

**GEÇİKMİŞ DOĞUŞTAN KALÇA
ÇIKIKLI OLGULARDA ÇAKIRGİL
RADİKAL REZEKSİYONU
AMELİYATI ve ERKEN SONUÇLARI**

Dr. Y.Tenekecioğlu¹

Dr. N.Güney²

ÖZET

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Otopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalına başvuran gecikmiş kalça çıkıklı çocuklardan 25 tanesinin 33 kalçasına 1984-85 yılları içinde Çakırgil Radikal rezeksiyonu ve tavan plastiği uygulanmıştır. Erken dönemde 4 relüksasyon görülmüş ve bunlar ikinci bir operasyonla tekrar redükte edilmişlerdir. 9 kalçada ileri derecede hareket kısıtlılığı saptanmış, diğer kalçalarda çok iyi ve tatminkâr sonuçlar elde edilmiştir. Uygun olgular, iyi bir cerrahi teknik ile ameliyat edildiklerinde bu yöntem gecikmiş kalça çıkığı tedavisinde çok iyi sonuçlar vermektedir.

SUMMARY

A PELIMINARY REPORT OF THE ÇAKIRGİL, RADICAL REDUCTION METHOD IN LATE CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP

In our clinic 33 hips in 25 children were treated by Çakırgil radical reduction method between 1984-1985. In early period 4 redislocation occured, one of them was reduced in second operation. range of motion was severely restricted in 9 hips, excellent and good results were taken from other 24 hips.

Our opinion that this type of operation is very satis-factory in some late cases if they operated on by proper technique.

GİRİŞ

Gecikmiş doğuştan kalça çıkıklı çocuklar tıp alanında halen ülkemizin büyük sorunlarından birini teşkil etmektedir. Gelişmiş ülkelerde ileri yaşlara varmadan tedavi edilen bu doğumsal deformite, ülkemizde geç teşhis ve aile faktörleri sebebiyle, ileri yaşlarda hekimlere problem olmaktadır. Bu tip çocuklarda uygulanan cerrahi tedavi yöntemlerinin çeşitliliği, henüz sorunun tam olarak çözümlenmediğinin kanıtı-

dır. Çok sayıda gecikmiş doğuştan kalça çıkıklı hastanın müracaat ettiği Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında 1984 yılı başından itibaren uygun olgularda Çakırgil'in tarif ettiği, açık repoziyon, femoral kısaltma ve asetatuloplasti ameliyatını 25 hastanın 33 kalçasına uyguladık. Bu hastaların erken takiplerinden elde ettiğimiz sonuçları açıklamayı ve uyguladığımız diğer tedavi yöntemleri ile karşılaştırmayı uygun gördük.

(1) C.T.F. Ort. ve Tra. Anabilim Dalı Doçenti.

(2) C.T.F. Ort. ve Tra. Anabilim Dalı Uzman Arş. Grv.

GEREÇ ve YÖNTEM

1984-85 yıllarında C.T.F. Ort. ve Trav. Anabilim dalına müracat eden gecikmiş doğuştan kalça çıkıklı 25 hastanın 33 kalçası ameliyat edildi. Bu hastalara ait erken dönemde elde edilen neticeler ve bilgiler aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir (Tablo 1, II).

Kliniğimize bir bacağına kısalık, topallama gibi nedenlerle başvuran bu hastalardan 4 tanesi daha önce cerrahi müdahale görmüşlerdi. Bunlardan 2 tanesine Salter innominate osteotomisi, diğer iki tanesine ise Chiari Pelvik osteotomisi ve intertrokanterik kısaltma osteotomisi uygulanmıştır. 1984 yılından

sonra kalça çıkığı teşhisi konulan 6 ve daha yukarı yaş grubu çocuklardan bazılarında radikal rezeksiyon, varizasyon ve anteversiyon düzeltmesi, açık r epozisyon yapıldıktan sonra eklem stabilitesi yeterli bulunmayan hastalara Çakır-gil'in tarif ettiği tavan plastiği uygulandı: Hastalardan 18 tanesine 3 haftaya kadar uzayan sürelerde iskelet traksiyonu tatbik edildi. 4 tanesine kapalı adduktor tenotomi yapıldıktan sonra traksiyon uygulandı. Tek taraflı çıkıklarda denge sağlamak amacıyla karşı tarafada düşük kilo koymak şartı ile cild traksiyonu yapılmıştı. Ameliyat esnasında femur başı asetabulum arasındaki ilişkiye göre

