

KLİNİĞİMİZDE GECİKMIŞ DOĞMALIK KALÇA ÇIKIKLARINDA UYGULANAN KALÇA PROTEZLERİ VE ERKEN SONUÇLARI

İlker ÖZSÜT *

Veli Lök **

Bekir KUMBUL ***

Ö Z E T

Erişkin D.K.Ç.İ vak'alarda uygulanan total kalça protez teknikleri ile kliniğimizde opere edilmiş 9 vak'anın erken sonuçları ve vak'aların analizi yapılmaktadır.

G İ R İ Ő :

Erişkin kalçanın genel artritlik durumlarında total kalça artroplastilerinin mükemmel neticeleri, cerrahları daha kompleks hadiselerde total kalça artropastisi uygulamaya itmiştir. Bu kompleks hadiselerden birisi de, doğuştan mevcut olan ve rahatsızlığın giderek arttığı gecikmiş doğmalık kalça çıkığıdır.

Total kalça artroplastisinin ilk uygulayıcısı olan CHARNLEY kliniğinde bu uygulamayı teknik güçlüklerin fazla olması nedeni ile uzun müddet bu konuda tutucu kalmıştır. Bu teknik güçlükler rağmen son zamanlarda artan araştırmalar sonucu kısmen güçlükler yenilmiş ve uygulayıcılarına ümit vermiştir (1,4,5,6).

Teknik güçlükleri sıralayacak olursak; a) Acetabulumda, acetabular soketi yerleştirecek yeterli kemik yapının olmayışı (1,4). b) Femurda medullar kanalın dar olması, önceden geçirilmiş destek osteotomileri ile femur yapısının bozulması (3) ve femurdaki anteversiyon nedeni ile fizyolojik anteversiyon arasındaki yanılıdır. c) Yumuşak dokudaki anatomik değişiklik (4).

Konjenital sublüksasyon sık olarak kalçanın sekonder osteoartritinin sebebidir. Hastaları cerraha götüren temel neden ağrıdır (1,4,6). Bunun yanında estetik ve seks faktörleri sayılabilir (1).

* Ege Üniver. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kli. Uzman Asistanı

** Aynı Klinik Profesörü

*** Aynı Klinik Asistanı

PATOLOJİK ANATOMİ

Bütün vak'alarda femur, iliak kanat ile eklem yapmakta, kalçanın yumuşak dokuları fazlaca kısa, hakiki acetabulum normal fizyolojiye ship olmadığı için ileri derecede porotiktir.

Gelişmede femura fizyolojik yükün anormal etkisi ile değişik patolojiler oluşmakta. Şöyle ki; femur başı küçük ve femoral kanal dardır. Trokanter major, adele çekimindeki yetersizlik nedeni ile küçük ve osteoporotiktir, abduktor adaleler atrofiktir. Bu nedenle eldeki standart protezlerin yerleştirilmesinde zorluklarla karşılaşılabilir (1,4,6).

Fimde koronal plandaki medullar kanalın kalınlığı her zaman sagittal plandaki medullar kanalın kalınlığından azdır. Bu nedenle protezin femoral komponentinin şaftı koronal plandaki darlık bloke edebilir (4).

Kalça eklemi kapsülü genişlemiş, uzamış, femur başının iliak kanatla eklem yaptığı yerde fazlaca kalınlaşmış ve yapışıklıklar yapmıştır. Alt kısımda hakiki acetabulumu kapatmıştır (1,4,6). Ameliyat anında bu kapsülün tamamının çıkarılması gerekir.

