

Büyük çocuklarda asetabuler displazinin iyileşme potansiyeli

A. Hakan Eren⁽¹⁾, İ. Metin Türkmen⁽²⁾, Mücahit Görgeç⁽³⁾

Asetabuler displazisi olan 8 kalça ortalama 2 yıl 9 ay süreyle (en kısa 26 ay, en uzun 41 ay) takip edildiler. Bu kalçalara hiç bir tedavi uygulanmadı. Hastaların en küçüğü 3,5, en büyüğü 11 yaşındaydı. Sekiz kalçadan üçü yeterli asetabular gelişme gösterdi. Diğer beşi çok az ve yetersiz gelişti veya hiçbir gelişme göstermedi. Bu ikinci grupta takip süresi içinde daha ileri bozulma olmadı.

Büyük çocukta asetabuler displazinin kendiliğinden iyileşme şansının az da olsa var olduğunu gördük. Bu nedenle asetabuler displazili kalça, asetabulo-femoral uyum varsa iki yıl takip edilmeli, gelişme saptanmazsa pelvik osteotomi ile tedavi edilmelidir.

Anahtar kelimeler: asetabuler displazi

Improving potential of acetabular dysplasia in older children

Eight hips with acetabular dysplasia were followed up for a mean of 2 years 9 months (the shortest been 26 months, the longest 41 months). No treatment was done. The youngest of these patients was 3,5 years old and the oldest was 11. Three of these eight hips improved satisfactorily while the other five improved little or none. In the last group no worsening came about in the follow up period.

In an older child with acetabular dysplasia, we saw that there is a chance of spontaneous improvement but little. Therefore, a hip with acetabular dysplasia having acetabulo-femoral congruity first should be followed up for two years. After that, pelvic osteotomy may be performed if we don't see satisfactory improvement.

Key words: acetabular dysplasia

Doğuştan kalça çıkıklı (asetabuler displazi, sublukasyon, dislokasyon) kalçalarda asetabulum gelişmesindeki gerilik ve buna yönelik tedaviler Ortopedinin tartışma konularındandır. Bu kalçalarda asetabulumun gelişiminde yavaşlık olduğu konusunda fikir birliği vardır. Cerrahi tedavide asetabulumla yönelik müdahalelerin zamanlaması konusunda ise değişik görüşler vardır (4). Ancak bu tartışmalar daha çok sublukse ve disloke kalçalardaki asetabular displazi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Yalnızca asetabular displazisi olan kalçalarda, femur başının konsantrik baskısı devam ettiği için, asetabulumun (sublukse veya disloke bir kalçaya göre) daha iyi gelişeceği düşünülebilir.

Gereç ve yöntem

Haydarpaşa Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 1984-1988 yılları arasında doğuştan kalça çıkığı nedeniyle tedavi edilmiş, tek taraflı dislokasyonu veya sublukasyonu olan hastalarımızdan 12'sinde diğer kalçalarında asetabular displazi saptandı. Disloke veya sublukse kalçalara cerrahi tedavi uygulandı. Asetabular displazi saptanmış olan 12 kalça incelendi. Bunlardan cerrahi tedavi yapılan iki kalça ile, takip

süreleri 12'şer ay gibi kısa olan iki kalça değerlendirilmeye alınmadı. Kalan sekiz kalça inceleme grubunu oluşturdu. Hastalarımızdan en küçüğünün yaşı 3 yıl 5 ay, büyüğününki 11 yaş idi. Ortalama yaş 6 yıl 3 ay'dır. En kısa takip süresi 26 ay, en uzun takip süresi 41 ay olmak üzere ortalama takip süresi 33 ay (2 yıl 9 ay) dır. Asetabuler displazili bu kalçalar takip süreleri içinde (bu süre diğer kalçalarının tedavi ve takibini içermektedir) hiçbir tedavi görmediler. Asetabulum gelişmesini tayin için asetabuler indeks ve C/E açısını hem preoperatif, hem de son çekilen radyografilerde ölçtük. Sadece asetabuler açı veya sadece C/E açısında gelişme olması yetersiz kabul edildi. Bunlardan herbirinde en az 5° ve her ikisinin toplamında en az 13° gelişme göstermiş olan asetabulumların gelişimi yeterli kabul edildi. Diğer asetabulumlarda, her iki açıda veya birinde bir kaç derece gelişme olsa da radyolojik görünüm halen displaziyi farkettiliyordu.

