



Miyastenia gravisli hastada tekrarlayan öne kalça çıkığı: Olgu sunumu

Gökhan ÖZKAZANLI¹, Özgür KARAMAN¹, Kubilay BENG², Hasan Hilmi MURATLI¹

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul;

²Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Travmatik öne kalça çıkığı, arka çıkıklara göre nadir rastlanılan bir durumdur. Tekrarlayan öne kalça çıkığına ise daha da nadir rastlanır. Myastenia gravis ise değişik derecede kas güçsüzlüğü ile karakterize kronik otoimmün bir nöromusküler hastalıktır. Tekrarlayan kalça çıkığı gibi istisnai durumlar hariç travmatik kalça çıkığında ilk seçenek kapalı redüksiyondur. Bu yazıda, 59 yaşında 30 yıl önce myastenia gravis tanısı almış ve tedavisi devam edilen bir kadın hastada, tekrarlayan ve kapalı olarak redükte edilemeyen anterior kalça çıkığı nedeniyle cerrahi tedavi gerektiren vaka sunuldu. Myastenia gravisli hastada tekrarlayan öne kalça çıkığı olgusunun literatürde daha önce hiç yayınlanmamış olduğunu saptadık.

Anahtar sözcükler: Myastenia gravis; tekrarlayan öne kalça çıkığı.

Travmatik kalça çıkığı eklem bütünlüğünün ve dolaşımının bozulduğu acil bir durumdur.^[1] Travmatik öne kalça çıkığı ise nadir rastlanılan bir durumdur ve travmatik çıkıklarının %9'unu oluşturur.^[2,3] Tekrarlayan öne kalça çıkığı tedavi yöntemleri ve sonuçları ile ilgili literatürdeki bilgiler olgu sunumları ile sınırlıdır.^[4-9] Myastenia gravis (MG) 10000-50000 de 1 oranda görülen kronik otoimmün nöromusküler bir hastalıktır.^[10] Patolojisinde post sinaptik asetilkolin reseptörlerine karşı gelişen otoantikorlar sorumlu tutulmaktadır. Özellikle beyin sapı motor nükleusları tarafından innerve edilen istemli kaslar etkilenmektedir. Çalışmalarda MG'in timoma, diabetes mellitus, tiroid hastalıkları, neoplazmlar ve romatoid artrit gibi hastalıklarla birlikte bulunabileceği bildirilmektedir.^[10] Literatür taramamızda MG'in seyri esnasında tekrarlayan anterior kalça çıkığı vakasına rastlanılmaması nedeniyle, literatürde ilk olduğu tespit edilerek sunuldu.

Olgu sunumu

Elli dokuz yaşında kadın hasta 36 yıl önce konuşma bozukluğu, yutma zorluğu, göz kapaklarında düşme ve çift görme şikayeti ile başvurduğu merkezde myastenia gravis tanısı konulmuş ve hasta takip altına alınmış. Hastaya myastenia gravis tedavisi için timus rezeksiyon ameliyatı yapılmış.

İlk kez altı yıl önce düşme olmaksızın sol alt ekstremitesi yerde sabit ve tüm ağırlığı solda iken gövdesini sağa çevirmesi üzerine birden kalçasında şiddetli ağrı, hareket kısıtlılığı gelişmiş. Daha önce tedavi gördüğü merkezin acil servisine yakınları tarafından götürülmüş. Hastanın sol kalçasında öne çıkık saptanması üzerine kapalı redüksiyon sonrası altı hafta cilt traksiyonu ve kalça abdüksiyon cihazı uygulanmış.

Daha sonra takiplerinde kalçası açısından bir şikaye-

Yazışma adresi: Dr. Gökhan Özkazanlı, Bağdat Caddesi, Sibel Apt., B Blok D:13, Altıntepe, Maltepe, İstanbul.

