

KIRIKSIZ TRAVMATİK ARKAYA KALÇA ÇIKIKLARINDA AÇIK REDÜKSİYON İNDİKASYONLARI

Ünsal DGMANİÇ *
İrfan ÖZTÜRK **
Mehmet ÇAKMAK *
Azmi HAMZAĞLU *
Ömer TAŞER **

Kırksız travmatik arkaya kalça çıkığı, kapalı yöntemle ya her zaman redükte olmakta, ya da konsantrik redüksiyon sağlanamamaktadır. 1970-1983 yılları arasında İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalına başvuran, kırksız travmatik posterior çukukun 19 olgunun 4'ünde açık redüksiyon yapılma zorunluluğu doğmuştur. Bu olgulardan 1'inde redüksiyon, 3'ünde konsantrik redüksiyon sağlanamadığı için açık redüksiyon yapılmıştır. Açık redüksiyonda ilk olguda kapsülün femur başını düğme iliği gibi sardığı ve M. Priformis'in asetabulumun ağzını kapattığı, 3'ünde ise yırtılan labrumun içeriye katlandığı ve asetabulumda osteokartilajinöz parçaların yer aldığı belirlenmiştir.

GİRİŞ :

Travmatik kalça çıkığı tüm diğer çıkıkların zında bulunabildiği gibi, asetabular bölümün, femoral bölümün ya da vücudun başka kemiklerinin de kırıkları ile birlikte bulunabilir. Hangi tipte olsun travmatik kalça çıkığında ana çıkığın süratle ve acilen redüksiyonun sağlanmasıdır. Salt kalça çıkığı şeklindeki olgularda bu işlem primer kapalı redüksiyonla sağlanmaktadır (1,3,4,6,7,8,9). Ancak, bu olgularda her zaman kalça kapalı redüksiyonla redükte edilememektedir. Bazen de çıkık olarak redükte olmakta ancak çekilen kıkırık kaçırlarak çıkık redükte edilmemiş geç çıkık tipine dönüşmekte ve sorun daha da ağırlaşmaktadır (3,4,5,6,7).

* İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Uzm. Asis.

** İst. Üniv. İst Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Asistanı

kıkları ile ilgili oldukça geniş bir yayın olmasına karşın, şılmamakla birlikte kırıksız posterior çıkıkların redükte olmama veya redüksiyonun konsantrik olmaması nedenleri pek az araştırılmış ve yazılmıştır (3). Bu yazımızda amacımız, belirttiğimiz bu sorunu az sayıda da olsa olgularımızdaki deneyimimiz ve yayın bilgisi altında tartışabilmektir.

GEREÇ :

1970-1983 yılları arasında İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında 60 travmatik kalça çıkığı davi edildi. Bu 60 olgunun 1'isi iki yanlı idi ve bu nedenle tedavi edilen kalça sayısı 61 idi.

Bu olgulardan 19'unda kalça çıkığının yanında belirgin kırık yoktu. Kliniğimizde 19 olgunun yalnızca 5'i ilk 24 saatte, diğerleri daha geç başvurmuşlardı. Bu nedenle 6 olguda primer açık redüksiyon, 1 olguda artrodez, 1 olguda Moore protezi, 1 olguda ise os tomi uygulanmıştı. Geriye kalan 10 olgunun 4'ünde kapalı redüksiyon yada konsantrik redüksiyon sağlanamamış ve kalçalar cerrahi girişimle yerine konmuştur.

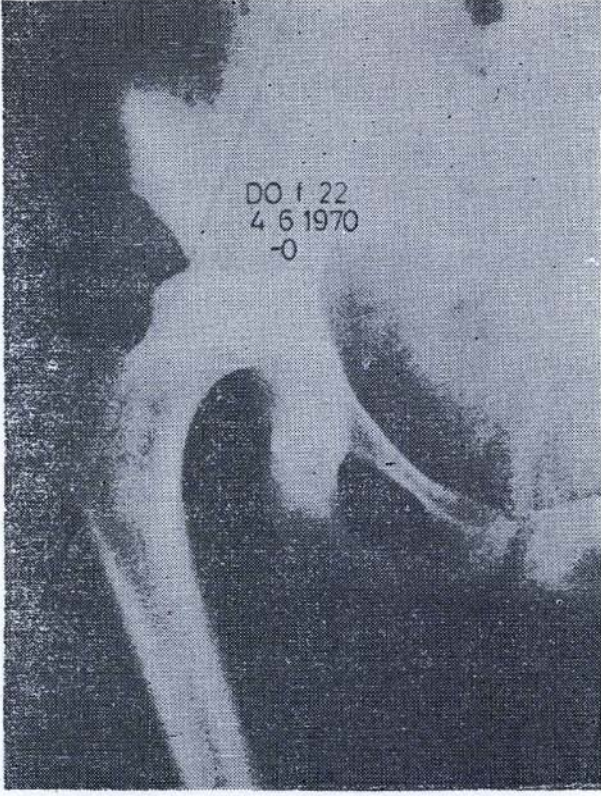
OLGULARIN SUNUMU :

Olgu 1 : D.Ö., 22, Kadın, Klinik No. 29047/70, Prot. No. 845, Röntgen No. 15847.

