

Travmatik posterior kalça çıkığı ve kırıklı çıkıklarında tedavi sonuçları

Ersan Kaçan ⁽¹⁾, Hakan Eren ⁽¹⁾, Haluk Harutoğlu ⁽¹⁾, İ. Metin Türkmen ⁽²⁾

23 travmatik posterior kalça çıkığı ve kırıklı çıkığının 16'sı kapalı redüksiyon, 6'sı kapalı redüksiyonu takiben yapılan gecikmiş açık redüksiyon ve internal fiksasyon metodu ile tedavi edildi ve bir kalçaya total kalça protezi yerleştirildi. Hastaların ortalama takip süresi 28 ay idi. Sonuçlar farklı kriterlere sahip olan Thompson-Epstein ve Merle D'Aubigne sınıflamalarına göre değerlendirildi ve mukayese edildi. Nihai sonuçlar kırığın tipine ve tedavinin şekline göre değişiyordu, ancak farklı iki sınıflamaya göre yapılan değerlendirmede belirgin bir fark görülmedi.

Anahtar kelimeler: travmatik kalça çıkığı, asetabulum kırığı

The results of traumatic posterior fracture-dislocations of the hip

Of 23 patients posterior traumatic fracture-dislocations of the hip, 16 were treated by closed reduction; 6 were by closed reduction followed by open reduction and internal fixation; one was undergone by total hip replacement. Results were classified according to Thompson-Epstein and Merle D'Aubigne who have different evaluation criteria than each other, and then compared. End-results have changed according to type of fracture and treatment, but there was no significant difference after having an evaluation of two different classification.

Key words: traumatic dislocation of the hip, fracture of the acetabulum

Travmatik posterior kalça çıkıkları, trafik kazaları nedeniyle daha sık görülmeye başlanan ortopedik travmalardır. Bu çıkıklar tek başına olabildikleri gibi asetabulum kırığı ve/veya femur başı kırığı ile birlikte olabilirler. Tronzo, sadece çıkık nedeniyle hastanın şokta olabileceğini ve redüksiyondan sonra şokun düzelebileceğini bildirmiştir (1, 2).

Travmatik kalça çıkıklarında klasik tedavi, femur başının kanlanması daha fazla bozmamak için derhal kapalı redüksiyonun uygulanmasıdır (1, 7). I. tip basit posterior travmatik çıkıklarında tedavi sadece kapalı redüksiyondur. II. tip ile IV. tip çıkık kalçaların tedavileri konusunda iki ayrı görüş vardır: Yazarların bazıları primer kapalı redüksiyonu savunur ve açık redüksiyonu kapalı redüksiyonun başarısız olduğu, redüksiyonun yetersiz olduğu ve eklem aralığında serbest kemik-kırık parçalarının bulunduğu durumlara saklarken diğerleri her durumda primer açık redüksiyonu savunurlar (1, 3, 7). V. tip çıkık kalçalarda, tedavinin şekli femoral fragmanın büyüklüğü, şekli ve yerinin radyolojik değerlendirmesine bağlıdır. Gordon ve Freiberg küçük fragmanın, taşıma yüzeyinin 1/3'ünden küçük olduğu durumlarda, eksizyonunu tavsiye ederler (3, 4).

Travmatik kalça çıkıklı hastaların nihai fonksiyonel durumları, çıkığın tipi kadar, birlikte bulunan asetabulum kırığından da etkilendiğinden, çıkığın tipi ve tedavinin şekli belirlenirken birlikte bulunan asetabulum kırığı da mutlaka hesaba katılmalıdır. Bu çalışmanın amacı, primer kapalı redüksiyon ve kapalı redüksiyonu takiben

yapılan geç açık redüksiyon ile tedavi ettiğimiz 23 travmatik posterior çıkıklı hastada, travmanın şeklini ve sonuçları iki ayrı sınıflama kriterlerine göre değerlendirmek ve birbirleriyle karşılaştırmaktır.

