

## ÖNEMLİ BİR HALK SAĞLIĞI PROBLEMİ OLARAK GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ

*Naci EZİRMİK<sup>1</sup>, Kadri YILDIZ<sup>2</sup>*

### ÖZET

**AMAÇ:** Gelişimsel kalça displazisinin günümüzde, özellikle ülkemizin doğu bölgelerinde halen daha önemli bir halk sağlığı problemi.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** 1993 ile 2010 yılları arasında bilateral gelişimsel kalça displazili olup aynı seansta operasyon uygulanan 57 hasta bu çalışmanın konusunu oluşturdu.

**BULGULAR:** İncelenen hasta anamnezleri ve hastane kayıtlarına göre; gelişimsel kalça displazisi kızları 6 kat fazla etkileyen, %10 hekime geç başvurunun olduğu, ailesel geçişin önemli olduğu, ek anomalilerin de sık görüldüğü bir gelişimsel bozukluktur.

**SONUÇ:** Hastaların %10'unun uzman hekime ulaşamadığı için, operasyon yaşı ortalaması 35,12 ay ve takip süresi ortalaması 72 ay olduğu, aile öyküsü %20 pozitif olduğu ve kundaklama %89 oranında olduğu için bölgemiz ve ülkemiz açısından, Gelişimsel Kalça Displazisi halen daha önemli bir hastalıktır.

**Anahtar sözcükler:** Halk sağlığı problemi, gelişimsel kalça displazisi, önemli bir hastalık

### Bilateral Development Dysplasia of the Hip as an Important Public Health Problem

#### SUMMARY

**OBJECTIVE:** Developmental dysplasia of the hip is an important public health problem, especially the east of our country.

**MATERIAL and METHODS:** 57 patients are the subject of this study that had bilateral dysplasia of the hip and were operated in one stage between 1993 and 2010 years.

**RESULTS:** As to anamnesis and hospital records of patients; developmental dysplasia of the hip is a developmental disease that affects girls 6 times more than boys, had 10% late admission, had familial transition, had often added abnormalities.

**CONCLUSION:** DDH is an important disease for our country, especially for the east, that had 10% of late admission, mean in operation time is 35.12, had 20% of positive familial history, had 89% of swaddling rates.

**Key words:** Public health problem, developmental dysplasia of the hip, an important problem

Gelişimsel Kalça Displazisinde (GKD) erken tanı ve tedavi çok önemlidir. GKD, infans döneminde konservatif yöntemlere iyi cevap veren multifaktöriyel bir hastalık olmasının yanısıra hastaların önemli bir kısmı hekime geç başvurmakta ve konservatif tedavi şansını kaybetmektedir. Tedavi edilmemiş hasta, toplumda aksayan ve topallayan bir birey olarak rol üstlenmektedir. Rezidüel displazi, osteoartrit gibi hasta konforunu oldukça azaltan sekellerle de hastalığın maliyeti kat kat artmaktadır. Kısacası kapalı redüksiyonla tedavisi büyük oranda sağlanabilen GKD yaş arttıkça cerrahi tedavi gerektiren bir süreci doğurmaktadır. Cerrahi tedavi alamamış hastalar da sağaltımı çok daha zor, maliyeti çok daha fazla olan sekellerle hekime başvurmaktadır.

### GEREÇ ve YÖNTEM

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğimizde 1993 ile 2010 yılları arasında bilateral gelişimsel kalça displazili olup aynı seansta operasyon uygulanan 57 hasta bu çalışmanın konusunu oluşturdu. Hastaların retrospektif arşiv taraması yapıldı, preoperatif radyografilerine ve anamnez bilgilerine ulaşıldı. Her hastanın operasyon içi kayıtları için ayrı ayrı tespit edildi. Hastalar postoperatif son poliklinik

