

## Asetabulum posterior dudağında kırık birlikteliğinde ihmal edilmiş travmatik kalça çıkığı: Çok nadir bir olgu

*A very rare case with neglected hip dislocation coexisted with posterior acetabular lip fracture*

Vedat Uru, Samet Karabulut

*Ergani Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Ergani, Diyarbakır, Türkiye*

### ÖZET

Çocuklarda ihmal edilmiş kalça çıkığı nadir görülen bir durumdur. Kalça çıkığına asetabulum kırığıının da eşlik etmesi daha da nadir görülür. Ne kadar geç teşhis konursa hastanın yapılacak müdahaleden göreceği yarar aynı oranda azalır. Dolayısıyla bu hastalara erken müdahale etmek hayati önem taşır. 7 yaşında bir kız çocuğu yürüyememe ve sağ kalça ağrısıyla polikliniğimize getirildi. Ailesi hastanın 1 ay önce attan düştüğünü ifade etti. Çekilen düz grafi ve BT'de hastanın sağ kalçasında posteriora çıkık olduğu ve aynı taraf asetabulumun posterior dudağının kırık olduğu tespit edildi. Hastaya posterior yaklaşımlı açık redüksiyon yapıldı. Bir adet kirşner teli ile femur başı asetabulumu tespit edildi. Ameliyat sonrası 6 hafta süreyle pelvipedal al uygulandı. Hastanın 6 aylık takibinde femur başında avasküler nekroz (AVN) geliştiği, kalça hareketlerinde kısıtlılık olduğu, hastanın hafif derecede kalça ağrısınınl olduğu görüldü. *Klin Deney Ar Derg 2011;2(2):228-31*

**Anahtar kelimeler:** İhmal edilmiş, çocuklarda, travmatik kalça ıkığı

### GİRİş

Çocuklarda ihmal edilmiş kalça kırıklı çıkığı ile ilgili literatürde az sayıda ve olgu sunumu şeklinde yayınlar bulunmaktadır. Bu hastaların tedavisinde henüz standart bir prosedür oluşmamıştır. Yapılan tedavilerin birbirine üstünlüğünü gösteren bir çalışma da literatürde şimdiye kadar yayınlanmamıştır. Biz burada bir ay gecikmeyle travmatik kalça çıkığı ve asetabulum posterior dudak kırığı olan bir hastaya açık redüksiyon yaptığımız ve femur başını kirşnerle asetabulumu tespit ettiğimiz bir olguyu sunuyoruz.

### ABSTRACT

Neglected hip dislocation is a rare situation among children. The coexistence of acetabulum fracture is less common. The result of treatment depends on the time of diagnosis. Early treatment is mandatory in such cases. Seven years old female brought to our outpatient clinic with the complaints of right hip pain and walking difficulty. Her parents said that she had fallen from a horse one month ago. X-ray and CT showed a posterior dislocation of her right hip and a fracture on her right posterior acetabular lip. We performed an open reduction via posterior approach. Because the hip was unstable we fixed the femoral head to the acetabulum by a Kirşner wire. Pelvipedal cast was applied after the operation for 6 weeks. After 6 months avascular necrosis (AVN) developed on her right femoral head, the range of motion (ROM) of the hip was restricted and she had minimal pain on her right hip. *J Clin Exp Invest 2011;2(2):228-31*

**Key words:** Neglect, children, traumatic hip dislocation

### OLGU

Bir ay önce attan düşme hikayesi olan yedi yaşında kız çocuğu ailesi tarafından polikliniğimize getirildi. Köyde yaşayan aile, hastayı daha önce geleneksel olarak kırıkılık yapan birisine götürdüklerini bildirdi. Aile kırıkının, çocuğun kalçasının çıkık olduğunu ve çıkık olan kalçayı yerine oturttuğunu söylemesi nedeniyle hastanın yakınmalarının devam etmesine rağmen 1 ay gecikmeyle hastaneye başvurmuştu. Hastanın ekilen X-ray ve BT'sinde sağ kalçasının posteriora çıkık olduğu ve asetabulum posterior dudağının da kırık olduğu tespit edildi (Resim1-2). Hastanın kalça hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. Ağrıdan dolayı muayenesi tam olarak ya-

