

Bölüm 28

KALÇA OSTEOARTRİTİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Anıl PULATKAN¹

GİRİŞ

Kalça osteoartriti (OA) yetişkinlerde ağrı, sakatlık ve iş gücü kaybının önde gelen nedenlerinden biri olup görülme sıklığı fazladır. Kalça OA, her yaş etkileyen hastalık olmasına karşın görülme sıklığı erkeklerde 50, kadınlarda 40 yaşın üzerinde dramatik olarak artar. 65 yaş üstü bireylerin %25'inde OA nedeniyle ağrı ve fonksiyon kaybı vardır. Nüfusun yaşlanması, ömrün uzaması ve obezite oranlarının artması bu hastalığın görülme sıklığını arttırmaktadır. Cerrahi endikasyonların genişlemesi ve ameliyat sonrası memnuniyetin yüksek olması da kalça OA cerrahisinin daha sık yapılmasına sebep olmaktadır (1).

Kalça eklemi, dizden sonra OA'dan en sık etkilenen eklemdir. Semptomatik tedavide birçok alternatif tedavi mevcut olsa da günümüzde eklem hasarını geri döndüren ve eklem hasarının ilerlemesini engelleyen tedavi yöntemi mevcut değildir (2). Kalça OA'daki cerrahi alternatifler arasında total kalça protezi (TKP) diğer tekniklere göre daha ön planda olmasına karşın hastaya özel cerrahi tedavi tartışmaları devam etmektedir (3).

Kalça OA'da cerrahi, konservatif tedavinin başarısız olduğu, semptomatik tedaviye cevap vermeyen ağrı, fonksiyon kısıtlanması ve hareket kısıtlılığına bağlı eklem sertliği nedeniyle uygulanır. Cerrahi tedaviye karar verilmesinde hasta ve hastalığın yaşam kalitesinde meydana getirdiği sınırlamanın birlikte değerlendirilmesi önemlidir.

Erken evre OA'sı olan hastalarda cerrahi öncesi ağrının kalça eklemi kökenli olduğu kanıtlanmalıdır (4). İleri evre OA'sı olup hareket kısıtlılığı ve ağrısı fazla olan hastalarda yapılan cerrahi tedavinin fonksiyonel sonuçlarının, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre daha kötü olduğu gösterilmiştir. Bu yüzden eklemde sertlik oluşmadan erken cerrahi müdahale iyi sonuçlar açısından önemlidir (5-7).

HANGİ CERRAHİ SEÇENEKLERİ VARDIR VE KİME UYGULANMALIDIR?

Kalça OA'da birçok tedavi yöntemi tanımlanmıştır. Erken evre OA'da femur başının yetersiz örtümüne bağlı pelvik osteotomi veya femoroasetabuler sıkışmaya (FAS) bağlı kalça artroskopisi gibi eklem koruyucu prosedürler düşünülebilir. Eklem koruyucu cerrahi alternatifler genellikle ileri dejeneratif değişiklikleri olan hastalar için önerilmez ve uygun olmayan hastalarda uygun olmayan tekniklerle uygulandığında eklem dejeneratif sürecini hızlandırır. Geç evre OA'da ise TKP, yüzey değiştirme protezleri veya eklem artrodezi ön plana çıkar. Cerrahi tedavi alternatifleri konservatif tedavinin başarısız olduğu fonksiyonel kısıtlanması olan bütün hastalarda düşünülür. Kalça osteoartritte konservatif tedavi başarısız olduğunda ideal cerrahi endikasyonlar tablo 1'de özetlenmiştir (4).