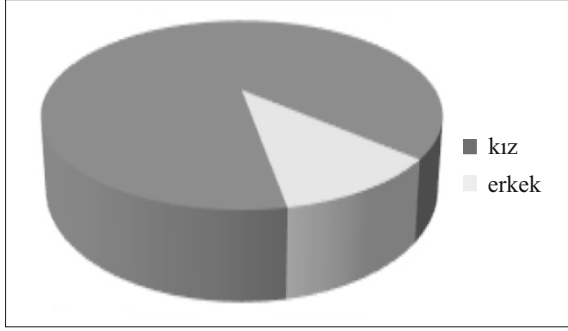
kontrollerine çağrıldı, postoperatif radyografileri alındı. Farklı bir uygulama tekniği olarak aynı seansta bir kalçasına Salter İnnominey Osteotomi (SİO) diğer kalçasına Pemberton Perikapsüler Osteotomi (PPO) uygulanan bu çalışma grubunda hastalar halk sağlığı açısından ciddi bir problem olduğunu düşündüğümüz GKD'nin bilateral GKD olarak incelenmesi açısından önem içermektedir.

### SONUÇLAR

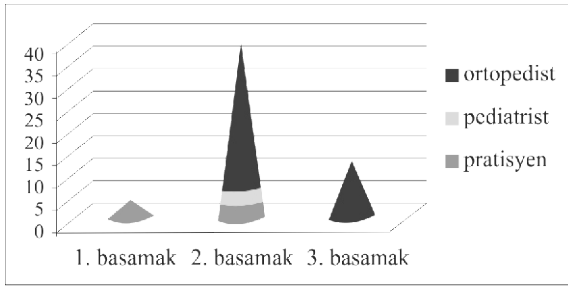
Çalışmaya alınan 57 hastadan 51'i kız (% 89.47), 6'sı erkekti (%10.53) (Grafik 1). Hastaların 13 tanesi ilk başvurusunu 3. basamak hastaneye yapmış olup ortopedi uzmanı tarafından değerlendirilmişti; 40 hasta ise, ilk olarak 2. basamak hastaneye başvurmuş ve bunlardan 33'ü ortopedi uzmanı, 3'ü pediatri uzmanı, 4 de pratisyen tarafından değerlendirilmişti. Hastaların 4'ü ise, 1.basamakta ön tanıyı pratisyen hekim tarafından almıştı (Grafik 2). Değerlendirmeye alınan hastaların yaşı en büyük 228 ay, en küçük 23 ay ve ortalama 89,27 ay olarak tespit edildi (Grafik 3). Değerlendirmeye alınan hastaların operasyon yaşları en küçük 15 ay, en büyük 84 ay olmak üzere, ortalama 35,12 aydı (Tablo 1).

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ERZURUM, TÜRKİYE

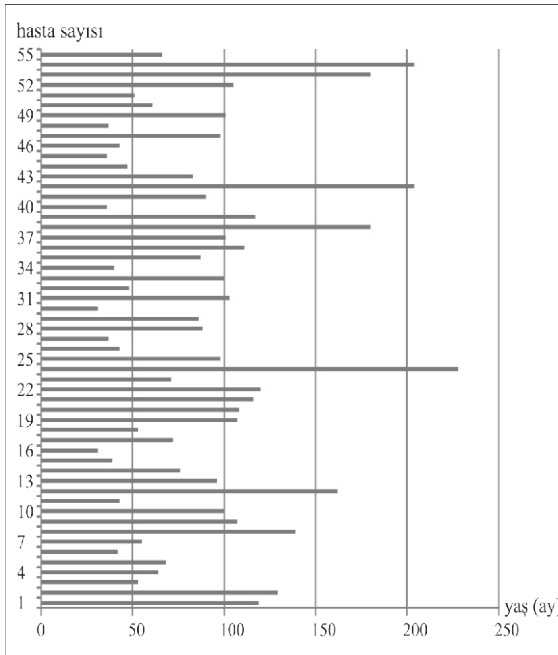
<sup>2</sup>Erzurum BEAH, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ERZURUM, TÜRKİYE



