



Beş yaşındaki çocukta travmatik obturator kalça çıkığının altı hafta gecikmeyle açık redüksiyonu

Traumatic obturator hip dislocation in a five-year-old boy: open reduction after a six-week delay in diagnosis

Mehmet ALBAYRAK, Ahmet DOĞAN, Y. Bilge SÜREL

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Çocuklarda göreceli olarak nadir görülen travmatik kalça çıkıkları, özellikle beş yaşından küçük çocuklarda önemsiz sayılabilecek travmalar sonrası oluşabilir. Altı hafta önce yataktan düşme öyküsü olan beş yaşındaki erkek çocukta diz ağrısı vardı. Fizik muayenede sol travmatik obturator kalça çıkığı saptandı. Geç kalınmış olması nedeniyle, kapalı redüksiyon denenmeksizin açık redüksiyon ve kapsülorafi uygulandı. Bir yıl sonra yapılan kontrolde hastanın yakınmasız olduğu ve fonksiyonel kısıtlamasının olmadığı görüldü.

Anahtar sözcükler: Çocuk; kalça çıkığı/tanı/radyografi/cerrahi.

Hip dislocations are relatively uncommon in children, they may occur before five years of age as a result of seemingly trivial trauma. A 5-year-old boy was admitted with knee pain six weeks after a fall from bed. Physical examination showed obturator dislocation of the left hip. Owing to the late presentation and without attempting closed reduction, the patient was treated with open reduction and capsulorrhaphy. At the end of a year follow-up, the patient had no complaints and no functional restriction.

Key words: Child; hip dislocation/diagnosis/surgery/radiography.

Çocuklarda travmatik kalça çıkıkları göreceli olarak nadirdir. Beş yaşından küçük çocuklarda asetabulum yumuşak bir kırıldaktan ibarettir ve kalça çıkığını önleyecek genel bir ligaman laksitesi vardır. Daha büyük çocuklarda asetabulumun daha kemiksi yapıya kavuşması ve ligamanların daha gergin olması nedeniyle çıkık oluşabilmesi için belirgin travmalar gerekir. Geç dönemde sorunlar çıkarsa da çocuklardaki kalça çıkıklarının çoğu kolayca redükte edilebilir ve sorunsuz iyileşir. Travmatik kalça çıkıklarından sonra karşılaşılabilecek sorunlar erken dönemde nörovasküler hasar, başka kırık oluşumu, epifiz yaralanmaları, redükte edilememeye, konsantrik olmayan redüksiyon; geç dönemde ise avasküler nekroz, koksa magna, artroz ve tekrarlayan çıkıklardır.

Bu yazıda, beş yaşındaki bir çocukta geç kalınmış bir travmatik kalça obturator çıkığının açık redüksiyonla tedavisi sunuldu.

Olgu sunumu

Beş yaşında erkek çocuk, yataktan düşme öyküsü ve sol diz ağrısı yakınmasıyla travmanın oluşundan hemen sonra acil polikliniğine getirilmiş, yapılan diz ağrısına yönelik değerlendirmede herhangi bir patoloji saptanmamıştı. Ancak, travmadan altı hafta sonra, yürüyüşünün giderek bozulması üzerine polikliniğimize başvuran hastaya, klinik ve radyografik incelemeler sonucunda sol travmatik obturator anterior kalça çıkığı tanısı kondu ve hasta yatırıldı (Şekil 1).

Travmadan sonra yaşanan gecikme nedeniyle, hastaya kapalı redüksiyon denenmeksizin açık re-

düksiyon uygulandı. Öncelikle medial giriş ile redüksiyon denenmesine karşın, asetabulumun içinin dolu olması, kapsülün asetabulum ve etrafına yapışmış olması gibi nedenlerle redüksiyon sağlanamadı. Bunun üzerine, anterior iliofemoral insizyondan ikinci bir yaklaşımla kalçaya girildi. Her iki insizyondan yararlanılarak kalça redükte edildi ve sonrasında kapsülorafiy yapıldı, pelvipedal alçıyla eksternal immobilizasyon sağlandı (Şekil 2).

