

Medial girişimle doğuştan kalça çıkığı tedavisi

Ali Biçimoğlu⁽¹⁾, İrfan Öztürk⁽¹⁾

Hastahanemizde Ocak 1983 - Nisan 1986 yılları arasında medial girişimle tedavi edilen DKÇ'li 26 hastanın 38 kalçası değerlendirildi. Bu yöntemin üstünlükleri, komplikasyonları ve sonuçları literatür ışığı altında gözden geçirilerek, DKÇ tedavisinde etkili bir yöntem olduğuna karar verildi.

Treatment of congenital dislocation of hip by medial approach

In our hospital, the 38 hips of 26 patients with congenital dislocation of the hip were evaluated, which treated by medial approach between January 1983 and April 1986, the advantages, complications and the results were reviewed with the other reports of authors and decided that the medial approach is an effective method for the treatment of the hips under the age of 2 year.

Doğuştan kalça çıkığı tedavisinde karşılaşılan en önemli komplikasyon, femur başının avasküler nekrozu olmaktadır. Birçok müellif bu komplikasyonu önlemek amacıyla, çeşitli metodlar uygulamışlardır. Sonuçta açık redüksiyonla yapılan müdahaleler sonrasında, kapalı metodlarla oluşan redüksiyonun zorlayıcılığı ve başa olan basıncın azalmasından dolayı avasküler nekrozun azaldığı ileri sürülmektedir^(1,7,9).

Bu amaca uygun olarak, son yıllara kadar anterioran açık redüksiyon yöntemleri uygulanmaktaydı. Son yıllarda ise, ilk olarak 1908 yılında LUDLOFF'un tarif ettiği medial girişimle kalçanın açık redüksiyonu, özellikle FERGUSON'un yapmış olduğu değişikliklerle tercih edilen bir metod olmuştur^(1,2,4,6,8,9,11).

Geçtiğimiz son 10 yıl içinde Türkiye'de de kullanılmı alanı bulan bu metodu, biz de emniyetli, kolay ve etkili bir açık redüksiyon yöntemi olduğundan tercih etmekteyiz.

Materyal ve Metot

Ocak 1983-Nisan 1986 yılları arasında 26 hastanın 38 kalçasına mediâl girişimli açık redüksiyon uygulandı. Hastalarımızın 21'i kız 5'i erkekti. En küçük yaş 7 aylık, en büyük yaş 21 aylık olmak üzere ortalama 15 ay idi. Hastalarımızdan 7'si 12 aylıktan küçük, 19'u 12 aylıktan büyüktü. Hastaların 8'i tek taraflı, 18'i iki taraflı idi. Bu iki taraflı DKÇ'li olan hastaların 6'sına tek taraflı ameliyat yapıldı. Hastalar ameliyattan sonra ortalama 3 gün içinde taburcu edildi.

Tüm olgularımıza FERGUSON'un tarif ettiği yöntemi uyguladık^(1,2). Kalçalara adduktor bölgeden, adduktor piliden başlayan longütudinal,

takriben 5 cm.lik cilt kesisi yapılarak başlandı. Ciltaltı ve fasya, cilt kesisine paralel olarak açıldı. M.adduktor longus ve m.adduktor brevis önde, m.adduktor magnus ve m.gracilis arkada kalacak şekilde bu adale grupları arasından künt diseksiyonla girildi. Trokanter minor parmakla hissedildikten sonra, trokanter minöre yapışan iliopsoas adalesi tendonu kesildi. Kesilen iliopsoas adalesi künt diseksiyonla yukarı doğru itildi. Kapsül boyun istikametinden uzunlamasına açıldı. Acetabulum görüldü. Lig. teres hipertrofik ise rezeke edildi, lig. transversum acetabuli gergin ise gevşetildi. Kalçanın rahat redüksiyonu sağlandıktan sonra ciltaltı ve cilt kapatıldı. Biz FERGUSON yönteminden farklı olarak, tüm bu işlemleri yaptıktan sonra, adduktor adelerde halen gerginlik devam ediyorsa, onlarda gevşetmeyi uygun gördük. Postoperatif olarak Human pozisyonunda alçı tespiti yaptık.