**Grafik 1.** Hastaların cinsiyete göre dağılımı.



**Grafik 2.** Hastaların ilk ulaştığı hekim dağılımı.

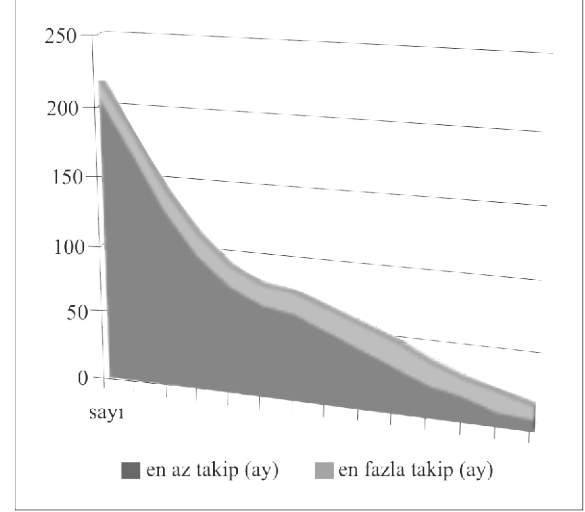


**Grafik 3.** Hasta yaş gruplarının cinsiyete ve hasta sayısına göre dağılımı.

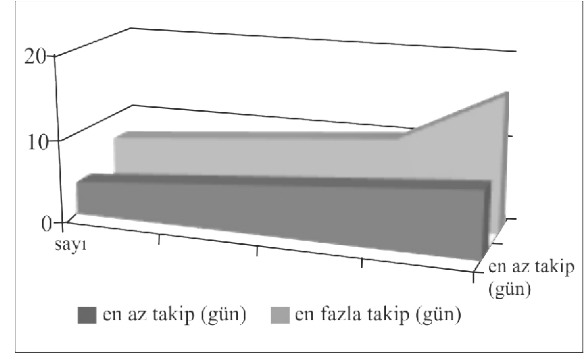
**Tablo 1.** Hastaların operasyon yaşlarının dağılımı.

	Minimum	Maksimum	Ortalama
Operasyon Yaşı	15 ay	84 ay	35,12 ay

Hastaların takip süresi en uzun 208 ay, en kısa 12 ay ve ortalama takip süresi de 71, 53 aydı (Grafik 4). Hastaların en uzun 13 gün, en az 4 gün ve ortalama 5,47 gün hastanede yatarak takip edildiği tespit edildi (Grafik 5).



**Grafik 4.** Hastaların takip sürelerinin (ay) dağılımı.



**Grafik 5.** Hastaların hastanede yatırılarak takip edildiği zaman (gün) dağılımı.

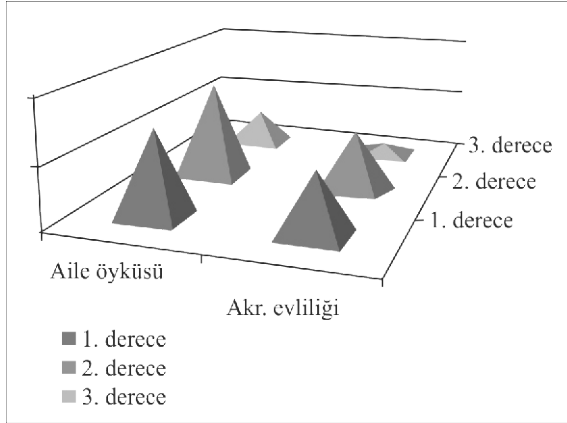
Ailesel GKD öyküsü anamnezinin 11 hastada pozitif olduğu saptandı (Tablo 3). 11 hastanın aile öyküsü pozitifliği. 18 hastanın 7 tanesinde 1°, 8 tanesinde 2°, 3 tanesinde 3° akrabalarında GKD tespit edildiği öğrenilmişti. 11 hastanın anne-babası arasında akraba evliliği mevcut olduğu bilgisine ulaşıldı. Bu akraba evliliklerinin 5 tanesi 1°, 5 tanesi 2° ve 1 tanesi 3° akraba evliliği olarak gerçekleşmişti (Grafik 6).