Tel: +90 532 – 403 01 20 e-posta: drgokhan@hotmail.com

Başvuru tarihi: 02.10.2012 **Kabul tarihi:** 28.11.2013

©2015 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi: 10.3944/AOTT.2015.3055
Karekod (Quick Response Code)

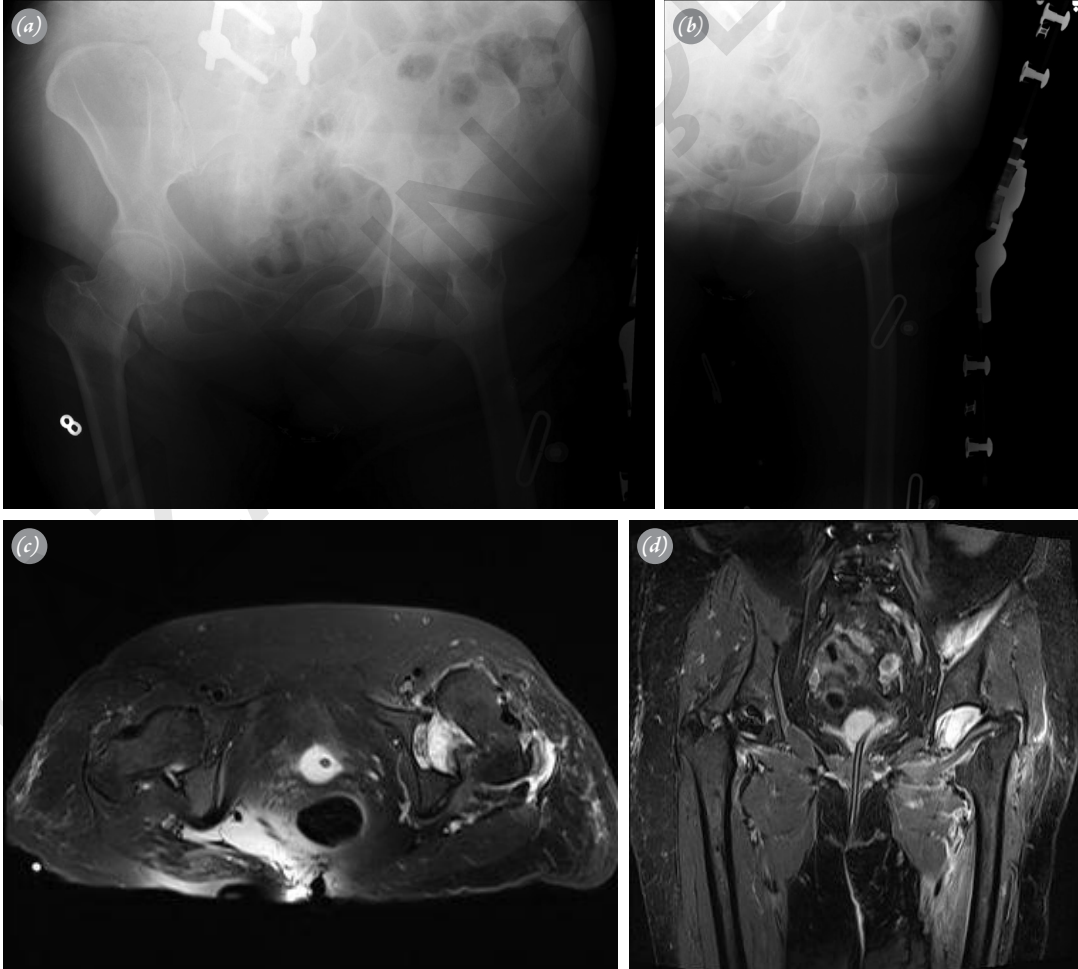


ti olmayan hasta, iki yıl önce tekrar, yürürken sol ayak bileği burkulması ile kalça eklemının abdüksiyon ve dış rotasyona gelmesi ile sol kalçasında şiddetli ağrı gelişmiş ve yürüyememiş. Özel bir hastaneye götürülen hastada sol kalça öne çıkık saptanarak kapalı redüksiyon uygulanmış, sonrası altı hafta yatak istirahati önerilmiş. Hasta sonrasında tekrar yürüteç ile yürümeye başlamış ve sonrasında desteksiz yürüebilmiş.