Gereç ve yöntem

Ocak 1984-Mayıs 1989 yılları arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde tedavi edilen 50 adet travmatik posterior kalça çıkığı veya kırıklı çıkığı olan hasta gözden geçirildi. Bunların 27 tanesi yeterince takip edilemediklerinden inceleme dışı bırakıldı. İncelemeye aldığımız 23 hastanın ortalama takip süresi 28 ay idi. Çoğu 20-50 yaş grubunda olan hastalarda ortalama yaş 36 idi. Birisi 3.5, diğeri 6.5 yaşında iki çocuk hastamız vardı. İkisinde de I. tip posterior kalça çıkığı mevcuttu. 3.5 yaşında olanı yeterli takip süresi olmadığı için inceleme dışı bırakıldı. Bu serideki vakaların çoğu (20 vaka) motorlu taşıt kazaları sonucunda oluşmuştu. Geri kalan 3 vakadan 2'sinde sebep yüksekten düşme, diğesinde ise üzerine duvar devrilmesi idi.

Yaralanmaların sınıflandırılması

23 travmatik posterior kalça çıkığı veya kırıklı çıkığı Thompson ve Epstein'in sınıflamasına göre 5 gruba ayrıldı;

I. Tip : Kırıksız veya posterior asetabular dudağın

(1) Haydarpaşa Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Asistanı

(2) Haydarpaşa Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi

sadece bir minor kırığı ile birlikte olan çıkıklar (6 vaka)

II. Tip : Posterior asetabular dudağın tek büyük bir fragmanı ile birlikte olan çıkıklar (4 vaka)

III. Tip Tek büyük bir fragman ile birlikte olsun veya olmasın, posterior asetabular dudağın parçalı kırığı ile birlikte olan çıkıklar (4 vaka)

IV. Tip: Asetabular dudağın ve tabanın her ikisinin kırığı ile birlikte olan çıkıklar (7 vaka)

V. Tip: Asetabulum kırığı olsun olmasın, femur başı kırığı ile birlikte olan çıkıklar (2 vaka). Bunların her ikisi de Pipkin'e göre II. tip olup ligamentum teres küçük fragmana yapışık idi.

Travmatik kalça çıkıklı hastaların % 50'sinde, çıkık anında başka yerlerinde de kırıkları vs. lezyonları olur (1). Bu oran bizim serimizde % 40 olarak bulundu. Tesbit ettiğimiz ek lezyonlar şunlardır:

- Bir vakada, ipsilateral femur cisim kırığı ve ischi-on-pubis kolu kırığı
- Bir vakada, aynı taraf Crus açık çift kırığı
- Bir vakada, karşı taraf humerus cisim kırığı
- Bir vakada, aynı taraf omuz öne kırığı.

Travmatik posterior kalça çıkıkları ile birlikte diz yaralanmaları da oldukça sıktır. Genellikle dize önden gelen travma, daha az ölçüde ise, varus, valgus veya rotasyonel kuvvetler söz konusudur (5). Bizim serimizde, iki vakada diz yaralanması mevcuttu. Bunların birinde aynı tarafta patella kırığı, diğerinde ise karşı taraf dizde geniş cilt dekolmanı vardı. Siyatik sinir lezyonu literatürde % 10-14 olarak bildirilmiştir. Bizim vakalarımızda bu oran % 17 idi (4 vaka).

Travmatik posterior kalça kırığı ve kırıklı kırığının prognozu bütün bu ek yaralanmalardan etkilenir, daha da önemlisi çıkık ile birlikte bulunan asetabulum kırıklarıdır.

Çıkıkla birlikte görülen asetabulum kırığının tipi Thompson-Epstein sınıflamasında açıkça belirlenmediği için, bu çalışmada R. Judet-E. Letournel'in asetabulum kırıkları sınıflaması kullanıldı. 23 vakanın 15'inde asetabulum kırığı vardı. Thompson-Epstein sınıflamasına göre II. tip ve III. tip'deki kırıkların hepsi, IV. tip'deki kırıkların üçü elementer kırık, IV. tip'deki diğer 4 vakada ise kompleks asetabulum kırığı vardı. Judet-Letournel sınıflamasına göre döküm yapıldığında 8 posterior dudak, 4 posterior kolon, 2 her iki kolon, 1 transvers-posterior kolon kırığı ve bir de hemi-transvers posterior kolon-anterior kolon kırığı mevcuttu.

Vakalar pelvisin AP grafisi, 45° obdurator oblik grafi ve 45° iliak oblik grafi ile izlendi ve kalça hareketleri kaydedildi.

