

YİRMİİKİ DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIKLI OLGUDA POSTOPERATİF REHABİLİTASYON SONUÇLARI

Dr. Bilge AYKURT (x)
Dr. Mustafa GÜLER (xx)

Ö Z E T :

Bu yazıda 1981-1984 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde opere edilerek, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğinde yatırılıp postoperatif takip ve tedavisi yapılan Doğuştan kalça çıkığı olan 17 olguda, 22 kalça eklemının rehabilitasyon sonuçları değerlendirildi.

Olgular: yaş, cinsiyet, ağrı, eklem hareket açıklığı, kas testi değerleri, yürüme becerileri gibi kriterler yönünden değerlendirilerek, elde edilen sonuçlar benzer çalışmalarla karşılaştırıldı ve rehabilitasyon programına erken başlanırsa başarı oranının yüksek olacağı kanısına varıldı.

G İ R İ Ş ve A M A Ç

Günümüzde Tıp biliminin gelişmiş olmasına rağmen, konjenital anomaliler ve bunlardan en sıklıkla görülen Doğuştan Kalça Çıkığının tedavisi, halen her yönden ileri ülkelerde dahi, önemini korumaktadır.

Ülkemizde ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin her yörede yeterince sağlanamamış olması gerek halkımızın gerekse sağlık personelinin bu konuda yeterli eğitim görmemiş olmaları nedeniyle "Doğumdan sonra tanı ne kadar erken konur tedaviye ne kadar erken başlanır ise başarı şansını bu kadar yüksek olacağı" prensibinin geçerli olduğu DKÇ de başarı oranı düşük olmaktadır.

Ülkemizde DKÇ li olgularda tedavi için geç başvurulması nedeniyle uygulanan cerrahi yöntemleri ve sonuçları farklı olmaktadır. (3,4) Prof. Dr. G. Sami ÇAKIRGİL'in 1978 yılında geliştirdiği Radikal Redüksiyon yöntemi ile, adolesan yaş gruplarındaki DKÇ olgularında başarılı sonuçlar bildirilmiştir. (4).

x Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Başkanı.

xx Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

Bu çalışmada DKÇ'li olgularda kalça hareket genişliğini arttırma, normal kas gücü ve yürüme paterni sağlamada postoperatif rehabilitasyon programının etkinliğini araştırmak ve önemini ortaya koymak amacıyla, radikal redüksiyon yöntemiyle ameliyat edilen 22 DKÇ'li olguda, postoperatif dönemde uygulanan rehabilitasyon programından elde edilen sonuçlar değerlendirildi.

GENEL BİLGİLER

Doğuştan kalça Çıkığı (DKÇ) Caput Femoris'in asetabulum ile normal ilişkisinin bozulması hali olmayıp gerçek anlamda kalça eklemine gelişme kusurunu belirler(3,7). Etiyolojisine göre prenatal (konjenital anomalilerle birlikte veya tek başına) ve postnatal (stabil olmayan sublükse ve lukse) olmak üzere sınıflandırılır(3,7,8).

DKÇ Dünya'nın değişik bölgelerindeki ırklara ve geleneklere göre farklı insidensler gösterir. Bütün bu insidens çalışmalarında ortak nokta kız çocuklarda, erkek çocuklara nazaran 58 kez fazla görülmesidir. Genellikle olguların 3/4'ünde unilateral, 1/4'ünde ise bilateral olarak tutuluş vardır (6).

Hastalığın etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Günümüzde kabul edilen değişik teoriler vardır. Bunlar:

- a) Osteojenik teori
- b) Herediter teori
- c) Etnolojik teori
- d) Endokrinolojik teori (5,10,14).

DKÇ de kalça çevresindeki kas ve ligamentlerde yumuşak doku değişiklikleri ve femur başı ve boynunda açılı değişikliği şeklinde kemik patolojileri görülmektedir.

DKÇ 'de patognomonik bulgu yoktur. Klinik bulgular çocuğun yaşına, yürüyüp yürümediğine tek veya çift taraflı oluşuna göre değişir.

Tanı, bazı klinik bulgular ve özel testlerle konulmaktadır. Çıkık kalça tarafında, abduksiyon sınırlılığı, gluteal pililerde asimetri, çıkık taraftaki extremitede kısalık, çıkık kalçada iç rotasyon, aksayarak, yalpalayarak yürüme şeklindeki klinik bulgular görülür. Ayrıca Ortolani, Teleskop, Trendelenburg, Alis belirtisi gibi testler ve ayrıca x-ray'da Putti triadı, Asetabular index, Perkins kadranı Shenton-Menard hattı, Von Rosen 1,11, Viberg'in CE açısı, Anteversiyon açısı gibi açı ölçümleriyle DKÇ tanısı konulur (3,4,8).

