

CENTRAL ACETABULAR KIRIKLARIN KONSERVATİF TEDAVİSİ ve SONUÇLARI

Dr. Muzaffer AYKURT (x)
Dr. Abdurrahman CANDEMİR (xx)
Dr. Mustafa ÖKTEN (xxx)

Ö Z E T

1973-1978 yılları arasında kliniğimizde konservatif metodla tedavi edilen 25 central acetabular kırıklı-çıkık olgusu incelendi. Tedavi sonuçları, literatürlerin ışığı altında tartışıldı.

G İ R İ Ş

Kalça eklemi, tüm vücudun ağırlığını taşıyan ve geniş bir hareket serbestisine sahip olan bir oynak olup, acetabulum da bu eklemün çatısını teşkil eden bölümdür.

Central acetabular kırıklı-çıkıklar, tüm travmatik kalça çıkaklarının % 10'unu teşkil ederler(5).

Bizim de benimsediğimiz, CARNESALE ve arkadaşlarının yaptıkları sınıflandırmaya göre central acetabular kırıklı-çıkıklar üç grupta toplanabilir(2):

I- Acetabulumun ağırlık taşıyan çatısı ile ilgili olmayan kırıklı-çıkık,

II- Acetabulumun ağırlık taşıyan çatısı ile ilgili kırıklı-çıkık,

III- Medial veya posterior subluksasyon ile birlikte acetabular bozulma.

Ağırlık taşıyan çatı ile ilgili olmayan kırıklı-çıkıklarda, superior acetabular çatı sağlamdır, bu da prognoza iyi yönde etkiler. İncisure acetabuliyi ilgilendiren bu tip kırıklı-çıkıklarda, femoral başın centrale displase olduğu, fakat acetabular çatıda relatif bir sağlamlık olduğu zaman çıkık başın redüksiyonu gerekir. Bu işlem daha çok, başlan-

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Doçenti ve Klinik Başkanı.

(xx) Aynı Kürsü Uzman Asistanı.

(xxx) Aynı Kürsü Uzman Asistanı.

gıçta vücut ağırlığının % 20'si kadar bir ağırlık asılarak yapılan iskelet traksiyonu ile başarılıdır. 24 saat içinde redüksiyon başarılı olmazsa, büyük trokanterden femur shaftına dik olarak gönderilen tirbuşonla sağlanan lateral traksiyon tedaviye eklenir. Femur başı, acetabular çatının altında uygun bir pozisyona gelince redüksiyon vücut ağırlığının % 5-10'u kadar bir ağırlıkla sürdürülen traksiyonla korunmalıdır. Matür bir granulasyon veya kırık doku oluşuncaya kadar traksiyona devam etmek gerek. Bu süre, 8-10 haftası traksiyonda olmak üzere, ekleme ağırlık yüklemekten geçecek 3-6 aydır(2,13).

Ağırlık taşıyan çatı kırığı ile beraber olan kırıklı-çıkık olgularında, fragmanlarda seperasyon yoksa kapalı redüksiyon iyi sonuç verir. Aksi halde, fragmanların açık redüksiyonu ve internal fiksasyonu gerekir.

Mediale veya posteriora subluksasyonla birlikte olan acetabular parçalanma olgularında, İskelet traksiyonu köklü bir fayda sağlamasa da, kırıkların toparlanması için yararlıdır.

Acetabular kırıklı-çıkıklar, en ucuz ve basit olan kapalı metoblarla tedavi edilebilirler (2,14). Ancak:

1- Femur başı, acetabulum içinde sıkışıp kapalı redüksiyon olanaksız hâle geldiğinde,

2- Femur başı, interpozisyonlar nedeniyle acetabulumun karşısına gelmiyorsa,

3- Fragmanlar, traksiyona rağmen deplase olarak kalırsa,

4- Başka kırıklar nedeni ile traksiyon imkânsız ise açık metodlarla tedavi endikedir.

Central acetabular kırıklı-çıkıkların tedavi sonu değerlendirilmesi; olgu semptomları, aktivite derecesi, eksternal desteğe ihtiyaç, kalça hareketleri ve eklem röntgen durumuna göre yapılır(2).

Central acetabular kırıklı-çıkıkların prognozu; acetabular çatının durumu, femoral başın uygunluğu ve redüksiyonu başarısı ile doğru orantılıdır.

Travmanın şiddetine bağlı olarak ortaya çıkabilecek en önemli komplikasyonlar; myositis ossifikans, infeksiyon, siyatik sinir injürileri, pelvis içi organlara ait komplikasyonlar. travmatik artrit, aseptik nekroz ve femur başı kırıkları olarak sıralanabilir.

Erken rehabilitasyon, mobilizasyonu hızlandırır. Trasiyon devam ederken izometrik kontraksiyonlarla birlikte yapılan aktif ve pasif egzersizler kalçanın adale balansını korur(7,11).

