

KOKSA VARA KONJENİTA

Coxa Vara Congenita

Dr. Musatafa Hüner - Dr. Gündüz Atasoylu - Dr. Rıfki Bilge

Dr. Muharrem Kaplan

Genel anlamda coxa Vara CCD açısının (Collum, Centrum, Diaphyse açısı) küçülmesidir. Normalde CCD açısı ortalama 128° olup, 120° - 140° arasında değişkenlik gösterir.

Coxa vara ya tek veya iki taraflı olur. Konjenital veya sonradan olabilir.

Eğimin yerine göre Coxa Vara kapitalis, Epifizerya, Servikalıs trekanterika, ve diafizerya diye adlandırılır.

Etyolojisine göre Coxa vara:

Doğumsal (Konjenital): Gen bozukluğuna bağlı olarak.

Rachitizm ve osteomalaside kemik yapısının bozulmasına bağlı.

Semptomatik baş ve boyundaki lezyonlar: Psrthes hastalığı ve infeksiyon gibi.

Travmatik: Femur boyun ve cisim kırıkları.

Koksa vara adolecentium veya epifizyolizis kapitis femoris adı verilen femur başı kayması

olmak üzere sınıflandırılır.

Görüldüğü üzere Koksa vara konjenita hariç diğerleri bir hastalık değil bir semptomdur. Kliniğimizde ameliyat ettiğimiz bir olgu nedeni ile biz konjenital koksa varadan söz edeceğiz.

Koksa vara konjenita sözcüğü ilk defa 1869 yılında Kredel tarafından kullanıldı. Lindemann koksa vara konjenitayı primer ve sekonder olmak üzere iki kısma ayırdı. Primer koksa vara konjenita femur defekti ile birlikte bulunur. Kozlowski ve Rupperecht sekonder koksa varayı disostozların bir formu olarak kabul ederler. Bu yazarlara göre sekonder koksa vara konjenita metafizer kondrodisplazinin belirli yerde yerleşmiş özel bir formudur. Son zamanlarda gelişmiş muayene metodları ile yapılmış çalışmalar bunu doğrulamıştır.

Johanning'e göre 1/25.000 oranında rastlanmaktadır. Otörlere göre kızlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Tek taraflı olguların iki taraflılara oranı 2/1 dir.

Klinik: Süt çocuklarında özellikle kalça abduksiyon hareketindeki kısıtlılık belirgindir. Daha büyük çocuklarda yürüme sırasında tek taraflılarda aksama, iki taraflı olgularda yalpalama vardır. Trendelenburg belirtisi pozitifdir. Bacak kısalığı ve atrofisi vardır. Trokanter major yukarı ve arkaya yer değiştirmiştir. Önceleri abduksiyon ve iç rotasyon daha sonraları tüm kalça hareketlerinde kısıtlılık olur. Statik bozukluğa bağlı skolyoz ve ekinizm gelişir. Bel bölgesinde kompensatrist hiperlordoz vardır. Çabuk yorulma, yokuş ve merdiven çıkmada güçlük hastanın yakınmaları arasındadır. Daha sonraki yaşlarda kalçada artrotik değişiklikler geliştiğinden ağrıları artar.

Röntgen Bulguları: CCD açısı küçülmüştür. Normalde 128° olan CCD açısı 90° veya daha küçülmüş olarak saptanır. Literatürde CCD açısı 20° olan bir olgu yayımlanmıştır. Antetorsiyon açısı küçülmüş, çoğu olgularda negatif değer kazanmış yani, retroversiyon meydana gelmiştir. Femur başı epifiz çizgisi vertikaldir. CCD açısı küçüldüğünden trokanter major kranial tarafa kaymıştır. Femur başı deforme boyun ise kısa ve kalındır. Femur boynunda pseudo artroz vardır.

Patoloji: Sekonder koksa vara konjenita, metafizer osteokondrodizplazilerdendir. Kollum metafizinde içinde fibröz doku ve kırık dokusu bulunan osteolitik yerler vardır. Bu osteolitik sahalar yuvarlak veya oval adacıklar şeklinde olabildikleri gibi daha çoklukla bantlar halindedir. Femur başı aşağı-arkaya kayar. 2-4 yaşlarındaki olgularda epifiz çizgisi genişlemiş olarak görülür. Daha sonraki yıllarda epifiz çizgisinin erken kapanması hemen hemen her olguda görülür. V. Lanz ve Wachsmuth'a göre epifiz çizgisi normalde 19-20 yaşlarında kapanır. Epifiz çizgisinin erken kapanması femur boynunun kısa kalmasına neden olur. Enine büyüme sürdüğünden femur boynu kısa ve kalın olur. Trokanter büyüme kırıkdağı normal gelişimini sürdürdüğünden Trokanter majorun üst ucu uzayarak gaga şeklini alır.

Femur başının kayması, CCD açısının küçülmesi ve trokanter majorun uzaması nedeni ile buraya yapışan gluteal ve diğer adelerin yapışma yeri arasındaki mesafe kısalır. Dolayısıyla adelerde kısalır ve Trendelenburg pozitif olur.

Tedavi: Koksa vara konjenitanın kliniği Konjenital kalça çıkığının kliniğine benzediğinden röntgenin yaygın kullanılmadığı devirlerde bu hastalık kalça çıkığı gibi tedavi edildiği olgular vardır.

