

Bir Eğitim Hastanesinde Çocuk Hekimlerinin Gelişimsel Kalça Displazisi ile İlgili Bilgi Düzeyleri

The Knowledge of Pediatricians About Developmental Hip Dysplasia in a Training Hospital

Nihan Uygur Külcü, Mehmet Mufit Orak*, Nelgin Gerenli, Erdal Sarı, Aysu Say

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İstanbul, Türkiye



Öz

Giriş: Kalçanın en sık rastlanan doğumsal patolojisi olan gelişimsel kalça displazisi (GKD) erken tanı ve tedaviyle tamamen iyileştirilebilir. Erken tanı ve tedavi, sağlık çalışanlarının konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmasıyla sağlanabilir. Çalışmamızda, bir eğitim hastanesinde görev yapan çocuk hekimlerinin GKD hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli çocuk hekimlerinin GKD hakkında etiyopatogenez, risk faktörleri, fizik muayene, tanı ve tedaviyle ilgili çoktan seçmeli sorulardan oluşturulmuş anket formunu yanıtlaması istendi. İstatistiki değerlendirme için NCSS 2007® USA paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 39 asistan, 21 uzman toplam 60 çocuk hekimi katıldı. Ailede GKD varlığı, kundaklama, makat geliş, kız cinsiyet ve oligohidramnios hekimlerin ≥ 70 'inin bildiği risk faktörleriydi. Metatarsus adduktus, Larsen sendromu ve konjenital diz çıkığı en az oranda (≤ 10) bilinen risk faktörleriydi. Asistan ve uzman hekimler arasında risk faktörlerinden tortikollis, çoğul gebelik, birinci bebek, metatarsus adduktus'un bilinme oranlarında istatistiksel anlamlı ($p < 0,05$) fark saptandı. GKD tanısında uzman hekimler fizik muayene ve direkt grafi gibi konvansiyonel yöntemleri, asistan hekimler ise bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi ileri görüntüleme yöntemleri seçme eğilimindeydi. Uzman hekimlerden anlamlı farklı olarak asistan hekimlerin %30,7'si asetabulum gelişiminde femur başı mekanik uyarısı dışındaki faktörleri en önemli etmen olarak düşünmekteydi ($p < 0,05$). Asistanlık süresi, uzmanlık süresi ve çocuk sahibi olma ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: Çocuk hekimlerinin GKD hakkında mevcut bilgi düzeylerinin artırılması ve güncellenmesi GKD'yi önleme, tanı ve tedavide başarı oranlarını artıracaktır.

Anahtar kelimeler

Gelişimsel kalça displazisi, çocuk, pediatrist

Keywords

Developmental dysplasia of hip, child, pediatrician

Geliş Tarihi/Received : 02.07.2014

Kabul Tarihi/Accepted : 17.02.2015

DOI:10.4274/jcp.37029

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:
Dr. Nihan Uygur Külcü, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 216 391 06 80
E-posta: nihanped@hotmail.com

© Güncel Pediatri Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
© The Journal of Current Pediatrics, published by Galenos Publishing.

Abstract

Introduction: Developmental dysplasia of the hip (DDH) is the most common hip pathology which can be prevented with early diagnosis and treatment. Prevention, early diagnosis and treatment can be achieved if health professionals are endowed with adequate knowledge. Here, we aimed to evaluate the knowledge level of pediatric trainees and specialists in an education and training hospital and to review the up-to-date information about DDH.

Materials and Methods: A multiple choice questionnaire about etiopathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment of DDH was answered by the pediatric trainees and specialists in Zeynep Kamil Maternity and Children Education and Training Hospital, İstanbul. NCSS 2007®, USA Software Program is used for statistical analysis.

Results: Thirty-nine pediatric residents and twenty-one pediatric specialists were enrolled to the study. Person with DDH in the family, swaddling, breech presentation, female gender, oligohydroamnios were risk factors known with rate $\geq 70\%$. Metatarsus adductus, Larsen syndrome, congenital knee dislocation were the least known risk factors ($\leq 10\%$). The recognition rates of residents and specialist about torticollis, multiple gestation, first born baby and metatarsus adductus as risk factors were statistically different ($p < 0.05$). For the diagnosis of DDH, specialist tended to use conventional methods like physical examination and direct radiographs while residents chose computerized tomography and magnetic resonance imagining. Pediatric residents thought cigarette smoking (48.7%) and factors other than mechanic pressure of femoral head for the acetabular development (30.7%) as most responsible factors ($p < 0.05$). There was no relationship between duration of residency, duration of being specialists, bearing children and knowledge about DDH.