MATERYAL ve METOD

1973-1978 yılları arasında central acetabular kırıklı-çıkıklı tanısı ile servisimize yatırılarak kapalı redüksiyonla tedavi edilen 24 erkek (% 96) ve 1 kadın (%4) olmak üzere toplam 25 olgu çalışmamızın esasını teşkil etmektedir.

tedir. Olguların en küçüğü 13, en yaşlısı 68 yaşında olup yaortalamaşı 37'dir. Travma anından itibaren en erken başvuru ilk 1 saat içinde, en geç başvuru 10 gün sonra olup ortalama gecikme zamanı 42 saattir.

Etiyolojik nedenlerin çoğunluğunu trafik kazaları teşkil etmekte idi (Tablo-1).

TABLO - 1: Etiyolojik Nedenler Gösterilmiştir.

<u>Etiyolojik Neden:</u>	<u>Olgu sayısı</u>	<u>%</u>
Trafik Kazaları	19	76
Yüksekten Düşme	3	12
Attan Düşme	2	8
Ağaç Çarpma	1	4

Olgular, kliniğe kabul edilerek sistemik ve ortopedik muayeneleri yapıldı ve gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikleri istendi.

Tedavide, tüm olgulara tüberosidaz tibia veya suprakondiler femur bölgelelerinden iskelet traksiyonu ve gerek görülen olgulara tirbuşonla lateral traksiyon uygulandı (Tablo-2).

TABLO - 2: Uygulanan Traksiyon Yöntemleri Gösterilmiştir.

<u>Traksiyon Yöntemi :</u>	<u>Olgu Sayısı</u>	<u>%</u>
Suprakondiler Femur	16	64
Lateral + Suprakondiler Femur	6	24
Lateral + Tüberosidaz Tibia	2	8
Tüberosidaz Tibia	1	4

BULGULAR

Belirtilen süre içinde kliniğimizde tedavi altına aldığımız 25 olgunun 13'ünde (% 52) sağ, 12'sinde (% 48) sol taraf acetabulum afettede idi.

Olguların 8'inde (% 32) acetabular çatı ile ilgili olmayan kırıklı-çıkıklı 6'sında (% 24) acetabulumun ağırlık taşıyan çatısı ile ilgili kırıklı-çıkık ve 11'inde (% 44) medial veya posterior

subluksasyonla birlikte kırıklı-çıkık mevcuttu. 3 olguda (% 12) hemoraji nedeni ile hipovolemik şok görüldü.

Tedavi sonu değerlendirme, 25 olgudan tedavi süreleri tamamlanmış olan 19 olguda yapıldı. Buna göre olguların 18'inde (% 95) iyi, 1'inde (% 5) kötü sonuç alınmıştır (Tablo-3).

TABLO - 3: Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi Gösterilmiştir.

<u>Sonuç:</u>	<u>Olgu Sayısı</u>	<u>%</u>
İYİ	18	95
MEMNUNİYET VERİCİ	—	—
KÖTÜ	1	5

Komplikasyonu olarak 1 olguda (% 5) dejeneratif artrit geliştiği 1 olguda (%5) klinik iyilik sağlanması- na rağmen grafide acetabulum üst ri-

minde sebat eden serbest parçanın mevcudiyeti ve 1 olguda (% 5) da tirbuşunun cildi geçtiği yerde yüzeysel enfeksiyon varlığı saptandı.

TARTIŞMA

Trafik, endüstri, spor, ev ve iş kazalarının hızla çoğaldığı günümüzde kalçanın central kırıklı-çıkıkları da o nisbette artmıştır. Bunların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu ile ilgili bilgilerimiz günden güne çoğalmaktadır.

Taranan çalışmalarda olduğu gibi, bizim olgularımızın etiolojisinde de travma tek etken olarak görüldü (5,8,14).

Central acetabular kırıklı-çıkıkların sınıflandırılması konusunda gözden geçirilen araştırmalarda tam bir görüş birliğine rastlanmamıştır. Sınıflandırmalarını benimsediğimiz CARNESALE ve arkadaşlarına göre, toplam 56 olgularının 14'ünde (% 25) acetabular çatı ile ilgili olmayan, 12'sinde (% 21) acetabular çatı ile ilgili olan ve 21'inde (% 54) acetabular çatıyı da içine alan mediale veya posteriora deplase kırıklı-çıkık mevcuttu(2). Bizim olgularımızın dağılımı ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde, acetabulum kırıklı-çıkıklarının tedavisinde de tam bir görüş birliği yoktur. CARNESALE, KAZAR, ROWE, STEWART ve TIPTON, bizim gibi, femoral başın acetabular çatı altında redüksiyon ve muhafazasını traksiyonla sağlamanın en iyi metod olduğunu savunan araştırmacılar olup son yıllarda yayınladıkları çalışmalarda, başarı oranlarının yük-

sek düzeyde olduğunu açıklamışlardır (2,10,12,13,14).

ASLANOĞLU, 1970 yılında, JUDET, LETOURNEL ve arkadaşları 1964 yılında yayınladıkları serilerinde, bütün deplase acetabulum kırıklarında açık redüksiyon ve internal fiksasyonla tedaviyi uygulamışlar, fakat başarı yüzdeleri hakkında bir açıklamada bulunmamışlardır (1,9).