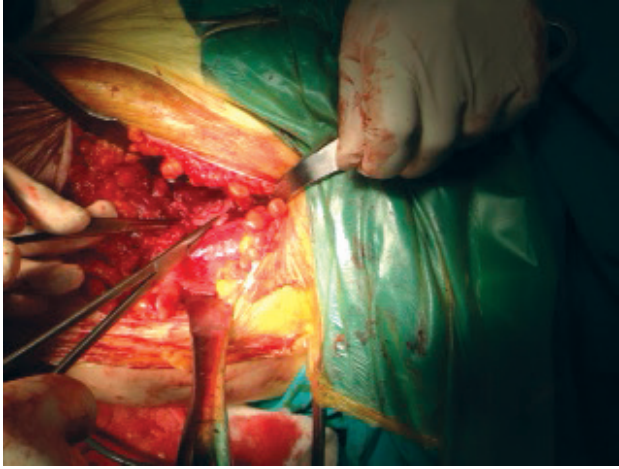
Şubat 2012 tarihinde merdiven basamağına adım atmak isterken birden sol kalçasında ani ağrı ve hareket kısıtlılığı gelişen hasta tekrar özel bir hastaneye başvurmuş. Genel anestezi altında kapalı redüksiyon uygulanan hasta bir gece kaldıktan sonra taburcu edilmiş. Hastanın aynı merkezde bir hafta sonraki kontrolünde kalçasının yeniden çıkık olduğunun görülmesi üzerine tekrar kapalı redüksiyon denenmiş, ancak kalça kapalı olarak redükte edilememiş. Hasta yakınları tarafından acil servisimize getirildi.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol alt ekstremitenin dış rotasyonda olduğu diğer ekstremitesine göre kısa görüldüğü saptandı. Nörovasküler yaralanma saptanmadı. Hastanın 2006 yılında spondilolistezis nedeniyle ameliyat olduğu öğrenildi. Hastanın her iki kalça direk radyografik tetkiki (Şekil 1a, b) ve Magnetik rezonans görüntüleme Şekil 1c, d) tetkiki yapıldı.

Yapılan tetkik ve grafiler sonucunda sol kalçada öne çıkık saptandı. MR tetkikinde kalçanın anteriore çıkık olmasının yanı sıra asetabulum ön duvarında avülzyon kırığı tespit edildi. Hasta genel anestezi altında supin pozisyonda ameliyata hazırlandı. Önce kapalı redüksiyon denendi. Kalça eklemının merkezi olarak redükte olmaması, skopi kontrolünde karşı taraf eklem aralığına göre uzaklığın fazla olması ve stabilitenin sağlanamaması üzerine açık redüksiyona karar verildi. Sol kalçaya Watson-Jones insizyonu ile girildi ve kalça eklemine anteriordan ulaşıldı. Labrumun anterolateral avulse kemik



Şekil 1. (a) Her iki kalça AP grafi. (b) Sol kalça AP grafi. (c) Her iki kalça T2 ağırlıklı MR aksiyel kesitte sol kalça öne çıkık, okla işaretli olarak avülzyon kırığı görülmektedir. (d) Her iki kalça T2 ağırlıklı MR koronal kesitte sol kalçanın çıkık olduğu görülmektedir.



Şekil 2. Eklem kapsülü plikasyonu. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