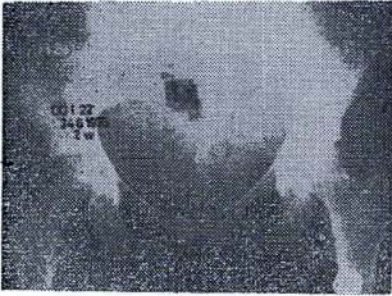
Trafik kazası geçiren hasta kazadan 2 gün sonra kliniğimize getirilmiş. Hastada travmatik kalça çıkığı olduğu klinik ve radyolojik olarak belirlendikten sonra genel anestezi altında kapalı redüksiyon denendi. Ancak kalça redükte olmadı. Redüksiyon bir kez daha denendi, yine kalça yerine girmedi. Bunun üzerine, olarak

ekleme varıldı. Kapsülün femur başı çevresinde düğme ilişişeklinde geçtiği piriformisin asetabulumun ağzını kapattığı görüldü. Engeller düzeltilerek baş redükte edildi, çekilen grafide konsantri olduğu görüldü (Resim 1,2,3).

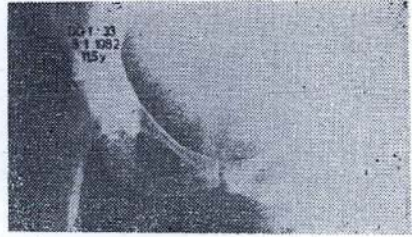
Olgu 2 : Y.T., Erkek, 17, Sol kalça travmatik çıkığı, Klinik No. 41880/79, Prot.



Resim : 1 — Posterior kırksız travmatik çıkık (sağ tarafta)

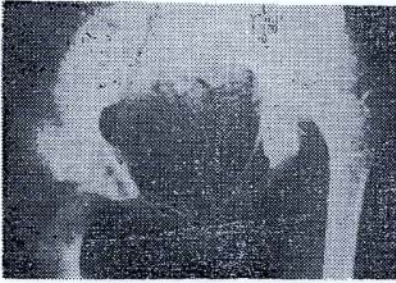


Resim : 2 — Hemen açık redüksiyondan sonra.



Resim : 3 — Aynı olgunun 11,5 yıl sonraki grafisi. Başta avasküler nekroz ve artrit bulgusu yok.

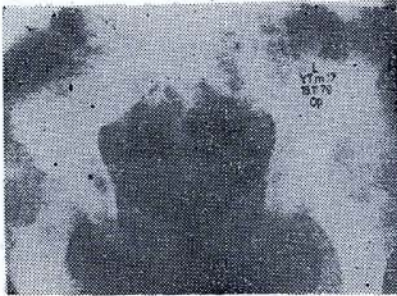
Hasta ilk 24 saat içinde kliniğimize getirildi. Genel müayeneden sonra genel anestezi ile uyutulup kapalı redüksiyon denendi. Kalça klinik olarak yerine girdi. Çektirilen grafide eklem mesafesinin açık, Shenton hattının da hafif kırık olduğu görüldü. Kalça nazikçe redüske edildi ve yeniden yerine kondu. Tekrarlanan ön-arka, yan grafilerde redüksiyonun konsantrik olmadığı görülerek açık redüksiyona karar verildi. Gibson insizyonu ile kalçaya girildi. Ekleme varılıp nazikçe lükse edildi. Asetabulumun postero-inferior labrumun yırtık olduğu görüldü, asetabulumun içinde çok sayıda osteokartilajinöz parçaların bulunduğu saptanarak asetabulum serumla yıkandı. Yırtık labrum eksize edilip kalça yerine kondu. Çekilen grafide konsantrik redüksiyon olduğu görülerek yara kapatıldı (Resim 4,5,6).



Resim : 4 — Posterior kırık ve çıkık.



