

KALÇANIN BİLATERAL TRAVMATİK ÇIKIĞI

BILATERAL DISLOCATION OF THE HIP

Uğur ÖZİÇ
Murathan LEBLEBİCİOĞLU

SUMMARY

Two cases who had bilateral traumatic hip dislocation were presented. One of them was bilateral posterior dislocation and other, while posterior dislocation in the right, there was anterior dislocation in the left hip joint. Both were treated by immediate closed reduction and concentric reduction was achieved easily. There was no complication and the patients returned their normal works. We have no evidence of avascular necrosis on femoral head in x-ray control and bone scan. This control was done 43 months later in the first case and 8 months later in the second case.

(Keywords: Dislocation, Hip, Trauma)

ÖZET

Bilateral travmatik kalça çıkığı olan iki olgu sunuldu. Bunlardan birinde bilateral posterior, diğlerinde ise sağda posterior, solda anterior çıkık mevcuttu. İki olgu da süratli kapalı redüksiyonla tedavi edildi ve konsantrik redüksiyon kolaylıkla sağlandı. Hastalar komplikasyonsuz olarak normal işlerine döndüler. Olgularımızın radyolojik ve kemik sintigrafisi kontrollerinde femur başında avasküler nekroz bulgusuna rastlanmadı. Bu kontroller birinci vakada 43 ay sonra, ikinci vakada 8 ay sonra uygulandı.

(Anahtar Kelimeler: Çıkık, Kalça, Travma)

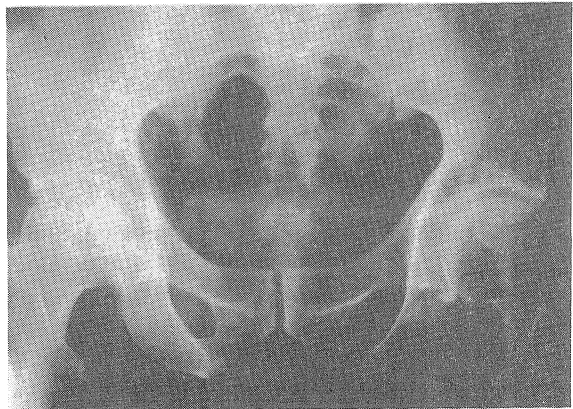
Travmatik kalça çıkıkları, şiddetli bir travma sonucu meydana gelen ağır bir yaralanma olup, Ortopedinin süratle redükte edilmesi gereken acil durumlarından biridir. Esas olarak yüksek hızdaki trafik kazalarında multipl travmalarla birlikte görülür. hayati tehlike oluşturan bu yaralanmaların tedavisi sırasında gözden kaçabilir (1, 2, 3). Tüm eklemlere ait çıkıkların % 2-54 ini kapsarlar. Bilateral çıkıklar ise oldukça nadir görülen olgulardır (4). Bu yazıda SSK Tepecik Hastanesi Ortopedi Kliniğinde tedavi ve takibi yapılan biri bilateral posterior, diğeri sağ taraf posterior, sol anterior çıkık olan iki olgu sunulmaktadır.

OLGU 1: R. Ç. 47 yaşında erkek. (prot. no. 531/11347) 30.7.1987 de Çanakkale de saat 20.00 sıralarında otomobil içinde geçirdiği trafik kazasından sonra ilk tedavisi Devlet Hastanesinde yapıp kliniğimize gönderilmiş. 31.7.1987' de hospitalize edilen hastanın yapılan muayenesinde her iki alt ekstremitenin adduksiyon, iç rotasyon ve fleksiyonda olduğu, kafa ve yüzde multipl suture yaraların bulunduğu ve nörovasküler bir patolojinin olmadığı saptandı. Radyolojik incelemede sağda asetabulum posterior dudak kırığı ile birlikte olan (Epstein tip - 2) olarak değerlendirilen çıkık, solda kırksız meydana gelmiş (Epstein tip - 1) posterior çıkık olduğu görüldü. Her iki kalça da genel anestezi altında kapalı olarak redükte edildi. Kontrolde stabil olduğu ve grafilerde de konsantrik redüksiyonun bulunduğu saptandı. Sağa 6, sola 3 hafta süre ile iskelet traksiyonu uygulandı. 6 haftalık ek bir süre evde yatak istirahati önerilen hastaya daha sonra yüklenme verildi. Son kontrolü Şubat 1991' de yapılan hastanın (43 ay sonra) kalça hareketlerinde 10° lik rotasyonel kısıtlamalar dışında tama yakın genişlik vardı. Grafilerinde sağda minimal asetabular osteofitler dışında patoloji yoktu ve scanning de avasküler nekroz bulgusuna rastlanmadı. (Resim I/ A - B)

