



Gelişimsel kalça displazisi cerrahisi sonrası intra-artiküler K telinin karşı pelvise migrasyonu: Olgu sunumu

Müslim YURTÇU,* Hakan ŞENARAN,# Hakan H. TÜRK,† Adnan ABASIYANIK,* İbrahim TUNCAY#

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı;

#Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı;

†Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Sorunlu gelişimsel kalça displazisi (GKD) vakalarında, femur başının transartiküler olarak K teli ile asetabulumu tespit edilmesi seyrek olarak uygulanan bir cerrahi yöntemdir. Bu yazıda, GKD tedavisi sonrası semptom olmaksızın K telinin pelvis içine transveziküler migrasyonu tespit edilen çocuk hasta sunulmaktadır. Çift taraflı GKD nedeniyle 4 yıl önce çok sayıda operasyon geçiren 8 yaşındaki kız hasta, aksayarak yürüme şikayeti ile ortopedi polikliniğine başvurdu. Her iki kalçanın hareket açıklığı iyi idi. Pelvis radyografisinde, her iki kalça arasında köprü gibi uzanan intrapelvik K teli tespit edildi. Hastanın önceki ameliyatlar sonrası ürogenital ve intestinal sistemlerle ilgili şikayetinin olmadığı belirlendi. Pediatrik cerrahi işbirliği ile K telinin çıkarılması planlandı. Sistoskopide K telinin mesane içinden geçtiği görüldü. Laparotomide K teli ortadan kesildi ve vücuttan çıkarıldı. Hasta taburcu edildi ve postoperatif şikayeti olmadı. K telinin vücutta bırakılması durumunda migrasyon riski yüksektir. Muhtemel komplikasyonların önlenmesi için K telinin postoperatif dönemde erken çıkarılması planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Cerrahi; gelişimsel kalça displazisi; Kirschner teli; postoperatif komplikasyon.

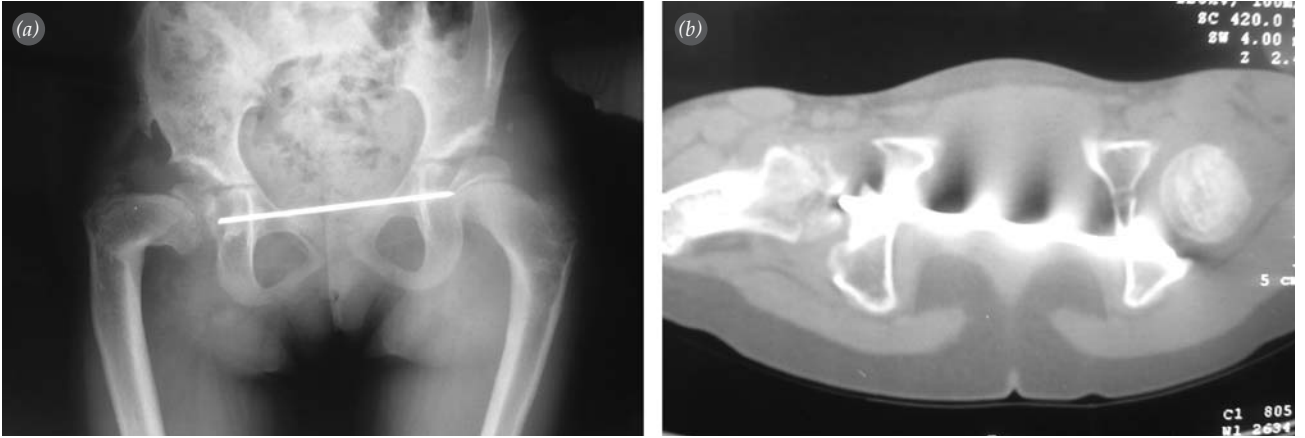
Gelişimsel kalça displazisinin (GKD) cerrahi tedavisinde ameliyat öncesi planlama çok önemlidir. İleri yaşlarda femoral osteotomi gereken hastalarda ve daha önce ameliyat olan ve revizyon cerrahisi gereken hastalarda ameliyat sırasında kalça stabilitesinin sağlanması zorlaşır. Kalçanın yeterince stabil olmadığı düşünülen zor olgularda, geçici tespit sağlanması amacıyla femur başının Kirschner (K) teli ile asetabulumu tespiti nadir uygulanan bir yöntemdir. K-teli, eklemin içinden geçerek kırıkdağlara zarar verir ancak pelvipedal alçı uygulaması sırasında femur başının disloke olmasını engeller. Yumuşak do-

ku stabilitesi sağlandıktan sonra alçı çıkarılır ve ucu cilt dışında bırakılan K teli çekilir.