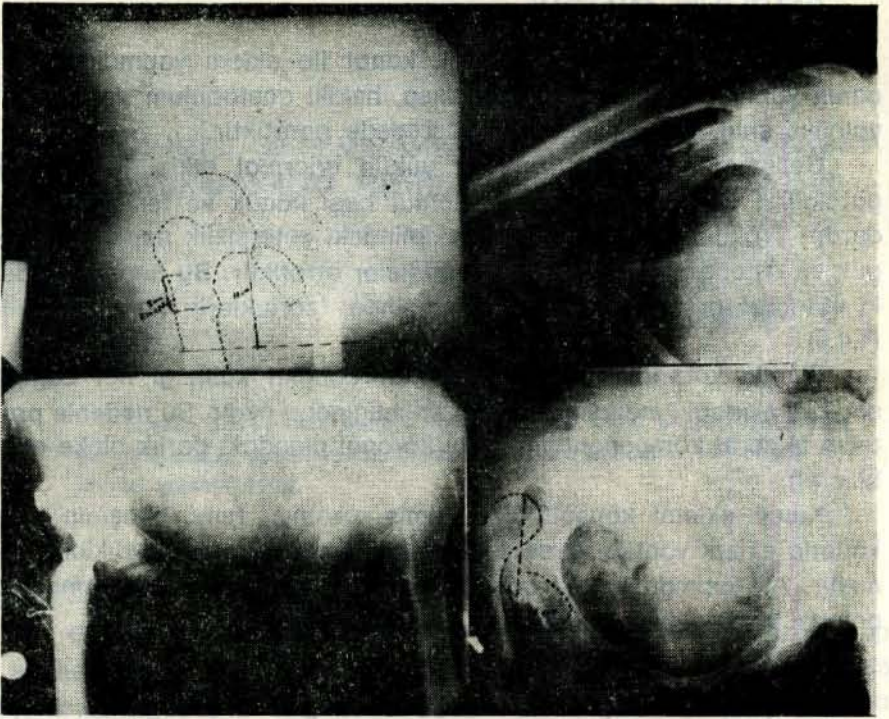
GEREÇ ve YÖNTEM :

Bu çalışma kliniğimizde tedavi edilen gecikmiş doğmalık kalça çıkıklı 13 vak'adan 9 unu içermektedir. Hastalarımızın tamamı kadın olup yaş 19-73 arasında değişmektedir. Ortalama 36,7 dir. Tüm vak'alar ünilateraldir. Takibi 1,5 yıl ile 3 yıl arasında değişmektedir. Vak'alarımızdan birisinde ağrı nedeni ile 17 yıl önce destek osteotomisi uygulanmış geri kalan 8 vak'ada daha önce herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.

AMELİYATA HAZIRLIK :

Yumuşak dokuların ileri derecede kısa olması nedeni ile redüksiyonda zorluklarla karşılaşılacağından, ameliyat öncesi hastalarda yumuşak doku gevşetmeleri yapılması ve iskelet traksiyonu faydalıdır.

Yumuşak doku gevşetmeleri, ileo-psoas ve adduktor kasların kapsülün alt ve iç kısmı serbestleştirilerek elde edilir. Bunu takiben suprakondiler bölgeden bir iskelet traksiyonu tatbik edilir. 5 Kg. lık bir ağırlıkla başlanarak kontrollü olarak ağırlık 10-12 Kg. a kadar çıkarılır. Bu arada haftada bir film kontrolü ile femur başının normal seviyeye inmesi kontrol edilir. Bu durumda ortalama 3 haftalık bir sürede femurda 4-5 cm. lik bir inme sağlanabilir. Böylece ameliyat için büyük bir kolaylık sağlanmış olur (Şekil: 1).



(Şekil : 1)

AMELİYAT TEKNİĞİ

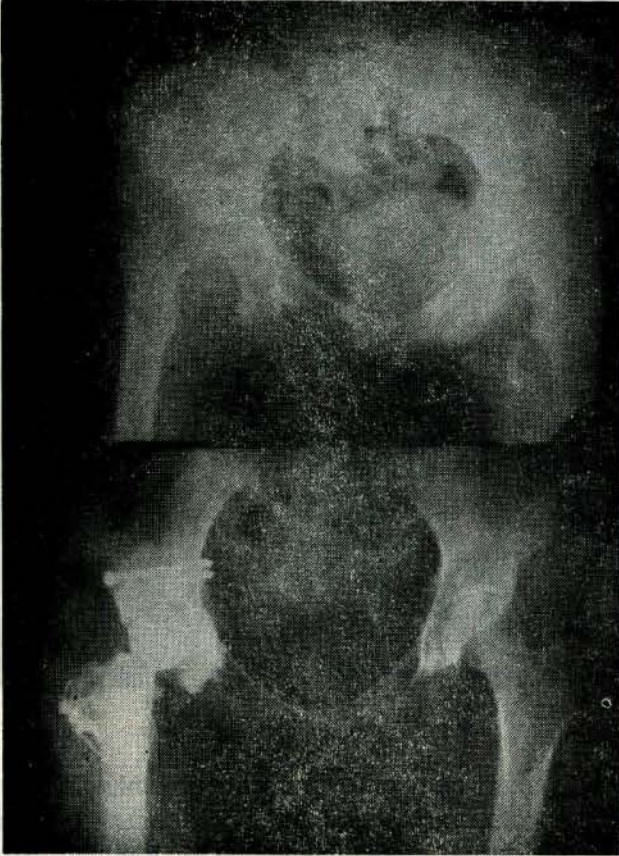
Büyük trokanterin boyun ve başın ortasından geçen bir hattan osteotomiye edilmesi ile geniş girişim zorunludur (Şekil: 4). Acetabular komponent hakiki yerinde lokalize edilmeli ki bu yalancı acetabulumun bir kaç santimetre altındadır. Bu vak'alarda, socketin yerleştirilmesi için daima küçük ve sığdır. Hakiki acetabulumun durumuna bağlı olarak femoral kısımda kısaltma gerekebilir (4,5). Bunun iki yararı vardır; birincisi neuro-vasküler yapının fazla gerilmemesi, ikincisi, taraf ekstremitenin uzunluğunun önlenmesi içindir. Ayrıca bu durumda abduktör adalelerin iyi çalışabilmesi için kuvvet kolunun yerinin değiştirilmesi gerekir ki bu büyük trokanterin daha distale ve hafif anteriora transferi ile mümkündür (4,5).

