

PELVİK OSTEOTOMİLERİN BAŞARISIZLIK NEDENLERİ (*)

Fahri SEYHAN*

Ö Z E T

Bu yazıda doğuştan kalça çıkığının tedavisinde kullanılan ve pelvik osteotomiler olarak bilinen Salter, Pemberton ve Chiari ameliyatlarından alınan başarısız sonuçların nedenleri üzerinde durulmuş ve korunma çareleri tartışılmıştır.

Doğuştan kalça çıkığının tedavisinde önemli bir yeri olan pelvik osteotomiler, vakaların çoğunda başarılı oldukları halde bazı vakalarda, çeşitli nedenlerin etkisi ile başarısızlıkla sonuçlanabilirler. Bu nedenleri, endikasyonda yapılan hatalar ve teknik hatalar olarak iki grupta toplayabiliriz.

1. Endikasyon hataları : Bilindiği gibi pelvik osteotomileri ortaya koyan SALTER, PEMBERTON ve CHIARI kendi ameliyatlarının endikasyonlarını da ana hatları ile belirtmişlerdir (3,8,10,11). Fakat bu ana hatlar zamanla, uygulamanın verdiği tecrübelerin etkisi ile değişmiş, yaş sınırları aşağı ve yukarı genişletilmiştir. Her vakanın kendine ait özellikleri de göz önüne alınınca, eldeki bir vakada pelvik osteotomi endikasyonu varsa, bu üç pelvik osteotomiden hangisinin uygulanacağına karar vermek zorlaşmıştır.

SALTER, ameliyatının 1,5 - 6 yaşları arasında uygulanmasını tavsiye ettiği halde (10-11), sonradan yukarı yaş sınırı 10'a ve hatta daha da yukarıya çıkarılmıştır. Fakat 6 yaşından büyük çocuklarda küçüklerdeki kadar başarılı olmadığı görülmüştür (1,6,14). Ayrıca SALTER ameliyatının yeni bir asetabulum yapmadığı, ancak mevcut asetabulumu daha yararlı olabileceği bir istikamete çevirdiği unutulmamalıdır. Bu nedenle, asetabulum yetmezliği az veya orta derecede ise SALTER osteotomisi başarılı olabilir. Çok ileri derecede yüzeysel bir asetabulumun bulunduğu vakalarda ise başarı şansı az-

* IV. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresinde (13-15 Ekim 1975, Ankara) panel konuşması olarak bildirilmiştir.

* İst. Üniv. İst. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Profesörü

dır (14). Femur başının şekli de endikasyonda önemlidir. Çok büyük, deforme ve kemikleşmiş bir femur başı varsa, bunun asetabulumun istikametinin değişmesiyle düzelmesi beklenemez (4,14).

Pemberton osteotomisi de, Salter gibi küçük yaşlardaki çocuklarda yapılırsa daha başarılıdır. Y kırıkdağı sertleştikten sonra yapılmamalıdır. Salter gibi asetabulum deformitesi orta derecede olduğu zaman kullanılmalıdır (6,8,14).

Chiari osteotomisi ise 6 yaşın üzerindeki hastalarda uygulanmalıdır. CHIARI'nin kendisi bile 4 yaşından küçük çocuklarda bu ameliyatı yapmazken, alt yaş sınırını 2 yaşına kadar zorlamak hatalıdır. SALTER'dan farklı olarak, asetabulum yetmezliği daha ileri derecede olan vakalarda uygulanabilir (2,3,5,14).

Endisyonları şöyle özetleyebiliriz : 1,5 - 6 yaşları arasındaki orta derecede asetabulum yetmezliği vakalarında Salter veya Pemberton, 6 yaşın üzerindeki ileri derecede asetabulum yetmezliği vakalarında Chiari osteotomisi uygulanmalıdır. Bu endikasyon sınırlarını zorlamak başarısızlığın nedeni olabilir.

2. Teknik hatalar : Pelvik osteotomiler uygulanmadan önce, femur başının asetabulum içine yerleştirilmiş olması (11,15) veya ameliyat esnasında yerleştirilebilecek durumda Y kırıkdağı hizasına kadar indirilmiş olması gerekir. Bunun için de ameliyat öncesinde yeterli traksiyon uygulamalı, gerekirse adduktor tenotomi, iskelet traksiyonu yapılmalıdır. Femur başı yukarıda iken pelvik osteotomi yapmaya kalkışmak büyük bir teknik hatadır (1,4,12).

SALTER'in pelvik osteotomisinden önce açık redüksiyon yapılırken de, gergin olan yumuşak dokuların ortadan kaldırılması gerekir. Yürüyen çocuklarda iliopsoas adelesi kuvvetlenmiş ve tendonu gerginleşmiştir, kesilmeli veya uzatılmalıdır (1,4,11,12,13,15). Kalça oynağı kapsülünün de gerginliğinin giderilmesi gerekir. Sadece ön taraftan açılması yetersizdir, posterior bölümü de kesilmeli, asetabulum çepeçevre serbestleştirilmelidir.