Ameliyat sonrası erken dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen hastanın alçısı ikinci ayın sonunda çıkarıldı, aktif ve pasif kalça egzersizlerinden oluşan rehabilitasyon programına başlandı.

Üçüncü ay sonunda hastada yürüme güçlüğü ve aksama gözlemlendi. Fizik muayene bulgusu olarak, sol



Şekil 1. Başvuru anında çekilen ön-arka pelvis grafisinde sol obturator çıkığının görünümü.



Şekil 2. Ameliyat sonrası erken dönem ön-arka pelvis grafisinde redüksiyonun sağlandığı görülüyor.

kalçada iç rotasyonun 20 derecede ve abduksiyonun 25 derecede kısıtlanmış olması dışında, kalça hareket açıklığı normal sınırlar içinde idi. Altıncı ayın sonunda hastanın yakınmasının olmadığı, kalça hareket açıklığının tamamen normal olduğu ve yürüme, oturma, çömelme gibi tüm hareketleri rahatlıkla yapabildiği gözlemlendi (Şekil 3). Ameliyattan bir yıl sonra, hastanın herhangi bir yakınması, klinik ve radyografik açıdan patolojik bulgusu yoktu (Şekil 4a). Kontrol amaçlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) avasküler nekrozu düşündürücü patolojik bulgu saptanmadı (Şekil 4b).

Tartışma

Çocuklarda travmatik kalça çıkıkları oldukça nadir görülür.^[1-13] Bu çıkıklar, spina iliyaka anterior superior ile siyatik tüberküle birleştiren çizgiye göre anterior ve posterior olarak ikiye ayrılır. Anterior ve posterior çıkıklar da, superior pubik ramusu büyük siyatik çentiğe birleştiren çizgiye göre, superior ve inferior çıkıklar olarak ayrılır.^[2] Olgumuzda anterior inferior çıkıkların en sık görüleni olan obturator çıkık vardı.

Anterior inferior çıkık kalça fleksiyonda iken dış rotasyon kuvvetinin uygulanmasıyla oluşurken, anterior superior çıkık kalça ekstansiyonda iken dış rotasyon kuvvetinin uygulanmasıyla oluşur. Olgumuzdaki anterior inferior çıkık, travma sırasında kalça-



Şekil 3. Altıncı aydaki kontrolde hastanın tüm fonksiyonları rahatlıkla yapabildiği görülüyor.

nın fleksiyonda iken üzerine dış rotasyon kuvvetinin eklendiğini düşündürmektedir.

Birçok çalışmada hasta yaşı ile çıkık oluşturacak travmanın büyüklüğü arasında ilişki saptanmıştır.^[3-6,8] Düşük enerjili travmaların, periartiküler yapıların daha elastiki olması nedeniyle, daha küçük yaş grubunda travmatik kalça çıkığına yol açabileceği ileri sürülmüştür.^[7]

Travmatik kalça çıkıkları çocuklarda her zaman ciddi ve kapasitelerini azaltıcı semptomlara neden olmayabilir. Bazen yürüme bile mümkündür. Olgumuzda da travmadan sonra yalnızca diz ağrısı vardı ve hasta yürüyebiliyordu. Belirtilerin hafif olması



Şekil 4. Hastanın birinci yıl sonundaki (a) ön-arka pelvis grafisinde özellik saptanmadı. (b) Manyetik rezonans görüntüleme avasküler nekroz lehine bulgu yoktu.

tedavinin gecikmesine ya da yanlış tanı konmasına neden olabilir. Olgumuzda da tanının geç konması tedaviyi geciktirmiştir. Tedavide geç kalınması kısalık ve kontraktür gelişmesine yol açabilir. Düz grafiler genellikle tanıyı doğrular. Grafilerde eşlik eden asetabulum ve/veya femur proksimal bölge kırığı araştırılmalıdır; çünkü, bazı hastalarda aynı taraf femur kırığı tanımlanmıştır.^[2]

