

Koksartrozlu hastalara uygulanan cerrahi tedaviler ve sonuçları

Tansel Ünsaldı⁽¹⁾, Abdulkadir Akbaş⁽²⁾, Sıtkı Perçin⁽³⁾, Şevki Öner Şavk⁽⁴⁾

Bu çalışmada Haziran 1982-Ekim 1990 tarihleri arasında takip ve tedavisi yapılan 94 koksartrozlu olgu değerlendirildi. Hastaların 46'sında primer, 48'inde sekonder koksartroz mevcuttu. Hastalara ilk olarak konservatif tedavi uygulandı. Konservatif tedaviden faydalanmayan 40 hastanın 10'u izlenmeye alındı. 30 hastaya ameliyat önerildi. 7 hasta ameliyatı kabul etmedi. Geriye kalan 23 hastaya cerrahi tedavi uygulandı.

Anahtar kelimeler: Koksartroz, cerrahi ve konservatif tedavi

Surgical procedures that were applied to patients with coxarthrosis and evaluation of their results

In this study, we have evaluated the results of 94 cases of coxarthrosis who were treated and followed between 1982 and 1990 46 of 94 patients had primary, 48 had secondary coxarthrosis. Initially, conservative therapy was applied to all patients. It failed in 40 patients, 10 of them were taken into follow-up. Operation was recommended to the remaining 30. 7 patients refused it. Operation was performed to the remaining 23 patients.

Key words: Coxarthrosis, surgical treatment

Dejeneratif osteoartrit; eklem kıkırdağının aşınması, eklem aralığının daralması, kemik yapıda skleroz, osteofit oluşumu, subkondral kistler, kemikte kolaps ve deformasyon ile karakterize bir rahatsızlıktır. Klinik olarak ağrı ve hareket kısıtlılığı ile kendini gösterir. Etiyolojik faktöre göre primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır (13, 15). Primer dejeneratif artrit; eklem kıkırdağındaki kollajen ve protein polisakkaridlerde yaşlanma ile oluşan değişikliklerin, kıkırdak örtünün yük ve gerilme kuvvetlerine dayanma özelliğini tedricen azaltmasıyla gelişir. Sekonder dejeneratif artrit ise, eklem yüzeyinde uyumsuzluk, instabilite, avasküler nekroz, yük kuvvetlerinin konsantrasyonu, kıkırdak travması ve enfeksiyon gibi nedenlerin eklem kıkırdağında dejenerasyona yol açmasıyla gelişir (13). İnsan vücudunda en fazla yük taşıyan kalça ekleminde de dejeneratif osteoartrit sık görülür. Bu hastalık, koksartroz olarak da tanımlanır (4, 13).

Koksartrozun tedavisinde konservatif ve cerrahi tedavi yöntemleri birarada düşünülmeli, uygun zamanda, uygun tedavi programı uygulanmalıdır.

Gereç ve yöntem

Bu çalışmada Haziran 1982-Ekim 1990 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'ne başvuran ve çeşitli tedavi yöntemleri uygulanan 94 koksartrozlu hasta incelendi. Hastaların 39'u (%41.5) erkek, 55'i (%58.5) kadın ve yaş ortalamaları 38.4 idi (14-87). 22 (%23.4) olguda bilateral, 72 (%76.6) olguda unilateral tutulum mevcuttu. Unilateral olanların 43'ü (%59.7) sol, 29'u (%40.3) sağ koksartroz olgusu idi (Tablo 1). Hastaların 46'sında (%48.9) primer, 49'unda (%51.1)