Sonuçların sınıflandırılması

Bu serideki sonuçlar önce Thompson-Epstein tara-

fından yayınlanan kriterlere göre radyolojik ve klinik metodlarla değerlendirildi (3). Buna göre klinik değerlendirme kriterleri; ağrı, kalça hareketleri, topallama ve radyolojik değişikliklerdir. Ağrısı bulunan veya ilerleyici radyolojik değişikliklere sahip olan hiç bir hasta, çok iyi veya iyi sonuca sahip diye değerlendirilmedi.

Ağrısız, ancak uzun süre oturduktan sonra kalçasında katılık, sertlik hissine sahip hastalar iyi olarak değerlendirildi. Biraz ağrısı olan hastalar orta, sakatlayıcı derecede ağrıya sahip olan hastalar ise kötü olarak değerlendirildi. İyi diye değerlendirilen hastalarda hızlı yürümeden sonra veya yorulunca hafif topallama görülebilir. Belirgin hareket kısıtlılığı olan ancak addüksiyon deformitesi olmayan hastalar orta, kas spazmı, ciddi hareket kısıtlılığı, addüksiyon deformitesi ve belirgin topallaması olan hastalar kötü diye değerlendirildi. Radyolojik kriterleri ise; femur başı-asetabulum arasındaki ilişki, eklem mesafesi, femur başının dansitesi, kemiksel çıkıntı oluşumu ve kapsül kalsifikasyonun derecesidir.

Kullanılan tedavi metodu ve kırığın tipine göre sonuçlar:

A. Kapalı redüksiyon ve traksionla tedavi;

Çıkığın tipi	çok iyi	iyi	orta	kötü	toplam
I. Tip	2	3	1	-	6
II. Tip	1	2	-	1	4
III. Tip	-	-	1	1	2
IV. Tip	2	1	-	-	3
V. Tip	-	1	-	-	1
Toplam	5	7	2	2	16

Tablo 1: Thompson-Epstein değerlendirmesine göre

Sonuçlar ikinci olarak Merle D'Aubigne'nin ağrı, mobilite ve yürümeyi esas alan üçlü kodlama sistemine göre sınıflandırıldı. Bu değerlendirmede ağrı, mobilite ve yürümenin her birine fonksiyonunun derecesine göre iyiden kötüye doğru 6 ile 0 arasında puanlar verilir ve bu puanların toplamı fonksiyonel sonucu belirler (7). 17-18 puan çok iyi, 15-16 iyi diye değerlendirilir ancak fonksiyonel sonucun iyi olabilmesi için ağrı ve yürüme puanı 4'den az olmamalıdır. Başarılı olmuş artrodez bu gruba girer. 14-13 puan orta, 13'den aşağısı kötü diye değerlendirilir.

Çıkığın tipi	çok iyi	iyi	orta	kötü	toplam
I. Tip	4	2	-	-	6
II. Tip	2	-	1	1	4
III. Tip	-	-	1	1	2
IV. Tip	2	1	-	-	3
V. Tip	1	-	-	-	1
Toplam	9	3	2	2	16

Tablo 2: Merle D'Aubigne fonksiyonel değerlendirmesine göre kapalı redüksiyon ve traksionla yapılan tedavi sonuçları

Vakalar kırığın tipine göre kendi içinde değerlendirildi-

riildiğinde:

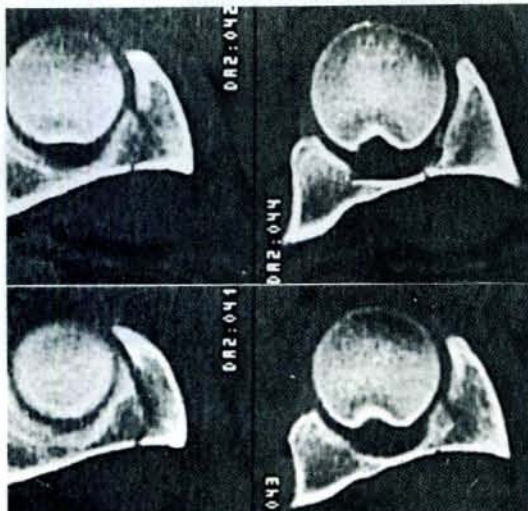
1. I. Tip kalçalar: Travmatik posterior kalça çıkıklarının 6'sı basit posterior kalça çıkığı idi. Thompson-Epstein kriterleri kullanıldığında 6 vakadan 2'si çok iyi, 3'ü iyi, geri kalan 1'i orta idi. Aynı kalçalar Merle D'Aubigne fonksiyonel değerlendirmesine göre 4'ü çok iyi, 2'si iyi idi. Birinci değerlendirmedeki orta olan kalçada orta derecede ağrı mevcuttu ve bu ağrının sebebini açıklayacak bir patoloji tesbit edilemedi.