OLGU 2: M. U. 24 yaşında erkek. (Prot. No. 488/12643) 31.7.1990' da saat 19.00



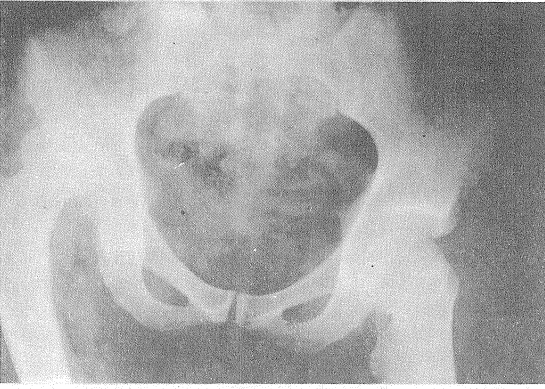
Resim -I/A Bilateral posterior kalça çıkığı. Redüksiyon öncesi (Olgu I)



Resim -I/B 43 ay sonraki kontrol grafisi (Olgu I)

sıralarında bindiği motosikletin başka bir araçla çarpışması sonucu yaralanarak kliniğimize getirilmiş. Yapılan muayenesinde sağ kalçada adduksiyon iç rotasyon, fleksiyon ve kısalık, solda ise dış rotasyon abduksiyon ve uylukta hafif ödem bulundu. Femur başının inguinal bölgede oluşturduğu tümseklik palpe edilebiliyordu. Nörovasküler patoloji saptanmadı. Grafilerinde sağda posterior kırksız (Epstein Tip - 1), solda ise yine kırksız anterior çıkık olduğu görüldü (Resim - 2/A). Genel anestezi altında önce sağ sonra sol kalça kolaylıkla redükte edildi ve stabil olduğu gözlemlendi. Kontrol grafilerinde de iki taraflı konsantrik redüksiyon mevcuttu ve böylece çıkıktan 2 saat sonra redüksiyon gerçekleş-

miş oldu. Her iki alt ekstremiteye de Buck traksiyonu uygulandı ve 15 gün süre ile hospitalize edildi. 1 ay süre ile koltuk değnekleri yardımı ile tedricen yüklemeye verildi. Son kontrolü Mart 1991' de (8 ay sonra) yapılan hastanın sağ kalçasında 20, solda 10 derecelik rotasyon, sağda 15 derecelik abduksiyon kısıtlanması olduğu bulundu. Kontrol grafileri ve bone-sanning de avasküler nekroz ve başka bir patoloji yoktu. Hasta halen kontrolümüz altındadır (Resim - 2/B).



Resim -2/A Sağ posterior, sol anterior kalça çıkığı. Redüksiyon öncesi (Olgu II)



Resim -2/B 8 ay sonraki kontrol grafisi (Olgu II)

TARTIŞMA

Posterior çıkıklar genellikle otomobil kazalarında dizin ön tabluya çarpması sonucu oluşur. (dashboard injury). Fleksiyondaki dize önden gelen kuvvet kalça nötralde ve abduksiyonda ise basit çıkık oluşturur. Kalça abduksiyonda ise asetabulum posterior dudak kırığı meydana gelir. Sunduğumuz iki olguda da aynı mekanizma etkili olmuştur. Ancak ikinci olguda travma çok şiddetli ve kuvvet değişik yönlerden geldiğinden bir tarafta anterior çıkık oluşmuştur. Ağır travmanın simetrik etki etmesi sonucunda bilateral, asimetrik etki etmesi durumunda da değişik tip çıkık meydana gelebilmektedir.

Anterior çıkık sık görülmez ve Epstein'e göre travmatik kalça çıkıklarının % 12' sini kapsar (1). Kalçayı abduksiyona zorlayan kuvvetin derecesine göre obturator, pubik, iliak ya da femur başı kırığı ile birlikte olabilmektedir. İkinci olgumuzda solda femur başı asetabulumun önünde yer almakta idi ve kuvvetin devam etmesi durumunda pozisyonu değişebilecekti.

Reimers tip literatüründe 1960' a kadar 50' den fazla bilateral travmatik çıkık görüldüğünü bildirmiştir (2). Epstein ise 242 olgulu serisinde bir olguda biri öne diğeri arkaya olmak üzere 8 bilateral çıkık bildirmektedir (1). Ingram bilateral travmatik çıkık ile birlikte bilateral femur kırığı olgusu bildirmiştir (3). Alturfan ve arkadaşları da biri bilateral posterior, diğeri biri anterior karşı tarafı posterior çıkık olan 2 olguyu sunmuşlardır (3). DeLee ve arkadaşları (4) 15 olguluk anterior çıkıklı serilerinde 9 femur başı kırığı olduğunu saptadılar. Obturator tipte bir anterior çıkıkta ise ipsilateral baş ve boyun kırığı da McClelland ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (5).