Ayırıcı tanıda, paralitik kalça çıkığı (polio, spina bifida) patolojik kalça çıkığı (septik artrit), travmatik çıkıklar, konjenital Coxa vara Perthes Calve legg, femur proximal uç mal-unionları gibi durumlar gözönünde tutulmalıdır (8.14).

DKÇ tedavisinde değişik cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Tedaviye ne kadar erken başlanırsa prognozun o derece iyi olacağı aşıkardır (11,13). Cerrahi tedavinin şekli hastanın yaşına, hastalığın derecesine, çift veya tek taraflı oluşuna göre değişmektedir (9,2).

MATERYAL METOD :

Olgularımıza Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavi tekniği kontrakte kasların kesildiği, femurun subtrokanterik bölgesinden 2,5 cm.lik kemik segmenti eksizyonu ile derotasyonun düzeltilip varus durumu için gerekli varizasyonun yapıldığı ve daha sonra femur başının asetabulumuna redükte edildiği bir yöntem olan Güngör Sami ÇAKIRGİL'in Radikal Redüksiyon yöntemi idi. Olgular operasyondan sonra 6-8 hafta süreyle pelvipedal alçıya alındı. Bu sürenin sonunda alçıları açılarak Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon anabilim dalı kliniğine rehabilitasyon programı için gönderildi.

Tüm olgular rehabilitasyon programı öncesinde "yürümekle ağrı" "eklem hareket açıklığı", "Kas atrofi", "kas testi değerleri", "extremite uzunluk farkı", "Pelvik tilt," "yürüme becerileri" yönünden değerlendirildi.

Rehabilitasyon program olarak tüm olgulara göre 30 dk. süreyle alt exrtremiteleri içine alacak şekilde whirl-poll banyosu arkasından 6-8 dk. süreyle opera kalça eklemi çevresine 0,5 W/Cm² dozda kesikli ultrason uygulandı. Daha sonra her iki alt ekstremitelerine, özellikle opere kalça ve dize olmak üzere NROM egzersizleri uygulandı. Ayrıca tüm alt ekstremitelerine kaslarına genellikle kuadriseps, gluteus maximus ve minimus kaslarına hastanın toleransına göre her saat başı 5 dk. dan 10 dk. ya kadar olmak üzere izometrik egzersizler ve yine sözü edilen kasları kuvvetlendirmek amacıyla program süresi içinde progressif rezistif egzersizler uygulandı. Ayrıca solunum, postür ve yürüme egzersizleri de yorgunluk sınırları içinde yaptırıldı. Ortalama 20 seans süren rehabilitasyon programı 1 ay süreyle uygulandı. Tedavi sonrası tüm olgular tedavi öncesi uygulanan muayene yöntemleriyle tekrar değerlendirilerek aradaki farklar araştırıldı.

B U L G U L A R

Olguların yıllara göre dağılımı Tablo-1'de görülmektedir.

Tablo: 1 Olguların Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	1982	1983	1984
Cinsiyet			
KADIN	5.	2.	7.
ERKEK	1.	2.	—
TOPLAM	6.	4.	7.

Olgularımızın 3 (%17) ü erkek, 14 (%83)ü kız idi. Erkek yaş ortalaması 9, kız yaş ortalaması 8,5 yıl olup ortalama 8,6 yıl idi.

Tablo:2 Olguların Yaş Ortalamasına Göre Dağılımı

Yaş ortalaması	YIL
Cinsiyet	
KADIN	8,5 Yıl
ERKEK	9 Yıl.
ORTALAMA	8,6 Yıl.

Doğuştan kalça çıkığı, olgularımızın 5 (%29) inde bilateral, 17 (%71) inde ise unilateral olarak tespit edildi. 13 (% 59) olguda sağ. 9 (% 41) olguda ise sol kalça tutuluşu söz konusu idi.

Tablo: 3 Olguların Taraflarına Göre Dağılımı

Taraf	Olgu Sayısı	%
Sağ	13	% 59
Sol	9	% 41
Tek	17	% 71
Bilateral	5	% 29

4 (%23) olguda ailede ana-baba yakın akrabalığı vardı. Olgularımızda operasyon süresi ise Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon programı arası geçen süre ortalama 2 ay idi.

