

## TRAVMATİK KALÇA ÇIKIKLARINDA RADYOLOJİK BULGULAR VE TEDAVİDEKİ ÖNEMİ (+)

Dr. Ali SÖNMEZLER\*  
Dr. Gürbüz AHISKALI\*\*

### ÖZET

Redüksiyondan evvelki film, hem teşhis hem de Adli Tıp bakımından önemlidir.

Ağır yaralanmalardan, crus kırıklarından ve bilhassa femur kırıklarından sonra rutin olarak kalçaların da filmi çekilmelidir.

Travmatik kalça çıkıklarında tedaviden sonra, geç komplikasyonlar bakımından çocuklar gelişme çağı tamamlanıncaya kadar, büyükler ise en az iki sene müddetle 3-6 aylık aralarla klinik ve radyolojik olarak kontrole tabi tutulmalıdır.

Travmatik kalça çıkığı, diğer mafsal çıkıklarına göre % 2-5 kabul edilmektedir. Travmatik kalça çıkığı daha çok 15-45 yaşları arasında olmaktadır. % 90 erkeklerde, % 10 kadınlarda görüldüğü bildirilmektedir. Bizim 60 vakalı serimizde bu oran % 82 erkek, % 18 kadındı.

Günümüzde travmatik kalça çıkığının etyolojik sebeplerinin başında trafik kazaları gelmektedir. Diğer sebepler sıra ile paraşütle atlama, maden ocağı çökmeleri, sportif kazalar ve yüksekten düşmelerdir.

Kalça çıkığında, femur başı önce kapsülü yırtmakta, sonra asetabulumdan çıkmaktadır. Bu arada damar, sinir, adale ve kemiklerde lezyonlara neden olmaktadır.

Çıkkık şekilleri femur başı ile pelvisin durumuna göre şöyle olacaktır.

(+) 2 Nisan 1970 perşembe, İstanbul, Radyoloji Derneğinde tebliğ edilmiştir.

\* İst Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Ün. Doçenti

\*\* İst. Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Röntgen Uzmanı

- 1 - Luxatio coxa posterior : a) İliaca (arkaya, yukarı)  
b) İschiodica (arkaya aşağı)
- 2 - Luxatio coxa anterior : a) Pubica (öne dışı yukarı)  
b) Öbturatoria (öne, içe aşağı)
- 3 - Luxatio coxa santralis (acetabulum kırılır ve caput femoris pelvise girer).

*Travmatik kalça çıkığıında prognoz.*

Çıkık istikameti ve çıkık derecesinin tayini ve çıkıkla beraber diğer lezyonların gözönüne alınması, tedavi ve prognoz bakımından çok önemlidir. Prognoz şunlara bağlıdır :

a) Travmatik kalça çıkığından başka asetabulum ve femurda olan zarar derecesine ve şekline,

Makaslama ile meydana gelen lezyonlar, çarpma ile meydana gelenlerden prognoz bakımından daha iyidir. Çarpmada asetabulum ve femur başı bazen büyük hasara uğrarlar. Femur başının yarım ay şeklinde kopması ve femur boynu kırığı ile beraber olan çıkıkların prognozu kötüdür.

b) Tedaviye; 1 - Erken teşhis ve erken tedaviye, 2 - Redüksiyon esnasında kaba hareketlerden sakınmaya, 3 - Redüksiyondan sonra basit tedavi usullerini tatbik etmeye (pasif, kuvvetli hareketlerin, masaj gibi tedavilerin zamanında yapılıp yapılmamasına).

Travmatik kalça çıkıklarında muayene ve dikkat edilecek hususlar (7) :

1 — Genel durum : Travmatik kalça çıkığı şüphe edilen vakalarda ilk önce genel duruma bakılır (koma veya şok hali ve celikle tedavi edilir).

2 — Bacağın rengi, durumu ve şekline bakılır : Bu muayene bize çıkık istikametini gösterir ve damar lezyonu hakkında fikir verir.

