

DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĐININ KONSERVATİF TEDAVİSİNDE GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Dr. Muzaffer AYKURT (x)

Dr. Ataman TOMRUK (xx)

I. ÖZET

1966-1974 yılları arasında kliniğimize başvuran ve konservatif olarak tedavi gören 24 DKÇ'li hastanın tedavi komplikasyonları incelendi.

2. Giriş

Modern tıbbın bütün imkânlarına rağmen bugün Doğuştan Kalça Çıkığı (DKÇ) tedavisi ortopedik cerrahinin problemi olmakta devam etmektedir. İlk defa 1895 yılında Adolf Lorenz tarafından tarif edilen konservatif tedavi metodu bazı küçük modifikasyonlar geçirerek günümüze kadar ulaşmıştır. Bu metolla tedavi esnasında bazı komplikasyonlar görülmektedir. Fakat bunlar kalite ve kantite yönünden önemli olmayıp metodun değerini azaltmaktadır. Bu yazımızda kliniğimizde konservatif olarak tedavi gören DKÇ'li vak'alarda gördüğümüz komplikasyonları takdim ediyoruz.

3. Materyal ve Metod

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji KliniĐine Şubat 1966-Ocak 1973 yılları arasında baş

vurulan doğuştan kalça çıkığı olan 118 hastadan 36 sına kapalı redüksiyon ile konservatif tedavi uygulanmış ve bunlardan takip edilebilen 24 hastanın 37 kalçası incelenmiştir. Takip süremiz en az 8 ay en fazla 7 yıldır. Vak'alarımızdan 8 tanesi erkek, 16 tanesi kızdır. Tedaviye alınan hastaların en küçüğü 15 günlük, en büyüğü 24 aylık olup, II'ihne unilateral, 13'ünde bilateral DKÇ tesbit edilmiştir. Bu 37 kalça radyolojik muayeneye dayanılarak 7 luksasyonsuz kalça displasia'sı, 4 sublukasyon ve 26 lukasyon olarak tesbit edilmiştir.

Tedavi metodu olarak poliklinikten takip ettiğimiz 3 luksasyonsuz kalça displasia'larında hasta poliklinikten apış arasına bol ara bezi konarak tedavi edilmiştir. Luksasyonlu ve sublukasyonlu vak'alar servise yatırılarak Putti'nin modifiye ettiği şekliyle Lorenz metoduyla tedavi edilmiştir.

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji KliniĐi Öğretim Görevlisi.

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji KliniĐi Asistanı.

Premanipulatif olarak 14 kalçaya cilt traksiyonu, 16 kalçaya iskelet traksiyonu yapılmıştır. Traksiyon ortalama, 3,5 kg. ağırlıkla 23 gün süre ile yapılmıştır. Vak'alarımızdan 19 kalçaya adduktor tenotomi yapılmıştır.

4. Bulgular:

Tedavi ettiğimiz 24 DKÇ'lı hastadan 3 tanesinre hasta abduction cihazında iken düşmüş ve suprakondiler femur kırığı meydana gelmiştir. Tek taraflı DKÇ'lı olan 1 hastamızda caput femoriste avasküler nekroz görülmüştür.

Bilateral DKÇ'lı olan bir hastamızda iskelet traksiyonu yapılan sağ tibia proximalinde 1 yıl sonra kronik osteomyelitis tesbit edilmiştir. Tek taraflı DKÇ olan bir hastamızda iskelet traksiyonu yapılırken teknik hata nedeniyle Kirschner teli sadece ciltten geçmiş ve bu vak'ada yüzeysel enfeksiyon gelişmiştir.

Tablo: 1- DKÇ. Konservatif Tedavi Komplikasyonları

Caput Femoriste Avasküler Nekroz	1	Kalça
Suprakondiller Femur kırığı	3	''
Derin Enfeksiyon (Tibia kr. Osteomyelitis)	1	''
Yüzeysel Enfeksiyon	1	''

5. Tatışma

Bugün artık DKÇ'nın her türlü tedavisinde premanipulatif traksiyonun caput femoris'teki avasküler nekroz komplikasyonunu azalttığı kabul edilmiş, bir husustur. Traksiyon 1 yaşından önce lukse ve sublukse kalçalarda ge-

nellikle cilt traksiyonu şeklinde bir yaşından sonra tibia proksimalinden iskelet traksiyonu şeklinde yapılmalıdır. Traksiyonun yeterliliği radyolojik kontrollerle takip edilir. Femur proksimal metafizinin medial köşesi Hilgenreiner çizgisi altına ininceye kadar devamedilir. Bu süreyi tahmin etmek güç olmakla beraber birçok çalışmanın sonucu bu sürenin ortalama 21 gün olduğu göstermektedir (1, 4, 5, 6, 7, 9, 10). Bizim çalışmamızda ortalama traksiyon süresi 23 gün olarak bulunmuştur. Hoyt ve arkadaşları 276 vak'a üzerinde yaptıkları çalışmada premanipulatif olarak 0-6 gün traksiyon yapılan vak'alarda % 43 oranında 21-27 gün traksiyon yapılan vak'alarda % 6 oranında caput femoriste avasküler nekroz komplikasyonuna rastlanışlardır (6).

Tedavi sonrası caput femoriste görülebilen avasküler nekroz komplikasyonunda etkili bir hususta premanipulatif adduktor tenotomidir (3, 4, 5, 11.).