Ameliyat endikasyonunu koymak için kalçaları redükte etmeye zorlamadan kurbağa bacağı pozisyonunda kalça grafileri çektik. Acetabulumdan uzak ve çıkık kalçaları ameliyat ettik. Bu grafilerde santralize olan kalçalara kapalı redüksiyon yapıldı. Bu kalçalar sublukse kalçalardı.

Ameliyat esnasında tüm kalçaların M. iliopsoasları kesildi ve hepsinin kapsülü açıldı. 26 kalçada lig. teres hipertrofik idi ve eksize edildi 8 kalçada lig. transversum gevşetildi. 6 kalçada adduktor miyotomi yapıldı. Bu patolojilerin hastaların yaşları ile ilgisi bulunamadı. 5 kalçada lig. teres hiç yoktu.

Hastalar postoperatif olarak human pozisyonunda, yani kalçalar 90-110° fleksiyon, 40-60° abdüksiyonda alçı tesbitine alındı. 3 ay ile 6 ay arasında değişen alçı tesbiti yaptık. 6 ay süre ile



Resim 1- A.T. adlı hastanın ameliyat öncesi AP grafisi.

alçıda kalan 9 hastanın 2. üç aylık süresinde alçı dizlere kadar yapıldı ve böylece diz hareketlerine izin verildi.

Hastalara, alçı süresi sonunda bacakları abduksiyonda tutan cihazlar verildi. İki türlü abduksiyon cihazı kullanıldı. Birincisi Denis-Browne ateli idi. Bu atel kalça ve diz hareketlerine izin verdiğinden, alçı süresini uzun tuttuğumuz hastalarımızda tercih ettik. İkincisi ise rijit abduksiyon ateli idi. Bu atel kalçaları yine human pozisyonda tutuyordu. Burada alçı süresi 3 ay olan hastalarımızda tercih ettik. Atel kullanma süresi 3-9 ay arasında değişti. Yaptığımız kontrollerde kalçaların durumlarına göre atel tedavisine son verdik.

Sonuçlar

Halen alçı ve ateldeki 4 hastanın 5 kalçası çıkarıldıktan sonra, geriye kalan 22 hastanın 33 kalçası en az 10 ay, en fazla 40 ay ortalama 17 ay takip edildi. Sonuçlar acetabuler indeks ve avasküler nekroz yönünden değerlendirildi.

Avesküler nekroz yönünden sonuçlar Salter ve Kostuik, Gage ve Winter ve A.Kalamchi-D.MacEwen kriterlerine göre değerlendirildi^(3,7,12).

Acetabuler endeks yönünden hastalar iki gruba ayrılarak değerlendirildi. 12 aylık ve daha küçük çocuklar GRUP I, daha büyük çocuklar GRUP II olarak sınıflandırıldı (Tablo 1).

	Ameliyat öncesi acetabuler endeks	Ameliyat sonrası acetabuler endeks
GRUP I	36° (31° - 45°)	25,4° (19° - 29°)
GRUP II	34,8° (29° - 42°)	24,5° (20° - 28°)

Tablo 1: Hastalarımızın ameliyat öncesi ve sonrası acetabuler endeksleri

Bu gruplar arasında acetabuler gelişme yönünden belirgin bir farklılık görmedik.

Hastalarımızda relüksasyon hiç görülmedi. Yalnız bir hastada postoperatif birinci gün alçı içinde çekilen kontrol grafisinde kalçada lüksasyon görüldü. Bu hastaya genel anestezi altında redüksiyon yapıp alçı tesbitine alındı. Yapılan

kontrollerde herhangi bir anormal durum tespit edilmedi.

Hastaların son kontrollerinde 3 kalçada subluksasyon tespit ettik. Bu hastaların hepsinde de içe rotasyonda kalça grafilerinde kalçaların tam santralize olduklarını gördük. Kalçaların subluksasyondaki görünümünün anteversiyonunun fazlalığına bağladık ve bu sublukse kalçalara subtrokanterik derotasyon osteotomileri uyguladık.



Resim 2- A.T. adlı hastanın Leuwenstein pozisyonundaki grafisinde sol kalçanın santralize olduğu, operasyona karar verdiğimiz sağ kalçada lüksasyonun devam ettiği görülmekte.

Bu sublukse kalçaların biri GRUP I'de, ikisi GRUP II'de idi. Acetabuler indeksteki gelişme de diğer kalçalara oranla azdı.

1.hasta Grup I'de ve acetabuler endeks ameliyat öncesi 42°, ameliyat sonrası 28° idi.