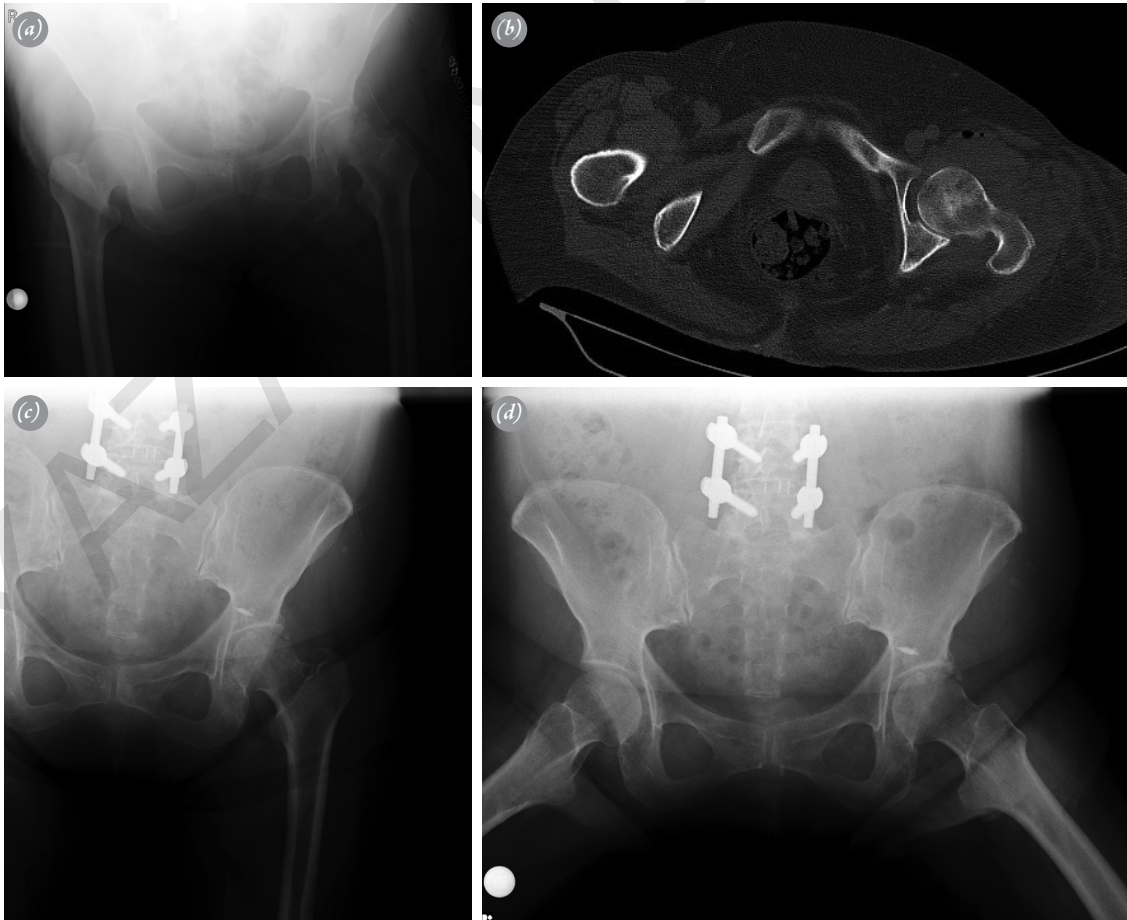
fragmanla beraber ayrılmış olduğu görüldü, kalça ekleminin redükte olmasına engel yapının labrum yırtığı ve kapsülün bolluğu olduğu düşünüldü, 1 adet 5 mm metal sütür ankorla tamiri sağlandı. Ancak stabilite elde edilemediği ve Eklem kapsülünün bütünlüğünün korunduğu

ancak gevşek olduğu gözlemlendi, kapsül longitudinal olarak açıldı ve femur başı redükte edildi. Kapsül kendi üzerine plike edildi (Şekil 2). Hasta ameliyat sonrası abduksiyon breysine alındı. Ameliyat sonrası muayene, radyografi (Şekil 3a) ve bilgisayarlı tomografi (Şekil 3b) ile kalça ekleminin merkezi olarak redükte olduğu tespit edildi. Altıncı haftada destek ile yürümeye izin verildi.

Ameliyat sonrası üçüncü aydaki kontrolde hastanın desteksiz yürüyebildiği görüldü, breys çıkarıldı. Kontrol röntgenleri çekildi (Şekil 3c, d).

Üçüncü ayda sol kalça fleksiyonu 130 derece, 30 derece iç rotasyon, 50 derece dış rotasyon tespit edildi. Harris skoru 95 olarak tespit edildi.