Bu olgu sunumunda femur başının asetabulumu geçici tespiti amacıyla K teli uygulanan, ancak daha sonra çıkarılmayan K telinin yer değiştirdiği, mesanenin içinden geçerek karşı pelvise dayandığı bir GKD hastası rapor edilmektedir.

Olgu sunumu

Sekiz yaşında kız hasta ortopedi kliniğine başvurdu. Hikayesinden, daha önce çift taraflı GKD nedeniyle sağ kalçasından üç, sol kalçasından iki defa



Şekil 1. Pelvisin (a) radyografisinde ve (b) bilgisayarlı tomografi kesitinde her iki hemipelvis arasında köprü şeklinde uzanan K teli, sağ femur başı medialinde kırıkdağ lezyonu ve sağ femur proksimalinde varus deformitesi görülmektedir.

ameliyat edildiği öğrenildi. Hastanın Trandelenburg yürüyüşü vardı. Kalça hareketlerinin fonksiyonel sınırlarda olduğu tespit edildi. Sinir sistemi muayenesi normaldi. Çekilen pelvis filminde sağ femur başı kırıkdağında şekil bozukluğu, femur proksimalinde daha önceki ameliyata bağlı varus deformitesiyle birlikte her iki yarı pelvis arasında köprü şeklinde uzanan K teli tespit edildi (Şekil 1). Bunun üzerine yapılan ileri incelemede, hastanın intrapelvik organlardan kalın bağırsak ve mesane ile ilgili şikayetlerinin olmadığı öğrenildi. Hastanın başka merkezde yapılan ilk ameliyatına ait filmlerinde, femur başının geçici olarak asetabulumda tespiti amacıyla K telinin kullanıldığı, ancak alçı içinde bulunduğu süre içinde telin pelvis içine migre olduğu görüldü (Şekil 2). Hastanın sorgulamasında, ameliyat sonrası erken dönemde kontrol muayenesinin yapılmadığı, daha sonraki kontrollerinde K telinin yer değiştirmesinin görülmesine rağmen, çıkartılmasının planlanmadığı öğrenildi. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ile konsulte edildi. Hastanın klinik şikayetinin olmamasına rağmen, ileri yaşlardaki hamilelik ihtimali olması ve üreter içindeki yabancı cismin, enfeksiyona ve mesane taşlarına neden olabileceği düşünülerek pelvis içinden K telinin çıkartılması planlandı.^[1] Tam kan sayımı ve protrombin zamanını içeren laboratuvar değerlendirmeleri normal sınırlarda bulundu. Sistoskopide K telinin mesanenin her iki lateral duvarı delerek karşı pelvise geçtiği görüldü. K telinin mesane duvarını deldiği bölgelerde fibröz doku telin etrafını sarmıştı. Üreterlerin mesaneyle birleştikleri bölgeler sağlamdı. Üreterleri korumak amacıyla her iki tarafa çift-J kateter

yerleştirildi. Suprapubik insizyonla pelvis içine girilerek mesane açıldı ve K teli bulundu. K teli orta bölgeden ikiye kesildi. Her iki taraftan çekilerek K telinin parçaları vücut dışına çıkarıldı. K telinin çıktığı bölgelerde mesane duvarı tamir edildi ve katlar kapatıldı. Hastanın postoperatif erken dönemde şikayeti olmadı, üreterdeki kateterler postoperatif 15. günde çıkartıldı. Hastanın 3 aylık kontrolünde kalça hareketleriyle ve uriner sistemle ilgili şikayetinin olmadığı tespit edildi.

Tartışma

GKD hastalarında kalçanın stabilizasyonu amacıyla birçok cerrahi yöntem uygulanmaktadır. En sık uygulanan kapsül plikasyonu ve iliak osteotomilerdir.



Şekil 2. Hastanın 4 yaşında geçirdiği sağ kalça açık redüksiyon, ve iliak ve femoral osteotomi ameliyatı sonrası çekilen pelvis grafisinde transartiküler tespit amaçlı konulan K telinin yer değiştirmeden önceki hali görülmektedir.

