

Bölüm 13

KALÇA ARTROSKOPİSİ

Mehmet KURT¹

Nihat Demirhan DEMİRKİRAN²

GİRİŞ

TARİHÇE

Ortopedik cerrahide eklem boşluklarının artroskop ile görüntülenmesi uzun yıllardır ilgi çeken konuların başındadır. İlk artroskopi deneyimi Danimarkalı Nordentoff tarafından 1912 yılında diz eklemine laparoskop kullanılarak görüntülenmesi ile başlamıştır (1). Kalça eklemine artroskopi kullanımı biraz daha geç olmuş ve ilk olarak 1931 yılında Burman tarafından kadavrular üzerinde gerçekleştirilmiştir. Günümüzde kalça artroskopisinde yaygın şekilde kullanılan anterolateral portalı tanımlayan Burman, o dönemde traksiyon kullanılmaması nedeniyle kapsül içi görüntüleme yapamamış ve asetebular fossa ve ligamentum teresi görememiştir (2). 1939 yılına gelindiğindeyse 'modern artroskopinin babası' sayılan Takagi tarafından septik artrit, tüberküloz artrit ve Charcot hastalığı tanılarıyla hastalara ilk klinik uygulamalar yapılmıştır (3). 1970'li yılların ortalarına kadar gelişme kaydedemeyen kalça artroskopisi Aignan'ın 51 kalça üzerinde yaptığı tanısal artroskopilerini yayınlaması sonrası tekrar gündeme gelmiştir (4).

Sağlam bir eklem kapsülü ve hacimli kaslarla örtülü olması nedeniyle kalça eklemine ulaşılabilirliğin zor olması ve önemli nörolojik yapıların komşuluğunda bulunması sonucu kalça artrosko-

pisinde gelişim ve uygulamada zorluklar yaşanmıştır. Diz, dirsek, omuz ve ayak bileği artroskopilerindeki hızlı ilerleyiş ve yaygınlığa daha geç ulaşmıştır. Traksiyon yöntemleri ve enstrümantasyondaki gelişmeler kalça artroskopisine olan ilginin artmasını sağlamıştır. Erikson 30 kalça artroskopilik serisiyle eklem lavajı işlemini sunmuş ve traksiyon miktarını tanımlamıştır (5). Ülkemizdeyse 1990 yılında Binnet ve ark. tarafından Erikson'un tarif ettiği traksiyon miktarınca skopi altında vakum fenomeni ve 7-8 mm'lik eklem açıklığı sağlanarak 11 hastaya kalça artroskopisi uygulanmıştır (6).

Son yıllarda femoro-asetebular sıkışma (FAS) sendromunun daha iyi tariflenmesi ve tanınmaya başlanması ile kalça artroskopisinin yaygınlığı giderek artmaktadır. Kalça eklemine anatomik yapılarının tanımlanması ve ilerleyen teknolojik imkanlarla birlikte günümüzde kalça ve asetebulum patolojileri başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Direk grafi, BT ve MR ile saptanamayan kalça eklem patolojilerinde kalça artroskopisi tanıda altın standart haline gelmiştir (7). Açık cerrahi işlemlere göre hasta konforunun daha iyi olması, düşük komplikasyon riski, minimal invaziv oluşu ve iyileşme süresinin kısa olması, işe dönüşün erken olması nedeniyle kalça bölgesinde artroskopik girişimler günümüzde hızla yaygınlaşmaktadır.

¹ Araş Gör Dr, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, dr_mehmet91@hotmail.com

² Dr Öğr Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, drdemirhandemirkiran@gmail.com

Faz 2: Kontrollü stabilite dönemi (4-8 hafta veya 6-12 hafta) : Bu fazın esas amaçları hastanın ağrısız tam yük vererek normal yürüyüş paternini kazanması, günlük yaşam aktivitelerinin kazandırılması, esnekliğin artırılması ev kuvvetlendirme egzersizlerine geçiştir. Faz 2 den Faz 3'e geçişte hastanın günlük aktivitelerini rahatlıkla yapıyor, çömelme ve kalkma hareketlerinde zorlanmıyor, merdiven inip çıkabiliyor olması gereklidir.

Faz 3: Kuvvetlendirme dönemi (8-12 hafta veya 12-20 hafta) : Statik egzersizlerden dinamik egzersizlere geçiş dönemidir. Egzersizler tolerans sınırında başlayıp basitten karmaşığa, yavaştan hızlıya, alçak kuvvetten yüksek kuvvete ve genelden özele yapılmalıdır. Faz 4 geçişinde aktif eklem hareket açıklığının diğer kalçayla eşit olması, piri-formis ve iliopsoas kaslarında esnekliğin tam olması gerekmektedir.

Faz 4: Aktivitelere dönüş dönemi (16. veya 20. haftadan sonra) : Hastanın yaralanma olmadan ki spor aktivite düzeyine dönmesini içerir. Bu dönemde sporcu hastalar düz koşulardan yan koşulara, eski patlayıcı gücüne ulaşması hedeflenir. Rehabilitasyon dönemi bitiminde hastalara mutlaka kısa süreli istirahat dönemi olmalıdır.