Tedavi öncesi yürümekle şiddetli ağırlı olan olgumuz yoktu. Ortalama şiddette ağırlı 16 (% 73) olgu hafif ağırlı 6 (%27) olgu mevcuttu Tedavi sonrası hafif ağırlı 7 (%32) olgu ağrısız 15 (%68) olgumuz mevcuttu.

Tablo:4 Olguların Ağrı Kriterine Göre Dağılımı

TEDAVİ ÖNCESİ								TEDAVİ SONRASI							
Ağrısız	Hafif	Orta	Şiddetli	Hafif	Orta	Şiddetli	Ağrısız	Ağrısız	Hafif	Orta	Şiddetli	Ağrısız	Hafif	Orta	Şiddetli
V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%
—	—	6	27	16	73	—	—	7	32	—	—	—	—	15	68

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası eklem hareket açıklığı değerleri tablo-5 de görülmektedir.

Tablo: 5- Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Eklem Hareket Açıklığı

V.N	Flexion		Extans.		Abd.		Add		İç Rot.		Dış Rot.	
	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S
1	45°	100°	5	20	20	30	10	15	5	10	10	20
2	60	100	10	20	30	40	10	10	5	10	10	25
3	30	80	10	15	15	20	0	10	10	15	5	20
4	45	90	5	10	30	40	0	15	10	15	5	20
5	50	90	10	20	30	30	5	10	0	10	5	15
6	80	110	15	25	30	50	10	20	10	15	15	20
7	50	100	0	20	15	30	0	10	0	10	5	15
8	30	80	0	20	20	40	0	15	5	10	10	20
9	60	100	5	20	15	25	5	15	10	10	15	30
10	60	100	5	20	15	20	10	20	5	10	10	15
11	30	80	5	15	25	45	5	15	5	15	5	25
12	40	80	0	10	30	45	5	5	0	10	10	20
13	50	100	5	15	20	25	10	15	0	10	15	20
14	50	90	10	20	30	50	0	10	0	15	5	25
15	90	120	10	20	20	50	10	10	10	15	10	20
16	60	90	10	25	30	40	5	15	5	5	20	20
17	55	90	5	10	20	30	0	5	5	30	10	25
18	40	100	0	20	15	30	0	150	0	10	5	25
19	30	90	0	10	20	30	5	10	0	5	0	15
20	40	120	10	10	30	45	5	15	5	15	20	15
21	30	90	0	10	15	30	5	10	5	5	15	20
22	30	90	10	20	10	25	10	20	0	10	20	20

Tedavi öncesi ve sonrası kas testi değerleri tablo-6 da görülmektedir.

Tablo: 6- Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Kas Testi Değerleri.

KALÇA EKLEMİ									DİZ EKLEMİ								
Y.N.	Flexer		Ettensor		Abduktor		Abduktor		İç Rott		Dış Rot.		Flexer		Extansor		
	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	T.Ö	T.S	
1	2+	3+	2	3+	2+	3	1+	2+	2	3+	2+	3+	2	4	2	4	
2	2	3+	1	3	2+	3+	1	2	1	3	1+	3	1	3	2	4+	
3	2+	3+	2	2+	3	4	2+	3	1	2	2	4	1+	3+	3	4	
4	2	4	2	3+	3	4	2+	3	2	3	2	3	2+	3+	2+	3+	
5	2	3+	1+	3+	3	4+	1+	2	1+	3	2	3+	1	3+	2	4	
6	3	4	2+	3+	3	4	1+	2+	1+	2+	1+	2+	1+	3+	2+	4	
7	2	3+	2	3	2+	3+	2	3	1	2	2	3+	2+	3	2+	3+	
8	2	3	1+	3+	2+	3+	2	2	2	2	2	3+	1+	4+	1+	3+	
9	2+	4	2	3+	2+	4	1+	2	2	2+	1+	3+	2	4	2	4	
10	3	3+	2	3+	3	4+	2	3+	1+	3	2	4+	1+	3+	3+	4+	
11	2	4+	2	2	2	3+	2	3	2	2+	3	3+	2	3+	2+	3+	
12	2+	4	1+	3+	3	4	2	3+	1	2+	2	3+	1	3+	2	4	
13	2	3+	2	3+	3	3+	1	2	4	3	2	3+	1	3+	2+	3	
14	3	3+	1+	3+	2	3+	2	3+	1+	2+	2+	3+	3	3+	2	3+	
15	2	4	2	2	3	4	2	2+	2+	3	2	4	1+	3+	2	3+	
16	3	3+	2	3+	2+	3+	1+	2	1	3+	2	3+	1	3+	2	3+	
17	2+	4+	2+	3+	3	4	2	2+	1+	2	1+	3	1+	3+	1+	4	
18	2	4	2	2+	3	4+	2	3	2+	3	2+	3	2	3	2	4+	
19	3	4+	2	3+	2	2+	1+	2+	1	3+	2	3+	2+	3+	2	3+	
20	2	3+	1+	3+	2	4+	2	3+	1+	2	3	4	2	3+	1+	4	
21	2	3+	1+	3	2+	4+	1+	2+	2+	3	2	3+	1+	3	2	3+	
22	2	3+	2	3	2+	3+	1+	3	1+	2	2	4	2	3+	2+	3+	

