

Asimetrik iki taraflı travmatik kalça çıkığı ile obturator sinir lezyonu

Özgür DOĞAN, Ertuğrul AKŞAHİN, Yalçın YÜKSEL, Celal Alp VURAL

ÖZET

İki taraflı travmatik kalça çıkığı nadir rastlanan bir durumdur. Aynı zamanda yüksek enerjili travma sonrası her iki kalçanın farklı yönlerde çıkığının görüldüğü asimetrik travmatik kalça çıkıkları daha da nadir bir durumdur. Bu olguda araç içi trafik kazası sonucu asimetrik iki taraflı travmatik kalça çıkığı ile hastanemize başvuran 24 yaşında kadın hasta sunuldu. Hastada obturator sinir hasarı mevcut idi. Hastamı her iki kalçası da konservatif olarak tedavi edildi ve iki yıl izlem sonrasında Thompson ve Epstein klinik ve radyolojik ölçütlerine göre değerlendirildi. Sonuçlar mükemmel olarak değerlendirildi. Yaralanması sonrası gelişen obturator sinir arası son kontrolünde tam olarak iyileşmiş olarak tespit edildi. Asimetrik bilateral travmatik kalça çıkığı oldukça nadir görülebilen bir durum olmakla birlikte hastalar obturator sinir hasarı varlığı bu yaralanmalarda akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Asimetrik, iki taraflı, travmatik kalça çıkığı, obturator sinir

SUMMARY

Asymmetric bilateral traumatic dislocation of the hip with obturator nerve injury: A case report

Bilateral traumatic dislocation of the hip is not often encountered and even more rare is asymmetric dislocation from high impact trauma, with one hip dislocated anteriorly and the other posteriorly. This case is presented of a 24-year old female, who sustained asymmetric bilateral traumatic dislocation of the hip in a traffic accident when not wearing a seatbelt in the driving seat. The patient was treated conservatively and after 2 years follow-up was evaluated according to Thompson and Epstein clinical and radiological scoring. The clinical and radiological results were excellent.

Key words: Asymmetric, bilateral, traumatic hip dislocation, obturator nerve

Kalça eklemi, yapısal özelliklerinden dolayı oldukça stabil bir eklemdir (1-4). Eklem bu stabilitesi, femur başının labrum ile olan ilişkisi ve asetabulumun kemiksel yapısından ileri gelmektedir. Çoğunlukla kalça çıkığının gerçekleşmesi için yüksek enerjili bir travma gereklidir (1,2,5,6). Trafik kazaları, bu tür çıkıkların en sık nedenidir (1,2,7,10).

Travmatik kalça çıkığı, tüm kalça çıkıklarının % 2-5'ini, (3,4,6,8,11,12), iki taraflı travmatik kalça çıkığı ise, travmatik kalça çıkıklarının sadece % 1,25'ini oluşturur (3,4,9,13). Travmatik kalça çıkıklarının % 90-95'i arkaya, % 5-10'u öne olur (10,14,15). İki taraflı travmatik kalça çıkıkları içinde asimetrik olma oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur.

Travmatik kalça çıkığı tek başına oluşabileceği gibi, asetabulum, femur başı veya femur boyun kırıkları ile birlikte de olabilir (1,2,5,7,8,11). Aynı zamanda siyatik sinir, femoral sinir veya obturator sinire de zarar verebilir. Geç dönemde femur başı avasküler nekrozu, posttravmatik osteoartrit, heterotropik ossifikasyon ve geç dönem siyatik sinir arazi gelişebilir (1,2,5,7,8,11).

OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında kadın hasta, araç içi trafik kazası sonrası acil servisimize getirildi. Anamnezinde hastanın emniyet kemeri takmadığı ve sürücü koltuğunda oturduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde her iki kalça eklem hareketlerinin kısıtlı ve ağrılı

Geliş tarihi: 17.05.2011

Kabul tarihi: 03.10.2011

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

olduğu, her iki alt ekstremitte uzunluklarının eşit olmadığı, sağ kalçanın içe dönük ve adduksiyonda, sol kalçanın ise dışa dönük ve abduksiyonda olduğu gözlemlendi. Periferik dolaşımında patolojiye rastlanmaz iken nörolojik muayenesinde sol alt ekstremitesinde obturator sinir lezyonuna bağlı uyuşuk distal medial yüzünde ve dizin medialinde hipoestezi tesbit edildi.