Bulgular

Asetabuler displazili 8 kalçanın ortalama iki yıl 9 aylık takibinde görüldü ki; beş kalça hiç değişmedi veya çok az ve yetersiz gelişme gösterdi. Üç kalça ise düzel-

(1) Haydarpaşa Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Uzmanı

(2) Haydarpaşa Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi

(3) Haydarpaşa Numune Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şef Yardımcısı

diler. Olumlu gelişme gösteren üç kalçada asetabuler açıda sırasıyla 7, 13 ve 10° azalma, C/E açısında sırasıyla 6, 10 ve 10° artma saptandı (kalça 3, 4 ve 7). Hastalarımız, özellikleri ve bulgularıyla Tablo 1'de özetlenmiştir.

Kalça no	yaş yıl-ay	takip süresi yıl-ay	ilk ölçüm	son ölçüm	sonuç
1	4-7	3-5	A. I: 20 C/E: 15	A. I: 20 C/E: 18	yetersiz
2	8-0	2-2	A. I: 35 C/E: 7	A. I: 35 C/E: 15	yetersiz
3	5-3	3-2	A. I: 25 C/E: 18	A. I: 18 C/E: 24	düzeldi
4	3-5	3-7	A. I: 20 C/E: 20	A. I: 7 C/E: 30	düzeldi
5	4-7	2-7	A. I: 22 C/E: 13	A. I: 18 C/E: 15	yetersiz
6	7-8	3-0	A. I: 20 C/E: 15	A. I: 20 C/E: 20	yetersiz
7	11-0	2-8	A. I: 22 C/E: 15	A. I: 12 C/E: 25	düzeldi
8	5-11	2-2	A. I: 20 C/E: 20	A. I: 18 C/E: 22	yetersiz

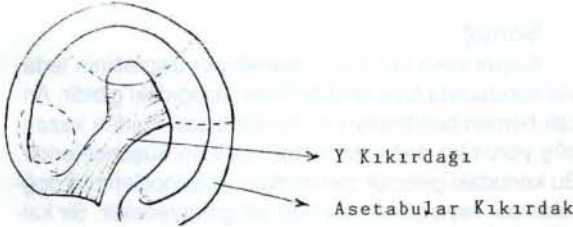
Tablo 1

A. I: Asetabuler indeks

C/E: Wiberg'in köşe-merkez açısı

Tartışma

Çocukta asetabulum, asetabuler kırık ve Y kırığının birleşmesinden oluşan bir eklem yuvasıdır (Şekil 1).



Bu yuvada eklem yüzünü oluşturan bölüm asetabuler kırığın döşediği bölümdür. Bunun ortasında ve inferiorundaki non-artiküler bölümden pulvinar ve ligamentum teres yerleşir. Labrum, asetabuler kırığın çevresini oluşturur (5).

Asetabulumun genişliği ve yüksekliği (eni ve boyu) Y kırığındaki interstisyel büyüme ile belirlenir. Asetabulumun derinliği ve yuvarlak şekli ise, içindeki yuvarlak femur başının varlığına bağlıdır (5). Harrison, farelerde femur başlarını eksize veya disloke etmiştir. Bunlarda asetabular yuvaranın derinliği küçük kalmış, ayrıca asetabular kırıkta atrofi ve dejenerasyon olmuştur. Oysa aynı hayvanlarda Y kırığı histolojik olarak nor-

