

## Petrokanterik Kırık ile Birlikte Aynı Taraf Travmatik Posterior Kalça Çıkığı

Dr. Ömer TAŞER (\*)  
Dr. Mehmet ÇAKMAK (\*\*)  
Dr. Mustafa Kemal ÇUBUK (\*\*)  
Dr. Ünsal DOMANIÇ (\*)  
Dr. M. KARAMEHMETOĞLU (\*\*\*)

### Ö Z E T

Asetabulum kırığı olmadan aynı taraf travmatik posterlor kalça çıkığı ve trokanterik bölge kırığı olan bir olgu sunuldu. Literatürde benzerine rastlanmayan bu olguda seçilmesi gerekli tedavi şekli tartışıldı ve bu olgudan elde edilen geç sonuç bildirildi.

### G İ R İ Ş :

Travmatik boynu kırığı ile bir travma şeklidir. 1950 yılında Peterson o zamana kadar yalnız

---

(\*) İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Anabilim Dalı Uzman Asistanı

(\*\*) Bingöl Devlet Hastanesi Ortopedi ve Trav. Uzman Doktoru

(\*\*\*) İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Anabilim Dalı Asistanı

13 olgu yayınlandığını belirtmiş ve kendisi buna iki olgu ilâve etmiştir (5). 1974 yılında Epstein 559 travmatik olgusu sunmuş, bunların 6'sında aynı tarafta femur boynu kırığı da olduğunu bildirmiştir (2).

Travmatik posterior kalça çıkığı ile birlikte aynı taraf femur pertrokanterik kırığına ise çok daha ender rastlanır. Yaptığımız literatür araştırmasında 1975 yılında Vagacs ile Passl ve Galle tarafından yayınlanan, travmatik posterior kalça çıkığı ile birlikte aynı taraf femur trokanterik bölge kırığı

Bu her ik

da, asetabulum kırığı olmadan, aynı taraf travmatik posterior kalça çıkığı ve trokanterik bölge kırığı olgusuna rastlayamadık. Bu nedenle bu olgumuzu, burada sunmayı uygun bulduk.

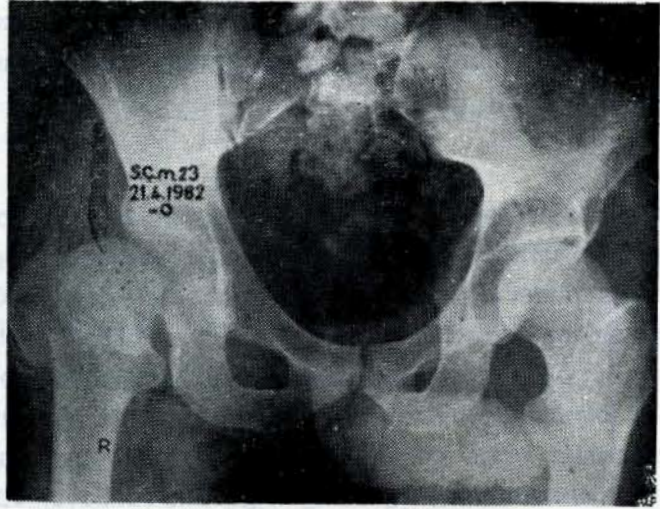
#### OLGU TAKDİMİ :

S. Ç., 23 yaşında erkek hasta, Klin. Prot. No.: 46468/28497. Bir trafik kazası sonucu yaralanan hasta etrafta bulunanlar tarafından 21.4.1982 tarihinde İstanbul Tıp Fa

ji Anabilim Dalı Acil Polikliniğine müracaat ettirildi. Hasta içinde bulunduğu otonun devrilmesinden başka kaza ile veremedi. Yapılan klini

lunum tabii, batin serbest, TA 100/70mmHg, nabız/dak. ve ritmik olarak bulundu. Sağ uyluk proksimalinde geniş şişlik ve ağrı mevcuttu. Sağ alt ekstremitte rotaasyon eksternde duruyordu ve sağ alt ekstremitede sola kıyasla 4 cm. kısalık vardır. Kalça hareketleri ağrılı ve kısıtlı olup,

Ekstremitede herhangi bir damar ve sinir lezyonu saptanmadı. Vücudun muhtelif yerlerinde sathi sıyrıklar ve frontal bölgede 3 cm.lik raddi yara mevcuttu. Nötral, iliak ve obturator pozlarda çekilen kalça radyografilerinde, sağ kalça posterior dislokasyonu ve aynı taraf femur pertrokanteri