Bütün bildirilerin ortak noktası bir travmatik kalça çıkığının ilk 24 saat içinde redükte edilmesi gereğidir (1, 2, 3, 6, 7). Olgularımızın ilkinde 12 saat, ikincisinde ise 2 saat sonra redüksiyon sağlanmıştır. Çeşitli redüksiyon yöntemleri arasında uyguladığımız Allis yöntemidir. Redüksiyonu engelleyen ya da bloke eden faktörler arasında

iliopsoas ve rektusun gerginliği, femur başının kapsül içinde düğme iliği durumunda kalması, priformis kasının asetabulumu çaprazlayacak şekilde deplase olması ve kapsül interpozisyonu sayılabilir (2, 6, 7, 8). Konsantrik redüksiyon ise invertelimb, asetabulumdaki osteokartilajinöz bir loosebody ya da interpoze olan eklem kapsülü nedeni ile engellenebilir (1, 2, 8).

Kırksız posterior çıkıklarda (Epstein tip-1) ve anterior çıkıklarda prognozun diğer çıkık tiplerine göre daha iyi olduğu belirtilmektedir (4, 6, 8). Prognozu belirleyen olay geç komplikasyon olarak nitelenen femur başının avasküler nekrozudur. Erken komplikasyon olarak siyatik sinir yaralanması başta olmak üzere diğer nörovasküler lezyonlardır. Olgularımızda herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Yalnızca anterior dislokasyonlu olgumuzda femur başının venöz dönüşü engelleyici etkisi ile olması muhtemel minimal bir uyluk ödemi gözlenmişti. Aynı olguda başlangıçta alınamayan femoral nabazan redüksiyon sonrasında hemen geri döndü. Avasküler nekroz şansını azaltabilecek tek yol olan erken redüksiyonu olgularımızda sağlayabildik. Bunu radyolojik ve Technetium 99 ile yapılan scanning vasıtası ile doğruladık. Ancak bunun için ikinci olgumuzun henüz yeterli süreyi tamamlamadığını belirtmek durumundayız. Çeşitli yazarlar bu süreyi 17 - 24 ay olarak vermektedirler (3, 6, 8). Avasküler nekroz insidensi de çeşitli yayınlarda % 10 - 26 arasında değişmektedir. Erken redüksiyon-

da %15.5 olan insidens gecikmiş redüksiyonlarda % 48' e kadar çıkabilmektedir (2, 6). Başarısız kapalı redüksiyon denemelerinde ısrar etmeyip, konsantrik redüksiyonun sağlanamadığı durumlarda olduğu gibi erken açık redüksiyona girişmek prognoz açısından daha elverişli görülmektedir (2, 7, 8).

KAYNAKLAR

1. Freeman III BL. Acute Dislocation. In: Crenshaw AH, ed. *Campbell's Operative Orthopaedics* v. 3. St Louis: CV Mosby Comp; 1987: 2129-36.
2. Canale ST, Manugian AH. Irreducible Traumatic Dislocation of the Hip. *J Bone Joint Surg.* 1979; 61-A: 7-14.
3. Alturfan A, Nane M, Berkman M. Bilateral Travmatik kalça çıkığı. 6. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı. Ankara: Emel Matb; 1980: 62-4.
4. DeLee J, Evans JA, Thomas J. Anterior Dislocation of the hip and Associated Femoral Head Fracture. *J Bone Joint Surg.* 1980; 62-A: 960-4.
5. McClelland SJ, Bauman PA, Medley CF, Shelton ML. Obturator Hip Dislocation with Ipsilateral Fractures of the Femoral Head and Neck. *Clin Orthop.* 1987; 224: 164-8.
6. Clawson DK, Melcher PJ. Fractures and Dislocation of the hip In: Rockwood CA, Green DP eds. *Fractures*, V. 2. Philadelphia: JB Lippincott Comp; 1975: 1030-44.
7. Epstein HC. Posterior Fracture - Dislocation of the hip *J Bone Joint Surg.* 1974; 56 - A: 1103-27.
8. Moll JH. Fractures and Dislocations of the hip joint. In: RG Toranzo ed. *Surgery of the Hip Joint.* Philadelphia: Lea-Febiger; 1973: 450-8.