**Yazışma Adresi /Correspondence:** Dr. Vedat Uru

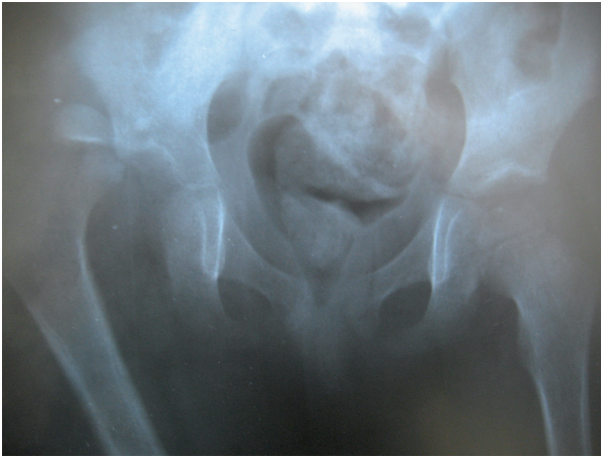
Ergani Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Ergani, Diyarbakır, Türkiye Email: urucvedat@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 27.09.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 26.10.2010

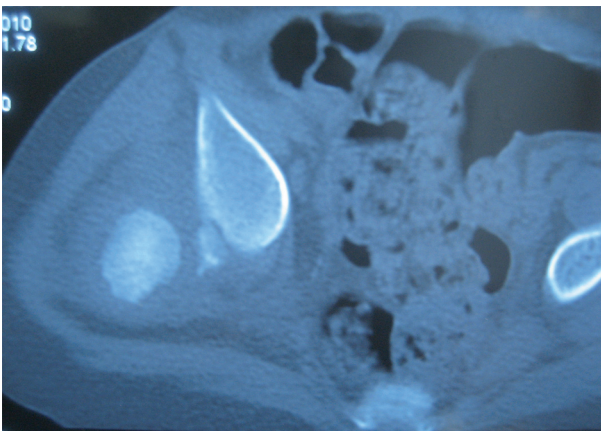
Copyright  Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

pılamadı. Sağ alt ekstremitede 4 cm kısalık tespit edildi.

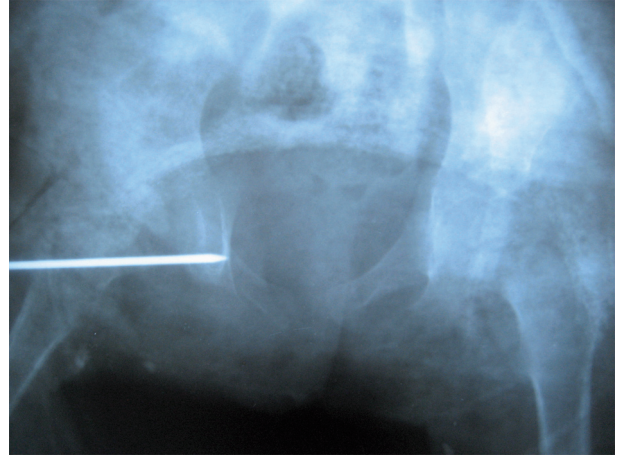
Hastaya genel anestezi altında posterior yaklaşımla açık redüksiyon yapıldı. Redüksiyonda fazla zorlanmadığımız için kısaltma osteotomisi yapılmadı. Redüksiyon sonrası femur başının stabil olmadığı görülerek bir adet kirşner teliyle asetabulumu tespit edildi (Resim 3-4). Pelvipedal alçı yapıldı. Altı hafta sonra yapılan kontrolünde alçısı ve kirşner teli çıkarıldı (Resim 5). 20 günlük fizik tedavi programı uygulandı. Aylık kontrollere çağırıldı. Ameliyattan 4 ay sonra yapılan kontrolünde hastanın kalça hareketleri kısıtlıydı. Fleksiyon 45, iç rotasyon 20, dış rotasyon 25, abduksiyon 30 derece olarak ölçüldü. Her iki alt ekstremitede arasında uzunluk farkı tespit edilmedi. Hafif derecede kalça ağrısı vardı. Yürüyüşünde hafif topallaması vardı. Harris kalça skoru 88 olarak ölçüldü, tip II avasküler nekroz (AVN) tespit edildi (Resim 6).



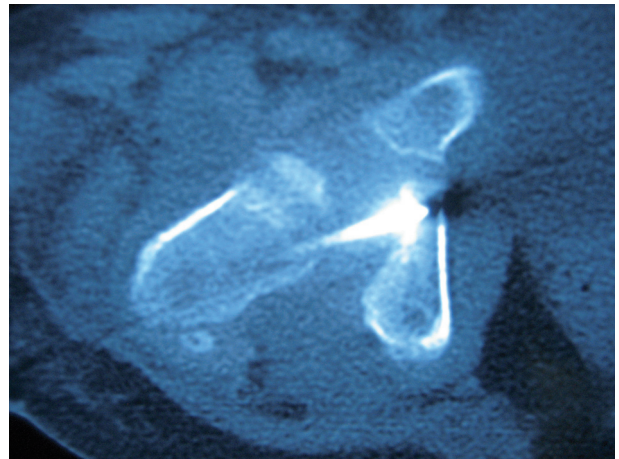
**Resim 1.** Sağ travmatik kalça çıkığının X-ray görüntüsü