Tedavi öncesi 2,2 cm olan disüstü atrofisinin tedavi sonrası 1 cm'ye indi ve % 54 oranında düzelme olduğu kaydedildi. Dizaltı atrofisinin ise 1,3 cm'den % 76 lık düzelme ile 0,3 indiği tespit edildi.

Tedavi öncesi 1,8 cm olan alt extremitte uzunluk farkının tedavi sonunda % 66 lık düzeltmeyle 0,6 cm düştüğü gözlemlendi.

Tablo: 7 Olguların Artrofi ve Bacak Uzunluk Değerleri

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Fark	%.
ATROFİ	Üst 2,2	1	1,2	54
	Alt 1,3	0,30	1.	76
Bacak Uzunluğu	1,8 cm	0,6	1,2	66

Tedavi öncesi hafif derecede pelvik tilti olan 12 (%55) olgu, orta derecede pelvik tilti olan 8 (%36) olgu ve pelvik tilti olmayan 2 (% 10) olgu vardı. Tedavi sonrası hafif derecede pelvik tilti olan 10 (%45) olgu pelvik tilti olmayan 12 (%55) olgu mevcuttu. Orta derecede pelvik tilti olan olgu kalmamıştı.

Tablo: 8 Olguların Pelvictilt Değerleri

TEDAVİ ÖNCESİ								TEDAVİ SONRASI							
Olmayan		Hafif		Orta		Şiddetli		Haf f		Orta		Şiddetli		Olmayan	
V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%
2	10	12	55	8	35	—	—	10	45	—	—	—	—	12	55

Tedavi öncesi ortalama yürüme hızı 12,2 m/dk. iken tedavi sonrası 27,5 m/dk. bulundu %100 ün üzerinde artış olmuştu.

Tablo: 9 : Olguların Yürüme Hızı Değerleri

Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Fark	%
12,2 m/dk	27,5 m/dk	15,3	125.

Tedavi öncesi destekli yürüyen 13 (% 59) olgu, desteksiz yürüyen 4 (%18) olgu. hiç yürümeyen 5 (%23) olgu vardı. Tedavi sonrası destekli yürüyen olgu sayısı 6 (% 27), desteksiz yürüyen olgu sayısı ise 16 (% 73) idi. Yürüyemeyen olgu kalmamıştı.

Tablo: 10 Olguların Yürüme Beceri Değerleri

TEDAVİ ÖNCESİ						TEDAVİ SONRASI					
Destekli		Desteksiz		Yürüyemeyen		Destekli		Desteksiz		Yürüyemeyen	
V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%	V.S	%
13	59	4	18	5	23	6	27	56	73	—	—

TARTIŞMA

DKÇ'li bir hastanın hastaneye geç başvuru nedeni, genellikle kişinin veya çevrenin mevcut şikayetine alışmış olmasıyla izah edilebilir. Hasta sonradan mevcut şekil bozukluğunun oluşturduğu komplikasyon nedeniyle başvurmak zorunda kalmaktadır. Bunlar kalçada hareket kısıtlılığı, yürüme mesafesi ve süratinde azalma ve genellikle ağrının başlamasıdır (12,14).

DKÇ olgularında çok değişik tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. 7-12 yaş grubundaki geç DKÇ olgularının konservatif yöntemlerle tedavi edilemeyeceği tartışmasız bir gerçektir. Sorunun tartışılan yönü tedavinin cerrahi yöntemlerle sağlanıp, sağlanamayacağı ve Rehabilitasyon programının postoperatif devrede etkinlik derecesinin ne olduğudur.

Olgularımızın yaş ortalaması 8,6 idi. Yaş ortalamaları Güngör Sami ÇAKIR-GİL'in 1500 olguluk serisinde 10. Dr. Temuçin ve arkadaşlarının 60 olguluk serilerinde 8.6 Muzaffer AYKURT ve arkadaşlarının 20 olguluk serisinde 7,5 idi. Bu durum bizim olgularımızdaki yaş ortalaması ile uygunluk gösteriyordu. (1,4).