Yine Salter ameliyatı uygulanırken iliyak osteotomi yapıldıktan sonra, distal fragmanın öne, aşağıya ve lateral tarafa yer değiştirmesi esnasında, esnemenin pubis semfizinden olmasına dikkat etmek gerekir. Osteotomi kenarlarını tutan çamaşır penslerinden proksimal fragmanda olanının görevi, bu parçayı yerinde tutmak olmalıdır. Proksimal fragman yukarıya çekilirse esneme sakroilyak oynaktan olur. Osteotomi yerinde fragmanların arası açılmış olduğu halde distal fragman, dolayısıyla asetabulum yeterince istikamet değiştiremez (13). Sık yapılan bu teknik hatanın önemi, ayrı bir bildiri konusu olan vakalarımızın takdiminde ele alınacaktır.

Osteotomiden sonra distal fragmanın medial tarafa veya pos-

terior tarafa kaçmasına izin vermek te bir teknik hatadır. Siyatik çukur çerçevesindeki periostun yırtılmamasına dikkat etmek gerekir. Bu yırtılma siyatik çukura elevator veya bir parmağı yerleştirmek suretiyle önlenabilir. Osteotomiden sonra araya konan kemik greftinin de yeterli büyüklükte olması gerekir (1,4,10,11,12,13,15). Çok küçük ve zayıf bir greftin kullanılması sık yapılan bir teknik hatadır. Ayrıca bu greftin yerine sağlam bir şekilde tutturulması gerekir. Çok defa bir Kirschner teli yetmez, iki tane kullanılmalıdır. Doğrultuları her iki fragmanı ve aradaki grefti sıkıca tutacak şekilde olmalı, uçları asetabulum içine girmemelidir (1,4,12,13,15).

Osteotomiden sonra stabilitenin sağlanmasında kemik yapısının büyük önemi vardır. Kapalı redüksiyon ve Lorenz alçıları ile tedavi edilen bir çocuk, 6 ay veya 9 ay alçıda kaldıktan sonra hemen Salter osteotomisini uygulamak kanaatimce bir başka teknik hatadır. Çünkü osteoporoz ve atrofiye uğramış pelvis kemiklerinde tekniğine uygun ve stabil bir pelvik osteotomi uygulamak çok zordur.

Femur boynunda aşırı anteversiyonun bulunması, SALTER'ın pelvik osteotomisinden sonra başarısızlık nedenlerinden birisidir. Kendisinin bu anteversiyon deformitesinin zamanla düzelebileceğini ileri sürmesine rağmen, birçok vakalarda subluksasyon hatta çıkığın tekrarlamasına neden olması göz önüne alınarak, 60° nin üzerindeki anteversiyon, femura derotasyon osteotomisi yapılarak düzeltilmelidir (7,9,12,13,15). Bu osteotomi uygulanırken de zamanının ve yerinin iyi seçilmesi gerekir. Açık redüksiyon ve Salter osteotomisi yapılırken aynı seansta derotasyon osteotomisi yapılırsa fragmanların tesbiti teknik bakımdan zor olabilir. Pelvik osteotomi yapıldıktan 2 - 4 hafta sonra yapılırsa da alçı süresinin uzamasına ve kalçadaki sertliğin artmasına neden olabilir.

Ameliyat sonrasında kalçanın sert kalması, pelvik osteotomilerin başarısızlık nedenlerinden biridir. Bu sertlik alçı süresinin gereğinden uzun tutulmasından, alçı sonrası banyo ve hareket tedavisinin iyi yapılamamasından olduğu gibi, bilhassa Salter osteotomisinden sonra ortaya çıkan kırıldak nekrozundan da olabilir. Çünkü basınç altında kalan eklem kırıldaklarının nekroze olabildiğini yalnız hayvan deneyleri değil, klinik tecrübeler de göstermektedir (4,11.). Kırıldak nekrozunu ölemek için, Salter osteotomisinden önce yeterli traksiyon uygulamak, ameliyat esnasında da gergin görülen tendonları ve oynak kapsülünü kesmek gerekir. Pemberton ve Chiari ameliyatlarında ise, osteotomiye eklem kırığaına çok yakın yapmamak gerekir (3,5,8,14).

Pemberton osteotomisinin uygulamasının teknik bakımdan zor olduğu, başkalarının bu tekniği PEMBERTON'un kendisi kadar iyi uygulayamadığı inkâr edilmez bir hakikattir (9,14). İyi yetişmemiş kimselerin elinde bu ameliyatın başarılı olamayışının nedenlerinin başında bu teknik zorluğu gelmektedir. Endikasyon sâhaları aşağı yukarı aynı olduğuna göre, ben şahsen iyi uygulayabileceğime emin olamadığım Pemberton osteotomisinin yerine, teknik bakımdan daha kolay gelen Salter osteotomisini tercih ediyorum.