Akut olguların tedavisi en kısa sürede yapılacak olan kapalı redüksiyon ve immobilizasyon iken, geç kalınmış olgularda traksiyon ve açık redüksiyon sonrası immobilizasyon tedavi seçenekleridir. Uzun süreli traksiyon bazı durumlarda redüksiyonu olumlu etkiler.^[7] Açık redüksiyon gereklyse, traksiyon, geniş yumuşak doku gevşetmesi ya da primer olarak femoral kısaltma düşünülebilir. Gecikmiş olgularda açık redüksiyon zordur ve her zaman başarılı olmayabilir. Kalça redüksiyonu korunsa bile, ilerleyici artropati ağrılı ve rijit bir kalçaya neden olabilir. Çıkık süresinin uzaması sonucu olumsuz etkiler. Olgumuzda travma sonrasında kısalık gelişmemiş; ancak, yaklaşık 40 derecelik kalça fleksiyon kontraktürü gelişmişti. Ameliyat öncesinde traksiyon uygulanmadı. Ameliyatta, kalça fleksör ve addüktör grup kaslarının gevşetilmesi sonrasında redüksiyon ve kapsül tamiri uygulandı.

Çocuklarda travmatik kalça çıkıkları sonrasında, gerek kendiliğinden gerekse manipülasyonla konkantrik redüksiyon elde edilir. Redüksiyon sonrasında ağrının devam etmesi ya da grafide kalça eklemi- nin uyumunun tam olmadığı durumlarda, eklem yüzleri arasında yumuşak doku interpozisyonundan şüphelenilmelidir. Bu durum artrografi, bilgisayarlı tomografi ya da MRG ile değerlendirilmelidir. Herhangi bir yumuşak doku interpozisyonunun varlığı kanıtlanırsa bu yumuşak doku cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Redüksiyon için geç kalınan olgularda, açık redüksiyon için kimi zaman tek insizyonun yeterli olmayabileceği akılda tutulmalıdır.

Redüksiyondan sonraki immobilizasyon süresi konusunda literatürdeki bilgiler çelişkilidir. Genel kanı, immobilizasyonun yapılan girişimin büyüklüğü ve yumuşak doku iyileşme süresine bağlı olarak 4-6 haftadan, 4-6 aya kadar uzayabileceği yönündedir. Bu sürenin 2-3 ay^[9] veya dört ay^[10] olması gerektiğini belirten yazarlar yanı sıra, immobilizasyon süresinin sonuca etki etmeyeceğini belirten yazarlar da vardır.^[11] İmmobilizasyon ya da yük verdirmeme dö-

neminin ayarlanmasında asıl düşünülmesi gereken nokta, femur başında avasküler nekroz gelişiminin önlenmesi olmalıdır. Olgumuzda immobilizasyon süresi iki aydı. Bu süre içinde femur başında avasküler nekroz gelişme olasılığı çok düşüktür.

Travmatik kalça çıkıklarının geç dönem komplikasyonları femur başı avasküler nekrozu, femur başında genişleme, tekrarlayan çıkıklar ve kalça displazisidir.^[1,2,7,8,12,13] En sık görüleni femur başında genişlemedir. On iki yaşından küçük çocuklarda epifizin sklerozu, düzleşme ve reossifikasyonla kendini gösterir.^[1] Fragmantasyon her olguda görülmez. Bu olguların hiçbirinde belirgin klinik sorunlar ortaya çıkmamaktadır. Asetabulumun da hasar gördüğü travmatik kalça çıkıklarında femur başı avasküler nekrozuna rastlamak kaçınılmazdır. Olgumuzda asetabulumda herhangi bir hasar yoktu.