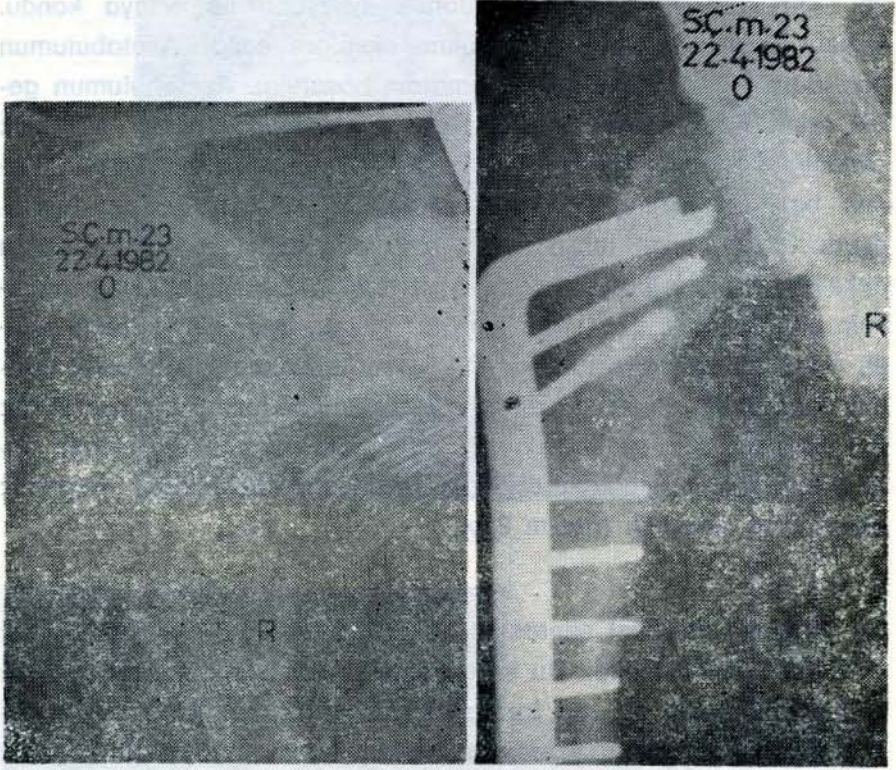
Resim 1: a, b, c: Ameliyat öncesi nötral, iliak ve obturator pozlarda çekilen sağ kalça grafilerinde belirlenen posterior dislokasyon ve aynı taraf pertrokanterik kırık

Kazadan 24 saat sonra hasta ameliyata alınarak, ve femur üst bölümü Watson-Jones insizyonu ile ortaya kondu. Kapsül önden kəsilerek asetabulum eksplere edildi. Asetabulumun boş olduğu görüldü, i rek kırık yapısında, gerekse ossöz yapısında hiç bir bozukluk olmadığı görüldü. Kalça eklemine kapsülü posteriordan yırtıktı. Femur başı bu yırtı daydı. Üst fragman alt ucundan bir aletle yakalanarak öne doğru çekilirken, femur başı arkasına yerleştirilen bir kalça kaşığı manivela gibi kullanılarak, femur başı bu yırtıktan geçirilip redüktö edildi. Üst fragman bir Kirschner teli ile asetabulumu tespit edildi (Resim 2 a). Daha sonra trokanterik bölge AO plağı ile fikse edildi. Kontrol grafilerinde durumun iyi olduğu görüldükten sonra, sahaya aspiratif dren konarak katlar plana göre kapatıldı (Resim 2 b).

Hastaya ameliyat sonrasında 5 hafta süre ve 5 kg. ağırlıkla cilt traksiyonu tatbik edildi. Bu süre sonunda hasta ayağa kaldırıldı koltuk değnekleri ile sağ tarafa yük vermeden yürümesine izin rilerek taburcu edildi. Ameliyattan 3 ay sonra tek koltuk değneği ile yürümesine, 4 ay sonra da koltuk değneksiz yürümesine izin verildi. Yine ameliyattan 4 ay sonra yapılan sintigrafik kontrolde sağ femur başı beslenmesinde sola göre belirgin bir fark olmadığı saptandı. 2 yıl sonra yapılan kontrolde hastanın desteksiz yürüyebilirdiği, kalça hareketlerinin tam olduğu ve hastanın hiç bir şik yetinin olmadığı belirlendi (Resim 3 a). Hasta tekrar yatırılarak internal fiksasyon materyeli çıkarıldı (Resim 3 b).