Kapalı metotla tedavi uygulayan araştırmacılar, traksiyon süresi için değişik görüşler öne sürmektedirler. EGE, 6-8 haftalık, EICHENHOLTZ ve STARK, 3 haftalık, KESTELLİOĞLU ve SÜREN 8-12 haftalık, ROWE 8 haftalık, TIPTON 12 haftalık traksiyon süresi önermişlerdir (5,6,11,12,14). Biz tüm olgularımıza, klinik ve radyolojik durumlarını göz önünde tutarak 8-12 hafta traksiyon uyguladık.

Avasküler nekroz ve travmatik artri bir kısım çalışmacı tarafından sık komplikasyon olarak görüldü (4,7,11) Bunlara karşılık CARNESALE ve arkadaşları ile TIPTON'un olgularında az oranda dejeneratif artrit görüldüğü ve aseptik nekroza hiç rastlanmadığı bildirildi (2,14). Bu çalışmacılar, aseptik nekroz ve dejeneratif artrit, 8-12 haftalık iskelet traksiyonu ile minime indigini öne sürmüşlerdir. Bizim tedavisi tamamlanan 19 olgudan ancak 1'inde (% 5) dejeneratif artrit gelişti, avasküler femur başı nekrozu hiç bir olgumuzda görülmedi.

SONUÇ

1- Central acetabuler kırıklı-çıkıklar, ciddi vücut travmaları ile birlikte görülürler.

2- Tedavide en iyi sonuç verebilen en basit metod, kapalı redüksiyon ve iskelet traksiyonudur.

3- Traksiyon başlangıçta longitudinal olup, yeterli redüksiyon sağlanamaz ise lateral traksiyon tedaviye eklenir.

4- Traksiyon süresi olgunun ağın-

lığına göre 8-12 haftadan az olmalıdır.

5- Erken rehabilitasyona başlanarak adale atrofisi, kapsül ve ligament kısalmaları ve yapışıklıkları önlenmelidir.

6- Açık redüksiyonla tedavi, traksiyonla çıkığın ve kırık fragmanlarının redüksiyonu sağlanamıyorsa veya başka kırıklar nedeniyle traksiyon uygulanamıyorsa endikedir.

SUMMARY

(THE CONSERVATIVE TREATMENT AND THE RESULTS OF THE CENRAL ACETABULAR FRACTURES)

25 central acetabular fracture and dislocation cases treated by conservative measurements between 1973-1978

in our clinic have been investigated. Results were discussed with literatures.

KAYNAKLAR

- 1- Aslanoğlu, O.: Asetabulum kırıklarının cerrahi tedavisi. Akdeniz ve Ortadoğu Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi Kitabı, 447-448, Ankara 1970.
- 2- Carnesale, P.G., et al.: Acetabular distruption and central fracture-dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg., 57-A/8: 1058-1059, Dec., 1975.
- 3- Clawson, D.K., et al. "Fractures and dislocations of the hip". Fractures, 1041-1045, J.B Lippincott Company, Philadelphia, 1975.
- 4- De Palma, F. Antony, Ege, R.: (Tercüme) "Kalça kırık ve çıkıkları". Kırık ve Çıkıkların Tedavisi, 711-716 A.Ü.T.F.Y., Ankara, 1974.

- 5- Ege, R.: "Travmatik kalça çıkığı" Hareket Sistemi Travmatolojisi, 494-506 A.Ü.T.F.Y., Ankara, 1978.
- 6- Eichenholtz, S.N.; Central acetabuler fractures, J. Bone and Joint Surg., 46-A/4: 695-714, Jun., 1964.
- 7- Girgin, O.: Acetabulum kırıkları, Akdeniz ve Ortadoğu Ortdopedi ve Travmatoloj Kongresi Kitabı, 453-454 Ankaia, 1970.
- 8- Jones-Watson, Çakırgil, G.S.: (Tercüme) "Kalça yaralanmaları". Kırıklar ve Mafsal Yaralanmaları, 255-258, A.Ü.T.F.Y., Ankara, 1968
- 9- Judet. R., et al.: Fractures of the the acetabulum. J. Bone Joint Surg., 46-A/8: 1615-1646, Dec., 1964.

- 10- Kazar, G., et al.: Fracture-dislocations of hip joints in central luxations. *Magy Traumatol Orthop.*, 20(2): 85-93, 1977.
- 11- Kestellioğlu, M., Süren, O.: Pelvis kırıkları. *Acta Orthop. et Traumatologica Turcica*. IX(2): 79-93. 1975.
- 12- Rowe, R.: "Dislocations of the hip-mand fractures of the acetabulum *Trauma Management*, 692-704, Year Book Medical Publishers. INC. Chiago, 1974.
- 13- Stawart, M.: "Dislocations". *Campbell's Operative Orthopaedics*, 415 The C.V. Company Mosby, Saint Louis, 1971.
- 14- Tipton, W.W., et al.: Non-operative management of central fracturedislocations of the hip. *J. Bone Joint Surg.*, 57-A/7: 888-893, Oct., 1973.