Conclusions: The actual knowledge of pediatricians about DDH should be improved and updated for the success of prevention, diagnosis and treatment of DDH.

Giriş

Gelişimsel kalça displazisi (GKD), en sık görülen doğumsal kalça patolojisidir. Başlangıçtaki patoloji, kalça ekleminde femur başının asetabulumdan çıkması ve yer değiştirmesine sebep olan anormal gevşekliliktir. Femur başının yerinden çıkması veya sürekli subluksasyonu, zaman içinde asetabulumda kalıcı değişikliklere sebep olur. Tedavi edilmezse, kalıcı sakatlığa ve dejeneratif eklem bozukluğuna yol açar. 1988 yılında “Doğumsal Kalça Çıkkığı” ifadesi yerine, tüm dünyada çocuk hekimleri ve ortopedistleri tarafından kabul gören “Gelişimsel Kalça Displazisi” terimi kullanılmaya başlanılmıştır (1).

Dünyada, genel olarak GKD insidansı %0,1- >%10 arasında değişmektedir. Asya’da Hindistan, Çin’de Avusturalya ve çoğu Afrika ülkesinde düşük prevalans görülürken, Yunanistan, İtalya, Slovakya ve Polonya’da daha yüksek prevalans saptanır. GKD’nin Türkiye’de görülme sıklığı, 1,000 canlı doğumda yaklaşık 5-15 arasında olduğu öngörülmektedir (2).

Bilinen risk faktörlerinin sorgulanması, fizik bakı ve radyolojik incelemeler, GKD tanısı için kullanılan ana öğelerdir. Erken tanı ve uygun tedavi ile GKD, sekelsiz olarak iyileştirilebilmektedir.

Sağlık çalışanlarının GKD tarama ve uygun tanı hakkındaki yetersiz farkındalıkları, tanıda ve tedavide gecikmeye, hatta bazı olgularda komplikasyon ve sakatlıklara yol açmaktadır. Bu çalışmada, bir eğitim hastanesindeki çocuk hekimlerinin, GKD ile ilgili bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını belirlemek ve GKD hakkında güncel bilgileri gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan pediatri uzman ve

asistanları çalışma evrenini oluşturdu. GKD konusunda etiyopatogenez, risk faktörleri, fizik muayene, tanı ve tedaviyle ilgili soruları içeren bir anket formu (Şekil 1) kullanıldı. Bu anket formu, gönüllü pediatri hekimlerine verilerek, bağımsız olarak doldurulması istendi. Anketlere katılımcının kimliğini belirtecek herhangi bir işaret konulmadı. Anketler kapalı kutuya atılmak suretiyle biriktirildi.

İstatistiki değerlendirme için NCSS 2007 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra, gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi, ANOVA ve Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde, %95 güven aralığında değerlendirildi. Parametrik test uygulanan değişkenler için, ortalama \pm standart sapma değerleri verildi.

Bulgular

Çalışmaya 39 asistan, 21 uzman olmak üzere, toplam 60 çocuk hekimi katıldı. Kadın/erkek oranı 3/1, ortalama yaş $32,23 \pm 8,47$ (24-61 yıl) yıl, ortalama hekimlik tecrübesi $7,93 \pm 8,66$ (1-36 yıl) yıl idi. Sırasıyla, asistan ve uzman hekimlerin yaş ortalaması $28,62 \pm 5,17$ yıl ve $38,95 \pm 9,38$ yıl iken, hekimlik kıdemi $4,05 \pm 4,69$ yıl ve $15,14 \pm 9,78$ yıldır ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan uzman ve asistan hekimlerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, hekimlik tecrübesi) Tablo 1’de sunulmuştur. Üç hekimin ailesinde GKD’li birey bulunmaktaydı. GKD’nin, kalçanın değişik düzeyde etkilendiği ilerleyici bir durum olduğu %78 oranında biliniyordu. GKD etiyolojisinde, genetik hastalıklar ($n=1$), intrauterin sıkışma ($n=2$), toplumsal alışkanlıklar ($n=6$), annenin sigara kullanımı ($n=38$), annenin hormonlarının ($n=13$) suçlanan faktörlerden

Şekil 1. Gelişimsel kalça displazisi anket formu (Doğru yanıtlar italik yazılmıştır)**GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ (GKD) DEĞERLENDİRME TESTİ**

1. Aşağıdakilerden hangisi GKD için doğrudur?

Yaşlı annelerin GKD'li bebek sahibi olma ihtimali fazladır.