Resim : 5 — Kapalı redüksiyonda eklem mesafesinin fazla olduğu görülüyor, konsantrik redüksiyon sağlanamadı



Resim : 6 — Açık redüksiyonla konsantrik redüksiyonun sağlandığı görülüyor.

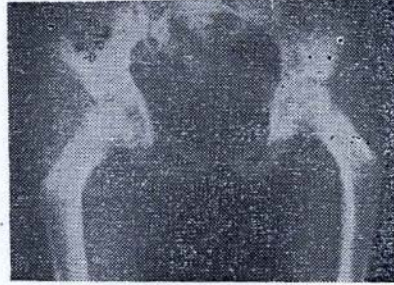
Olgu 3 : S.T., Erkek, 17, Sağ travmatik kalça çıkığı, Klinik No. 42086/79, Prot. No. 1686, Röntgen No. 25349.

3 gün önce traktör devrilmesi sonucu sağ kalçasında travmatik posterior çıkık oluşan hasta, kliniğimize başvurdu. Klinik veredyolojik tetkiki takiben genel anestezi altında kapalı redüksiyon denendi. Kal-

ça klinik olarak redükte oldu. Çekilen grafide, femur başının asetabulumu uzak durduğu belirlendi. Kalça redisloke edilerek, kapalı redüksiyon bir kez daha denendi. Çekilen ön-arka ve yan grafide konsantrik redüksiyonun olmadığı saptanarak hastaya açık redüksiyon yapıldı. Baş asetabulumdan çıkarıldığında, limbusun kapsülle birlikte asetabulumu girdiği, ayrıca asetabulumda 1X2 ve 3X3 cm. boyutlarında 2 adet kırık parçanın bulunduğu görülerek asetabulum temizlendi. Femur başı redükte edilerek radyografi çekildi. Grafide redüksiyonun konsantrik olduğu belirlendi (Resim 7,8,9).



Resim : 7 — Sağ travmatik kırksız arkaya



Resim : 8 — Kapalı redüksiyonla konsantrik redüksiyon sağlanması.



Resim : 9 — Açık redüksiyondan sonraki görünüm.

Olgu 4 : C.U., 39, Erkek, Sağ travmatik kaça çıkığı, Klinik No. 48093/83, Prot. No. 631, Röntgen No. 29997.

Trafik kazası geçiren hasta önce Cerrahi Kliniğine müracaat etmiş ve aynı gün oradan kliniğimize sevk edilmiş. Klinik ve radyolojik muayenemizde travmatik kalça çıkığı olduğunu tesbit ettik. Genel anestezi altında repozisyon denendi. Klinik olarak kalça yerine girdi, fakat çekirtilen kontrol grafisinde konsantrik redüksiyon olmadığı görüldü. Kapalı redüksiyon işlemi bir kez daha tekrarlandığında yine

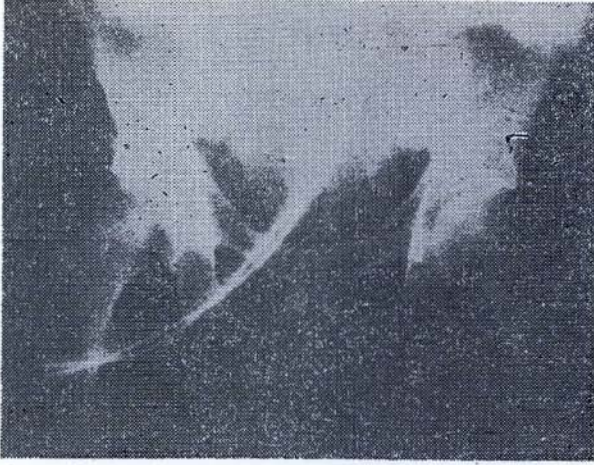
radyografik olarak konsantrik redüksiyonun olmadığı görüldü ve hasta servisimize açık redüksiyon tavsiyesi ile yatırıldı. Açık redüksiyon sırasında posterior labrumun koparak eklem içine girdiği ve aynı zamanda eklem içinde irili ufaklı osteokartilajinöz parçacıkların olduğu



Resim : 10 — Sağ travmatik kırksız arkaya çıkık olgusu.



Resim : 11 — Kapalı redüksiyonu takiben konsantrik redüksiyon sağlanamamış durumda.