Birinci yıl kontrolünde; çıkığın tekrarlamadığı, hastanın desteksiz yürüyebildiği görüldü. Sol kalça fleksiyonu 140 derece, 30 derece iç rotasyon, Harris skoru 95 olarak tespit edildi. Diğer kalçanın hareket açıklıkları; fleksiyon 140 derece, iç rotasyon 40, 50 derece dış rotasyon tespit edildi. Hastanın her iki kalça trendelenburg testi negatif olarak belirlendi. Yapılan her iki kalça karşılaştırmalı kas gücü testlerinde fark saptanmadı. Her iki kalçanın kas gücü 5/5 olarak tespit edildi.



Şekil 3. (a) Ameliyat sonrası AP grafi. (b) Ameliyat sonrası tomografi. (c, d) Ameliyat sonrası üçüncü ay.

Tartışma

Kalça eklemi anatomik yapısı nedeni ile çok stabildir ve travmatik anterior çıkık oldukça nadirdir. Tüm kalça çıkıklarının %9'unun öne çıkık olduğu bildirilmiştir.^[11] Literatürde yayınlanmış tekrarlayan kalça çıkığı vakası oldukça azdır.^[4-9] Tekrarlayan çıkığa neden olabilecek faktörleri belirlemek tedavi açısından yönlendirici olabilir; asetabular displazi, femur başı displazisi, bağ dokusu hastalıklar, labrum yırtığı gibi tekrarlayan çıkığa neden olabilecek sebepler araştırılmalıdır. Tedavisi ile ilgili olan tüm veriler olgu sunumları ile kısıtlıdır. Dall ve ark. iliopsoasın büyük trokantere transferi ile beraber 45 derece femoral osteotomi yaptıkları bir olguyu tarif etmişlerdir.^[5] Shigenobu ve ark. asetabular displazili bir olguda kapsülorafi ve asetabular rotasyonel osteotomi uygulamış ve başarılı sonuç bildirmişlerdir.^[6] Guyer ve ark. tekrarlayan öne kalça çıkığı olan bir olguda redüksiyon sonrası artrografiye kapsül ön kısmında yırtılma tespit etmişlerdir.^[7] David M ve ark. artroskopik cerrahi uyguladıkları bir olguda başarı elde etmişler, tekrarlayan çıkığın sebebinin anterior kapsül yetmezliği olduğunu bildirmişlerdir.^[8] Schweitzer ve ark. Açık redüksiyon uyguladıkları olguda eklem kapsülünü sağlam fakat gevşek olarak tespit etmişler, kapsülorafi ve femur derotasyonel osteotomi sonrası başarılı sonuç elde etmişlerdir.^[9]

Myastenia Gravis hastalığında, motor son plaktaki anormallikler nedeniyle yetersiz nöromusküler iletim vardır. Hastalık toplumda 10000-50000 de 1 oranda görülür, hastaların %90'ı yetişkindir. Hastalarda istirahat sonrası düzelen kas yorgunluğu ile değişken kas güçsüzlüğü karakteristiktir. Etkilenen kaslarda minimal atrofi olur veya hiç olmaz.^[10] Kas motor son plağındaki nikotinik asetilkolin reseptörlerine karşı antikor oluşumu hastalığa özgündür. Motor son plak ileti bozukluğuna bağlı olarak tekrarlayan hareketler sonucunda kas güçsüzlüğü ortaya çıkar, dinlenme sonrası kas güçsüzlüğü düzelir. En sık bulgusu pitoz ve diplopidir. Alt ekstremitede özellikle kalça eklemi etrafındaki kaslarda aktivite sonrası güçsüzlük %10 oranında görülür.^[10] Tanıda edrofonyum testi, asetil kolin reseptör antikorlarının tespiti, EMG ve kas biopsisinden faydalanılır. Hastalığın kesin bir tedavisi olmamakla birlikte ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilir. Aktiviteye bağlı kas güçsüzlüğü ile mücadelede periodik dinlenme, aktivitelerin planlanması, mutfakta tabure bulundurup oturarak yemek hazırlama, oturarak yıkanma önerilmektedir. Literatürde daha önce myastenia gravisli hastada tekrarlayan öne kalça çıkığı tarif edilmemiştir. Hastalığın kalça çıkığına yol açabildiğini elimizdeki bilgiler ile söylemenin mümkün olmadığını düşünüyoruz. Ancak aktivite ile artan kas güçsüzlüğü nedeniyle hastanın dengesini kaybetme, düşme ve