3 — Muayene sırası : Muayeneye önce sağlam taraftan başlanır ve sonra hasta tarafın ayak, diz ve kalçası sıra ile muayene edilir.

4 — Mafsal hareketleri : Kalça hareketleri kontrol edilir, elastiki fiksasyona bakılır; varsa çıkığa delâlet eder. Krepitasyon veya krakman aranır.

5 — Sinir muayenesi ; Muayene esnasında hasta ayağını oynatmazsa ve hareketler şüpheli ise sinir lezyonu aranır.

6 — Röntgen muayenesi : Hastanın ilk önce ağrısı teskin edilir ve bilâhare filmin çekilmesine başlanır. İlk film pelvis ve her iki kalçanın antero-posterior grafisi olmalıdır. Filim çekilirken hastanın röntgen masasına düz yatması sağlanmalıdır. Bu şekilde çekilen

grafide femur başının hangisinin diğerinden daha yüksek olduğu görülür. Bu durum arkaya kırıklı çıkıkta önemlidir. Pelvis çarpıkken çekilen filmde sık olarak çıkık gözden kaçabilir. Ve o zaman, kırık varsa yalnız asetabulum kırığı olarak tefsir edilebilir. Röntgende femur başı asetabulumla süperpoze ise caput femoris acetabulumun ya hemen önünde veya hemen arkasındadır. Böyle durumda bütün klinik belirtiler çıkık lehine olsa bile filmde görülmez, böyle şüpheli durumda lateral veya oblik film çekmek lâzımdır. Lateral veya oblik grafi çekilirken bacağın durumuna dikkat edilmesi gerekir. Simetrik çekilen pelvis grafilerinde tek taraflı çıkıklarda femur başı normal tarafa göre büyük ise çıkık öne, küçük ise arkaya olduğu a

Lateral grafi şöyle çekilir : Hasta, çıkık tarafına yatar, fakat hastanın ağrısı olacağından bu şekilde iyi film çekmek zordur. Daha iyisi collum femoris kırıklarında olduğu gibi yapılır. Hastayı çevirmeden lateral grafi (vertikal buki veya vertikal filim konarak) çekilebilir. Böyle bir film öne dışa çıkıklarda çok önemlidir. Bu durumda en iyisi oblik filimlerdir; hasta sağlam tarafına yatar, hasta ile masa arasında (45) derecelik bir açı olacak şekilde ayarlanır. Bu şekilde çekilen filmde caput femorisin asetabulumun hemen önüne veya arkasına çıktığı tespit edilebilir. Aynı zamanda acetabulumun arka üst kenar kırığı varsa bunun görülmesinde, bu pozisyon çok önemlidir. Asetabulum arka kenar kırıkları en iyi Göb tekniği ile gösterilir (5). Anteroposterior grafide, asetabulum arka üst kenar kopma kırığı femur başı ile beraber kaymışsa; ki bu çok defa olur ve normal gibi görülür. Yalnız başına asetabulum kırığı daima şüphe ile karşılanmalıdır. Şüpheli durumlarda stereoskopi tavsiye edilmiştir (1).

Röntgen olmadığı hallerde genel durum düzeldikten sonra gecikmeden redüksiyon yapılmalıdır. Redüksiyondan sonra ilk fırsatta film çekilmelidir.

İlk film, röntgen varsa Adli Tıp bakımından çok önemlidir.

Kapalı redüksiyondan sonra yapılan grafide mafsalsal aralığı iyi tetkik edilmelidir. Bazen redüksiyonla bazı ufak kemik fragmanları sürüklenerek mafsalsal aralığına girerler, ilerde artroza yol açarlar. Ayrıca sağlam kalça ile mukayese edilir, çıkık tarafın mafsalsal mesafesi genişse yumuşak kısım interpozisyonu düşünülür. Bu interpozisyonların konservatif olmazsa cerrahi olarak düzeltilmesi gerekir.