sekonder koksartroz mevcuttu. Sekonder koksartrozlu olgulardaki etyolojik dağılım Tablo 2'de görülmektedir. 94 hastanın 23'ü (%24.5) cerrahi, geri kalanları ise konservatif tedavi edildiler. Cerrahi olarak tedavi edilen 23 hastaya 26 operasyon uygulandı ve ortalama takip süresi 2 yıl 9 aydı (3 ay-8 yıl). 12 olguya Charnley-Müller tipi total kalça artroplastisi (TKA) uygulandı (Resim 1a, 1b). Bunlardan 10 olguya primer olarak TKA, 1 olguya Girdlestone osteotomisini takiben TKA, 1 olguya da gevşeme nedeniyle revizyon TKA uygulandı. 3 olguya Thompson tipi femur başı endoprotezi, 4 olguya Girdlestone osteotomisi, 3 olguya subkapital femoral osteotomi, 1 olguya subtrokantrik varizasyon osteotomisi, 1 olguya çeliyektomi ve trokanter major replasmanı, 1 olguya trokanter major replasmanı (Resim 2a, 2b), 1 olguya da valgus osteotomisi ve artrodez uygulandı (Resim 3a, 3b) (Tablo 3).

Hastalara ameliyattan hemen önce ikili antibiyotik başlandı ve post operatif 5 gün devam edildi. Postoperatif birinci gün izometrik quadriceps egzersizleri ve pasif kalça hareketlerine, üçüncü gün ise aktif kalça hareketlerine başlandı. Ameliyat sonrası birinci hafta ile ikinci hafta arasında Girdlestone osteotomisi uygulananlar hariç, kalça artroplastisi yapılanlar walkerla bastırıldı. Diğerleri ise basmadan koltuk değnekleri ile mobilize edildiler. Hastaların postoperatif 12 ile 15'inci günler arası sütürler alınıp taburcu edildiler. Girdlestone osteotomisi uygulanan hastalara 45 gün süreyle tuberositas tibiadan iskelet traksiyonu uygulandı. Bu süre içinde yoğun aktif hareket programı verildi. Traksiyon süresi dolduğunda koltuk değnekleri ile basarak mobilize edilmelerini takiben taburcu edildiler. Konservatif tedavi uygulanan hastala-

(1) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı, Prof. Dr.

(2) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzman Dr.

(3) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

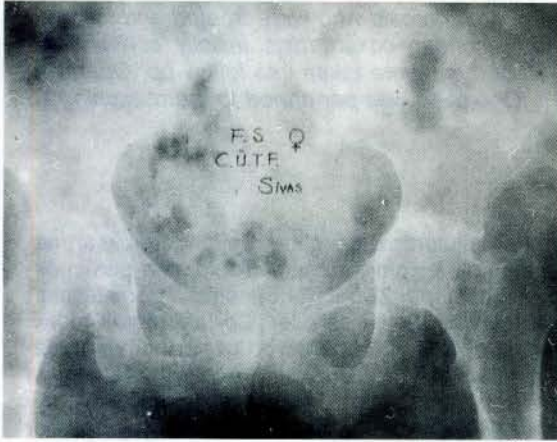
(4) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

S	Erkek	Kadın	Primer	Sekonder	Bilateral	Unilateral	Unilateral olgularda	
							Sağ	Sol
Vaka sayısı	39	55	46	48	22	72	29	43
%	41.5	58.5	48.9	51.1	23.4	76.6	40.3	59.7

Tablo 1: Koksartrozlu olguların istatistiksel dağılımı

	Travma	Rh artrit	Septik artrit	Perthes ve benzeri	Avasküler nekroz	DKÇ	Knj koksa valga	Femur başı epi. kay.
Vaka sayısı	13	5	6	8	2	9	1	4
%	27.1	10.4	12.5	16.7	4.2	18.7	2.1	8.3

Tablo 2: Sekonder koksartrozlu olgularda etiyojik etkenler



Resim 1a: Romatoid artritli hastanın pre-op filmi



Resim 1b: Hastanın total kalça protezi uygulandıktan sonraki filmi



Resim 2a: Sekonder koksartrozlu hastanın pre-op filmi



Resim 2b: Trokanter major replasmanı yapıldıktan sonraki filmi

ra ilk olarak analjezik antiinflamatuvar ilaçlar, lokal sıcak tatbiki ve çok ağrılı dönemlerinde istirahat verildi. Medikal tedaviye rağmen ağrıları giderilemeyen ve tekrarlayan hastalar, çeşitli fizik tedavi programlarıyla tedavi edildiler. Fizik tedavi bu hastalara ortalama olarak yılda 1 ve 2 kere uygulandı.