2. II. Tip kalçalar: Sonuçlar birinci değerlendirmeye göre 4 vakanın 3'ünde çok iyi, 1'inde ise kötü idi. Kötü olan kalçada radyolojik olarak protrusio asetabuli mevcuttu. İkinci değerlendirmeye göre bu vaka halen tek koltuk değneği kullandığı ve ileri derecede ağrısı olduğundan fonksiyonel açıdan kötü diye değerlendirildi.

3. III. Tip kalçalar: 2 kalçanın ikisinde her iki değerlendirmeye göre orta ve kötü sonuca sahip idiler. Kötü sonuçlu kalçada femur başında aseptik nekroz tesbit edildi, ayrıca belirgin ağrısı ve 3 cm kısalığı vardı. Bu vaka, ilk redüksiyon denemesinden sonra yanlış olarak, redükte diye değerlendirilmiş ve taburcu edilmiş. Ancak araştırmamız sırasında redüksiyon sonu alınan grafilerde redüksiyonun başarılmamış olduğunu ve femur başının posterior de çıkık olduğunu tesbit ettik. Orta olarak değerlendirilen kalçada ise belirgin topallama ve kalça hareketlerinde % 50'den fazla kayıp vardı.



Resim 1A: Redüksiyon öncesi grafi



Resim 1B: Redüksiyondan 5 gün sonra yapılan bilgisayarlı tomografi kesiti

Çıkığın tipi	çok iyi	iyi	orta	kötü	toplam
III. Tip	1	-	1	-	2
IV. Tip	1	1	-	2	4
V. Tip	1	-	-	-	1
Toplam	3	1	1	2	7

Tablo 4: Merle D'Aubigne değerlendirmesine göre:

Çıkığın tipi	çok iyi	iyi	orta	kötü	toplam
III. Tip	-	1	1	-	2
IV. Tip	-	2	-	2	4
V. Tip	-	1	-	-	1
Toplam	-	4	1	2	7

Tablo 3: Thompson-Epstein değerlendirmesine göre:

4. IV. Tip kalçalar: 3 kalçadan 2'si her iki değerlendirmeye göre çok iyi, diğeri ise iyi idi. Çok iyi olan kalçalarda basit posterior kolon kırığı, iyi kalçada ise kompleks asetabulum kırığı vardı.

5. V. Tip kalçalar: V. tip (Pipkin II. tip) bir kalçada her iki değerlendirmeye göre sırasıyla iyi ve çok iyi idi. Bu vakada post redüksiyon grafisinde femur başı fragman nedeniyle lateralize durmasına rağmen bir yıl sonraki kontrol grafisinde fragmanın resorbe olduğu ve konstantrik redüksiyonun gerçekleştiği görüldü. Radyolojik olarak minimal Spur ve minimal kapsüler kalsifikasyon vardı.

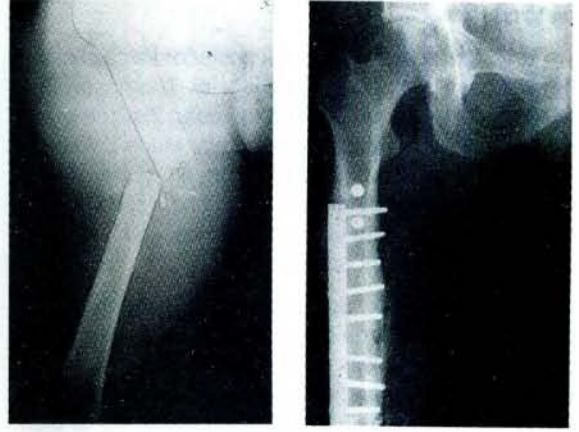


Resim 1C: Kapalı redüksiyondan 6 ay sonraki grafi; femur başı-asetabulum ilişkisi normal, femur başı dansitesi normal ve kapsüler kalsifikasyon yok.