Yalancı acetabulum, acetabular komponentin yerleşmesi için uygun değildir. Abduktör kuvvet için çok yukarda, abduktör kuvvet kolu için lateralde ve iliac kanat bu bölgede incedir. Bu en iyi tangensiyal grafi ile ortaya konur. Yalancı acetabulumu böyle bir teşebbüs muvaffakiyetsizlikle sonlanır (4,6,7).

Eğer acetabular komponent yalnız acetabulumu tesbit edilirse, kalçaya tesir eden kuvvetler acetabular komponenti rotasyona zorlayacak, bunun sonunda methyl-metakrilat üzerine etki eden makaslama kuvveti artacaktır (4). Yalnız hakiki acetabulum çok sığ ve dar olduğu için acetabular komponentin yerleştirilmesinde güçlükle karşılaşılacaktır (1,2,3,4,5,6,7).

Bunun için şu önlemler alınabilir :

a) Femur başı rezeke edildikten sonra dekortize ve modele edilir. Bundan sonra, ileumun acetabulum ile birleştiği üst kenar dekortize edilir ve hazırlanan femur başı bu bölgeye iki spongiyöz vida ile



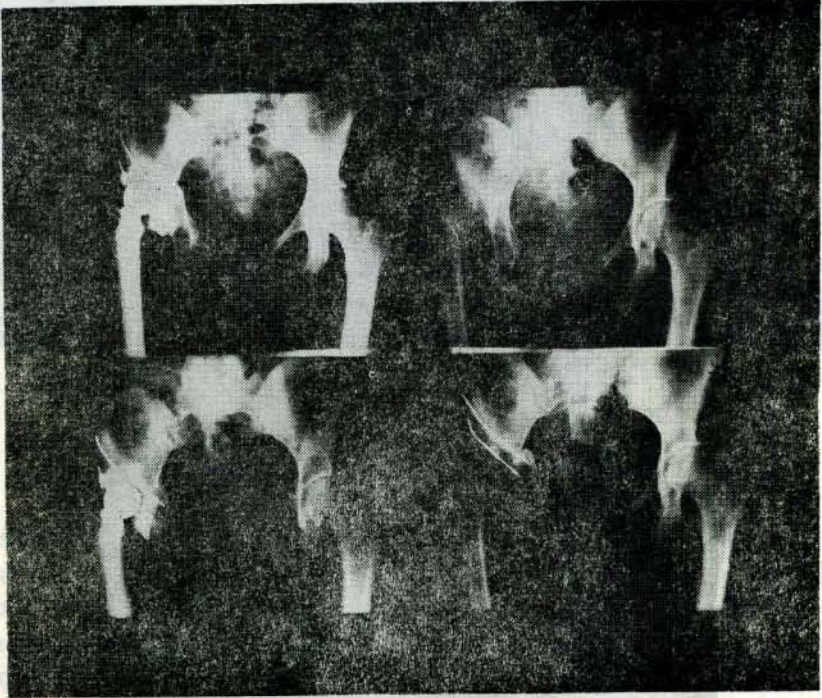
(Şekil : 2)

tesbit edilir. Bu şekilde tatminkâr bir tavan elde edilmiş olur. Yalnız burada sementin iki kemik arasına girmemesine dikkat edilmelidir (5,6). 9 vak'amızın 7'sinde bu metod kullanılmıştır (Şekil : 2).