¹ Uzman Doktor, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı, anilpulatkan@gmail.com

muhtemel protez gevşemesine bağlı olan revizyon cerrahisinde daha fazla kemik kaybı ve primer ameliyata göre daha büyük ameliyat gerektireceği açıktır. İlerleyen yaşta da sistemik problemlerin artması nedeniyle ameliyatın ve ameliyat sonrası periyodun daha zor geçeceği unutulmamalıdır. Bu yüzden major cerrahi olan TKP'ye karar vermeden hastaya ameliyattan beklentisi sorulmalı ve cerrah tarafından hasta beklentisi net olarak algılanmalıdır. Ağrısız topallaması olan hastaya cerrahinin risklerini anlatmak, bu cerrahinin %1-2 arasında mortalitesinin olduğunu unutturmamak, cesaretsiz fakat aşırı ağrıya bağlı fonksiyonları ileri derecede kısıtlanan hastaları cesaretlendirmek cerrahin görevidir. Protezi olan hastaların cerrahi beklentilerinin cerrahlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.²⁶⁻³³

Kalça Artrodezi:

TKP enstrüman ve teknolojisinin ilerlemesiyle uygulama sıklığı azalsa da ileri posttravmatik artiriti olan genç, aktif ve ağır iş yapan hastalarda tercih edilir. Nöropatik artropatide ve başarısız TKP sonrasında da uygulanabilir. Cerrahi yöntemin başarısı hastalarda gelişen komşu eklem dejenerasyonları nedeniyle sınırlı olabilir ve komşu eklem dejenerasyonu hastaların %60'ında görülebilir

Kalça artrodezi yürüyüş verimini %50 azaltıp, karşı kalçanın pelvik rotasyonunu ve bitişik eklemlerdeki stresi arttırsa da uygun hastalarda başarılı bir cerrahidir. Artrodez sonrası ambulasyon için %30 daha fazla enerji gerektiği gösterilmiştir (22,34).

Kalçanın 20-35° fleksiyonu, 0-5° adduksiyonu, 5-10° eksternal rotasyonu ile komşu eklemlerdeki stres en aza indirilir. Bu cerrahi lateral veya anterior yaklaşımla uygulanabilir. Cerrahi fiksasyonda çoklu vidaya karşı kobra plaklar daha çok tercih edilir. Karşı tarafa TKP yapılmış bireylerde bu cerrahinin uygulanması kalça protezli eklemde %40 oranında gevşemeye neden olur (34).

KAYNAKÇA

1. Bredveld FC. Osteoarthritis- the impact of a serious disease. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43 (Suppl.1):i4-8.
2. Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: epidemiology. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20:3-25.
3. Felson DT. An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiol Clin North Am* 2004;42:1-9.
4. Zhang W, Doherty M, Arden N, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis* 2005;64:669-81.
5. Hajat S, Fitzpatrick R, Morris R, et al. Does waiting for total hip replacement matter? Prospective cohort study. *J Health Serv Res Policy* 2002;7:19-25.
6. Fortin PR, Penrod JR, Clarke AE, et al. Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum* 2002;46:3327-30.
7. Nilsson AK, Petersson IF, Roos EM, et al. Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study. *Ann Rheum Dis* 2003;62:923-30.
8. Byrd JW. The role of hip arthroscopy in the athletic hip. *Clin Sports Med* 2006;25:255-78.
9. Byrd JW. Hip arthroscopy utilizing the supine position. *Arthroscopy* 1994;10:275-80.
10. Byrd JW, Jones KS. Prospective analysis of hip arthroscopy with 2-year follow-up. *Arthroscopy* 2000;16:578-87.
11. DeAngelis NA, Busconi BD. Hip arthroscopy in the pediatric population. *Clin Orthop Relat Res* 2003;406:60-3.
12. Clohisey JC, McClure JT. Treatment of anterior femoroacetabular impingement with combined hip arthroscopy and limited anterior decompression. *Iowa Orthop J* 2005;25:164-71.
13. Lincoln M, Johnston K, Muldoon M, et al. Combined arthroscopic and modified open approach for cam femoroacetabular impingement: a preliminary experience. *Arthroscopy* 2009;25:392-9.
14. Laude F, Sariali E, Nogier A. Femoroacetabular impingement treatment using arthroscopy and anterior approach. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467:747-52.
15. Ganz R, Gill TJ, Gautier E, et al. Surgical dislocation of the adult hip a technique with full access to the femoral head and acetabulum without the risk of avascular necrosis. *J Bone Joint Surg Br* 2001;83:1119-24.
16. Rebello G, Spencer S, Millis MB, et al. Surgical dislocation in the management of pediatric and adolescent hip deformity. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467:724-31.
17. Spencer S, Millis MB, Kim YJ. Early results of treatment of hip impingement syndrome in slipped capital femoral epiphysis and pistol grip deformity of the femoral head-neck junction using the surgical dislocation technique. *J Pediatr Orthop* 2006;26:281-5.
18. Mardones RM, Gonzalez C, Chen Q, et al. Surgical treatment of femoroacetabular impingement: evaluation of