Bulgular

Konservatif tedavi ile 54 (%57.4) hasta rahatlatıldı. Bunların 35'ine (%37.2) sadece medikal tedavi, 19'una (%20.2) ise fizik tedavi ile medikal tedavi birlikte uygulandı. Konservatif tedaviden istifade etmeyen 40 (%42.6) hastadan 10'unun yaşları 35 ile 45 arasında olduğundan izlenmeye alındı. 30 (%31.9)



Resim 3a: Septik artrit sekeli olarak koksartroz gelişen hastanın filmi

12	Olguya	Total Kalça artroplastisi
3	Olguya	Parsiyel kalça artroplastisi
4	Olguya	Rezeksiyon artroplastisi
3	Olguya	Subkapital femoral osteotomi
1	Olguya	Subtrokanterik varizasyon osteotomisi
1	Olguya	Çeilektomi ve trokanter major replasmanı
1	Olguya	Valgus osteotomisi ve artrodez
1	Olguya	Trokanteri major replasmanı

Tablo 3: Hastalara uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri

hastaya ameliyat önerildi. 7 (%7.9) hasta ameliyatı kabul etmedi. Geriye kalan 23 (%24.5) hastaya çeşitli ameliyatlara uygulandı.

Cerrahi tedavi uygulanan hastaların hiçbirinde ameliyat sonrası erken komplikasyon ve enfeksiyon görülmedi. 1 hastada birinci haftadan sonra istirahat ağrısı tesbit edildi. Subkapital femoral osteotomi, trokanter major replasmanı, subtrokanterik varizasyon osteotomisi yapılan olguların ortalama 3 ayda, artrodez ve valgus osteotomisi yapılan olguya, kalça artroplastisi yapılan olguların ortalama 6 ayda desteksiz yürüdükleri anlaşıldı.

TKA uygulanan olguların birinde ameliyat sonrası üçüncü sene travmatik asetabular kap kırığı görüldü. Başka bir hastanede protezi çıkarılarak Girdlestone osteotomisi uygulandı. Hastaya hastanemizde revizyon TKA uygulandı. Aynı hastada 3 sene sonra asetabular kap gevşemesi gelişti ve revizyon TKA tekrarlandı. Subkapital femoral osteotomi uygulanan olguların birinde ameliyat sonrası 1. yıl kalça ağrısı ve aksama görüldü. Bu hastaya trokanter major replasmanı yapılarak kalçası rahatlatıldı.

Tartışma

Primer koksartroz'un yaşlanma ile olan ilgisi nedeniyle daha çok yaşlı hastalarda görülmesi beklenir. Bizim serimizdeki 46 primer koksartrozlu olgunun yaş ortalaması 55.9'du. Sekonder koksartroz, etyolojik faktörün oluş zamanına bağlı olarak daha erken yaşlarda görülebilir. Bizim serimizdeki 48 olgunun yaş ortalaması 31 idi. Hastaların klinik belirtileri çoğu kez dejeneratif değişikliklerin derecesi ile uygunluk göstermez (15). Hastalardaki temel sorun ağrıdır. Bunu



Resim 3b: Valgus osteotomisi ve artrodez yapıldıktan sonraki filmi

hareket kısıtlılığı izler. Bizim çalışmamızdaki 54 (%57.4) olgu konservatif tedavi ile yeterli rahat günlük aktiviteye ulaşılar. 7 (%7.9) olguda konservatif tedavide başarısız olunmasına rağmen hastalar ameliyatı kabul etmediler.