Resim 1A, B, C: İ.K., 42 yaşında erkek, trafik kazası sonrasında başvuran hastada II. tip travmatik posterior sol kalça çıkığı mevcuttu. Yaralanmadan 6 saat sonra GA. altında Allis manevrası ile kapalı redüksiyon gerçekleştirildi. Sırasıyla 10 gün iskelet, 10 gün de cilt traksiyonu uygulandı. Bu süre sonunda aktif egzersizlere başlayan hasta 5 hafta çift, 2 hafta da tek koltuk değneği ile yürüdüktan sonra tam ağırlık verdi. Klinik olarak çok az derecede topallaması olan hastanın radyolojik sonucu mükemmeldi.



Resim 2A: Redüksiyon öncesi asetabulumda -T- şeklinde kırık ve femur başının post-superiore çıkığı görülmekte.



Resim 2B: İpsilateral femur diafiz kırığı görülüyor.
Resim 2C: 20 ay sonraki kontrol grafisi; femur diafiz kırığı kaynamamış, asetabulumdaki kırık hattında skleroz, medialde eklem aralığında minimal daralma mevcut.

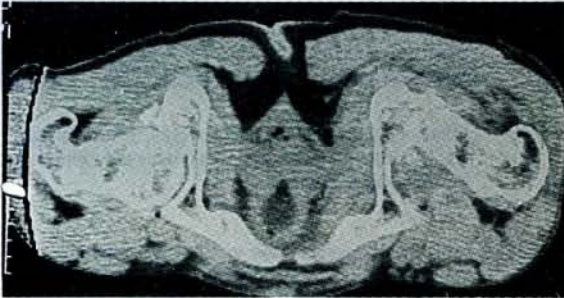
Resim 2A, B, C: N.E., 43 yaşında kadın, trafik kazası sonrası başvuran hastada IV. tip travmatik post. sağ kalça çıkığı, aynı taraf femur diafiz kırığı ve ischion-pubis kolu kırığı mevcuttu. asetabulum kırığı kompleks ve posterior kolon kırığı ile juksatektal transvers kırık kombinasyonu şeklinde idi. Yaralanmadan 12 saat sonra GA. altında Allis manevrası ile kapalı redüksiyon gerçekleştirildi ve iskelet traksiyonu uygulandı. 20 gün sonra femur kırığının plak ile osteosentezi yapıldı. Toplam 6 haftalık traksiyon süresini takiben 2 ay süreyle daha yatak istirahati uygulandı. Sonunda 6 ay çift koltuk değneği ile ve bir 6 ay daha tek koltuk değneği ile yürüdü. Sağ kalçasında sızlama şeklinde ağrıdan şikayet eden hastada çok az topallama mevcuttu.



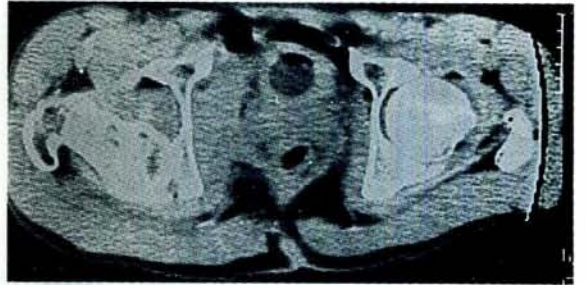
Resim 3A: Redüksiyon öncesi A-P pelvis grafisi.



Resim 3B: Redüksiyon öncesi sağ kalçanın obtrator grafisinde posteriordeki büyük fragman görülüyor.



Resim 3C



Resim 3D

Resim 3c-3D: Travmadan hemen sonra redüksiyon öncesi çekilen bilgisayarlı kalça tomografi kesitleri, sağda femur başı posteriora çıkık, posterior dudak ve kolon kırığı ve eklem aralığında serbest kemik fragmanı görülüyor.



Resim 3E: Post op. 1 yıl sonraki iliak grafi, femur başı-asetabulum ilişkisi normal.



Resim 3F: Post op. 1 yıl sonraki obtrator grafi, avasküler nekroz ve dejenerasyon belirtisi yok.