Hastalıklı bebeklerin tümü çıkık kalça ile doğarlar.

GKD kalçanın değişik derecede etkilendiği ilerleyici bir hastalıktır.

Erkek bebeklerde daha sık görülür.

Sigara içen annelerin GKD'li bebek sahibi olma riski artar.

2. Aşağıdakilerden hangisi GKD etiolojisinde suçlanan faktörlerden değildir?

Genetik hastalıklar,

İntrauterin sıkışma,

Toplumsal alışkanlıklar,

Annenin sigara kullanımı,

Annenin hormonları,

3. Asetabulumun normal gelişiminde en önemli faktör hangisidir?

Her bebeğe bandaj uygulanması,

Asetabulumun yerleşik femur başının mekanik uyarısı,

Bebekte anne sütü ve D vitamini alımının teşviki,

Kundak ile bacakların belirli bir pozisyonda tutulması,

Alt ekstremitte dizilim bozukluklarının çözülmesi,

4. Aşağıdakilerden hangisi GKD'li bebekte çıkık kalçanın fizik muayene bulgusu değildir?

Barlow bulgusu,

Abdüksiyon kısıtlılığı,

Ortolani bulgusu,

Bacak uzunluk farkı,

Cetvel bulgusu,

5. Ülkemizde her yıl ne kadar GKD'li yenidoğan doğmaktadır?

4-5 bin/yıl,

8-10 bin/yıl,

15-18 bin/yıl,

20-25 bin/yıl,

Öngörülememektedir,

6. GKD tanısı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi en doğrudur?

Fizik muayene en güvenilir tanı yöntemidir.

Direkt grafiler her yaşta tanı kullanılabilir.

Kalça bilgisayarlı tomografisi düz kalça grafileri yerine kullanılabilir.

Tanıda zorlanılan hastalarda artrografi gereklidir.

MRG en etkin tanı aracıdır.

7. Kalçanın USG ile görüntülenmesinde ideal yaş hangisidir?

0-7 gün.

4-6 hafta.

0-16 hafta.

2-6 ay.

Her yaşta uygulanabilir.

8. "İdeal olan GKD tedavisinin en erken yaşta yapılmasıdır" yaklaşımının gerekçesi aşağıdakilerden hangisidir?

Bebegin yaşı ilerledikçe alçı tedavisine bağlı yürüme yaşı gecikir.

Bebegin yaşı ilerledikçe tedavi sürecinde alınan ışıma artar.

Bebegin yaşı ilerledikçe tedavi maliyeti artar.

Bebegin yaşı ilerledikçe patolojik anatomideki bozulma artar.

Bebegin yaşı ilerledikçe klinik bulgular silikleşir ve tanı zorlaşır.

Şekil 1'in devamı. Gelişimsel kalça displazisi anket formu (Doğru yanıtlar italik yazılmıştır)**GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ (GKD) DEĞERLENDİRME TESTİ**

9. Kalça USG'sinin GKD taramasında kullanımında en önemli dezavantajı aşağıdakilerden hangisidir?

Pahalı olması.

Bazı hastalarda yetersiz kalması.

Yapanın yorumuna bağlı değerlendirme sorunları.

Fazladan takip ve tedaviye sebep olması.

Tedavi takibinde yetersiz kalması.

10. GKD tedavisi zamanlaması için en doğru ifade hangisidir?

Doğumdan sonraki haftada saptanan az gelişmiş kalçalar derhal tedavi edilmelidir.

2 yaş sonrası tanı, geç tanı olarak isimlendirilir ve kalça tedavi edilemez.

Hayatın ilk 2-3 ayı tanı ve tedavinin en etkin olduğu dönemdir.