b) Acetabulumun medialinde ince bir korteks kalıncaya hatta

delininceye kadar acetabulum derinleştirilir. Bu durumda soketin üst kenarı acetabulumun üst dudağında çıkıntı yapabilir. Bu çıkıntı 5 mm. den daha fazla olmamalıdır. Soketin çıkıntı yapmış kenarı takriben 1 cm. çapındai ki siğ delik yardımı ile ileuma sementle tutturulur. Sementin bu kısmı soketin derin parçasındaki sement ile kuvvetli bir bağlantı kurmalıdır (1).

c) Acetabular çatıyı oluşturmak için daha önce Chiari osteotomi ile yeterli tavan oluşturmaya çalışılır. Bir vak'amızda bu metodu kullandık (Şekil 3).



(Şekil : 3)

Femur boynunun aşırı anteverسیونu umumiyetle büyük trokanterin posterior pozisyonu ile birlikte dir. Rekonstriksiyonda anatomik anteverسیونla bu durum düzeltilmelidir (1,4). Medullar kanal patella ve dizin pozisyonundan faydalanılarak femurun eksen i ile aynı çizgi de doğru bir genişletici kullanarak medullar kanal genişletilmelidir (1,4,7).

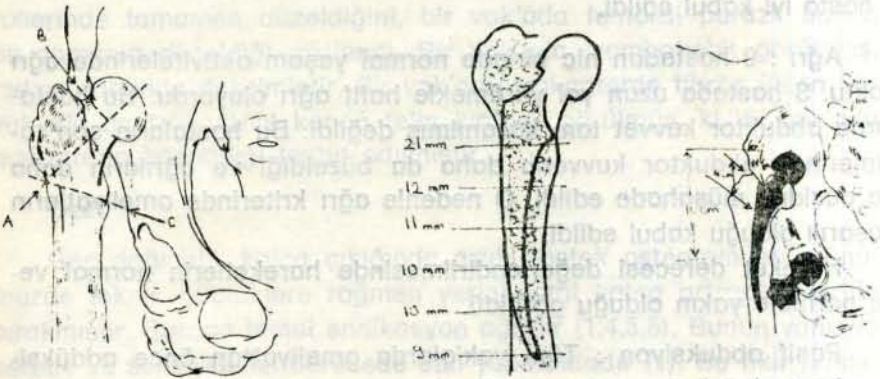
Acetabulumun aşağı nakli ekstremite de uzunluğa neden olabilir. Bu durum kısa boyunlu protez kulanarak kısmen kompanse edilebilir.

Çoğunlukla femur üst ucunda rezeksiyon gerekebilir. Bu rezeksiyon neuro vasküler yapının korunmasını uzunluğun önlenmesini ve emin rekonstrüksiyonu sağlar (1,2,3,4). 3 vak'amızda femur üst ucunda rezeksiyon gerekli görülmüştür (Şekil: 4).

Siatik sinir ekstremitenin ne kadar uzayacağını, diğer bir deyimle ne kadar bir rezeksiyon gerekeceğini tayinde bir faktör olarak kullanılır (4).

Femur intramedullar kanalının genişliği ve biçimi femoral komponentin sapının büyüklüğü ve biçimini mahdutlayabilir. Geç D.K.Ç. lerde femoral kanal çok küçüktür. Özel çizilmiş protezler gerektirebilir (1,4,5).

Hakiki acetabulumun oyulmasında dikkatli davranılmalıdır. Zira osteoporotik ve çok sığdır. Acetabular çatinin oluşturulmasında yukarda bahsettiğimiz tekniklerden birisi kullanılmalıdır. Acetabulumun iç duvarının kırılmasında kemik grefler yerleştirilip, tel örgü ile sağlamlaştırılmalıdır (1,4). Bundan sonra acetabular komponent bilinen metcdlarla yerleştirilmelidir.