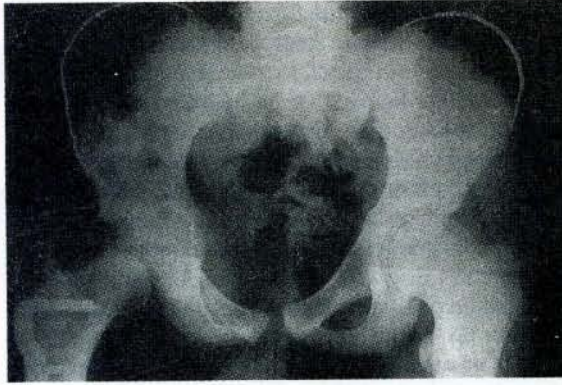
mal kalmış, innominate kemiğin normal büyümesi devam etmiştir (5). Doğuştan kalça çıkıklı erişkinlerde de innominate kemiğin boyutları normaldir. Asetabuler kırığın periferinden appozisyonel büyüme ve buna komşu kenarlarda periosteal yeni kemik oluşumu, çocukta asetabulumun derinliğindeki artışı sağlar. Pelvis genişlerken normal asetabuler gelişme için, asetabuler ve Y kırıklarının ve bitişik kemiklerin gelişmesi arasındaki nazik denge muhafaza edilmelidir. Doğuştan kalça çıkığının bazı şekillerinde bozuk olan belki de bu dengedir (5).

Asetabuler kırıkta üç ana kemikleşme merkezi gelişir. Bunların en büyüğü olan as asetabuli 8 yaş civarında gelişmeye başlar ve asetabulumun anterior duvarını oluşturur. 18 yaş dolayında pubise kaynar. Diğer bir kemikleşme merkezi superior asetabuler kemik veya diğer ismiyle "asetabuler epifiz" dir. Asetabular kırığın iliak bölümünde 8 yaş civarında gelişir ve 18 yaşında iliuma kaynar. Asetabulumun superior eklem yüzünü oluşturur. Üçüncü kemikleşme merkezi posterior asetabuler kemiktir ve bu üçünün en küçüğüdür. Asetabuler kırığın iskiyal bölümünden 9 yaş civarında gelişir ve ischioma 17 yaşlarında kaynar. Asetabulumun posterior duvarını oluşturur (5). Görüldüğü gibi, asetabulum gelişimi normal çocukta adolesan yaşların biraz ötesine kadar devam etmektedir. Salter, doğuştan kalça displazisi durumunda, 18 aydan sonraki asetabulum gelişiminin birçok vakada yetersiz olacağını söyler (6). Harris ise, asetabulo-femoral uyum erken yaşta (4 yaşından önce) sağlanmışsa o asetabulum 8-11 yaşlarına kadar iyi bir şekilde gelişir demiştir (4, 9). Bizim yeterli gelişim gördüğümüz hastalar 5,3 ve 11 yaşındaydılar. Takip süreleri en az iki yıl sekiz ay idi. Bu hastaların ameliyat edilen disloke kalçaları sırasıyla mükemmel, iyi ve mükemmel sonuç alınan kalçalardır. Harris (1975)'e göre tek taraflı dislokasyonun tedavisinde karşı kalçadaki displazinin önemi yoktur (4). Bizim hastalarımızda da asetabuler displazi iyileşsin veya iyileşmesin, karşı kalçanın cerrahi tedavi sonucu iyi olmuştur. Karşı kalçasının cerrahi tedavi sonucu orta olan tek vaka kalça 8'dir.

Wilson (1974)'a göre asetabuler displazide radyolojik görünüm 10-11 yaşlarına kadar kabul edilebilir durumdadır. Bundan sonra femur başı büyürken asetabulum geri kalmaya başlar (12). Bizim hastalarımızdan biri 8 yaşındaydı (kalça 2). Son kontrolunda 10 yaşına ulaşmıştı ve iki yıl öncesine kıyasla kalçada bozulma yoktu. Hatta C/E açısı 8°'lik artış bile göstermişti. Ancak asetabuler indeks hiç değişmemişti ve gelişme yetersiz kabul edildi. Bir diğer hastamız 11 yaşındaydı ve son kontrolunda 14 yaşına yaklaşmıştı (kalça 5). 11 yaşından sonra kalçada belirgin bir düzelme olmuştu (Resim 1,2). Asetabuler displazinin primer bir olay mı, yoksa sekonder adaptif bir değişiklik mi olduğu yolundaki tartışmada son yıllarda ağırlık ikinci seçeneğe doğru kaymaktadır (9). Ancak Davies (1984), doğuştan kalça çıkığının iki ana etyolojik gruba ayırmakta; ligamentöz laksi- te kökenlilerin düzeldiğini, primer asetabular displazisi olanların ise çıkığa doğru ilerlediğini söylemektedir (2).