Resim : 12 — Açık redüksiyondan sonra kaççı tanı redükte.

görüldü. Asetabulum içi tamamen temizlendi ve femur başı redükte edildi, radyolojik kontrolde konsantrik redüksiyonun sağlandığı görülerek yara kapatıldı (Resim 10,1

TARTIŞMA :

Travmatik kalça çıkığı, kalça ekleminin anatomik yapısının sağlamlığı nedeni ile ancak femur aksı boyunca yayılan yüksek enerjili travmalarla meydana gelmektedir. Bu çıkıklar sıklıkla posteriora olmakta ve değişik şekil ve derecelerde acetabulum ya da femur başı kırığı ile birlikte bulunmaktadır. Bazen çıkık, hiçbir kırık eşlik etmeksizin salt posterior çıkık tarzında olabilmektedir. İster bir kırıkla birlikte, ister yalnız başına bulunsun, travmatik kalça çıkığının süratle yerine konması, femur başında avasküler nekroz oluşması bakımından önemlidir (1,2,3,4,5,6,7,8,9).

Kırıkla birlikte bulunmayan salt posterior çıkıklarda, femur başının yerine konması genel anestezi altında kapalı redüksiyon yöntemlerinden biri ile yapılmaktadır. Ancak bu tip olgularda kapalı redüksiyon her zaman başarılı olmamakta, femur başı bazen ya hiç redükte edilememekte ya da konsantrik redüksiyon sağlanamamaktadır (3,5,7,8). Burada şu sorunun aydınlatılması gereklidir; gerek asetabulumda, gerek femurda belirgin bir kırık radyografide görülmediği halde acaba kapalı redüksiyonu engelleyen ya da konsantrik redüksiyona mani olan nedenler nedir veya nelerdir. Bu sorunun içeriği,

travmatik kalça çıkığı ile ilgili en az tartışılan konudur demek sanırız yanlış olmayacaktır. Yayında, bu soruya en detaylı yanıt CANALE ve MANUGIAN tarafından verilmektedir. Yazarlara göre, kırksız travmatik posterior çıkıkta redüksiyona engel olan 2 ana neden vardır; 1 - M. Priformis

ması, 2 - Eklem kapsülünün femur başının eklemden çıkması esnasında yırtılıp düğme iliği şeklinde başı kalepçelemesi. Konsantrik redüksiyonu engeleyen nedenler ise aynı yazarlara göre; 1 - Labrumun yırtılarak içeri dönmesi, 2 - Asetabulumda osteokortilajinöz karakterde pek çok serbest cismin bulunabilmesi. CANALE ve MANUGIAN 9 olgularının 3'ünde redüksiyonun başarılmadığını, bu olgularının açık

çevresinde düğme iliği şeklinde yerleştiğini, 1 olguda ise M. Priformisin asetabulumun

linik olarak redüksiyonun sağlandığı ancak çekilen gr fide redüksiyonun sağlandığı ancak

olmadığını tesbit ettikleri 6 olgunun 3'ünde yırtılan ve içe dönen labrumun, 2'sinde osteokartilajinöz serbest cisimlerin ve 1'inde ise 2 halinde birlikte bulunduğunu saptadıklarını belirtmişlerdir (3). DAMERON kalçanın posteriora çıkması sırasında, labrumda kova sapı şeklinde yırtık

etmiştir (5). PATERSON, STEWART ve CONNOLLY'de DAMERON'la benzer görüştedirler (4,8,9). HUNTER kapsülün arka bölümünde oluşan yırtığın femur başına düğme iliği şeklinde geçerek redüksiyona mani olduğu inancındadır (7). Olguların sunusu bölümünde de belirttiğimiz gibi bizim de 4 olgumuzun birinde kapalı redüksiyon sağlanamamış, 3'ünde ise klinik olarak kapalı redüksiyon sağlandığı halde, redüksiyonun konsantrik olmadığı kontrol grafisinde görül

Daha sonra açık redüksiyon yapılan bu olguların kapalı redüksiyonu klinik olarak sağlanamayan 1 olguda hem kapsül düğme iliği şeklinde femur başını sardığı, hem de M. Priformis asetabulum ağzını kapattığı belirlendi. Konsantrik redüksiyonu sağlanamayan 3 olguda labrum yırtılmış ve asetabulumüne katlanmıştı. Aynı zamanda eklem içinde bir çok osteokartilajinöz parçalar mevcuttu.