Resim 3A-B-C-D-E-F: E.K., 37 yaşında erkek, araç içi trafik kazası sonrası başvuran hastada IV. tip travmatik posterior sağ kalça çıkığı ve intracerebral kanama mevcuttu. Yaralanmadan 15 saat sonra GA. altında Allis manevrası ile kapalı redüksiyon denendi ve ilk denemede redüksiyon gerçekleşti. Ancak sağ kalça 70° fleksiyonda dizden femur aksı boyunca posteriöre itmeye kalça posteriöre çıkıyordu ve bu yüzden unstable kabul edildi. Beyin içi kanama olduğundan açık redüksiyon sonraki bir tarihe ertelenerek femurdan iskelet traksiyonu uygulandı. Yaralanmadan 15 gün sonra posterior girişim ile açık redüksiyon ve vida ile internal tespit uygulandı. 4 hafta iskelet, 2 hafta cilt traksiyonu uygulandı. Bu süre sonunda nokta yürüme aktif ve pasif egzersizlere başlandı ve üç hafta süre ile düzenli bir şekilde uygulanan fizyoterapi sonrasında taburcu edildi. 1 ay çift, iki ay tek koltuk değneği kullanan hasta post op. 5. ayda sağ kalçasına tam yük verdi. Soğuk havalarda sağ kalçasında sızı şeklinde ağrıdan yakınan hastada ancak hızlı yürüyünce görülen bir topallama mevcut.

B. Kapalı redüksiyon takiben yapılan gecikmiş açık redüksiyon ile tedavi:

23 kalçanın 6'sı kapalı redüksiyonu takiben yapılan gecikmiş açık redüksiyon ve internal fiksasyonla tedavi edildi, bir kalçaya da total kalça protezi kondu.

Cerrahi tedavi gören vakalar kırık tipine göre kendi içinde değerlendirildiğinde:

1. III. Tip kalçalarda: Orta sonuca sahip birinci kalçaya kapalı redüksiyon uygulamasından 11 gün sonra açık redüksiyon ve posterior asetabular duvarını parçalı kırığına vida ile internal tespit uygulandı. Ancak vidaların kısmen asetabulum içerisine girdiği ve femur başında erozyona sebep olduğu tespit edildi. Her iki sınıflamaya göre sırasıyla iyi, çok iyi sonuca sahip ikinci vakada kapalı redüksiyon ve pelvipedalik alçı tespiti ile tedavi uygulanmış ancak posterior asetabular duvarını parçalı kırığın psödoartrozu sonucu yeterli stabilite sağlanmaması üzerine travmadan 9 ay sonra total endo-protez uygulandı.

2. IV. Tip kalçalarda: Sonuçlar birinci değerlendirmeye göre 2'sinde iyi, 2'sinde ise kötü idi. Fonksiyonel sonuçları esas alan ikinci değerlendirmeye göre ise 4 vakanın yine ikisi çok iyi-iyi, ikisi ise kötü idi. Çok iyi fonksiyonel sonuca sahip vakada posterior duvar kırığına ek olarak posterior kolon kırığı da mevcuttu. Açık redüksiyonda eklem aralığındaki serbest kemik kırık parçaları uzaklaştırıldı ve posterior duvar kırığı iki adet kortikal vida ile tespit edildi. İyi sonuca sahip hastada travmadan yaklaşık 4 ay sonra açık redüksiyon ve internal fiksasyon yapıldı. Bunda her iki kolon kırığı mevcuttu. Bu hasta halen eski mesleği olan şoförlüğü sürdürüyor. Kötü sonuca sahip birinci kalçada çıkığa ek olarak her iki kolon kırığı mevcuttu. Travmatik posterior çıkıklarda anterior kolon kırığı alışılmadık bir bulgudur. Bu kalçadaki posterior kolon kırığı açık redüksiyonla birlikte sponjiöz vidalarla tespit edildi. Daha sonradan hastada protrüsyon asetabuli ve ileri derecede ektopik kalsifikasyon gelişti. Son kontrolde vidaların gevşeyerek eklem içine deplase oldukları ve femur başını tahrip ettikleri saptandı. Sonuncu hastada çıkık ile birlikte yine her iki kolon kırığı mevcuttu. Travmadan yaklaşık 5 ay sonra açık redüksiyon ve internal fiksasyon yapıldı. Hasta halen çift koltuk değneği ile yürüyor ve kalça relükse durumda.

3. V. Tip kalçalar: Pipkin II. tip posterior çıkığa sahip yani ligamentumteresin halen küçük fragmana yapışık olduğu bir kalçada kapalı redüksiyonu takiben birinci hafta sonunda redislokasyon görüldü. Bunun üzerine açık redüksiyon yapıldı ve küçük fragman eksize edildi,

kontrolünde her iki değerlendirmeye göre çok iyi olarak nitelendirildi.