2.hasta Grup II'de ve acetabuler endeks ameliyat öncesi 42°, ameliyat sonrası 28° idi.

3.hasta Grup II'de ve acetabuler endeks ameliyat öncesi 40°, ameliyat sonrası 27° idi.

Tartışma

İlk olarak 1908 de Ludloff tarafından tarif edilen bu medial girişim daha sonra, S.L.Weinstein, I.V.Ponseti ve Ferguson tarafından modifiye edilerek uygulanmıştır^(1,2,6,10). Femur başının en önemli komplikasyonlarından birisi femur başının avasküler nekrozudur. Tüm girişimler, bu komplikasyonun oranını en aza düşürmek için

planlanır. ALİ KALAMCHI ve arkadaşları 18 aylıktan küçük D.K.Ç.'li çocuklara preoperatif traksiyondan sonra kapalı redüksiyon önermişlerdir⁽⁴⁾. Redüksiyon öncesi traksiyon ile kapalı redüksiyonun başa yaptığı harabiyet azalmakta, fakat bu yöntemde hastanede kalma süresini uzatmakta ve uzun süre hastayı yatağa bağlı bırak-



Resim 3- H.B. adlı hastanın ameliyat öncesi Ap grafisi.

maktadır. Ayrıca kapalı redüksiyonlarda %45'e varan avasküler nekroz oranları bildirilmiştir^(6,10,12). Buna rağmen medial girişimli açık redüksiyon yöntemini kullanan FERGUSON 100 vakalık serisinde, P.ROOSE ve arkadaşları 26 vakalık serilerinde hiç aseptik nekroz bildirmemiş, PONSETİ ve WEINSTEIN % 10, Y.TÜMER % 7,5 aseptik nekroz oranı bildirmişlerdir. SURAT ve arkadaşları da 66 kalçada 4 aseptik nekroz yayınlamışlardır^(2,5,8,9,11). Biz takibini yaptığımız 33 kalçada, takip süresi içinde avasküler nekroz görmedik.

Aseptik nekroz oranlarının bu kadar düşük görülmesinin nedeni kalça çıkığı patolojilerinin, özellikle m. iliopsoas ve kapsüldeki daralmanın ortadan kaldırılıp kalça redüksiyonunun rahatlatılmasıdır^(2,4,6,8,9,11). Ayrıca hipertrofik lig. teres, gergin lig. transversum gibi patolojilerin ortadan kaldırılmasında bu metodla mümkün olmaktadır.

Medial girişimli açık redüksiyonun önemli bir özelliğide yayınlarda hiç infeksiyon görülmemesidir^(2,4,6,8,9,11). Bunun nedeninde ameliyatın kısa süreli olması, doku diseksiyonunun çok az olmasındandır. Transfüzyon gerektirecek kan kay-



Resim 4- H.B. adlı hastanın postoperatif 40 ay sonraki takip grafisi.



Resim 5- Ş.D. adlı hastanın ameliyat öncesi grafisi.

bı olmamakta ve bilateral vakalar tek seansta ameliyat yapılabilmektedir. Ayrıca çok küçük bi. sikatris bıraktığından kozmetik avantajı vardır.

Ameliyat sonrasında, ROOSE ve arkadaşları ve FERGUSON kalçalar 10°-20° internal rotasyon, 30° abduksiyon ve 10°-20° fleksiyonda olacak şekilde pelvi-pedal alçı yapılmasını önermişlerdir^(2,6). Biz WEINSTEIN ve PONSETİ ve TÜMER'in uyguladığı 90°-110° fleksiyon ve 40°-60° abduksiyon pozisyonunda alçılmayı tercih ettik^(9,11). Çünkü, bu pozisyonun kalçaları daha iyi santralize edeceğine ve bu nedenle acetabulumun gelişmesi için en uygun şartların sağlandığına inanmaktayız. Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre alçı süresi 3-6 ay arasında değişti. Daha sonra abduksiyon ateli kullanıldı.

FERGUSON medial girişimle açık redüksiyondan sonra addüktör adelelerin gevşediğini belirtmişse de⁽²⁾, biz bu görüşe katılmıyoruz. Çünkü, bazı vakalarda, addüktör gerginlik açık redüksiyona rağmen halen devam etmekte olduğunu serimizdeki 6 kalçada gördük ve bu vakalarda addüktör tenotomi yapmayı uygun gördük.