(Şekil : 4)

Medulla

in dar olması nedeni ile orteks çatlayabilir. Kullanılacak protez konularak deneme redüksiyonu yapılır. Bu noktada siatik sinirin gerginliği palpe edilmelidir. (Dizin ekstansiyonu kalçanın fleksiyonunda sinirin gerginliği artar, kalçanın ekstansiyonu, dizin fleksiyonunda sinir gerginliğini azaltır). (4). Post operasyon olarak bu durumun muhafazası gerekir. Bazı otörler femoral komponentin redüksiyonunun zor olduğu durumlarda yumuşak doku gevşetmesi yap-

maktadırlar. Biz bu yumuşak doku gevşetmesinin ameliyata hazırlık safhasında yaptığımız için ameliyatın bu safhasında buna gerek görülmemiştir.

Hareketler ve siyatik sinirin gerginliği kontrol edildikten sonra trokanteri tesbit edecek teller uygun olarak geç ponent uygunca yerleştirilir. Genellikle abduktor gurubu adeleler eski yerinden aşağıya ve hafif öne transfer edilirler. Trokanter ile birlikte boyun ve başın yarısının kesilmesi trokanterik parçanın büyük olmasına neden olur. Bunun iki yararı vardır. a) Büyük kemik parçası telle tesbiti kolaylaştırır. b) Geniş trokanterik kolunu uzatır (4).

NETİCELER :

Burada 9 vak'anın erken neticeleri bildirilmektedir. Post-operatif neticeleri değerlendirmede ağrı, hareket derecesi, topallama ve kısıllığın giderilmesi üzerinde durulmuştur. Metod da hastanın büyük komplikasyonu yoksa, ağrı kaybolmuşsa, yürüm düzelmişse başarılı kabul edilmiştir. Buna göre 9 hastadan 2 sinde abduktor kasların zayıflığına bağlı hafif topallama mevcuttu. Böylece 7 hasta çok iyi 2 hasta iyi kabul edildi.

Ağrı : 9 hastadan hiç birinde normal yaşam aktivitelerinde ağrı yoktu. 3 hastada uzun yol yürümekle hafif ağrı oluyordu. Bu hastalarda abduktor kuvvet tam kazanılmış değildi. Bu hastaların son takiplerinde abduktor kuvvetin daha da büzeldiği ve ağırların daha da aazıldığı müşahade edildi. O nedenle ağrı kriterinde ameliyatların başarılı olduğu kabul edildi.

Hareket derecesi değerlendirilmesinde hareketlerin normal veya normale yakın olduğu görüldü.

Pasif abduksiyon : Tüm vak'alarda ameliyattan önce addüksiyon kontraktürü mevcuttu. Ameliyattan sonra bu kontraktürün düzeldiği ve hiç bir hastada nüksetmediği görüldü.

Aktif abduksiyon : Hastalarımıza aktif abduksiyon hareketlerine 2-3 aylarda başlandı. Aktif abduksiyon deercesi şu şekilde değerlendirildi; diz ekstansiyonda iken hasta yan yatırılıp yer çekimine karşı ekstremiteyi kaldırma kuvveti veya rezistansa karşı kaldırma (1). Buna göre 6 hastada çok iyi bulundu (Rezistansa karşı abduksiyon tamdı). İki hasta yer çekimine karşı kaldırabiliyordu ki, bu hastalardan bir tanesinde acetabular soket yerinden biraz daha yukarıda ve trokanter yeterince aşağı transver edilmemişti (Şekil: 3). Diğer hastada aktif abduksiyon hareketlerine yeni bağlanmıştı. Bir hastada da

henüz abdüksiyon hareketlerine yeni başlanmıştı. onun için değerlendirilmeye katılmadı.

Yürüme : Hastalarımıza 3' gün quadriceps ekzersizleri verildi. 10. gün yürütölmeye başlandı. 6 ay müddetle koltuk değneği ile yürümesi önerildi. Bu süre zarfında abduktor kuvvet tam veya tama yakın kazanılmış oluyordu (4). Bu şekilde 9 hastadan 8'inde yürüme, tarafımızdan başarılı kabul edildi. Hastaları rahatsız eden nedenlerden birisi olan piston hissi de kayıp

Topallama : Hiç bir hastada eskiden mevcut olan trandelenburg topallaması yoktu. 9 hastadan 3'ü tam normaldi, geri kalan 6 hastada hafif derecede topallama mevcuttu, fakat bu herhangi bir cihaz kullanmayı gerektirmiyord.

Literatürde CHARNLEY'in 24 hastasından 9'u, DUNN'ın 12 hastasından 1'i normal diğerlerinde topallama olduğu bildirilmiştir (1,4).