Nicholson ve arkadaşları (1954) postmortem olarak frog-leg pozisyonunda arteriografi ile kalça eklemine medial ve laterel circumfleks arterlerinin iyi dolmadığını, adduktor tenotomi yapıldıktan sonra sirkülasyonun düzeldiğini göstermişlerdir (3). Bu çalışmadan sonra DKÇ'de adduktor tenotomi rutin hale getirilmiş, bazıları da frog-leg pozisyonunu modifiye ederek kalça fleksiyonunu 70° abduksiyonunu 50 dereceye indirerek caput femoriste görülmesi muhtemel avasküler nekroz oranını azaltmaya çalışmışlardır (4)

Ferguson, Judet, Massie, caput femoriste avasküler nekroz oranını düşürmek için yaş ne olursa olsun primer

açık redüksiyon uygulamayı tavsiye etmektedirler. Gerekçe olarakta primer açık redüksiyon yapılan vak'alarda caput femoris'in tazyik altında kalmadan asetabulumu kolayca redükte edilebileceğini ve kalçanın fonksiyonel durumda tesbit edilebileceğini ileri sürmüşlerdir (3). Bizim bu konuda tecrübemiz yoktur. Vak'alarımızdan 1 kalça da tedaviye başlanmasından 6 ay sonra caput femoris'te avasküler nekroz görülmüştür. Bu vak'amızda Barlow testi müsbet olup, kolayca redükte edilebiliyordu. Abduksiyon sınırlanması yoktu. Hastaya premanipülatif 4 gün traksiyon uygulandı ve adduktor tenotomi yapılmadı. Caput femoriste avasküler nekroz komplikasyonunu traksiyonun az yapılmasına ve adduktor tenotomi yapılmamasına bağlıyoruz. Çalışmamızda caput femoris'te avasküler nekroz komplikasyonu oranı % 4 den daha aşağıdır ki, bunu uzun süre traksiyon ve adduktor tenotomi yapmamıza bağlıyoruz. Literatürde DKÇ konservatif tedavisinde görülen caput femoris'teki avasküler nekroz komplikasyonu oranı % 2 - % 75 arasında yazarına göre değişmektedir. Bu kadar farklı oranlar çıkmasının nedeni radyolojik muayenenin teknik özellikleri ve radyografilerin değerlendirilmesinde kullanılan kriterlerin çok ayrılıklar göstermesidir (2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11). Rastladığımız diğer komplikasyonlar; 3 hastamız abduksiyon ateli taşıdığı esnada düşmüş ve her üçünde de suprakondiller femur kırığı meydana gelmiştir. Bu kırıklar hastanın alçı tesbiti nedeniyle gelişen immobilizasyon osteoporozu ve atrofiye bağlı patolojik kırıklar olarak tanımlanabilir.

1 vak'amızdaki yüzeysel, 1 vak'a-

mızdaki derin (tibiaosteomyelitisi) enfeksiyon vak'amız profilaktik olarak antibiyotik kullanılmasına rağmen gelişmiştir. Bu durum iskelet traksiyonu uygulanmasında sterilizasyona daha dikkat etmemiz gerektiğini göstermektedir.

6. Sonuç :

Tedavi öncesi sublüksiyon ve lüksiyon olan vak'alarda premanipülatif olarak ortalama 3 hafta traksiyon ve adduktor tenotomi yapılmasının caput femoriste avasküler nekroz komplikasyonunu azaltacağı kanısındayız. İskelet traksiyonu uygulamasının sterilizasyon şartlarına çok dikkat ederek yapılması gereğine inanıyoruz.

SUMMARY

THE COMPLICATIONS OCCURRING IN THE CONSERVATIVE TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP.

In this article. The authors have reviewed the complications of conservative treatment of congenital dislocation of the hip in the patients admitted to hospital between 1966-74.

8. Literatür:

1. Cassuocio, C.: Long-term results of closed treatment of congenital dislocation of the hip, journal of and joint Surg. 55-B: 435, May, 1973.
2. Dolay, B. C.: Osteochondritis in congenital dislocation and sublüksiyon

- of the hip, *j. Bone and joint Surg.* 46-B: 198, 1964.
3. Ferguson, A. B.: Primary open reduction of congenital dislocation of the hip using a median adductor approach. *j. Bone and joint Surg.* 55-A. 671-769, June 1973.
 4. Gage, R. J.; Winter, B. R.: Avascular necrosis of the capital femoral epiphysis as complication of closed reduction of congenital dislocation of the hip, *j. Bone and joint Surg.* 54-A. 373, March 1972.
 5. Greshaw, A. H.: *Campbell's Operative Orthopedics*, Mosby Co., 5th ed., Vol: 2, St Luis, 1971, p. 1958.
 6. Hoyt, W. A. Veiner, D. S., O'Dell, H. W.: Congenital dislocation of the hip; An investigation into the efficacy of pre-manipulative traction-the prevention of aseptic necrosis of the hip, *j. Bone and joint Surg.* 54-A. p. 1799, Dec. 1972.
 7. Ponseti, V. I.: Non-Surgical treatment of congenital dislocation of the hip, *j. Bone and joint Surg.* 48-A, 1392, October 1966.
 8. Schwartz, D. R.: Acetabular development after reduction of congenital dislocation of the hip, *j. Bone and joint Surg.* 47-A: 705, June 1965.
 9. Somerville, E. W.: Results of treatment of 100 Congenitally dislocated hips, *j. Bone, and joint Surg.*, 49-B. 258-267, May 1947.
 10. Tiner, M., Önçağ, H., Sebik, A.: Doğuştan kalça çıkıklarında tedavi sonrası osteochondritis nedenleri, II. Türkiye Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi, İstanbul, 27-30 Mayıs 1971.
 11. Wilkinson, J. Carter, C.: Congenital dislocation of the hip, The result of conservative treatment, *j. Bone and joint Surg.* 42-B: 669, Nov. 1960.