ayak bileği burkulması açısından artmış riski nedeniyle kalça eklemine çıkmasına neden olabilecek travmalara sağlıklı bireylere göre daha fazla karşı karşıya kalabileceğini düşünmekteyiz. Bizim olgumuzda ilk kalça çıkığı mutfakta ayakta yemek hazırlarken, ikinci çıkık uzun yürüyüş sonrası ayak bileği burkulması, üçüncü çıkık ise yürüyüş sonrası merdiven çıkarken gerçekleşmiştir.

Her ne kadar Pouwels ve ark.^[12] myastenik hastalarda kırık riskinin artmadığını tespit etmiş olsalar da, kas güçsüzlüğü nedeniyle tekrarlayan travmalar ve düşmeler sonucunda myastenia gravisli hastada çıkık riskinin artmış olabileceği kanaatindeyiz. Hastamızda makroskopik olarak kalça eklemine anterioründe plikasyon gerektirecek kadar gevşekliğin olduğu, ayrıca labrumun küçük bir avulse fragmanla beraber ayrıldığını saptadık. Hastanın kapsül stabilitenin kaybolması nedeni ile redukte edilemeyen çıkığını labrumun tamirine ilave olarak kapsülün plikasyonu ile yakın takiplerinde başarılı olarak tedavi edebildiğimizi düşünüyoruz.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Altay M, Yağmurlu F, Heybeli M, Muratlı HH, Tabak Y, Biçimoğlu A. Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation: a case report. Acta Orthop Traumatol Turc 2003;37:182-6. [Article in Turkish]
2. Azar N, Yalçinkaya M, Akman YE, Uzümcügil O, Kabuğuoğlu YS. Asymmetric bilateral traumatic dislocation of the hip joint: a case report. Eklem Hastalık Cerrahisi 2010;21:118-21. [Article in Turkish]
3. Graham B, Lapp RA. Recurrent posttraumatic dislocation of the hip. A report of two cases and review of the literature. Clin Orthop Relat Res 1990;256:115-9.
4. Scudese VA. Traumatic anterior hip redislocation. A case report. Clin Orthop Relat Res 1972;88:60-3.
5. Dall D, Macnab I, Gross A. Recurrent anterior dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Am 1970;52:574-6.
6. Shigenobu T, Yasunaga Y, Omoto O, Ikuta Y, Kido K. Recurrent anterior dislocation of the hip joint--a case report. Acta Orthop Scand 2000;71:422-4.
7. Guyer B, Levinsohn EM. Recurrent anterior dislocation of the hip: case report with arthrographic findings. Skeletal Radiol 1983;10:262-4.
8. Epstein DM, Rose DJ, Philippon MJ. Arthroscopic management of recurrent low-energy anterior hip dislocation in a dancer: a case report and review of literature. Am J Sports Med 2010;38:1250-4.
9. Schweitzer D, Breyer JM, Córdova M, Fica G. Recurrent anterior dislocation of the hip. A case report. J Bone Joint Surg Am 2004;86-A:581-3.
10. Donald B, Howard S, Howard JF. Disorders of The Neu-

- romuscular Transmission. In: Bradley WG, Darof RB, Fenichel GM, Marsden CV, editors. Neurology in Clinical Practice. Boston: Butterworth Heinemann Company; 2000. p. 2167-85.
11. Thompson VP, Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip; a survey of two hundred and four cases covering a period of twenty-one years. J Bone Joint Surg Am 1951;33-A:746-78.
 12. Pouwels S, de Boer A, Javaid MK, Hilton-Jones D, Verschuuren J, Cooper C, et al. Fracture rate in patients with myasthenia gravis: the general practice research database. Osteoporos Int 2013;24:467-76.

YAZARIN ÇEVİRİSİ