Etyolojinin kesin bilinmemesi, cerrahi tedavi olanaklarının kısıtlı olduğu zamanlar konservatif tedavi uygulanıyordu. Daha sonraları çeşitli ameliyat yöntemleri uygulanmış ve uygulanmaktadır. Cerrahi girişimde amaç küçülmüş olan CCD açısını normal veya normale yakın büyütmektir. Bu açıyı büyütmek amacı ile subtrokanterik veya intertrokanterik valgizasyon osteotomisi yapılır. Bu girişime yumuşak doku girişimleri de eklenebilir. Örneğin, adduktor tenotomi ve abduktorların ayrılması gibi. Femur boynunun kısalması nedeni ile kısalan adale kolunu uzatmak için trokanter majorun dışa ve distale kaydırılması yapılabilir. Bu girişimler yapılırken kalça biomekaniği gözönünde tutulur. Ameliyat sonunda CCD açısı 90° den az olmamalıdır. Bu açının normalden fazla olması acetabulum displazisine neden olur.

Koksa varada aşağı ve arkaya kaymış olan femur başının mümkün olduğu kadar düzeltilebilmesi için fleksiyon-rotasyon osteotomisinin de yapılması gereklidir. Bazı otörler valgizasyon osteotomisi ile birlikte epifiz plağının bulunduğu yere kemik grefi koyarlar. Bu kemik kcnosalidasyonunu hızlandırır.

Olgunun sunumu: M.B. 11 yaşında erkek. Pot. No: 6072 Hasta topallamadan yakınlıkla polikliniğimize başvurdu. 3 yaşında yürümeğe başlamış. Yürümeğe başladığı zaman topalladığı aile tarafından farkedilmiş. Ağrı yakınması yok. Anamnezde travma tarif edilmiyor. Öz ve soy geçmişinde özellik yok. Sistem muayeneleri normal. Rutin laboratuvar muayeneleri normal.

Hasta sol tarafına aksayarak yürüyor. Sol tarafta 2 cm nisbi kısalık var. Sıpına ilika anteriyör süperiyör iç malleol arası sağda 61 Cm. Solda 59 Cm. bulundu. Hakiki bacak uzunluğu (Trokanter major tepesi-dış malleol) farkı yok.

Kalça hareketlerinden özellikle abdüksiyon solda yarı yarıya azalmış. Abdüksiyon sağ kalçada 30° iken sol kalçada 15° olarak bulundu. Sol kalça rotasyon interni sağa göre 1/3 azalmış. Sol kalça fleksiyonu sola göre 15° azalmış. Hafif derecede kompensatris skolyoz var. Ekinizm yok.

Röntgen Bulguları: AP grafide sol kalça eklemünde femur başının caudal yöne kaydığı, epifiz plağının geniş ve düzgün olmayan kontur gösterdiği, CCD açısının ileri derecede küçüldüğü, acetabulum tavasının düzenini kaybettiği ve displazik görünüm aldığı, femur boynunun kısa ve kalın olduğu, femur başı konturlarının henüz çok bozulmadığı, trokanter majorun üst kısmının uzayarak gaga şeklinde siv-

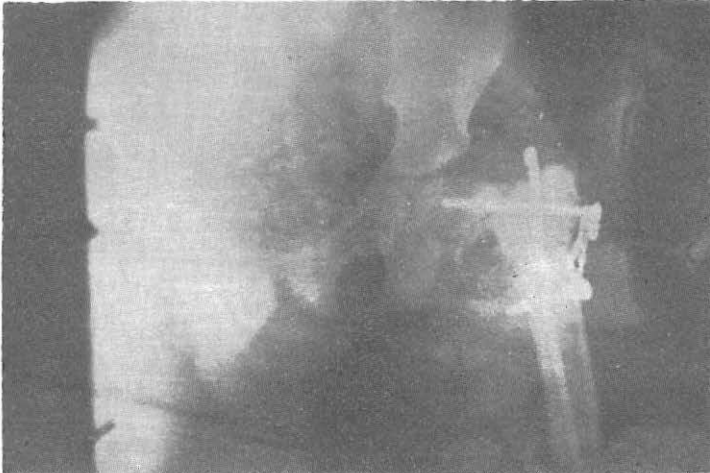
rildiđi, AT. filminde antetorsiyonun kaybolduđu, ve negatif değer al-
dığı görülmektedir.



Resim 1: Olgunun ameliyat öncesi filmi

Olgumuzda ařađıdaki deđerler bulunmuřtur.

	Sağ	Sol
Acetebulum açısı	15°	30°
CCD açısı	100°	60°
CE »	25°	21°
AT »	20°	-10°
Ameliyat sonu CCD açısı		100°



Resim 2: Olgunun ameliyat sonu filmi

Tedavi: Olgumuzda sol femur subtrokanterik tabanı dışarda osteotomi yapılarak varus, retroversiyon deformitesi düzeltildi.

Özet

Sık rastlanmayan konjenital deformasyonlardan olan Cokas Vara Konjenita bir olgu nedeni ile incelendi. Uyguladığımız cerrahi tedavi yöntemi belirtildi.

Summary

A case of Coxa Vara Congenita is presented. This type of deformity of hip is not seen very often, and the method of surgical treatment on this case is explained.

LİTERATÜR

- 1 — Dr. M. Eroğlu. Ortopedi Ders Notları (1965).
- 2 — P.F. Matzen. Lehrbuch der Orthopadie. Band II. 1957.
- 3 — T. Von Lanz- W. Wachsmuth. Praktische Anatomie 1956.
- 4 — M. Lange. Orthopadisch- Chirurgische Operationlehre 1962.
- 5 — Schinz, Baensch, Friedly, Uehlinger. Lehrbuch der Röntgen-diagnostik Cilt. II. 1956.
- 6 — J. Spranger, L.O. Langer, H.R. Wiedeman. Bone Dysplasias 1976.
- 7 — Tachdjian (Pediatrics Orthopedics) (1972).
- 8 — Mercer's (Orthopaedic Surgery) (7. Edition. 1973).
- 9 — Campbell's (Operative Orthopaedic) (1963).