Erken tanı sonrası ilk tedavi çift ara bezidir.

USG'de normal olmayan tüm kalçalar tedavi edilmelidir.

11. GKD'nin bireysel ve toplumsal (sosyoekonomik) etkilerini en aza indirmek için hangi metodu tercih edersiniz?

Ailelerin bilgilendirilmesi.

Sağlık personelinin bilgilendirilmesi.

Tüm yenidoğanlara kalça USG'si yapılması (Evrensel tarama).

GKD açısından riskli tüm bebeklere kalça USG'si yapılması (Seçici tarama).

Tüm yenidoğanların çift ara bezi kullanması.

12. Aşağıdaki seçeneklerden hangileri GKD açısından risk faktörüdür? (Seçeneklerden bir kısmı risk faktörü iken bir kısmı değildir.)

Lütfen risk faktörü olduğunu düşündüğünüz birden çok seçeneğe işaret koyunuz)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prematürite | <input checked="" type="checkbox"/> Birinci bebek |
| <input type="checkbox"/> Düşük doğum tartısı | <input type="checkbox"/> Annenin sigara kullanması-Alkol ve madde |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kundak kullanımı | <input type="checkbox"/> İleri baba yaşı |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kız cinsiyet | <input checked="" type="checkbox"/> Ailede kalça çıkığı olması |
| <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek doğum tartısı | <input type="checkbox"/> Postmatürite |
| <input type="checkbox"/> Sezaryen doğum | <input checked="" type="checkbox"/> Makat prezentasyon |
| <input type="checkbox"/> İleri anne yaşı | <input checked="" type="checkbox"/> Oligohidramnios |
| <input checked="" type="checkbox"/> Çoğul gebelik | <input type="checkbox"/> Brakial pleksus felci |
| <input type="checkbox"/> Pesekinovarus-PEV | <input checked="" type="checkbox"/> Larsen sendromu |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tortikollis | <input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfekta |
| <input checked="" type="checkbox"/> Metatarsus adduktus | <input type="checkbox"/> Konjenital düztabanlık |
| <input type="checkbox"/> Hemihipertrofi | <input checked="" type="checkbox"/> Konjenital diz çıkığı |
| <input type="checkbox"/> Konjenital skolyoz | <input checked="" type="checkbox"/> Nöromusküler patolojiler |

GKD: Gelişimsel kalça displazisi, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, USG: Ultrasonografi

olmadığı düşünülmekteydi. Uzman hekimlerden anlamlı farklı olarak, asistan hekimlerin %48,7'si, anne sigara kullanımının GKD için suçlanan faktör olduğu yanıtını vermişti. Asetabulum yerleşik femur başı basısının, asetabulum gelişiminde en önemli faktör olduğu %80 oranında bilinmekteydi. Uzman hekimlerden anlamlı farklı olarak, asistan hekimlerin %30,7'si asetabulum gelişiminde femur başı mekanik uyarısı dışındaki faktörleri, en önemli etmen olarak düşünmekteydi. Anne sütü ve D vitamini alımı (n=7), kundaklama (n=3) ve alt ekstremitte dizilim bozuklukları (n=2), asetabulum gelişiminde en önemli faktör olarak düşünülmekteydi.

Ailede GKD varlığı, kundaklama, makat geliş, kız cinsiyet ve oligohidroamnios, hekimlerin %70'den fazlasının bildiği risk faktörleriydi. Diğer risk faktörlerinden metatarsus adduktus, Larsen sendromu ve konjenital diz çıkığı en az oranda (%10'dan az) bilinmekteydi. Asistan ve uzman hekimler arasında, tortikollis, çoğul gebelik, birinci bebek, metatarsus adduktus'un bilinme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05) fark saptandı (Tablo 2). Hekimlerce GKD için risk faktörü olduğu düşünülen haller Tablo 3'te sunulmuştur.

Direkt grafilerin, GKD tanısında her yaşta kullanılabilmesi bilinmekteydi. Tanıda istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmasa da, uzman hekimler fizik muayene ve direkt grafi gibi konvansiyonel yöntemleri; asistan hekimler ise, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi ileri görüntüleme yöntemlerini seçme eğilimindeydi. Kalçanın ultrasonografi (USG) ile ideal olarak 4-6 hafta arasında görüntülenebileceği, %71,7 oranında kabul edilmekteydi.

Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri

Katılımcı sayısı (n=60)	39 asistan hekim	21 uzman hekim
Cinsiyet	45 kadın	15 erkek
Ortalama yaş	32,23±8,47 yıl (24-61 yıl)	
	Asistan hekim	28,62±5,17 yıl
	Uzman hekim	38,95±9,38 yıl
Ortalama hekimlik tecrübesi	7,93±8,66 yıl (1-36yıl)	
	Asistan hekim	4,05±4,69 yıl
	Uzman hekim	15,14±9,78 yıl
Mesleki tecrübe		
Asistan hekim	2 yıldan az	%54
	2-3 yıl	%38,4
	3 yıldan çok	%7,6
Uzman hekim	5 yıldan az	%33,3
	5-10 yıl	%33,3
	10 yıldan fazla	%33,4

Bebeğin yaşının büyümesi ile kalça patolojik anatomisindeki ilerleyici bozulmaya bağlı olarak, GKD tedavisinin güçleşeceği ve bu sebeple, GKD tedavisinde istenilenin, en erken yaşta tedavi olduğu benimsenmekteydi (%86,7).

Kalça USG'nin GKD taramasında kullanım dezavantajının, fazladan takip ve tedaviye sebep olması değil, yüksek oranda (%83,3) yapının yorumuna bağlı değerlendirme sorunları olduğu düşünülmekteydi. GKD'nin bireysel ve toplumsal etkilerini, en aza indirmek için, %63,3 oranında tüm yenidoğanlara kalça USG yapılmasının, en etkili yöntem olduğu bilinmekteydi. Asistanlık süresi, uzmanlık süresi ve çocuk sahibi olma ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktaydı (p>0,05).

Tartışma

Genetik ve çevresel faktörler, GKD gelişiminde rol oynamaktadır. Dünyanın bazı bölgelerinde GKD'ye daha fazla rastlanılmaktadır. Bebeklerin kalçalarının abduksiyon pozisyonunda taşındığı bölgelerde GKD insidansı düşük iken, kalçanın ekstansiyonda tutulduğu bölgelerde insidans yüksektir (3,4).

Ülkemizde yapılan önemli iki çalışmaya göre, görülme sıklığı %1,49 ile %1,34 arasında değişmekle birlikte (5,6), tüm yenidoğan kalçalarının USG değerlendirilmesi ile yapılmış gerçek bir insidans yoktur (7). Songür ve ark. (8), 2011 yılında Türkiye'nin

Tablo 2. Gelişimsel kalça displazisi risk faktörlerinin genel, asistan ve uzman hekimlerce bilinme oranları

Risk faktörleri	Genel bilinme oranı % (n)	Asistan hekimlerce bilinme oranı (%)	Uzman hekimlerce bilinme oranı (%)	p
Ailede GKD varlığı	%95 (n=57)	97,4	90,5	0,238
Kundaklama	%85 (n=51)	79,5	95,2	0,103
Makat geliş	%80 (n=48)	74,4	90,5	0,137
Kız cinsiyet	%70 (n=42)	64,1	81	0,174
Oligohidroamnios	%70 (n=42)	-	-	-
Çoğul gebelik	%61,7 (n=37)	51,3	81	0,024
Nöromusküler patolojiler	%43,3 (n=26)	38,5	52,4	0,299
Birinci bebek	%26,7 (n=16)	15,4	47,6	0,007
Tortikollis	%23,3 (n=14)	10,3	47,6	0,001
Yüksek doğum tartısı	%16,7 (n=10)	15,4	19	0,717
Metatarsus adduktus	%10 (n=6)	0	28,6	0,0001
Konjenital diz çıkığı	%10 (n=6)	5,1	19	0,086
Larsen sendromu	%6,7 (n=4)	2,6	14,3	0,083

GKD: Gelişimsel kalça displazisi

farklı bölgelerdeki 23 şehirde yaşayan, yaşları 6 ay-14 yaş olan çocuklara ait 4,947 pelvik radyografileri incelemiştir ve kalça dislokasyon ve subluksasyon prevalansının binde 5,9 olduğunu saptamışlardır.