*Travmatik kalça çıkığının geç komplikasyonu ve röntgen.*

1 — Miyozitis ossifikans : Sekonder travmalarla meydana ge-

lir ve çekilecek bir filmle kolayca teşhis edilir.

2 — Caput femoris nekrozu : Zamanında ve iyi tedavi edilen vakalarda bile bu komplikasyona ortalama % 20 oranında rastlanmaktadır. Gecikilen konservatif tedaviler ve cerrahi redüksiyonlarda femur başı nekrozu daha da sık görülmektedir.

Travmatik kalça çıkıklarında femur başı nekrozu bakımından ilk radyolojik belirtiler redüksiyondan iki ay sonra ortaya çıkmaktadır. Sağlam kalça ile yapılan mukayesede, hastanın şikâyetlerine uyan femur başında dekalsifikasyon mevcuttur. Caput nekrozu bakımından hasta en az dört sene klinik ve radyolojik takip edilmelidir. Çocuklarda travmatik kalça çıkığına bağlı femur başı nekrozu Perthes gibi seyreder (4).

3 — Artroz : Kırıklı çıkıklardan sonra ve bilhassa caput femoris kırığı ve caput nekrozu ilerde artrozla neticelenir. Mafsalda ağrı hareket mahdudiyeti ve filmde osteoporoz, kistleşme ile kendini gösterir. Daha sonra mafsal aralığı daralır. Osteofitler meydana gelir. Artroz bazen bir sene, nadir olarak da sekiz sene sonra başlayabilir.

4 — Ağrı ve hareket mahdudiyeti : Bu komplikasyonun diğerlerinden ayrılması için gene radyografi yapılmalıdır.

#### SUMMARY

##### Radiological signs and their importance in traumatic dislocations of the hip joint.

Xray examination before reduction is important for diagnosis and medicolegal reasons.

In all severe trauma cases fractures of the tibia and femur, x ray examination of the hip joint must be carried out.

Traumatic hip dislocation cases should be followed for late complications, children up to maturity, adults about 2 years. Each case should be examined clinically and radiologically every 3-6 months.

#### LİTERATÜR

- 1— BÖHLER, L. : «Die technik der knochenbruchbehandlung» 2. band, 1 tell. Maudrich, Wien, 1954.
- 2 — BRAV, E.A. : Traumatic dislocation of the hip. J. Bone Jt. Surg., vol. 44 — A, No. 6, Sept. : 1115 - 1134, 1962.
- 3 — CLARK, K.C. : Positioning in radiography. 8 th ed. Ilford Ltd. London, 1972.
- 4 — Funk, F.J. : Traumatic dislocation of the hip in children. J. Bone Jt. Surg., 44 — A : 1135, 1962.
- 5 — LANGE, M. : Lehrbuch der Orthopädie und Traumatologie, 1. cilt. Enke, Stuttgart, 1960.

- 6 — REIMERS, C. : Die Traumatiscnen Hüftgelenk luxationen und luxationsfracturen im kindsalter und beim Erwachsenen, Handbuch der Cesamten unfall heilkunde, band III : s. 294 - 308, Enke, Stuttgart, 1965.
- 7 — SÖNMEZLER, A. : Travmatik kalça çıkıkları. İhtisas tezi, Başaran Matbaası, İstanbul, 1968.
- 8 — WATSON-JONES : Fractures and joint injuries, Vol. I ve II, 1960.

LITERATÜR

1 — REIMERS, C. : Die traumatische Hüftgelenkluxation, Handbuch der Unfallchirurgie, Band 3, S. 294-308, Stuttgart, 1965.

2 — SÖNMEZLER, A. : Travmatik kalça çıkıkları, İhtisas tezi, Başaran Matbaası, İstanbul, 1968.

3 — WATSON-JONES : Fractures and joint injuries, Vol. I ve II, 1960.

4 — ...

5 — ...

6 — ...

7 — ...

8 — ...