**Tablo 2.** Hasta kalçaların takip sürelerine göre dağılımı.

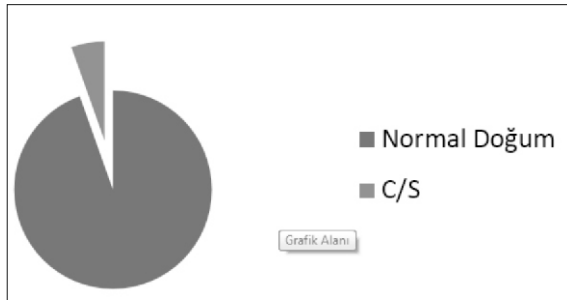
Takip süresi	12-24 ay	24-36 ay	36-72 ay	72-96 ay	96 ay ve üzeri
Hasta sayısı	9 (%15,78)	10 (%17,54)	9 (%15,78)	18 (%31,57)	11 (%19,29)

**Tablo 3.** Hasta ailelerinde GKD öyküsü.

Aile öyküsü	Var	Yok
Hasta sayısı	11 (% 19,3)	46 (% 80,7)

**Grafik 6.** Hastaların aile öyküsü dağılımı.

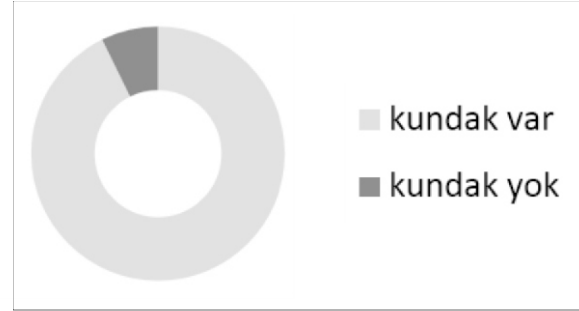
Hastaların 3'ü C/S ile doğurulmuş, 54'ü ise normal doğum ile doğurulmuştu. 3 hasta makat geliş göstermişti (Grafik 7). Olguların 26'sı 1. doğum, 17'si 2. doğum, 8'i 3. doğum, 5'inin 4. ve 1 tane de 7. doğum sırasında oldukları belirlendi (Tablo 4). Yeni doğan döneminde 57 hastadan 53 hastaya kundak yapıldığını tespit edildi (Tablo 5 ve Grafik 8).

**Grafik 7.** Hastaların Doğum Şekillerinin dağılımı.**Tablo 4.** Hastaların doğum sıralarının dağılımı.

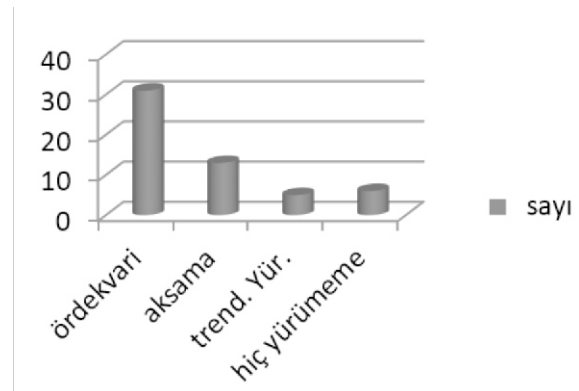
Kaçıncı çocuk	1.	2.	3.	4.	5-7
Hasta sayısı (%)	26 (%45,61)	17 (%29,82)	8 (%14,03)	5 (%8,77)	1 (%1,75)

**Tablo 5.** Hastalara kundak yapılımlarının dağılımı.

	Kundak yapılmış	Kundak yapılmamış
Hasta sayısı (%)	53 (% 92,98)	4 (% 7,01)

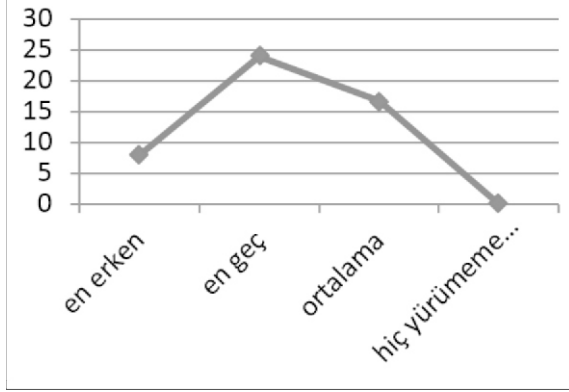
**Grafik 8.** Hastaların kundaklanma durumu dağılımı.