Ülkemizde, kültürel kaynaklı kundaklamak, yenidoğanın ayaklarından tutularak baş aşağı sarkıtılması, bebeğin bacakları düzgün olsun diye kalça ve dizlerin ekstansiyona alınmaya çalışılması veya bebeğin sıkı giydirilmesi gibi olumsuz uygulamalar nedenleriyle, GKD görülme sıklığının daha fazla olduğu düşünülmektedir (2). Kundaklama ile GKD gelişimi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bacak hamstring kasları ve iliopsoas kasının gerilmesi, kalça çıkığına sebep olabilir (9).

GKD için risk faktörleri arasında, ailede GKD varlığı, ilk doğan bebek olma, oligohidroamnios, makat prezentasyon, yenidoğan pes kalkaneovalgus veya tortikollis gibi, intrauterin duruş bozuklukları sayılabilir. Annenin gerilmemiş uterusu ve sıkı abdominal yapılarının etkisiyle, ilk doğan bebeklerde, sonraki bebeklere oranla GKD iki kat daha sık izlenir (3).

Kız fetüslerin ürettikleri östrojenler, ligamentlerde gevşekliğe sebep olmaktadır. Bu sebeple, GKD erkeklere oranla kızlarda 6 kat daha fazla izlenir. Yüzde 60 oranında sol kalça, %20 sağ kalça ve %20 oranında her iki kalçada etkilenme olur (10). Sol kalçanın daha fazla etkilenmesi, intrauterin en sık sol occiput anterior pozisyonunda bulunan fetüsün kalçasının, annenin

lumbosakral omurgasına karşı adduksiyonda olması sebebiyledir (3).

GKD için en uygun tanı ve tedavi dönemi, yenidoğan dönemidir. Yenidoğan döneminde kalçaların fizik bakışı, GKD tanısında altın standart olarak düşünülmesine karşın, kesin tanı için kalça USG'si, dünyada yaygın olarak kabul gören ve kullanılan yöntemdir. Çalışmamızda kalçanın USG ile ideal olarak, 4-6 hafta arasında görüntülenebileceği %71,7 oranında kabul edilmektedir.

Radyolojik tanıda, yaşamın özellikle ilk 6 ayında kalça USG'si altın standarttır. USG, X-ışını içermediğinden, büyümekte olan çocuğa zarar vermez. Ayrıca, hızlı ve kesin tanıya ulaştırması, USG'nin tanıda tercih sebebidir. USG hala pahalı bir yöntemdir ve son derece hassas olduğu için, fazladan tedaviye neden olabilmektedir. Çalışmamızda, kalça USG'sinin GKD taramasında kullanım dezavantajının, fazladan takip ve tedaviye sebep olması değil, yüksek oranda (%83,3) yapının yorumuna bağlı değerlendirme sorunu olduğu düşünülmektedir. Kalça USG tekniğinde esas olan standart plan görüntüsü, değerlendirmeyi yapının yorumuna bağlı hataları azaltır. Ön-arka pelvis grafisi, altı aydan daha sonraki dönemde tanı ve izlemde önemlidir. GKD'de artrografi, BT veya MRG, invaziv girişim ve anestezi gerektirmesi nedeniyle, birincil tanı yöntemi değildir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulamasak da, çocuk uzmanlarının tanıda, fizik muayene ve kalça grafilerini tercih ettiklerini; asistanların ise, BT ve MRG gibi çağımızda sık kullanılan görüntüleme yöntemlerinin daha öncelikle kullanılması gerektiğini düşündüklerini saptadık.

GKD tedavisinde çift ara bezi uygulamasının yeri yoktur. İlk 6 ayda kalçayı abduksiyon ve fleksiyonda tutan dinamik yöntem (pavlik bandajı uygulaması, pavlik yöntemi) veya statik ortezlerle (Ilfeld-Craig ve von Rosen ortezleri) tedavi yapılır. Altı aydan sonra, genel anestezi gerektiren kapalı veya açık redüksiyon tercih edilir (2).

Yenidoğan döneminde, tanı konulmuş GKD'lerinde, erken tedavilerle cerrahi girişim gerekliliği ileri derecede azaltılmıştır. Zamanında tedavi edilmemiş GKD, dejeneratif değişikliklere sebep olarak, genç erişkinlikte tüm kalça replasmanını gerektirebilmektedir. Norveç Artroplasti kayıtlarına göre, 40 yaş öncesi tüm kalça replasmanı yapılan 4 olgudan birinde sebep GKD'dir (11).