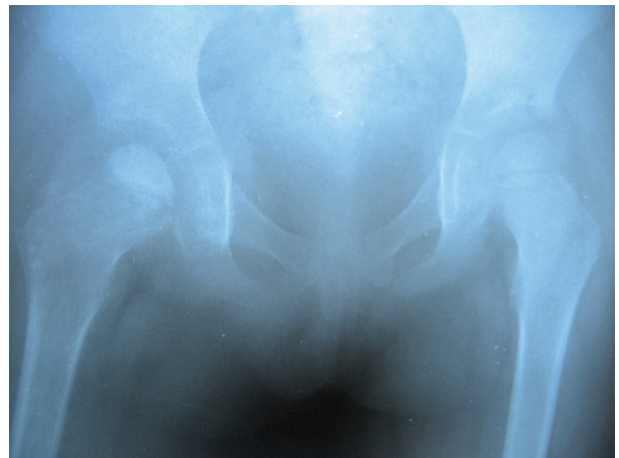
**Resim 2.** Sağ asetabulum posterior dudak kırığının tomografik görüntüsü



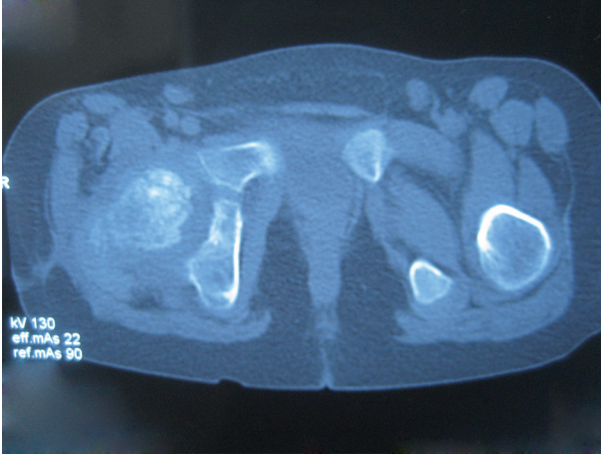
**Resim 3.** Postoperatif sağ kalçanın kirşner teli ile tespitli X-ray görüntüsü



**Resim 4.** Kirşner teli ile tesbit - Tomografik görünüm



**Resim 5.** Postoperatif 6. haftada kirşner teli çıkarıldıktan sonra sağ kalçanın kontrol X-ray görüntüsü



**Resim 6.** Sağ kalça tip II avasküler nekrozu gösteren BT görüntüsü

## TARTIŞMA

Çocuklarda travmatik kalça kırıklı çıkığı çok nadir görülen bir durumdur ve ne kadar erken müdahale edilirse sonuçları o kadar yüz güldürücüdür. AVN gelişme riski gecikmenin süresiyle doğru orantılıdır.<sup>1,2,3</sup> Maalesef geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde bu hastalara her zaman zamanında müdahale edilememektedir. Haftalar hatta aylarca geciken vakalar olabilmektedir. Bunda ülkemizde özellikle doğu ve güneydoğuda hala rağbet gören geleneksel kırıkçıların payı büyüktür. Ayrıca bazı bölgelere hastanelerin uzak olması, halkın cahil ve fakir olması da etkilidir.

Hastalar doktora genellikle topallama ve kalça ağrısı şikâyetleriyle başvururlar. Gecikme süresi uzadıkça buna vertikal instabilite (piston belirtisi), abdüktör yetmezlik, kontraktüre bağlı ekstremit malpozisyonu da eklenir.

İhmal edilmiş travmatik kalça çıkığı olan hastalarda standart bir tedavi prosedürü yoktur. Literatürde bir tedavi şeklinin diğerine üstünlüğünü kanıtlayan bir veri bulunmamaktadır.

Hastanın eklem hareketi iyiyse, ağrısı yoksa veya minimale, topallaması minimale hiçbir şey yapmadan takip edilebilir. Çok ağrısı olan ve yürüyüşü belirgin olarak bozulmuş olan hastalarda traksiyon, açık redüksiyon, artrodez, çatı ameliyatları gibi kurtarıcı prosedürler uygulanabilir.

Ağır traksiyon genelde başarısızlıkla sonuçlanıyor. Literatüre göre başarı oranı %50'nin altındadır.<sup>4,5</sup>

Açık redüksiyon çocuklarda erişkinlere göre daha kolay yapılabilir ve sonuçları erişkinlere göre daha iyi olduğu bilinmektedir. Kumar ve Jain 18 çocuğa yaptıkları açık redüksiyon sonrasında hastaların 17'sinde çok iyi, 1'inde ise iyi sonuç aldıklarını bildirmişlerdir.<sup>6,7</sup> Garret ve arkadaşları ise 13 çocuğa açık redüksiyon uygulamış; sadece 3 hastada iyi sonuç aldıklarını bildirmişlerdir.<sup>8</sup> Bizim olgumuzda postoperatif kalça hareketlerinin kısıtlı olduğu görüldü. Fakat kalça ağrısı minimale imişti.