Bu olgu serisinde dikkati çeken başka bir konu ise, GKD'li hastaların diğer ortopedik hastalıklara da aday olabileceğidir. Bu grubun %10'unda diğer ortopedik hastalıklar tespit edilmiştir. Toplam 7 hastada ek anomali tespit edildi. 3 hastada tortikollis, 2 ciddi pes planus, 1 Pes Ekino Varus (PEV), 1 skolyoz tespit edildi. Tortikollisi olan iki hasta ve PEV'li hasta cerrahi olarak tedavi edildi Bu ek hastalıklar, tam gecikmesinin yanısıra ek tedavi süresi ve ek tedavi masrafları anlamına gelmektedir. (Grafik 9).

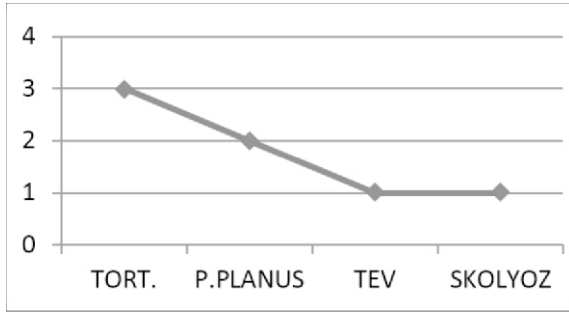
**Grafik 9.** Yürüme durumu.

Onbeş hastaya cilt traksiyonu ortalama 4,3 gün uygulanmış olup uygulama süresi en fazla 9 gün, en az 1 gün olarak tespit edildi. 11 hastaya iskelet traksiyonu ortalama 7,6 gün uygulanmış olup en fazla 12 gün en az 5 gün olarak tespit edildi (Grafik 10). Pelvipedal alçı; komplikasyon mevcut olan bir hastada 16 (8+8) hafta olmak üzere en fazla 16 (8+8) hafta, en az 6 hafta olarak uygulanmıştı (Grafik 11). Abduksiyon cihazı (Ponseti) kullanımına uyum en az 1 ay ve en fazla 10 ay olarak tespit edilmişti (Grafik 12). Hastaların Abduksiyon cihazı (Ponseti) sonrası desteksiz yürüme zamanı en erken 10. gün, en geç 90. gün olarak gerçekleştiği ifade edilmiş olup ve ortalama 27,89 gün olarak tespit edilmiştir. Hastaların yürüme zamanı en erken 8. ay, en geç 24. ay olarak bulunmuştu. Ortalamada ise, 16,7 ay olarak bulunmuştu. 6 hastanın hiç yürümediği ifade edilmişti. Yürüeyebilen

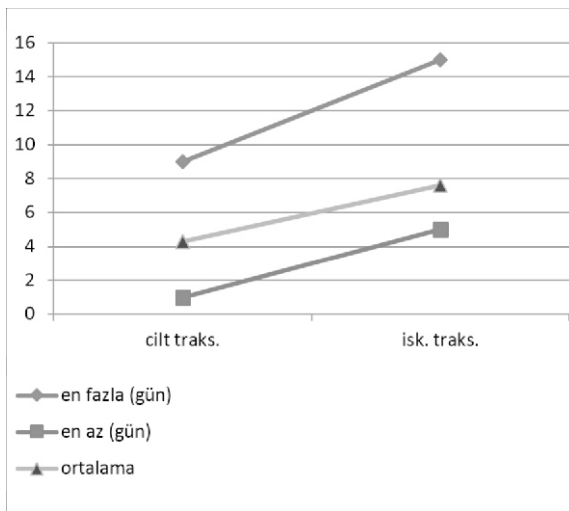
hastaların 33 tanesi ördekvari, 13 tanesi aksayarak, 5 tanesi trendelenburg yürüyüşü öyküsü vermişti (Grafik 13-14).



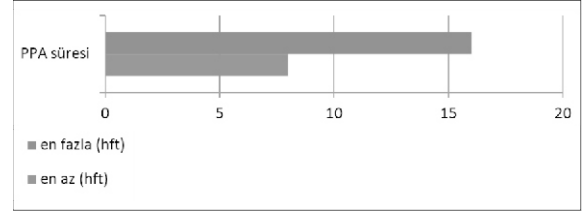
Grafik 10. Yürüme zamanı (ay).