Tartışma

Travmatik kalça çıkıklarından yüksek enerjili travmalar sorumlu olduğundan birlikte hayatı tehdit edici yaralanmalarda söz konusu olabilir ve bunların tesbiti önemlidir (1).

Femur cisim kırıklarında travmatik posterior kalça çıkıklarının klasik klinik görünümü kaybolduğundan, diğer yandan diz travmalarında da kuvvet dizden kalçaya doğru yayıldığından bu tür yaralanmalarda muhtemel kalça çıkığını atlamamak için rutin olarak pelvis grafisi çekilmelidir.

Travmatik kalça çıkıklarında redüksiyon ister kapalı, ister açık olsun erkenden, genellikle ilk 12 saat içerisinde yapılmalıdır. Bu yaralanmalarda yetersiz sonuçlar, açık redüksiyonun geciktiği veya eklem içinde serbest fragmanlar varlığında kapalı redüksiyonun yapıldığı durumlarda görülür (3). Literatürde sonuçların sadece anterior ve I. tip posterior travmatik kalça çıkıklarında tatminkar olduğu belirtilmesine rağmen bizim serimizde I. tip kalçalar değerlendirme dışı bırakıldığında bile tedavi metoduna bakmaksızın % 60 yeterli sonuç elde edildi. Sadece konservatif tedavi edilen grupta bu oran % 75 idi. Steward ve arkadaşları uzun süreli takipte, kapalı redüksiyon sonuçlarının açık redüksiyondan daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da primer kapalı redüksiyon sonuçları, onun sekeli olarak yapılan geç açık redüksiyondan daha iyi idi.

Sonuçların Thompson-Epstein kriterleriyle değerlendirilmesiyle Merle D'Aubigne'nin fonksiyonel değerlendirmesindeki kriterlere göre yapılması arasında belirgin bir fark oluşmadı.

Nihai sonuçlar tedavinin şekline ve kırığın tipine göre değişiyordu. Primer kapalı redüksiyonla % 70 çok iyi-

iyi sonuç elde edildiği halde, geç açık redüksiyonda bu oran % 57 idi. Ve bu 433 asetabulum kırığının tedavi sonuçlarıyla uygunluk gösteriyordu (7). Konservatif tedavi edilen III. tip çıkıklar ile IV. tip kalçalar arasında belirgin bir fark vardı. IV. tip çıkıkların konservatif tedavisinde daha iyi sonuçlar alındı. Özellikle posterior kolon kırıklarının kapalı redüksiyon ile iyi redükte olduklarını gördük. Yukarıda sözü edilen seride de posterior kolon kırıklarında % 90 iyi sonuç posterior duvar kırıklarında ise % 70 iyi sonuç alındığı belirtiliyordu.

Bir vakamızda femur başı aseptik nekrozu gelişti. Bu redükte olduğu zannedilip gerçekte lükse olan kalça idi. Başka aseptik nekroz görülmeşi hastalara erken redüksiyon uygulanmış olmasına bağlandı.

Sonuç olarak vaka sayımız az fakat çeşitli idi. Her çıkık tipi için bir kanaat geliştirmemiz zordur. Bu durumda farklı tiplerde elde edilen sınırlı tecrübelerimizi naklettik.

Kaynaklar

1. Charles A. Rockwood, Jr. ve David P. Green: Fractures in adults Vol. 2.
2. S. S. Upadhyay, A. Moulton: "The Long-Term results of Traumatic posterior dislocation of the hip" J. Bone and Joint Surg. Vol. 63-B, No 4, 1981.
3. Herman C. Epstein: "Posterior fracture-dislocation of the hip" J. Bone and Joint Surg. Vol. 56-A, No 6, 1974.
4. J. F. Connolly: "Acetabular labrum entrapment associated with a femoral head fracture-dislocation" J. Bone and Joint Surg. Vol. 56-A, No 8, 1974.
5. W. J. Gillespie: "The incidence and Pattern of knee injury associated with dislocation of the hip" J. Bone and Joint Surg. Vol. 57-B, No 3, 1975.
6. Latournel: "Acetabulum fractures" Clinical Orthopaedics and related research, Number 151, 1980.
7. B. Tillie ve J.P. Dalcour: Fractures du Cotyle. Resultats A Plus de 5ans So. F.C.T. Reunion annuelle nov. 1981.

Dr. Ersan Kaçan

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği İstanbul