AVN ihmal edilmiş travmatik kalça çıkıklı hastaların hemen hemen hepsinde görülmektedir. Kumar ve Jain hastalarında %100 AVN geliştiğini bildirmişlerdir.<sup>6</sup> AVN 12 yaşından küçük hastalarda Legg-Calve-Perthes hastalığındakine benzer şekilde ortaya çıkmaktadır.<sup>1</sup> Bizim olgumuzda da radyolojik olarak AVN geliştiği görülmüştür.

Kurtarma operasyonları artrodez, osteotomi, eksizyonel artroplasti gibi operasyonlardır.<sup>8,4</sup> Artrodez günlük hayatta çölmeyi ve oturmayı gerektiren toplumlarda çok tercih edilen bir yöntem değildir. Eksizyonel artroplasti ile ağrı giderilebilir, ekstremit hareketleri artabilir fakat instabilite ve alt ekstremit uzunluklarında eşitsizlik gibi problemler devam eder. Pelvik osteotomi ise nadir kullanılan bir kurtarma operasyonudur.<sup>9-12</sup>

Her ne kadar standart bir tedavi prosedürü olmasa da biz ihmal edilmiş travmatik kalça çıkıklı hastalarda primer açık redüksiyonun iyi bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz. Açık redüksiyon öncesi iskelet traksiyonunu yerine redüksiyonda zorlanılırsa femur kısaltma osteotomisinin daha uygun olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca konsantrik redüksiyonun kalça stabilitesini sağlaması, ağrıyı azaltması, ekstremit boy eşitsizliğini gidermesi, ileride yapılabilecek artrodez, pelvik osteotomi gibi girişimlere de engel olmaması gibi avantajlarını düşünürsek açık kalça redüksiyonunun ihmal edilmiş travmatik kalça çıkıklı hastalarda iyi bir tedavi seçeneği olduğunu söyleyebiliriz. İskelet traksiyonunun başarısının düşük olması nedeniyle primer açık redüksiyonun daha uygun olduğu kanaatindeyiz. Sonuç olarak ihmal edilmiş kalça çıkığında yapılacak tedavi kalçanın açık redüksiyonudur ve bunu yumuşak dokulara saygılı, femur başı beslenmesini bozmayacak şekilde yapmak gerekir. Redüksiyonda zorlanılırsa kısaltma yapmaktan da çekinilmemesi gerekir.

**KAYNAKLAR**

1. Barquet A. Natural history of avascular necrosis following traumatic hip dislocation in childhood. A review of 145 cases. *Acta Orthop Scand* 1982;53(7):815-20.
2. Funk FJ. Traumatic dislocation of the hip in children. Factors influencing prognosis and treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1962;44:1135-44.
3. Mehlman CT, Hubbard GW, Crawford AH, et al. Traumatic hip dislocation in children. Long-term followup of 42 cases. *Clin Orthop Relat Res* 2000;376(1):68-79.
4. Pai VS. The management of unreduced traumatic dislocation of the hip in developing countries. *Int Orthop* 1992;16(2):136-9.
5. Pai VS, Kumar B. Management of unreduced traumatic posterior dislocation of the hip: heavy traction and abduction method. *Injury* 1990;21(3):225-7
6. Kumar S, Jain AK. Neglected traumatic hip dislocation in children. *Clin Orthop Relat Res* 2005;431(1):9-13.
7. Kumar S, Jain AK. Open reduction of late traumatic posterior hip dislocation in 12 children. *Acta Orthop Scand* 1999;70(4):599-602.
8. Garrett JC, Epstein HC, Harris WH, et al. Treatment of unreduced traumatic posterior dislocations of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 1979;61(1):2-6.
9. El-Mowafi H. Outcome of pelvic support osteotomy with the Ilizarov method in the treatment of the unstable hip joint. *Acta Orthop Belg* 2005;71(5):686-91.
10. Inan M, Alkan A, Harma A, et al. Evaluation of the gluteus medius muscle after a pelvic support osteotomy to treat congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87(12):2246-52.
11. Inan M, Bowen RJ. A pelvic support osteotomy and femoral lengthening with monolateral fixator. *Clin Orthop Relat Res* 2005;440(2):192-8.
12. Manzotti A, Rovetta L, Pullen C, et al. Treatment of the late sequelae of septic arthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2003;410(2):203-12.