Hastanın radyolojik incelemesinde iki taraflı travmatik kalça çıkığı olduğu, sol kalçanın öne, sağ kalçanın ise arkaya çıkık olduğu görüldü (Şekil 1). Her iki kalça Thompson ve Epstein sınıflandırmasına göre Tip 1 olarak değerlendirildi. Hastaya travmadan yaklaşık 6 saat sonra kapalı redüksiyon uygulandı; genel anestezi altında sağ kalça Bigelow yöntemiyle, sol kalça ise bacağın aksı boyunca uygulanan traksiyon ve femur başının asetabulumuna yönlendirilmesi ile yerine konuldu. Her iki kalçanın redükte ve stabil olduğu saptandı. Redüksiyon

sonrası çekilen direkt radyografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) sonrası her iki kalçada anatomik redüksiyon sağlandığı ve redüksiyon manevraları sonrası ek bir kırık olmadığı görüldü (Şekil 2-3). Her iki alt ekstremitteye cilt traksiyonu uygulandı. Redüksiyon sonrası yapılan nörolojik muayenesinde obturator sinire bağlı hipoestezinin azalmakla birlikte devam ettiği tesbit edildi. Hastaya diz ve ayak bileği pasif egzersizleri gösterilerek ameliyat sonrası 3. günde cilt traksiyonu ile taburcu edildi. Hasta 3. hafta kontrolünde cilt traksiyonu sonlandırılarak bir çift koltuk değneği ile mobilize edildi. Birinci ve ikinci yıl kontrol MRI tetkikinde femur başında avasküler nekroz bulgusu saptanmadı (Şekil 4). Hastanın klinik ve radyolojik sonuçları Thompson ve Epstein ölçütlerine göre mükemmel olarak bulundu. Yapılan nörolojik muayenesinde obturator sinir hipoestezinin tamamen iyileştiği tesbit edildi.



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.



Şekil 4.

TARTIŞMA

Asimetrik travmatik kalça çıkığı oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur. Çok nadir rastlanan olgular hakkındaki farkındalığın artması bu tür yaralanmalarla muhtemelen meslek hayatlarında birkaç kez karşılaşacak hekimlere bilgi aktarımı yönünden önemlidir.

Travmatik kalça çıkığı, ortopedik acil bir durumdur. En kısa sürede tanı konması ve kalçaların redüksiyonu ilerde oluşabilecek kötü durumlar açısından oldukça önemlidir. Prognosa etki eden etkenler arasında travmatik kalça çıkığının tipi, travmanın şiddeti, çıkık ile redüksiyon arasında geçen süre ve redüksiyonun açık ya da kapalı

yapılmasına bağlıdır (3,412,14,16). Travmatik kalça çıkığının tedavisinde oldukça hızlı redüksiyon gereklidir (1,7,11). Avasküler nekroz ile redüksiyon yapılmasına kadar geçen süre arasında doğrudan ilişki olduğu bilinmektedir (16,17). İlk 6 saat içinde yapılan redüksiyonlarda avasküler nekroz oranlarında anlamlı bir azalma olduğu (7,10,16), 24 saatten sonra yapılan redüksiyonlarda ise avasküler nekroz oranlarının arttığı bildirilmiştir. Bu oran kapalı redüksiyon yapılan hastalarda % 15,5 olduğu, açık redüksiyon yapılan hastalarda ise % 40'lara vardığı saptanmıştır (7,17). Bizim olgumuzda, travmatik kalça çıkıkları ilk 6 saat içinde genel anestezi altında ve kapalı redüksiyon yöntemleriyle redükte edildi. Kalçaların redüksiyonları ve redüksiyon sırasında oluşabilecek kırıklar açısından BT ile

değerlendirildi^(1,18). Hastanın şikayetleri başlamadan gelişebilecek avasküler nekrozu saptamada MRI incelemenin etkin bir yöntem olduğu bilinmektedir^(1,18). Bunun dışında nükleer tıp yöntemleriyle de saptanıp erken müdahale edilebilir^(1,18). Olgumuzda yaralanma sonrası 1. ve 2. yıldaki kalça MRI'ında osteonekroz ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmamış, gelişme ihtimaline karşı hasta bilgilendirilmiş ve ilk 3 yıl için yıllık MRI takibi planlanmıştır.

Açık ve kapalı redüksiyon öncesi hasta sinir yaralanması açısından dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir. Siyatik sinirin hasarı kalça çıkıklı hastaların yaklaşık % 10-15'inde görülür^(1,5,6). Literatürde, obturator sinirin de hasar görebileceği belirtilmiş olmasına rağmen^(1,2,5,6) obturator sinir hasarının vurgulandığı bir yayına rastlamadık. Bizim olgumuzda; hastanın anterior çıkık olan sol alt ekstremitesinde uyluğun distal medial yüzünde ve dizin medialinde klinik olarak saptanan duyu problemleri obturator sinir basısıyla ilişkilendirildi. Ancak redüksiyon sonrası erken dönemde şikayetlerin azalması ve takiplerde tamamen iyileşmesi üzerine ileri tetkike gerek duyulmadı.