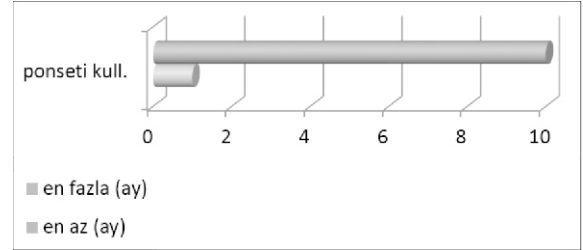
Grafik 11. Eşlik eden hastalıklar.



Grafik 12. Traksiyon şekli ve süresi (gün).



Grafik 13. PPA uygulama süresi (hafta).



Grafik 14. Ponseti uygulama süresi (ay).

## TARTIŞMA

Gelişimsel Kalça Displazi, genetik geçiş paterninin sık olduğu bir hastalıktır<sup>1,2</sup>. Etyopatolojik olarak, mutifaktöriyel özellikler gösteren GKD'nin bilateral olması primer ve/veya sekonder predispozan faktörlerin bir arada oluşuyla patolojinin genişlediği bir klinik seyir izler<sup>3,5</sup>. GKD, kızlarda daha sık görülmektedir. Bu sıklığın mevcut olan ve anneden geçen estrogen hormonlarıyla ilişkisi incelenmiş ve çeşitli bağlar kurulmuş olsa da tam olarak ispat edilememiştir<sup>6</sup>. GKD'ye çeşitli ortopedik hastalıkların sık eşlik etmesi bu hastalığın tanısında daha titizlikle davranılmasını gerektirmektedir<sup>7</sup>.

Hasta grubunda ortopedi uzmanına ulaşım yeterli seviyede görünmesine rağmen; hasta, konservatif tedavinin zamanlaması noktasında gecikme dolayısıyla olumsuz yönde etkilenmektedir<sup>8</sup>. Ortopedi hekimi dışında hastayı ilk karşılayan hekim grubu olarak pratisyen ve aile hekiminin önemli rolü bu bağlamda bahsedebilir bir mevzudur. Hastaların ilk tanı yaşı, operasyon yaşı ve takip yaşı dikkate alındığında geç operasyonda önemli üç neden sıralanabilir<sup>9-11</sup>:

1. Hastanın ailesinin GKD konusundaki ciddi bilgi eksilikleri ve/veya yanlış öz-bilgilenmeleri,
2. İlk başvuru anında eksik veya geç tanı nedeniyle ortaya çıkan gecikmeler,
3. Konservatif tedaviye uyumun sosyokültürel gelişmişlikle direkt bağlantılı olması.

Hasta grubunun takip süresi değerlendirildiğinde bilateral GKD, unilateral GKD den daha uzun süre hastanede takip gerektirmekle birlikte tek seansla cerrahi tedavi bu süreyi kısaltmaktadır<sup>12</sup>. Ancak geç dönemde operasyon ise, hastanede takip ihtiyacını ister istemez uzatmaktadır. İskelet veya cilt traksiyonu kullanım sürelerinden görüldüğü gibi geç başvuru daha zor ameliyat, daha

uzun süre hastanede yatış anlamına gelmektedir. Ayrıca bu hastaların postoperatif abduksiyon cihazı kullanımını da uzun olarak bulunmuştur. Yine sosyokültürel yetersizlikten kaynaklanan geç başvuruya paralel olarak postoperatif pelvipedal alçı uygulaması ve abduksiyon cihazı kullanımı sorunları da ortaya çıkmaktadır. Bu problemleri hastanın geç yürümesi takip etmektedir<sup>13</sup>.

GKD'nin aileselliği öteden beri konuşulan bir konu olmasının yanı sıra<sup>14</sup> çalışmamızda da ailesel ilişki ve akraba evliliklerinin sıklığı bir kez daha kendini göstermektedir. Akraba evliliği derecesi ile GKD sıklığı arasında ilişki mevcuttur. Ailesinde GKD olmayan hastaların ise yarısına yakınında akrabalarda GKD anamnezi olan hastalardır.