Avasküler nekroz, travmatik kalça çıkığı sonrası gelişebilecek en ciddi komplikasyondur ve kötü prognozu gösterir. Travmatik kalça çıkığı sonrası %3 ile %58 arasında avasküler nekroz gelişimi bildirilmiştir.^[1] Buna yol açan etmenler, hasta yaşının ileri olması, redüksiyona kadar geçen zamanın uzun olması, travmanın büyüklüğü ve kırıklı çıkıkların olmasıdır.^[2,7] Bazı yazarlara göre travmanın büyüklüğü ile avasküler nekroz gelişimi arasında ilişki yoktur.^[1] Avasküler nekroz gelişmesinin üç yılı bulabilmesi nedeniyle travmatik kalça çıkıklı çocuklar uzun süre takip edilmelidir.^[1,2,4,7,8,12,13] Olgumuzun yaşının küçük olması, travmanın yüksek enerjili olmaması ve eşlik eden kırık olmaması, avasküler nekroz gelişme olasılığını azaltıcı bulgularlardır. Ancak, redüksiyonun travmadan altı hafta sonra yapılması ve ameliyat sonrası izlemin yalnızca bir yıl olması nedeniyle olgumuzda avasküler

nekroz gelişme olasılığı dışlanamaz. Travmatik kalça çıkıkları sonrası prognoz çocuklarda erişkinlere göre çok daha iyidir; ancak, bunun nedeni halen tam olarak anlaşılmış değildir.

Kaynaklar

1. Salisbury RD, Eastwood DM. Traumatic dislocation of the hip in children. *Clin Orthop Relat Res* 2000;(377):106-11.
2. Yamamoto K, Ko M, Masaoka T, Shishido T, Imakiire A. Traumatic anterior dislocation of the hip associated with ipsilateral femoral shaft fracture in a child: a case report. *J Orthop Surg* 2004;12:126-32.
3. Vialle R, Pannier S, Odent T, Schmit P, Pauthier F, Glorion C. Imaging of traumatic dislocation of the hip in childhood. *Pediatr Radiol* 2004;34:970-9.
4. Hamilton PR, Broughton NS. Traumatic hip dislocation in childhood. *J Pediatr Orthop* 1998;18:691-4.
5. Rieger H, Pennig D, Klein W, Grunert J. Traumatic dislocation of the hip in young children. *Arch Orthop Trauma Surg* 1991;110:114-7.
6. Barquet A. Traumatic hip dislocation in childhood. A report of 26 cases and review of the literature. *Acta Orthop Scand* 1979;50:549-53.
7. Blasler RD, Hughes LO. Hip dislocations in children. Fractures and traumatic dislocations of the hip in children. In: Beaty JH, Kasser JR, editors. *Rockwood & Wilkins' fractures in children*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 929-39.
8. Price CT, Pyevich MT, Knapp DR, Phillips JH, Hawker JJ. Traumatic hip dislocation with spontaneous incomplete reduction: a diagnostic trap. *J Orthop Trauma* 2002;16:730-5.
9. Freeman GE Jr. Traumatic dislocation of the hip in children: a report of seven cases and review of the literature. *J Bone Joint Surg [Am]* 1961;43:401-6.
10. Funk FJ Jr. Traumatic dislocation of the hip in children: factors affecting prognosis and treatment. *J Bone Joint Surg [Am]* 1962;44:1135-45.
11. Pearson DE, Mann RJ. Traumatic hip dislocation in children. *Clin Orthop Relat Res* 1973;(92):189-94.
12. Mehlman CT, Hubbard GW, Crawford AH, Roy DR, Wall EJ. Traumatic hip dislocation in children. Long-term follow-up of 42 patients. *Clin Orthop Relat Res* 2000;(376):68-79.
13. Sahin V, Karakas ES, Turk CY. Bilateral traumatic hip dislocation in a child: a case report and review of the literature. *J Trauma* 1999;46:500-4.