Olgularımızın 14 (%83)ü kız, 3 (% 17)si erkek idi. Çıkık 5 (% 29) olguda bilateral, 17 (% 71) olguda ise unilateral idi. 13 (% 59) olguda sağ (9 %41) olguda sol tarafta çıkık vardı. Dr. Temuçin ve arkadaşlarının serilerinde 31 (% 51,6) olguda sağ, 8 (% 13,3) olguda sol taraf çıkığından söz edilmektedir (13). M. AYKURT ve arkadaşlarının çalışmalarında ise 11 (% 55) olguda tek 9 (% 45) olguda çift tarafta çıkık olup bunlardan 6 (% 55) sında sağ, 5 (% 45) inde ise sol kalçada çıkık olduğu bildirilmektedir(1).

Olgularımızın ana-baba arasında yakın akrabalık tesbit edilmiştir. Bu durum Salter'in konjenital anomalilerde yakın akrabalığın önemli bir etiyolojik neden olduğu fikrini desteklemektedir (11).

22 DKÇ'li olguda 1 ay süreyle uyguladığımız postoperatif rehabilitasyon programının sonucunda olgularımızın tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrası değerlendirme gruplarından ağrı kriterlerinde, eklem hareket açıklığı, kas testi değerleri ve yürüme becerilerinde iyi derecede düzelme gözledik.

SONUÇ

DKÇ'li olgularda operasyon girişimine ve post-operatif rehabilitasyon programına ne kadar erken başlanırsa başarı derecesinde o kadar yüksek olacağı kanısına vardık.

SUMMARY :

The rehabilitation results in twenty two patients suffered from kongenital hip dislocations.

In this study twenty two patients with kongenital hip dislocation are treated by surgery intervention and then they are taken for physical therapy and rehabilitation program.

In these cases, age, sex, pain, range of motion , muscle testing degrees and walking abilities are evaluated before and after rehabilitation program.

As a result beginning as early as possible for rehabilitation program causes more succes on treatment of patients.

K A Y N A K L A R

1- Aykurt, M., Alpaslan, B.: Adolesan dönemde doğuştan kalça çıkığının redüksiyon yöntemi ile tedavisi.

- 2- Coleman, S.S. : Treatment of Congenital Dislocation and Subluxation of the hip in the infant. The journal of Bone and J. Surg 47-A 590 April 1965
- 3- Crenshaw, A.H. : Combells operative Orthopaedics, Mosby Co, 5 th Ed. Vol:2 St. Luis pp : 1958-1971.
- 4- Çakırgil, G.S. : Ortopedi ve Travmatoloji, Ankara Üniversitesi Basımevi Ankara 1977.
- 5- Hierton, T.: Congenital Dislocation of the Hip Experience of early diagnosis and treatment J. Bone J. Surg 50-B 542, 1968.
- 6- Mc. Kenzig, I.G.: Congenital Dislocation of the hip J. Bone J. Surg 42-B pp: 689 1960.
- 7- Mihran, D.T.: Congenital dislocation of the hip The pediatric clinics of North America 14-2 pp: 823 1967.
- 8- Nelson, M.A.: Early Diagnosis of Congenital dislocation of the hip. Guy Nops. Rep. p : 115-473. 1966.
- 9- Özberk, S.: DKÇ tedavisi metodları. Cebeci Matb. Ankara S0159-170 1972.
- 10- Ramsey, P.L., Rosen, B.H.: Early detection and treatment of cong. hip dislocation., J. Bone J, Surg, 55 A, 1312 Sept: 1973.
- 11- Salter, R.B.: Role of innominate Osteotomy in the treatment of Cong. dislocation and subluxation of the hip. J. Bone J. Surg., 48- A SO. 1413 1966.
- 12- Severin, E.: Congenital Dislocation of the hip J. Bone J. Surg 32-a : 507. 1950.
- 13- Temuçin, B.O ve Ark. : Doğuştan kalça çıkığı veya subluxasyona bağlı asetablar displazinin tedavisinde Chiari medial deplasman osteotomisinin yeri ve önemi. Acta Orth et Travmatologica Turcica Cilt: XIV Sayı : 1 7-24 Eko Matb. İstanbul 1980.
- 14- Türek, S.L.: (Ege, R.: Tercüme) Konjenital anomaliler, Doğuştan kalça çıkığı Ortopedi ilkeleri ve uygulamaları 1980 sh.: 216.