Resim 1: Hasta M. G 11 yaş. Sağ kalça preop. Sol kalçada asetabuler displazi dikkati çekiyor.



Resim 2: Hasta M. G Postop. 2 yıl 8 ay sonra. Soldaki asetabuler displazinin düzeldiği görülüyor

Andren ve Von Rosen'e göre asetabuler displazi doğuştan kalça çıkığının nedeni olmayıp, bir sonuç semptomudur. Yani, instabilite altında zamanla asetabuler displazi de gelişmektedir (1). Bizim hastalarımızda, femur başında lateralizasyon olmadığı halde asetabuler displazinin varlığı bu düşünceyle çelişmektedir. Nitekim Watanabe (1974), doğuştan kalça çıkığının asetabulum ve ona bitişik yapıların hipoplazisi ile sonuçlanan bir gen defektine bağlı olabileceği, asetabuler displazinin de anne karnında başladığı görüşündedir (10).

Lloyd-Roberts (1966)'a göre tek taraflı gözükten çıkıklar sıklıkla diğer tarafta gözden kaçan minor displazi ile birlikte ve bu, çocuğun büyümesi ile subluksasyona dönüşür (3). Bizim olgularımızdan hiçbiri takip ettiğimiz süre içinde subluksasyona dönüşmemiştir. Hepsini en azından hiç değişmemiş veya olumlu değişim göstermiştir.

Wilkinson ve Carter iki taraflı dislokasyonlarda ve karşı kalçası displazik tek taraflı dislokasyonlarda asetabulum gelişimi prognozunun kötü olduğunu vurgulamışlardır. Sallis ve Smith ise bilateral tutulum ve yaş ile prognoz arasında ilişki bulamamışlardır (4).

Sekiz kalçadan ikisinde koksa valga mevcuttu (kalça 1 ve 5). Bu iki kalçada son kontrollerinde asetabuler displazi ile birlikte koksa valga devam etmekteydi.

Koksa valganın düzeltilmemiş olması belki de yetersiz gelişiminin sebebidir. Erol (1978), asetabuler displazide yalnızca femoral osteotominin (varizasyon ve/veya derotasyon) iyi sonuç vermeyeceğini belirtmektedir (1). Harris (1975), dört yaşına kadar olan hastalarda asetabulo-femoral uyum sağlanıp muhafaza edilebiliyorsa pelvik osteotomiye gerek olmadığını, kalça abduksiyondayken asetabulo-femoral uyum varsa femoral osteotominin yeterli olacağını belirtmiştir (4). Somerville (1978), kalçada anteversiyon veya valgus varlığının mutlaka bozulma olacağı anlamına gelmediğini, ancak bu kalçaların risk altında olduğunu ileri sürer. Bozulma veya gelişiminin olacağı kritik yaş dönemi 11-14 yaşlar arasındadır (7).

Massie ve Howorth (1951), 5-8 yaşlarında asetabuler olgunlaşmanın yetersizliği sonucu progresif subluksasyon geliştiğini gözlemlemişlerdir (11). Oysa biz ortalama üç yıla yaklaşan takip süremizde kalçalarda hiçbir olumsuz değişiklik görmedik.

Lindström, asetabulumun erken tedavi edilen hastalarda daha iyi geliştiğini, 3-5, 5 yaş grubundaki hastalarda 24°'nin altında bir indekse ancak altıncı yıldan sonra ulaşabileceğini ve asetabuler indeksin 24°'den fazla olduğu vakalarda kötü kabul edilmesi gerektiğini bildirmiştir (8). Hastalarımızdan biri hariç hepsinde asetabuler indeks 20° ve altındaydı. Oysa bunların dördünde asetabuler displazi devam ediyordu. O halde asetabuler açının 20°'nin altında olması, tek başına asetabuler örtümün yeterli olduğunu göstermez. Düzelen vakalarda C/E açısı 24° ve üzerinde idi. Severin, McKay, Trevor gibi uzmanlar değerlendirmelerini yaparken displazik asetabulumu C/E açısı 25°'nin altında olan vakalar olarak belirtmişlerdir.