Sonuç olarak eş zamanlı asimetrik travmatik kalça çıkıkları oldukça nadir yaralanmalardır. Tanısal zorluk oluşturmaları da en kısa sürede uygulanacak redüksiyon oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Öte yandan travmatik kalça çıkıklarında obturator sinir yaralanması akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Fouk DM, Mullis BH.** J Am Acad Orthop Surg 2010;18(4):199-209. Review
PMid:20357229
- Goulet JA, Levin PE.** Hip dislocations. In: Trafton PG, editor Skeletal trauma basic science, management, and reconstruction. Philadelphia: Saunders 2003, p. 1657-90.
- Altay M, Yağmurlu F, Heybeli M, Murath HH, Tabak Y, Biçinoğlu A.** Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation: A case report.[Article in Turkish] Acta Orthop Traumatol Turc 2003;37:182-6.
PMid:12704261

- Azar N, Yalçınkaya M, Akman YE, Üzümcügil O, Kabukcuoğlu YS.** Asymmetric bilateral traumatic dislocation of the hip joint: A case report. Eklem Hastalıkları ve Cerrahisi 2010;21(2):118-121.
- Tornetta P.** Hip dislocations and fractures of the femoral head. In: Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown C, editors. Rockwood and green's fractures in adults. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. p. 1715-52.
- Ashraf T, İraqi AA.** Bilateral anterior and posterior traumatic hip dislocation. J Orthop Trauma 2001;15:367-8.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005131-200106000-00012>
PMid:11433144
- Dlabach JA, Crockarell JR.** Acute dislocations. In: Canale ST, editor Campbell's Operative Orthopaedics. Philadelphia: Mosby; 2003. p. 3173-76.
- LaVelle DG.** Fractures of hip. In: Canale ST, editor Campbell's Operative Orthopaedics. Philadelphia: Mosby; 2003. P. 2922-33.
- Shannak AO.** Bilateral traumatic dislocation of the hips with ipsilateral femoral fracture. Clin Orthop Relat Res 1987;215:126-9.
PMid:3802627
- Lopez-Sanchez M, Kovacs N.** Bilateral asymmetric traumatic hip dislocation in an adult. J Emerg Med 2006;31:429-31.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2006.05.023>
PMid:17046488
- Cılız A, Utkan A, Köse CC, Uludağ ME, Tümöz MA.** İki taraflı travmatik kalça çıkığı: olgu sunumu. Eklem Hastalıkları cerrahisi 2005;16:67-70.
- Şahin V, Karakaş ES, Türk CY.** Bilateral traumatic hip dislocation in a child: a case report and review of the literature. J Trauma 1999;46:500-4.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005373-199903000-00028>
- Sener M, Sener U, Yıldız M, Baki C.** Bilateral traumatic hip dislocation with bilateral sciatic nerve injury. Arch Orthop Trauma Surg 1997;116:225-6.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00393715>
- Goddard NJ.** Classification of traumatic hip dislocation. Clin Orthop Relat Res 2000;377:11-4.
<http://dx.doi.org/10.1097/00003086-200008000-00004>
PMid:10943180
- Duygulu F, Karaoglu S, Kabak S, Karahan OI.** Bilateral obturator dislocation of the hip. Arch Orthop Trauma Surg 2003;123:36-8.
PMid:12582794
- Dudkiewicz I, Salai M, Horowitz S, Chechik A.** Bilateral asymmetric traumatic dislocation of the hip joints. J Trauma 2000;49:336-8.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005373-200008000-00024>
- Martinez AA, Gracia F, Rodrigo J.** Asymmetrical bilateral traumatic hip dislocation with ipsilateral acetabular fracture. J Orthop Sci 2000;5:307-9.
<http://dx.doi.org/10.1007/s007760050168>
- Mitchell MD, Kundel HL, Steinberg ME, Kressel HY, Alavi A, Axel I.** Avascular necrosis of the hip: comparison of MR, CT and scintigraphy. AJR Am J Roentgenol 1986;147:67-71.
PMid:3487233
- Brav EA.** Traumatic dislocation of the hip: Army experience and results over a twelve-year period. J Bone Joint Surg Am 1962;44:1115-1134.