CANALE ve MANUGIAN kapalı redüksiyona

dokü engelini tipini, çıkığı oluşturan travma sırasında ekstremitenin pozisyonunun belirlediği inancındadırlar. Onlara göre travma esnasında nötralde veya hafif kalça ekstansiyonda ve adduksiyonda ise femur başı asetabulumu postero-superior yönde gamellius superior ve priformisin proksimalinde terkedecektir. Böylece redüksiyon d hemesi asetabulumun önünü çaprazlayan bu kaslar tarafından en-

gelecektir. Eđer kalça travma sırasında 30°- 90° ler arasında fleksiyonda ve adduksiyonda ise baş dorsale çıkacak ve bu esnada labrumu, kapsülü ya da ikisini da yırtacaktır. Labrum ve kapsül eklem içine katlanacak, kapsül büyük bir olasılıkla düğme iliği şeklinde başı çevirerek kapalı redüksiyonu engeleyecektir (3). Bu açıklama akla uygundur ve bir olgumuzda travmanın benzer pozisyonda meydana geldiği tarif edilmiştir (Olgu 1).

Konsantrik redüksiyonun sağlanmadığının belirlenmesi her zaman kolay olmayabilir ve gözden kaçabilir. Herşeyden önce kalçanın kaliteli AP+LAT grafisi gereklidir. Osteokartilajinöz parçaların bu grafilerde net olarak görülemeyeceği unutulmamalıdır. Bu cisimlerin saplanması için CANALE ve MANGUGIAN tomografi ve kompiterize aksiyal tomografi veya kontrast artrografi yapılmasını önermektedirler. Bu yazarlara göre, mukayeseli kalça grafilerinde, lezyonun bulunduğu tarafta; 1 - Eklem mesafesinde artma, 2 - Shenton hattında kırılma, 3 - Femur başının asetabulumu konsantrik yerleşmemesi bulguların varlığı halinde konsantrikredüksiyonun sağlanamadığının belirtileridir (3). Kanımızca U figürü ile femur başı arasındaki uzaklığın sağlam tarafa göre artması da önemli bir belirti olarak değerlendirilmelidir.

Kırıkla birlikte olmayan salt posterior çıkıklarda yonun başarılı olmayıp açık redüksiyon gerektirmesi sıklığı fazla değildir. CANALE ve MANUGIAN 54 olguda 9, BRAVE 110 olguda 3, HUNTER 26 olguda 1 olarak belirtmişlerdir.

Bizim oranımızın yüksekliği hem serimizin küçük olmasından hem de olgularımızın çoğunlukla ilk 24 saatten sonra olması ile lanabilir.

SUMMARY

Indications of open reduction in non-fractured traumatic posterior dislocation of the hip

Non-fractured traumatic posterior dislocation can not be concentrically reduced. In 4 out of 19 cases with non-fractured traumatic posterior dislocation of the hip who applied to the Department of Orthopaedics and Traumatology of the Medical School of the Istanbul University during the years 1970-1983, it was obligatory to perform open reduction. The reason why open reduction was effected is that attempts failed to maintain reduction in one and concentric reduction in tree of these cases. In the first ca

the capsule captured the femur head in just the same way as a buttonhole would, and that M. Priformis closed the entrance to the acetabulum, where as in the other tree cases, the ruptured labrum was inverted and osteocartilaginous appeared in the acetabulum.

KAYNAKLAR.

- 1 — BERK, H. : Redüksiyonu gecikmiş posterior travmatik kalça kırığı dahi sonuçları. Uz. Tezi, İst. 1982.
- 2 — BRAV, E. A. : Traumatic Dislocations of the Hip. Army Experience over a Twelve year period. J.B.J.S., 44-A:1115-1134, 1962.
- 3 — CANALE, S. T., MANUGIAN, A. H. : Irreducible Traumatic Dislocations of the Hip. J.B.J.S., 61-A:7-14, 1979.
- 4 — CONNOLLY, J. F. : Acetabular labrum entrapment associated with a femoral-head fracture-dislocation. J.B.J.S., 56-A:1735-1737, 1974.
- 5 — DAMERON, T. B. : Bucket-Handle tear of Acetabular Labrum Accompanying posterior dislocation of the Hip. J.B.J.S., 41-A:131-134, 1959.
- 6 — EPSTEIN, H. C. : Posterior fracture Dislocation of the Hip. Comparison of open and Closed Methods of treatment in certain Types. J.B.J.S., 43-A:1079-1089, 1961.
- 7 — HUNTER, G. A. : Posterior Dislocation and Fracture-Dislocation of the Hip. A review of Fifty-seven Patients. J.B.J.S., 51-B:38-44, 1969.
- 8 — PATTERSON, I. : The Torn Acetabular Labrum. A Block to Reduction of a Dislocated Hip. J.B.J.S., 39-B:306-309, 1957.
- 9 — STEWART, M. : Acute dislocation of Hip. Campbell's operative orthopaedics, Edited by Crenshaw, A. H., Fifth Edition, Vol. I. 416, C. V. Mosby Co., St Louis, 1971.