#### TARTIŞMA :

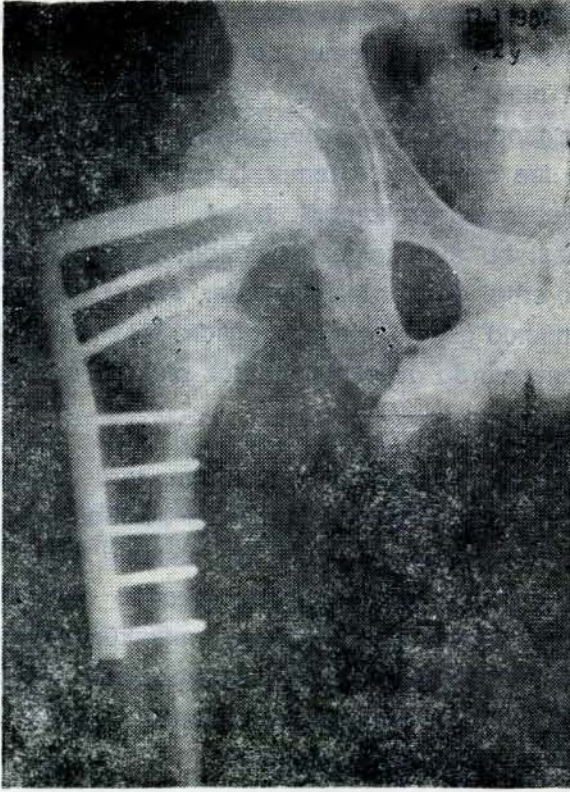
Femur boynu kırığı ile birlikte aynı taraf travmatik kalça çıkığında prognoz, femur başında avasküler nekroz gelişme olasılığı yüksek olduğundan oldukça kötüdür. Peterson, daha önce yayınlanmış olguları inceleyerek ve kendi olgu



Resim 2 a, b: Redüksiyondan sonra üst fragman bir Kirschner teli asetabulumuza tesbit edildi (a) ve bilahare travmatik bölge kırığı repoze edilerek 95° AO plağı ile fikse edildi (b).

sonra avasküler nekroz ve şiddetli osteoartrit geliştiğini görerek bu tip olgularda kiben rekonstrüksiyon ameliyatının yapılmasını önermiştir (5).

Bizim olgumuzda kırığın femur boynunda değil, trokanterler bölgesinde olması nedeniyle, kanımızca aseptik nekroz olasılığı kolum



Resim 3 a, b: Hastanın ameliyattan iki yıl sonra yapılan kontrolünde sağ kalçanın plak çıkarılmadan önce (a) ve sonra (b) radyolojik görünümü.

kırıklarına kıyasla inferior retinaküler arterler, femur boyununun alt ve üst yüzeylerinde sinovyanın altında ilerlerler (6). Bu nedenle bu damarların femur boynu kırığında hasar görme olasılığı fazla, trokanterler bölgesi kırığında ise azdır. İzole femur boynu kırıklarında femur başı nekrozu görülebilmesi( trokanterik bölge kırıklarında hiç görülmemesi bu fikri desteklemektedir. Olaya, travmatik kalça çıkığının eşlik ettiği redüksiyon arasında geçen zamana bağlıdır. Yapılan redüksiyonlarda avasküler nekroz olasılığı artar (1).

Trokanterik bölge kırığı inferior kalça çıkığı olan Vagacs'ın ve Passl ile Galle'nin olgularında aseptik nekroz görülmemiştir (4, 7). Bu nedenle böyle kırık ve çıkıklarda, iyatların düşünülmemesi gerektiğini ve mümkün olduğunca erken açık redüksiyon ve kırığın internal fiksasyonunun uygun olacağını düşünüyoruz. Çünkü burada aseptik nekrozun sebebi, femur başının çıkık durumda uzun süre kalmasıdır.

## S U M M A R Y

IPSI L A T

ACCOMPANIED BY PETROCHANIERIC FRACTURE

Attempts have been made to present a case with ipsilateral traumatic posterior dislocation of the hip and fracture of the trochanteric region without any acetabular fracture. In this unique case with no second in the literature, treatment of choice has been discussed and late results obtained from this case reported.

## K A Y N A K L A R

- 1 — Berk, H.: Redüksiyonu gecikmiş posterior travmatik kalça sonuçları (Uzmanlık Tezi), İstanbul, 1982.

- 2 — Epstein, H.C.: Posterior fracture-dislocation  
56-A: 1103-1127, 1974.
- 3 — Fernandes, A.: Traumatic posterior dislocation of hip joint with a fracture of the head and neck of the femur on the same side; a case report.  
22 (6): 487-490, 1981.
- 4 — Passl, R., Galle, P.: Zur operativen Versorgung seltener Luxationsfrakturen der Hüfte. Hefte Unfallheilk., 124: 75-81, 1975.
- 5 — Peterson, Z.T.: Dislocation of the hip associated with fracture of the neck of the femur. J. Bone Joint Surg., 32-A: 274-279, 1950.
- 6 — Trueta, J., Harrison, M.  
head in adult man. J. Bone Joint Surg., 35-B: 442, 1953.
- 7 — Vagacs, H.: Hüftverrenkungsbruch mit per-und subtrochanterem Trümmerbruch. Hefte Unfallheilk., 124: 330, 1975.