- the effect of the size of the resection. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:273–9.
19. Espinosa N, Rothenfluh DA, Beck M, et al. Treatment of femoro-acetabular impingement: preliminary results of labral refixation. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:925–35.
 20. Beaulé PE, Le Duff MJ, Zaragoza E. Quality of life following femoral head-neck osteochondroplasty for femoroacetabular impingement. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:773–9.
 21. Murphy S, Tannast M, Kim YJ, et al. Debridement of the adult hip for femoroacetabular impingement: indications and preliminary clinical results. *Clin Orthop Relat Res* 2004;429:178–81.
 22. Campbell WC, Canale ST, Beaty JH. (Ed) *Campbell's Orthopaedics Philadelphia, Mosby Elsevier, 2008.*
 23. Morlock MM, Bishop N, Zustin J, et al. Modes of Implant Failure After Hip Resurfacing: Morphological and Wear Analysis of 267 Retrieval Specimens *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90:89-95.
 24. Giannini S, Moroni A, Romagnoli M, et al. Hip resurfacing: mid-term results of the last-generation metal-on-metal devices. *J Orthopaed Traumatol.* 2007;8:202–6.
 25. Yue EJ, Cabanela ME, Duffy GP, et al. Hip Resurfacing Arthroplasty Risk Factors for Failure Over 25 Years *Clin Orthop Relat Res.* 2009;467:992-9.
 26. Mont MA, Schmalzried TP. Modern Metal-on-Metal Hip Resurfacing: Important Observations from the First Ten Years *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90:3-11.
 27. Thompson R, Kane RL, Gromala T, et al. Complications and short-term outcomes associated with total hip arthroplasty in teaching and community hospitals. *J Arthroplasty* 2002;17:32–40.
 28. Harkess JW, Crockarell JR. Arthroplasty of hip. In: Canale ST, Beaty JH, eds. *Campbell's Operative Orthopaedics.* 11th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2012. chap 3.
 29. Kurtz S, Mowat F, Ong K, et al. Prevalence of primary and revision total hip and knee arthroplasty in the United States from 1990 through 2002. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:1487–97.
 30. Polkowski GG, Callaghan JJ, Mont MA, et al. Total hip arthroplasty in the very young patient. *J Am Acad Orthop Surg.* 2012;20:487–97.
 31. Wright JG, Rudicel S, Feinstein AR. Ask patients what they want: evaluation of individual complaints before total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:229–34.
 32. Mancuso CA, Sculco TP, Salvati EA. Patients with poor preoperative functional status have high expectations of total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2003;18:872–8.
 33. Ghomrawi HM, Franco FN, Mandl LA, et al. How often are patient and surgeon recovery expectations for total joint arthroplasty aligned? Results of a pilot study. *HSS J* 2011;7:229–34.
 34. Murrell GA, Fitch RD. Hip fusion in young adults. Using a medial displacement osteotomy and cobra plate. *Clin Orthop Relat Res* 1994;300:147–54