Doğum şekli, GKD ile direkt ilgili görünmemektedir<sup>15</sup>. Doğum sırası ise, GKD riskini artırdığı yönünde ciddi kuşkular taşımaktadır. Doğum sonrası kundaklama geleneği ise bilateral GKD'li bu grupta siktir (%93). Bu bulgular, koruyucu hekimlik anlayışının önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

## SONUÇ

Özellikle ülkemizin doğu bölgelerinde ortopedik hasta popülasyonunun %15'inde iyatrojenik gecikme nedeniyle tedavi geç başlamaktadır ve bu durumun da operasyon yaşının artışına yansıdığını açığır. İç eğitim hizmetiyle bu problemin nisbeten giderilebilmektedir. Ailesel ve genetik geçiş özelliklerinin bu çalışmaya yansıyan etkileri düşünüldüğünde, GKD'nin ülkemiz bazında daha ciddi toplumsal eğitim ihtiyacı gösterdiği vurgulanabilir. Kundaklama oranı, hatta bazı annelerin çocuk kundaklanmazsa kalça çıkığı olacağına inandığının canlı örnekleri ve 7. çocukta bile kundaklamanın devam etmesi göze alınınca bu konudaki koruyucu hekimlik anlayışının ne denli önemli olduğunu ortaya koymak gerekmektedir.

Hastaların %10'unun uzman hekime geç ulaştığı, operasyon yaşı ortalamasının 35,12 ay ve takip süresi ortalamasının 72 ay olduğu, aile öyküsünün %20 pozitif olduğu ve kundaklama oranının %89 olduğu GKD bölgemiz ve ülkemiz açısından, halen daha önemli bir hastalıktır. Bütün istatistiksel sonuçlar, bilateral kalça displazisinin tek taraflı kalça displazisinden daha önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu vurgulamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Özdemir N. Doğumsal kalça çıkığında genetik bir araştırma. V. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı. Emel Matbaası, İstanbul, 1978:55-64.
2. Carter CO, Wilkinson JA. Genetic and environmental factors in etiology of congenital dislocation of hip. Clin Orthop Relat Res 1964;33:119-28.
3. Özdemir N. Doğumdan sonra gelişen kalça çıkığı ve etyopatolojisi. Ege R, editör. Kalça cerrahisi ve

4. sorunları. THK Basımevi, Ankara, 1994:193-200.
4. Ege R. Doğuşdan kalça çıkığı sorunu ve tarihçesi. Kalça cerrahisi ve sorunları. Ankara, Türk Hava Kurumu Basımevi, 1994:183-193.
5. Artz TD, Levine DB, Lim WN. Neonatal diagnosis, treatment and related factors of congenital dislocation of hip. Clin Orthop Relat Res 1975;110:112-36.
6. Thieme WT, Davies R. Clinical examination and urinary estrogen assay in newborn children with congenital dislocation of hip. J Bone Joint Surg 1968;50-B:546-50.
7. Steel HH, Kohl EJ. Multiple congenital dislocations associated with other skeletal anomalies (Larsen syndrome.) in tree siblings. J Bone Joint Surg 1972;54-A:75-82.
8. Catteral A. The early diagnosis of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1994;76-B: 515-6.
9. Tachdjian MO. Congenital deformities. In: Tachdjian MO, editor. Pediatric orthopedics. WB Saunders Comp, Chicago, 1990:297-549.
10. Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1992;44-B:292-301.
11. Ortolani M. Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis. Clin Orthop 1976;119:6-10.
12. Zorer G, Bagatur AE. Çift taraflı kalça displazisinde tek seansta çift taraflı pemberton perikapsüler osteotomisi. Acta Orthop Traum Turc 2002;36:288-94.
13. Herring JA, Tachdjian MO. Developmental dysplasia of the hip. In: Herring JA, editor. Tachdjian's pediatric orthopaedics, 3rd ed. Saunders/Elsevier, Philadelphia 2002:513-704.
14. Wynne-Davies R. A review of genetics in orthopedics. Acta Orthop Scand 1975;46:338.
15. Tönnis D. Surgical treatment of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop 1990;258:33-40.

## YAZIŞMA ADRESİ

Doç. Dr. Naci EZİRMİK  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve  
Travmatoloji Anabilim Dalı, ERZURUM, TÜRKİYE

E-Posta : nezirmik@yahoo.com

Geliş Tarihi : 21.09.2011

Kabul Tarihi : 30.07.2013