by severe acetabular insufficiency due to congenital hip dislocation or subluxation. For the reconstruction of acetabular insufficiency, femoral head was employed as graft in compliance with the Harris' technique. This technique was realized on the patient in between two stages with the purpose of avoiding femoral resection, yet temporary neurologic symptoms appeared postoperatively in this case of ours. On the other three cases, the technique was applied at one stage in combination with resection. Although trochanteric pseudoarthrosis developed in one of these cases as a result of wire breakage, it was concluded that in all cases femoral head graft was united in its place, that no or very mild pain occurred in the hips, and that range of movement in the hips was over 100 degrees totally.

KAYNAKLAR

- 1 — CHARNLEY, J., FEAGIN, J. A. : Low-Friction Arthroplasty in Congenital Subluxation of the Hip, Clin. Orthop., 91:98-113, 1973.
- 2 — CROWE, J. F., MANI, V. J., RANAWAT, C. S. : Total Hip Replacement in Congenital Dislocation and Dysplasia of the Hip, J. Bone Joint Surg., 61-A: 15-23, 1979.
- 3 — DUNN, H. K., HESS, W. E. : Total Hip Reconstruction in Chronically Dislocated Hips, J. Bone Joint Surg., 58-A:838-845, 1976.
- 4 — HARRIS, W. H., CROTHERS, O., OH, I. : Total Hip Replacement and Femoral-Head Bone-Grafting for Severe Acetabular Deficiency in Adults, J. Bone Joint Surg., 59-A:752-759, 1977.
- 5 — HARRIS, W. H. : Total Hip Replacement for Congenital Dysplasia of Hip: Technique. In the Hip: Proceedings of the Second Open Scientific Meeting of the Hip Society, pp: 251-265, St. Louis, C. V. Mosby, 1974.
- 6 — RING, P. A. : Complete Replacement Arthroplasty of the Hip by the Ring Prosthesis, J. Bone Joint Surg., 50-B:720, 1968.