Tablo 3. Gelişimsel kalça displazisi için risk faktörü olduğu düşünülen durumlar

GKD için risk faktörü olduğu düşünülen haller	%
Prematürite	70
Pes ekinovarus	50
İleri anne yaşı	31,7
Anne sigara/alkol/madde kullanımı	28,3
Düşük doğum tartısı	25
Postmatürite	21,7
Konjenital skolyoz	18,3
Sezaryen doğum	11,7
Osteogenesis imperfecta	8,3
Konjenital düztabanlık	8,3
İleri baba yaşı	1,7
Brakial pleksus felci	1,7

GKD: Gelişimsel kalça displazisi

Uygun tedavi edilmediğinde GKD'li bireyler, toplumda toplam sağlıklı yaşam günü ortalamasının düşmesine, sosyal güvenlik kurumu yükünün artmasına ve ciddi iş gücü kayıplarına neden olmaktadır. Çalışmamıza katılan hekimlerin %86,7'si, bebeğin yaşının büyümesi ile kalça patolojik anatomisindeki ilerleyici bozulmaya bağlı olarak, GKD tedavisinin güçleşeceğini; bu sebeple, GKD tedavisinde istenilenin, en erken yaşta tedavi olduğunu bilmekteydi.

Yenidoğan kalçası, GKD açısından iki yöntemle taranabilir: Evrensel taramada, tüm yenidoğan kalçaları yaşamın en geç ilk 4-6 haftasında USG olarak taranır. Seçici taramada ise, risk faktörü taşıyan ve/veya en az bir fizik bulgusu olan bebekler, yaşamlarının en geç ilk 4-6 haftasında USG olarak taranır (2).

Evrensel tarama, GKD'sini saptamada, tek başına klinik muayene veya yüksek riskli bebekleri inceleyen seçici taramaya göre daha yüksek duyarlılığa sahiptir. Bu sayede, geç dönem GKD cerrahi gereksiniminde 6-10 kat azalma sağlanır. Almanya'da evrensel tarama ile GKD'ye yönelik cerrahi girişim oranlarında %80 azalma sağlanmıştır (12). Çalışmamızda, çocuk hekimlerinin %63,3'ü GKD'nin bireysel ve toplumsal etkilerini en aza indirebilmek için, tüm yenidoğanlara kalça USG yapılmasının en etkili yöntem olduğunu benimsemekteydi.

Seçici tarama, yalancı pozitifliği ve gereksiz tedaviyi azaltır, fakat olgu atlama riski fazladır. Seçici taramanın etkinliği, anlamlı klinik bulgu ve risk faktörlerinin tanınmasına bağlıdır. GKD'li olguların %60'ında eşlik eden risk faktörü olmadığı akıld tutulmalıdır.

Her yenidoğanın USG ile tetkik edildiği evrensel tarama programlarının etkinliği gösterilmekle birlikte, bu uygulamanın maliyet etkinliği sorgulanmış ve tüm yenidoğanlar yerine, riskli grubun ileri görüntüleme yöntemleri ile seçici olarak değerlendirilmesinin daha maliyet-etkin olacağı bildirilmiştir (2).

Ülkemizde tarama programlarında ana sorun, ailelerin bebeklerinin kalça sağlığına yeteri kadar ilgi ve özen göstermemeleridir. Tosun ve ark. (13), 2010 yılında yaptıkları çalışmada, bebek refakatçileri ve ailelerin GKD ile ilgili bilgilendirilmelerine rağmen, Graf tip II kalça tespit edilen bebeklerin %92,7'sinin kontrol muayenesine getirilmediğini saptamışlardır. Çalışmanın yapıldığı bölgede bazı inançların değişmediği sonucunu çıkarmışlardır.

Uzel ve ark.(14), hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kalça displazisi hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmiş ve öğrencilerin GKD risk faktör ve korunma yöntemlerine yönelik bilgilerinin orta seviyede olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde GKD birincil ve ikincil korunmasında, sağlık çalışanlarına önemli görev düşmektedir. Biz de çalışmamızda, çocuk hekimliği ihtisası ve pratiğinde olan çocuk hekimlerimizin, GKD hakkında bilgilerinde bazı eksiklikler olduğunu saptadık.