Bu yöntemle tedavi edilen hastalarda, acetabuloplasti veya derotasyon varus osteotomisi gibi sekonder ameliyatlarda gerekebilir^(6,11). Bizim serimizde de 3 hastada subluksasyon vardı. Bu hastalarımızda ameliyat öncesi acetabuler indeksler diğer hastalara oranla daha yüksekti. Ayrıca son kontrollerinde acetabuler displazi devam ediyordu. KASSER ve arkadaşları 4 yaşından küçük çocuklarda D.K.Ç. tedavisini takiben devam eden acetabuler displazilerde yapılan derotasyon-varus osteotomisinden sonra acetabulumun geliştiğini ifade etmişlerdir⁽⁵⁾. Biz de bu görüşü kabul ederek, fazla anteversiyona bağlı olarak gelişen 3 subluksasyonlu hastamıza derotasyon osteotomisini uyguladık.



Resim 6- Ş.D. adlı hastanın postoperatif 14 ay sonraki takip grafisi.

Sonuçta, hastahanedeki kalma süresinin azlığı, ameliyat süresinin kısalığı, iki taraflı kalçalarda aynı seansta ameliyat yapılabilme olasılığı, ameliyat sikatrisinin küçük ve görünmeyecek şekilde olması, infeksiyonun yok denecek kadar azlığı, avasküler nekroz oranının düşüklüğü, hareket sınırlılığı olmaması gibi avantajları nedeniyle endikasyonu olan hastalarda bu yöntemi tercih ediyoruz.

Kaynaklar

- 1- Edmonson, S.A., Crenshaw, A.H.: Campbell's Operative Orthopaedics Sixth Edition P. 1854-1856, 1980.
- 2- Ferguson, A.B.: Primary Open Reduction of Congenital Dislocation of the Hip. Using a Median Adductor Approach S.B.S.S. 55-A P.671-689, 1973.
- 3- Kalamchi, A., Mac Ewen, D.: Avascular Necrosis Following Treatment of Congenital Dislocation of The Hip. J.B.J.S. 62-A, P. 876-888, 1980.
- 4- Kalamchi, A., Schmidt, T., MacEwen Dislocation of The Hip. Open Reduction By Medial Approach. Clin Orthop. 169, P. 127-132, 1982.
- 5- Asser, J.R., Bowen, J.R., Mac Ewan, D.: Varus Derotation Osteotomy. In The Treatment Of Persistent Dysplasia In Congenital Dislocation Of The Hip. J.B.J.S. 67-A p:195-202, 1982.
- 6- Rose, P.E., Chingren, G.L., Klaaren H.E., Gerald B.: Open Reduction For Congenital Dislocation Of The Hip Using The Ferguson Procedure. J.B.J.S. 61-A p:915-921, 1979.
- 7- Salter, R.B., Kostuik, J., Dallas, S.: Avascular Necrosis Of Femoral Head As A Complication Of Treatment For Congenital Dislocation Of The Hip In Young Children.: A Clinical and Experimental Investigation. Canadian J. Surg. 12, P.44-61, 1969.
- 8- Surat. A., Göğüş, M.T., Atik, Ş.: D.K.Ç.'nin Ferguson Yöntemi ile Açık redüksiyonu. VIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre kitabı. S. 247-251. 1984.
- 9- Tümer, Y.: D.K.Ç.'nin Medial girişimle Yapılan Açık Redüksiyonla Tedavisi. Ankara Numune Hastahanesi Sakatlar Yılı Doğuştan Kalça Çıkığı Kurs Notları. S.33-40, 1981.
- 10- Weiner, D.S., Hayt, W.A., O'Dell, H.V.: Congenital Dislocation of The Hip. The Relationship of Premanipulation Traction and Age to Avascular Necrosis of Femoral Head. J.B.J.S. 59-A, P.306-311, 1977.
- 11- Weinstein, S.L., Ponseti, I.V.: Congenital Dislocation of The Hip; Open Reduction Through A Medial Approach. J.B.J.S. 61-A, P.119-125, 1979.
- 12- Winter, B.R., Gage, R.J.: Avascular necrosis of The Capital Femoral Epiphysis As A Complication of Closed Reduction of Congenital Dislocation of The Hip J.B.J.S., 54-A, 1972.