TABLO I

No	İsim	Müş.No	Yaş	Cins	Ameliyat Edien Taraf	Daha Önce Yapılan Oper.	Traksiyon	Abduktor Tenotomi	Alçı Sonrası M.U.A.
1	E.Y.	6903	7	K	Sol	—	—	—	—
2	Z.Ö.	7156	6	E	Sağ	—	15	+	—
3	S.Y.	6935	11	E	Sağ	—	—	—	+
4	B.Ç.	2270	11	K	Sol	K.Rep.	12	—	—
5	M.B.	6612	8	K	B	—	18/15	—	+
6	S.K.	6471	5	K	Sol	Sağ Salter	14	—	+
7	A.Ö.	7343	8	K	B	—	16/19	—	+
8	S.Y.	7474	12	K	Sol	—	11	—	—
9	Ş.S.	6880	9	K	Sol	Chiari	—	—	—
10	Y.E.	7130	9	K	B	—	23/7	—	+
11	O.B.	4265	7	K	Sağ	Salter	—	—	—
12	M.P.	6768	7	Kr.	B	—	21	+	+
13	R.Ç.	6006	6	K	Sağ	—	11	—	—
14	D.Ä.	7556	6	K	B	B	20/8	+	+
15	H.B.	6822	6	E	B	—	23/18	—	—
16	İ.İ.	7682	6	E	Sağ	—	22	+	—
17	N.C.	7763	9	K	B	—	20	—	+
18	Y.M.	7780	11	K	Sağ	—	24	—	—
19	N.G.	7618	8	K	Sağ	—	—	—	+
20	Y.T.	6910	8	K	Sağ	—	19	—	—
21	N.N.	6885	6	E	Sol	—	12	—	+
22	M.N.	7710	7	K	sağ	—	21	—	—
23	A.G.	7009	11	E	Sağ	—	—	—	—
24	H.C.	6998	14	K	B	—	20	—	—
25	T.A.	6861	8	K	Sağ	—	—	—	—

TABLO II

No	Taraf	Flek.	Ekst.	Abd.	Add.	Ri.	RE.	Toplam
1	Sol	30	-30	15	-15	5	-5	0
2	Sağ	20	-20	15	-15	0	0	0
3	Sağ	90	Tam	35	10	5	15	155
4	Sol	30	-30	10	-10	0	0	0
	Sağ	95	Tam	35	15	10	15	170
5	Sol	80	Tam	25	15	5	15	140
6	Sol	85	-10	30	-5	5	5	110
	Sağ	85	Tam	40	0	5	15	145
7	Sol	90	Tam	30	10	10	15	155
8	Sol	15	-15	10	-10	5	-5	0
9	Sol	80	Tam	35	5	10	20	150
	Sağ	90	Tam	35	10	10	15	160
10	Sol	90	Tam	35	5	10	5	145
11	Sağ	40	-40	10	-10	15	-15	0
	Sağ	75	Tam	30	0	5	15	145
12	Sol	95	Tam	30	5	5	15	155
13	Takibi yok.							
	Sağ	100	Tam	40	0	10	5	155
14	Sol	80	Tam	25	5	0	0	110
	Sağ	10	-10	15	-15	0	0	0
15	Sol	40	-10	15	0	5	5	55
16	Sağ	40	-40	10	-10	5	-5	0
	Sağ	90	Tam	35	5	10	5	145
17	Sol	80	Tam	35	5	5	5	130
18	Sağ	55	-55	15	5	5	0	65
19	Takibi yok.							
20	Sağ	90	Tam	40	15	15	10	170
21	Sol	80	Tam	40	10	15	15	160
22	Sağ	100	-15	30	15	10	10	150
23	Takibi yok.							
	Sağ	40	-40	10	-10	0	0	0
24	Sol	80	Tam	10	5	10	10	115
25	Sağ	90	Tam	40	10	15	20	175

tavan plastiğinin tipine karar verildi. Eğer baş asetabulumdan daha büyük ise Çakırgil'in tarif ettiği tavan plastiği yapılmasından vazgeçildi.

Olguların hepsinde femoral osteotomi sonrası osteosentez materyali olarak infantil tip Harris Müller Plağı kullanıldı. Ameliyat sonrası kalça nötral rotasyonda, 20-30 derece abdüksiyonda ve 10-15 derece arası fleksiyonda 6 hafta

süre ile pelvi peral alçıya alındı. Hastalardan 10 tanesinin 14 kalçasına alçıdan çıkartıldığı gün gene anestezi altında manüplasyon yapıldı. Diğerlerine bu manüplasyonu uygulamak imkânı olmadığundan fizik tedavi başlandı. Hastalardan 6 tanesine alçı sonrası 4 hafta süre ile abdüksiyonda pergel alçı uygulandı.

BULGULAR

Ameliyat sonrası erken dönemde 6 hastada relüksasyon, 9 kalçada ileri derecede hareket kısıtlanması 3 hastada greftte erime, 4 hastamızın cildinde marginal nekroz, 2 hastada yüzeysel cild enfeksiyonu, 6 hastamızda ise Trende-

lenburg (+) olarak bulundu. Ameliyat sonrası hareket kazanan 22 kalçadaki fonksiyonlar en az 5 aylık takipler sonunda Tablo II'deki değerlere ulaşmıştı.

Buna göre hastalarımızın toplam hareket kapasiteleri şu şekildedir.