Genç yaşlardaki sekonder koksartrozlu olgulara kalça eklem düzenini restore etmek, ağrıyı gidermek, hastayı rahatlatmak, TKA uygulama yaşını geciktirmek ve artroplasti için uygun zemin hazırlamaya yönelik trokanterik osteotomilerin etkili olduğu bildirilmiştir (9, 11). Biz bu amaçla opere ettiğimiz 2 olguda tatminkar sonuç aldık. Hastaların yürüyüşleri rahatladı, günlük aktivitelerini yerine getirdiler. Bu olguların hepsinde amacımıza ulaştık.

Erken uygulanan çimentolu total kalça protezlerinin uzun süreli takilerinde protez gevşemesi, asetabular kaptaki aşınma, enfeksiyon, femoral komponentte kırılma gibi komplikasyonların görülme olasılığı yüksektir (1, 10, 14, 16). Richard ve arkadaşları femoral komponentte %9, asetabular kaptaki %18, Uzel ve arkadaşları ise femoral komponentte %16.6, asetabular kaptaki %33.4 oranında gevşeme bildirmişlerdir (14, 16). Bu nedenle çimentolu TKA mümkün olduğunca ileri yaşlarda uygulanmalıdır. Bizim serimizdeki hastaların yaş ortalaması 55.2 idi.

Doğuştan kalça çıkığı (DKÇ) olan olguların TKA uygulamalarında cerrahi teknik ve komplikasyon yönünden en büyük sorunun, asetabular kemik yapı ve asetabular komponentten kaynaklandığı bildirilmiştir (5, 7, 8). Biz burada femoral komponentle ilgili bir sorunu belirteceğiz. DKÇ'li bir olgumuzun ilk operasyonunda femur medullası çok dar olduğundan femur başı protezini medullaya yerleştiremedik. Bunun üzerine Girdlestone osteotomisi uyguladık. Aynı hastaya 1 yıl sonra uzun saplı özel protez yaptırılıp TKA uygulandı (Resim 4a, 4b, 4c). 20 yaşında multipl eklem tutulumu olan romatoid artritli 1 olguya kalçalarının yanısıra her iki dizinde de ankiloz gelişmiş olduğundan bilateral Girdlestone osteotomisi uygulandı. TKA



Resim 4a: DKÇ zemininde gelişen bilateral koksartrozlu hasta



Resim 4b: Girdlestone osteotomisi yapıldıktan sonraki filmi



Resim 4c: Özel yapılmış protezin tatbikinden sonraki filmi

uygulamalarının en önemli komplikasyonlarından biri de erken yüzeysel, derin ve geç derin enfeksiyondur. Çeşitli serilerde %4 ile %2 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (2, 6, 14). Ultrasteril ameliyathane şartlarında çalışan Charnley'de bu oran %0.66'dır (3). Bizim serimizde enfeksiyon görülmemesi ortalama takip süresinin ve vaka sayısının azlığı ile ilgili olabileceği gibi uygun antibiyotik profilaksisiyle de açıklanabilir. TKA'den sonra görülen derin enfeksiyonunun tedavisi, Girdlestone osteotomisiyle birlikte etkili bir antibiyotik tedavisinin uygulanması şeklindedir (2, 4, 6, 8, 14). Başka bir hastanede TKA uygulanan ve septik protez dislokasyonu gelişen bir olguya Girdlestone osteotomisi ile kültür ve antibiograma göre, antibiyotik tedavisi uygulanıp enfeksiyon baskılandı. Femur başında aseptik nekroz ve deformasyona rağmen asetabular eklem yüzünün sağlam olduğu 3 olguya parsiyel kalça artroplastisi uygulandı. Böylece asetabulumda gelişebilecek dejenerasyonunun geciktirilmesi ve hastaya ileride TKA uygulanabilmesi şansı sağlandı. TKA uygulanan hastaların postoperatif rehabilitasyonu çok önemlidir. Yeterli ve iyi rehabilite edilmeyen, özellikle kalçanın abduksiyon kontrolü sağlanmadan yürütülen hastalarda erken dönemde protez gevşemesi gelişebilir (4, 12). Bu nedenle hastalarımıza ameliyat sonrası birinci günden itibaren

başlayan rehabilitasyon programı uygulandı. Yeterli adale gücü ve kontrolü sağlanan hastalar mobilize edildiler.