Bacak uzunluğu : Tüm hastaların bacak uzunluğu normale yakın restore edildi. Ortalama 3,8 cm. lik bir uzunluk sağlandı.

Komplikasyonlar : Hiçbir hastamızda büyük komplikasyon görülmedi. Bir vak'ada siyatik sinir parazisi ki bunun daha sonraki kontrollerinde tamamen düzeldiğini, bir vak'ada femoral parazi, bunun da zamanla düzeldiği gözlemlendi. Bir vak'ada tromboflebit görölmüş, tedavi sonunda düzelmiştir. Bir vak'ada trokanterde fibröz ünion, bir vak'ada da trokantere konan telin kırıldığı görölmüş, ki bu vak'ada trokanterin kaynadığı tesbit edilmiştir.

Özet :

Geç doğmalık kalça çıkığında artık müzde teknik güçlüklerle rağmen yerini total kalça artroplastilerine bırakmıştır. Burada temel endikasyon ağrıdır (1,4,5,6). Bunun yanında estetik ve seks önemli derecede etki yapmaktadır (1). Bu fikir hastalarımızın kadın olması nedeni ile desteklenmektedir. Bu vak'alarda total kalça artroplastisi güçlükler arz etmektedir. Bunlar; 1) Acetabular komponentteki güçlükler, 2) Femoral komponentteki güçlükler, 3) Yumuşak dokuların fazlaca kontrakte olmalarıdır. Acetabular komponentteki güçlükler, HARRIS'in önerdiği şekilde femur başını gref olarak kullanarak veya DUNN'ın tekniğine göre önlenabilir. Femoral komponentteki güçlükler, femur medullasındaki ileri derecedeki darlık ki, bunun için özel şaftlı protez gerekebilir. Bir de femur'u normal acetabular seviyeye indirmede güçlük arzedebilir. Bu durumda femur proksimalinden rezeksiyon gerekebilir (4). 3 vak'amızda rezeksiyon uygulaması yapıldı.

Bir diğ er zorlukta yumuş ak dokuların fazlaca kısa olmasıdır. Bunun için ameliyattan önce adduktor myotomi, ile-psoas'ın tenetomisi, kapsülün alt ve ön bölümünün rezeksiyonu (7 vak'amızda uygulandı). Hatta rektusun uzun başının uzatılması gerekebilir (2 vak'a). Böylece 4-5 cm. lik bir inme sağlanır ki, ameliyatta büyük kolaylık sağlanmış olur. Diğ er önemli bir faktör abduktor kuvvetin sağlanmasıdır, bu da trokanterin daha aşağı transferi ve yeterli egzersizlerle temin edilir (4). Bir vak'amızda trokanterin daha aşağı transveri yapılamadığından yeterli abduktor kuvvet temin edilememiştir.

S U M M A R Y

Total hip prothesis and early results applied to belated C.D.H. cases in our clinic

Treatment of nine cases 2 different techniques used. Total hip prothesis applied to all nine cases. Referred to severatl literatüre early results analysed.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — CHARNLEY, J. and Feagin, J. : Low-Frictin artroplaty in congenital sublukation of the hip Clin. Ort. No. 91, 1973, s: 98-113
- 2 — DUNN, H. K., HESS, W. E., : Total hip reconstrieksiyon in old completely dislocated hips J.B.J.S. 57-A, 135, Jan. 1975.
- 3 — DUNN, H. K., HESS, W. E. : Total hip reconstruction in old completely dislocaed hipts J.B.J.S. 58-A, 731 July 1976.
- 4 — DUNN, H. K., HESS, W. E., : Total hip reconstruction in chronically dislocated hips J.B.J.S. 58-A, 838-845 September 1976.
- 5 — HARRIS W. H. : The use of total hip replacement for arthritis secondary to severe dysplasia or total dislocation J.B.J.S. 57-B, 532 Nov. 1975.
- 6 — Harris, W. H. and CROTTERS, O. : Grafting of the femoral head to the wing of the ilem total hip replacement for adult with congenital total dislocation of the hip. J.B.J.S. 58-B, 143 Feb. 1976.
- 7 — PETERSON, L.F.A., BICKEL, W. H., Sim, F. H. : Total hip artroplasty for complete congenital dislocation of the hip. J.B.J.S. 57-A, 138, Jan. 1975.