Sonuç

Küçük vaka serimizin, asetabuler displazinin tedavisi konusunda bize verdiği fikirler aşağıdaki gibidir. Ancak hemen belirtmeliyiz ki, bunlar bizce kesinlik kazanmış yorumlar değil, zihnimizin beliren düşünceleridir. Bu konudaki gelecek çalışmaların düşüncelerimizi doğrulaması veya çürütmesi bize yol gösterecektir. Bir kalçası disloke, diğer kalçası asetabuler displazili hastada, asetabuler displazinin karşı kalçadaki dislokasyonun tedavisi üzerine olumsuz bir etkisi yoktur. Tek taraflı dislokasyonu olan doğuştan kalça çıkıklı hastaların diğer kalçalarında sıklıkla asetabuler displazi bulunur. Bu husus gözden kaçırılmamalı ve tedavi edilmelidir. Kendi haline bırakılırsa asetabulumun gelişme şansı azalabilir. Hasta ilk görüldüğünde, eğer varsa, koksa valga, aşırı femur boynu anteversiyonu gibi deformitelerin düzeltilmesi 10-11 yaşına kadar ilk aşama olarak yeterlidir. Birinci ve ikinci yıl takiplerinde hiç asetabuler gelişim saptanmazsa pelvik osteotomi uygulanır. Zaman kaybedileceğinden korkulmamalıdır; çünkü asetabuler displazili kalçalarda 13-14 yaşlarına kadar hiç bozulma olmamaktadır. Ancak, eğer hastanın ve hastanenin sosyal ve ekonomik koşulları muhtemel ikinci bir operasyona engel olacaksa, daha ilk seansta femoral os-

teotomi ile beraber pelvic osteotomi de "tercihen Salter" yapılmalıdır.

Hasta veya ebeveynleri cerrahi tedaviyi kabul etmiororsa, asetabuler displazili kalça kaderine terk edilmemeli; yıllık aralarla izlenmeli ve bizim toplayabildiğimizden daha büyük vaka serileri oluşturulmalıdır. Bu sayede, büyük çocuklardaki asetabuler displazinin kendiliğinden iyileşme yeteneği hakkında bize daha iyi yön verecek kesin bulgular elde edebiliriz.

Kaynaklar

1. Erol, S. K., Bremm, K. : Doğuştan kalça çıkığının erken fonksiyonel tedavisinde femur başının aseptik nekroz olasılığı. V. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, 73-96, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1978.
2. Davies, S. J. M., Walker, G.: Problems in the early recognition of hip dysplasia. J. Bone Joint Surg. , 66-B: 479, 1984.
3. Eyre-Brook, A. L.: Treatment of congenital dislocation or subluxation of the hip in children over the age of three years. J. Bone Joint Surg. , 48-B: 682, 1966.
4. Harris, N. H., Lloyd-Roberts, G. C., Gallen, R.: Acetabular development in congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. 57-B: 46, 1975.
5. Ponseti, V. I.: Growth and development of the acetabulum in the normal child. J. Bone Joint Surg. , 60-A: 575, 1978.
6. Salter, R. B., Dubos, J. P.: The first fifteen years personal experience with innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip. Clin. Orthop. and Rel. Research, 98: 72, 1974.
7. Somerville, E. W.: A long term follow up of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. , 60-B: 25, 1978.
8. Tachdjian, M. O.: Congenital dislocation of the hip. Churchill Livingstone, New York, 1982.
9. Tachdjian, M. O.: Congenital dysplasia of the hip, in Pediatric Orthopedics, 297-312, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1990.
10. Watanabe, R. S.: Embryology of the human hip. Clin. Orthop. and Rel. Research, 98: 8, 1974.
11. Weiner, D. S., Hoyt, W. A., O'dell, H. W.: Congenital dislocation of the hip; the relationship of premanipulation traction and age to avascular necrosis of the femoral head. J. Bone Joint Surg. 59-A: 306, 1977.
12. Wilson, J. C.: Surgical treatment of the dysplastic acetabulum in adolescence. Clin. Orthop. and Rel. Research, 98: 137, 1974.

Yazışma adresi

Op. Dr. A. Hakan Eren
Haydarpaşa Numune Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Haydarpaşa-İstanbul