Sonuç

Koksartrozlu hastaların tedavisinde hastanın normal günlük aktivitesine kavuşturulması esastır. Bunun için uygun konservatif tedavi yöntemleriyle hastalar rahatlatılmaktadır. TKA mümkün olduğunca ileri yaşlarda uygulanmaktadır. Sekonder koksartrozlu olgularda etiyolojik faktörler zamanında tesbit edilip, kırıldak dejenerasyonunun önlenmesine çalışılmaktadır. Eklemde, dejeneratif değişiklikler ve biyomekanik bozukluklar gelişen olgularda ise öncelikle kalça eklemine biyomekanik bozukluğu giderilmelidir.

Kaynaklar

1. Callaghan, J.J., et al.: Fractures of the Femoral Component. Analysis of Failure and Long-Term Follow-up of Revision. The Ort. Clin. of N.A. Vol. 19 No. 3, 637-647, 1988.
2. Canner, G.C., et al.: The infected Hip Total Hip Arthroplasty, J. Bone and Joint Surg. 66-A, 1393, 1984.
3. Charnley, J.: Low Friction arthroplasty of the Hip. Theory and Practice. Springer, New York, 61-117, 1979.
4. Crenshaw, A.H.: "Arthroplasty of Hip". Calandruccio A.R, Campbell's Operative Orthopaedics. The C.V. Mosby Company, 1213-1501, St.Louis, Washington D. C, Toronto, 1987.
5. Dunn, H.K., Hess, W. E.: Total hip reconstruction in chronically dislocated hips. J. Bone and Joint Surg. 58-A, 838-845, 1976.
6. Grauer, J. D., et al.: Resection arthroplasty of the hip. J. Bone and Joint Surg. 71-A, No. 5, 669-678, 1989.
7. Gür, E.: Doğuştan kalça çıkığı ve displazisi olgularında total kalça protezi uygulaması. IX. Millî Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı. 105-110, Ankara, 1990.
8. Harris, W. H., et al.: Total hip replacement and femoral-head bone grafting for severe acetabular deficiency in adults. J. Bone and Joint Surg. 59-A, 752-759, 1977.
9. Harrison, M.H., Schajowics, F., Trieta, J.: Osteoarthritis of the hip. A study of the nature and evaluation of the disease. J. Bone Joint Surg. 35-B 598, 1953.
10. Mc Coy, T.H., et al.: A Fifteen-Year Follow-up study of one hundred Charnley low-friction arthroplasties. The Ort. Clin. of N.A. Vol. 19 No. 3, 467-476, 1988.
11. Müller, M.E.: Intertrochanteric Osteotomies. Surgery of the Musculoskeletal System (Everts). Churchill Livingstone. 57-72, 1983.
12. Nickel, V.L.: "Lower Limb Joint Replacement". Fortune W. P., Orthopedic Rehabilitation, Churchill Livingstone, 549-569, New York, Edinburgh. London and Melbourne, 1982.

13. Turek, S.: Orthopaedics J. B. Lippincott Co, Philadelphia, 1977 (Türkçeleştirme Ed Ege, R., Ortopedi İlkeleri ve Uygulamaları. Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1980).

14. Uzel, M. ve ark.: Charnley Total Kalça Protezlerinin Geç Sonuçları. IX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı. 489-492, Ankara, 1990.

15. Ünsaldı, T.: Oc'eoarthritis (Artroz). Ortopedi ve Travmatoloji Ders Kitabı. Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, 97-105, Ankara, 1988.

16. Welch, RB., McGann, WA., Picetti, GD.: Charnley Low-Friction Arthroplasty. A Fifteen-to Seventeen-Year Follow-up Study. The Ort. Clin. of NA, Vol. 19, No. 3, 551-555, 1988.

Yazışma adresi

Prof. Dr. Tansel Ünsaldı

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı
Sivas, Türkiye