TABLO III

Hareket Kapasitesi	Değerlendirme	Kalça Sayısı
150°-200°	Çok İyi	11
130°-150°	İyi	5
110°-130°	Orta	4
110°- 90°	Kötü	—
90° v	Çok Kötü	10
		<hr/> 30 Kalça

TARTIŞMA

Gecikmiş

senelerde inter-trokanterik femoral kısaltma osteotomisi çok sık olarak uygulanmaktadır. Uyluk kaslarında ve fascia latada rölatif uzama temin eden bu yöntem sayesinde asetabulum'un yukarısında ilium kanadına yerleşmiş bulunan femur başını asetabulum seviyesine kadar indirmek mümkün olabilmektedir. Ameliyat esnasında yapılacak olan bu kısaltmayı en aza indirebilmek için ameliyat öncesi 2 ilâ 3 hafta süre ile iskelet traksiyonu uygulanması ve traksiyon öncesi adduktor tenotomisi yapılması da önerilmektedir. Bu şekilde adduktor tenotomisi ve iskelet traksiyonu yapılmış hastalarda 1,5-2 cm'lik kısaltmalar yeterli olurken, başlangıçta herhangi bir genişim uygulanmamışlarda bu miktar 2,5-3,5 cm'e kadar artmaktadır.

Daha önce cerrahi müdahale görmüş hastalarda hareketsizlik atrofisi sebebi ile incelmış olan femoral korteks,

buralardan alınan greflerin tatbik sırasında kırılmasına veya daha sona erimesine sebep olmaktadır. Bu nedenle böyle hastalarda femoral greflere ilave olarak ilium kanadından alınan greflerin kullanılması uygun görülmektedir.

Asetabulum'un üst seviyesinin 1,5 cm. yukarısından Y kırıkdağına kadar yapılan osteotomi sonrası, asetabulum tavanı dışa ve aşağı doğru devrilirken asetabulum bir miktar küçülmektedir. Bu nedenle baş asetabulumdan büyük görünüyorsa bu tip bir tavan plastiği relüksasyonlara zemin hazırlayacağından yapılmamalıdır.

Relüksasyonların bir diğer sebebi de kapsüloplastinin yeterince yapılmamış olmasıdır. Nitekim relüksasyon nedeniyle tekrar ameliyat olan 2 hastamızda kapsül rezeksiyonu yapılmadığı ve bu sebeple ileri derecede gevşek bir kapsül varlığını saptadık. Relüksasyon görülen olgularımızdan 1 tanesinde ta-

van ve varizasyonun yetersiz olduğu tesbit edildi. Bu hastaya yapılan 2. bir operasyonla bu kısımlar düzeltildi. Diğer hastaya ise aşın retroversiyon yapılmıştı. Buna da 2. bir operasyon yapıldı ve retroversiyon nötral duruma getirilerek stabil bir kalça sağlandı.

Alçı çıkartıldığı gün genel anestezi altında manüplasyon yapılan hastalarımızın 3 tanesi hariç hepsinde 130 derecenin üzerinde hareket kapasitesi elde edilmiştir. Bilateral olarak ameliyat edilen bir hastamızın ilk ameliyat olan kalçasında böyle bir manüplasyon yapılmamış ve 3 ay süre ile fizik tedavi uygulanmış bu süre sonunda 130 derecelik bir hareket kapasitesi elde edilmişken diğer kalçasında manüplasyon yapılmış ve 1 ay sonunda 155 derecelik toplam hareket elde edilmiştir. Erken dönemde iyi bir hareket kapasitesi elde etmek için genel anestezi altında manüplasyonun zorunlu olarak yapılması gerektiğine inanıyoruz. Karımızca ileri yaşlardaki kalça çıkıklarının tedavisinde uygun olgulara tecrübeli cerrahlar tarafından usulüne uygun olarak yapılacak bu ameliyat, bu yaşdaki çocuklara tatbik edilen diğer cerrahi müdahale yöntemlerinden daha iyi sonuç verecektir.

SONUÇ

Erken tedavi görmemiş 6 ilâ 14 yaş arası doğuştan kalça çıkıklı çocuklardan uygun bulduğumuz bazılarına tatbik ettiğimiz radikal rezeksiyon, femoral intertrokanterik kısaltma ve derotasyon osteotomisi ile tavan plastiği ameliyatı daha önceki yıllarda uyguladığımız diğer bu tip ameliyat tekniklerinden erken dönemde daha iyi sonuçlar vermiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası gerekli prensiplere uymak şartı ile bu girişimin tedavi görmemiş geç kalça çıkıklı çocukların sorunlarına büyük ölçüde çözüm olacağı düşüncesindeyiz.

LİTERATÜR

- 1— Ashley, K.R., Larsen, L.J., and James, P.M.: Reduction of dislocation of the hip in older children: a preliminary report, J.Bone Joint Surg. 54-A: 545, 1972.
- 2— Çakırgil, G.S., Edmonson, A.S., and Crenshaw, A.H.: Campbell's operative Orthopaedics, 6. Ed. St. Louis, Toronto, London, the C.V. Mosby Company, 1980 Vol II. Page 1892-1894.
- 3— dega, W., Krol, J., and Polakowski, L.: Surgical treatment of congenital dislocation of the hip in children: a one stage procedure, J.Bone Joint Surg. 41-A: 920, 1959.