Büyük çocuklarda veya iliak osteotomilerin yeterli olmadığı durumlarda femoral osteotomiler eklenmelidir. Yeterli stabilizasyonun sağlanmadığı durumlarda transartiküler tespit yöntemleri gerekebilir. Bu yöntemler arasında eklem içi sütün uygulaması, ligamentum teresin asetabulum medialine gerdirilerek dikilmesi son dönemde popüler olan yöntemlerdir.^[2-4] Ender de olsa K teli ile geçici transartiküler tespit uygulanmaktadır.

Tespit amaçlı kullanılan K telinin migrasyonuna bağlı birçok komplikasyon rapor edilmiştir.^[5,6] Hayati organları tehdit eden K tellerinin ölüme neden olabileceği rapor edilmiştir.^[7] Femur boyun kırıklarının ve femur başı epifiz kaymasının tespiti sırasında K telinin eklem içine girmesinin neden olabileceği komplikasyonlar rapor edilmiştir.^[8-10] Eklem içinden geçen K teline bağlı gelişebilecek komplikasyonlar arasında kalça eklem kıkırdağında mekanik kıkırdak hasarı, kondroliz, septik artrit ve K teli migrasyonu sayılabilir. GKD tedavisinde, K telinin pelvis içinde mesaneyi delerek karşı pelvise saplanması daha önce rapor edilmemiştir. K telinin migrasyonu sırasında mesane duvarlarını delmesi ve bu sırada herhangi bir ürolojik ve enterolojik olumsuzluğa neden olmaması olguyu daha ilginç kılmaktadır. Bu olgunun ameliyatı sırasında, çocuk cerrahisi bölümünce mesane ve ureterleri koruyacak tedbirlerin alınması, K teli çıkarıldıktan sonra gelişebilecek ürolojik komplikasyonları da engellemiştir.

Sonuç olarak, kalça çıkığı cerrahisinde geçici tespit amacıyla transartiküler K telinin kullanılması gelişebilecek komplikasyonların ciddiyeti nedeniyle önerilmemektedir. İntrapelvik K teli migrasyonu varlığında ise, hastanın klinik şikayeti olmamasına rağmen mesane perforasyonunun olabileceği akıldan çıkarılmamalı ve çocuk cerrahisi bölümünün gerekli cerrahi yaklaşımı yapması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Diamond DA, Rickwood AM, Lee PH, Johnston JH. Infection stones in children: a twenty-seven-year review. *Urology* 1994;43:525-7.
2. Wenger DR, Mubarak SJ, Henderson PC, Miyanji F. Ligamentum teres maintenance and transfer as a stabilizer in open reduction for pediatric hip dislocation: surgical technique and early clinical results. *J Child Orthop* 2008;2:177-85.
3. Bache CE, Graham HK, Dickens DR, Donnan L, Johnson MB, Natrass G, et al. Ligamentum teres tenodesis in medial approach open reduction for developmental dislocation of the hip. *J Pediatr Orthop* 2008;28:607-13.
4. Dodds MK, Lee J, McCormack D. Transarticular stabilization of the immature femoral head: assessment of a novel surgical approach to the dislocating pediatric hip in a porcine model. *J Pediatr Orthop* 2008;28:36-42.
5. Perçin S, Gültekin Y, Gökalp A, Ünsaldı T. A rarely seen migration form of a Steinmann pin. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 1988;22:66-7.
6. Şahin V, Karakaş ES. Migration of Kirschner wires following iliak osteotomy in treatment of congenital dislocation of the hip. A report of three cases and review of the literature. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 1998;32:351-3.
7. Medved I, Simic O, Bralic M, Stemberga V, Kovacevic M, Matana A, et al. Chronic heart perforation with 13.5 cm long Kirschner wire without pericardial tamponade: an unusual sequelae after shoulder fracture. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1895-7.
8. Joshi AP, Nagare U, Henderson MS. Intrapelvic protrusion of guidewire during fixation of fracture neck femur. *Injury* 2005;36:1384-5.
9. Mishra P, Jain P, Aggarwal A, Upadhyay A, Maini L, Gautam VK. Intrapelvic protrusion of guide wire during fixation of fracture neck of femur. *Injury* 2002;33:839-41.
10. Sayegh FE, Tsintzas D, Kapetanos GA. Intrapelvic migration of a guide pin during fixation of a hip fracture: who and what is to blame? *Acta Orthop Belg* 2005;71:239-41.