Chiari osteotomisinin başarılı olabilmesi için uygulamada şu teknik hususlara dikkat etmek gerekir (2,3,5,14).

1. Osteotomi asetabulumun üst kenarından başlamalıdır. Fazla yukardan yapılırsa asetabulumun üzerinde bir basamak oluşur.

2. Osteotomi düzlemi 15°-20° lik bir açı ile aşağıdan yukarıya doğru olmalıdır.

3. Osteotomiden sonra distal fragmanın mediale kaydırılması, osteotomi genişliğinin yarısı kadar olmalıdır. Daha az kaydırma tavanın yeteri kadar olmayışına, fazlası ise stabilite bozukluğuna neden olur.

4. Osteotomi fragmanları paralel Kirschner telleri veya vida ile tesbit edilmelidir.

5. Oynak sertliğini önlemek için, kalça oynacı kapsülü açılmalıdır. Kapsülün femur başı ile beraber mediale kaydırılması, tavın teşkil edecek olan osteotomi yüzü ile başın arasında kalması önemlidir.

SONUÇ :

Ancak doğru bir endikasyonla, uygun yaşta ve tekniğine uygun olarak yapılmış bir pelvik osteotominin başarı ile sonuçlanmasını bekleyebiliriz. Başarısızlıkla sonuçlanmış bir vaka tarafsız bir görüşle incelenirse, bu saydığımız hatalardan bir veya birkaçının işlenmiş olduğu ortaya çıkar.

S U M M A R Y

The causes of failure of pelvic osteotomies

In this paper the causes of failure of pelvic osteotomies and the ways to avoid these failures are discussed.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — BAYINDIR, Ş., TOKGÖZOĞLU, N., BAĞDATLI, A. : DKC Tedavisinde Uyguladığımız 100 İlyak Osteotomisinin Sonuçları. III. Türkiye Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi, İzmir 1973, Notları S. 161-167.
- 2 — COLTON, C. L. : Chiari Osteotomy for Acetabular Dysplasia in Young Subject. J. Bone Joint Surg., 54-B:578, 1972.

- 3 — CHIARI, K. : Pelvic Osteotomy for Hip Subluxation. J. Bone Joint Surg. 52-B:174, 1970.
- 4 — DAMERON, T. B. : Complications of the Innominate Osteotomy, South. Med. J., 54:204, 1971.
- 5 — EROL, K. S. : Chiari'nin Pelvis Osteotomisinde yapılabilen Teknik Kusurları ve Nedenleri. III. Türkiye Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi, İzmir 1973, Notları, S. 152-160.
- 6 — GARCIA-MORAL, C. A., BROWN, P. W. : Evaluation of Innominate and Pericapsular Osteotomies in the Older Child. J. Bone Joint Surg., 54-A:1337, 1972.
- 7 — JONES, B. G. : Innominate Osteotomy in Congenital Dislocation of the Hip. J. Bone Joint Surg., 53-B:156, 1971.
- 8 — PEMBERTON, P. A. : Pericapsular Osteotomy of the Ilium for the Treatment of Congenital Subluxation and Dislocation of the Hip. J. Bone Joint Surg., 47-A:65, 1965.
- 9 — RYDER, C. T. : Congenital Dislocation of the Hip in the Older Child. Surgical Treatment. J. Bone Joint Surg., 48-A:1404, 1966.
- 10 — SALTER, R. B. : Innominate Osteotomy in the Treatment of Congenital Dislocation and Subluxation of the Hip. J. Bone Joint Surg., 43-B:518, 1961.
- 11 — SALTER, R. B. : Role of Innominate Osteotomy in the Treatment of Congenital Dislocation and Subluxation of the Hip in the Older Child. J. Bone Joint Surg., 48-A:1413, 1966.
- 12 — SARPYENER, M. A., SEYHAN, F. : Our Experience with Innominate Osteotomy, Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie, 60:122, 1966.
- 13 — SEYHAN, F. : Doğuştan Kalça Çıkığı Tedavisinde Salter'in Osteotomy Tekniği, Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica, IV:81, 1965.
- 14 — UTTERBACK, T. D., MACEWEN, G. D. : Comparison of the Pelvic Osteotomies Used in the Surgical Correction of the Congenital Hip. J. Bone Joint Surg., 54-A:1581, 1972.
- 15 — WOOD, H.L.C. : Difficulties Encountered with Pelvic Osteotomy for Congenital Dislocation of the Hip. J. Bone Joint Surg., 47-B:195, 1965.