Unutulmamalıdır ki, GKD önlenebilir bir durumdur. Toplumun GKD konusunda bilinçlendirilmesi, yenidoğanlarla karşılaşan sağlık çalışanlarının GKD konusunda eğitimi ve özellikle yenidoğan döneminde erken tanı ve doğru tedavinin sağlanması, başarıda anahtar bir rol oynamaktadır.

Sonuç olarak çocuk hekimlerinin, GKD hakkında mevcut bilgi düzeylerinin artırılması ve güncellenmesi, önleme, tanı ve tedavide başarı oranlarını artıracaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır, Hasta Onayı: Katılımcılar gönüllülük esasına dayanarak anket sorularını yanıtlamışlardır.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Anket çalışması olduğundan cerrahi/medikal uygulama yapılmamıştır, Konsept: Nihan Uygur Külcü, Mehmet Mufit Orak, Dizayn: Nihan Uygur Külcü, Mehmet Mufit Orak, Veri Toplama veya İşleme: Nihan Uygur Külcü, Nelgin Gerenli, Erdal Sarı, Analiz veya Yorumlama: Nihan Uygur Külcü, Erdal Sarı, Aysu Say, Literatür Arama: Nihan Uygur Külcü, Yazan: Nihan Uygur Külcü, Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Kaynaklar

1. Klisic PJ. Congenital dislocation of the hip: a misleading term: brief report. J Bone Joint Surg Br 1989;71:136.

2. <http://aile.tokathsm.gov.tr/Veriler/Mevzuat/Bilgi/Kitap/GelKalcaDisplazisiUlusalErkTaniTedaviProgrami.pdf>
3. Storer SK, Skaggs DL. Developmental dysplasia of the hip. *Am Family Physician* 2006;74:1310-6.
4. Witt C. Detecting developmental dysplasia of the hip. *Adv Neonatal Care* 2003;3:65-75.
5. Bayındır Ş, Tanış Z. Boş batın filmlerinde tesadüfen karşılaşılan doğuştan kalça çıkığı ve diğer kalça patolojileri. *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni* 1970;3:220-31.
6. Kutlu A, Memik R, Mutlu M, Kutlu R, Arslan A. Congenital dislocation of the hip and its relation to swaddling used in Turkey. *J Pediatr Orthop* 1992;12:598-602.
7. Bursalı A. Gelişimsel kalça displazisi ve koruyucu hekimlik. Temelli Y, Göksan SB (eds). *Gelişimsel Kalça Displazisi*. İstanbul: TOTBİD yayınları; 2007:8-15.
8. Songür M, Akel I, Karahan S, Kuzgun U, Tümer Y. Prevalence of untreated hip dislocation in Turkish children aged 6 months to 14 years. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2011;45:215-20.
9. Van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM, Kuis W, Schulpen TW, L'Hoir MP. Swaddling: a systematic review. *Pediatrics* 2007;120:1097-106.
10. Hennrikus WL. Developmental dysplasia of the hip: diagnosis and treatment in children younger than 6 months. *Pediatr Ann* 1999;28:740-6.
11. Engesaeter I, Lehmann T, Laborie LB, Lie SA, Rosendahl K, Engesaeter LB. Total hip replacement in young adults with hip dysplasia: age at diagnosis, previous treatment, quality of life, and validation of diagnoses reported to the Norwegian Arthroplasty Register between 1987 and 2007. *Acta Orthop* 2011;82:149-54.
12. Von Kries R, Ihme N, Oberle D, Lorani A, Stark R, Altenhofen L, et al. Effect of ultrasound screening on the rate of first operative procedures for developmental hip dysplasia in Germany. *Lancet* 2003;362:1883-7.
13. Tosun HB, Bulut M, Karakurt L, Belhan O, Serbest S. Gelişimsel kalça displazisi taraması için yapılan kalça ultrasonografisi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2010;15:178-84.
14. Uzel M, Ergün UG, Celik M, Ekerbiçer H, Cetinus E, Karaoğuz A. Knowledge and attitude of nursing and midwifery college students on developmental dysplasia of the hip. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2006;40:377-83.