SONUÇ

Günümüzde diz ve omuz patolojilerinin tedavisinde en sık uygulanan cerrahiler haline gelen artroskopik girişimler; özel ekipmanların gerekliliği, uzun ve zorlu bir öğrenme eğrisi gibi nedenlerle yakın zamana kadar kalça ekleminde oldukça az sayıda merkezde uygulanmaktaydı. Ancak geçtiğimiz on yılda hızla yaygınlaşan kalça artroskopisi artık sadece kalça eklemi yüzeylelerinin değil, aynı zamanda kalça çevresindeki peritrokanterik patolojilerin de tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Kalça artroskopisi uygun hasta seçimi ve titiz bir cerrahi teknik ile uygulandığında düşük komplikasyon oranlarıyla nispeten güvenli bir prosedürdür. Artroskopik girişimlerin kalça patolojilerinin tanı ve tedavisindeki yeri ekipman teknolojisindeki gelişmeler, hastaların minimal invaziv cerrahi yönündeki talepleri, ortopedistlerin ilgisi ve bilimsel çalışmaların etkisi ile gelecekte daha da artacaktır.

Anahtar Kelimeler: kalça artroskopisi, femoroastebular sıkışma.

KAYNAKÇA

1. Kieser CW, Jackson RW. Severin Nordentoft: The first arthroscopist. *Arthroscopy* 2001;17(5):532-5.
2. Passler H, Yang Y. The past and the future of arthroscopy. In: Doral MN, Tandoğan R, Mann G, Verdonk R, editors. *Sports Injuries: Prevention, Diagnosis, Treatment and Rehabilitation*, 1st ed. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2012. p.5-13.
3. Takagi K. The arthroscope: the second report. *Journal of the Japanese Orthopedic Association* 1939; 14:441-66.
4. Aignan m. Arthroscopy of the hip. *Rev Int Rheumatol* 1976;33:458.
5. Erksso E, Arvidsson I, Arvidsson H. Diagnostic and operative arthroscopy of the hip. *Orthopedics* 1986;9(2): 169-76.
6. Binnet MS, Ateş Y, Işıklar ZU. Tanı ve cerrahi amaçlı kalça artroskopisi. *Acta Orthop Traum Turc* 1990;24:241-4.
7. Aşık M, Kır MÇ. Kalça Artroskopisi. *Türkiye Klinikleri J Orthop& Traumatol-Special Topics* 2009;2(3):52-6.
8. Rath E, Tsvieli O, Levy O. Hip arthroscopy; an emerging technique and indications. *Isr Med Assoc J* 2012;14(3):170-4.
9. Nepple JJ, Prather H, Trousdale RT, et al. Diagnostic imaging of femoroacetabular impingement. *J Am Acad Orthop Surg* 2013;21 Suppl 1:S20-6.
10. Khan W, Khan M, Alradwan H, Williams R, et al.. Utility of Intra-articular Hip Injections for Femoroacetabular Impingement: A Systematic Review. *Orthop J Sport Med* 2015 Sep1;3(9):2325967115601030.
11. Ganz R, Parvizi J, Beck M, et al. Femoroacetabular impingement: a cause for osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2003;417:112-20.
12. Leunig M, Beaulé PE, Ganz R. The concept of femoroacetabular impingement: current status and future perspectives. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467(3):616-22.
13. Bedi A, Zalta I, De La Torre K et al. Radiographic comparison of surgical hip dislocation and hip arthroscopy for treatment of cam deformity in femoroacetabular impingement. *Am J Sport Med* 2011;39(Suppl):20S-8S.
14. Philippon MJ, Faucet SC, Briggs KK. Arthroscopic hip labral repair. *Arthrosc Tech* 2013;2(2):e73-6.
15. Schilders E, Dimitrakopoulou A, Bismil Q, et al. Arthroscopic treatment of labral tears in femoroacetabular impingement: a comparative study of refixation and resection with a minimum two-year follow-up. *J Bone Joint Surg Br* 2011;93(8):1027-32.
16. Sampson TG. Arthroscopic treatment of chondral lesions of the hip. *Clin Sports Med* 2011;30(2):331-48.
17. Cezeral L, Kassrjian A, Canga A, et al. Anatomy, biomechanics, imaging, and management of ligamentum teres injuries. *Radiographics* 2010;30(6):1637-51.
18. Gray AJ, Villar RN. The ligamentum teres of the hip: an arthroscopic classification of its pathology. *Arthroscopy* 1997;13(5):575-8.
19. Blitzer CM. arthroscopic management of septic arthritis of the hip. *Arthroscopy* 1993;9(4):414-6.
20. Lynch TS, Terry MA, Bedi A et al.. Hip arthroscopic surgery: patient evaluation, current; indications, and outcomes. *Am J Sports Med* 2013;41(5)11744-89.

21. Eriksson E, Arvidsson I, Arvisson H. Diagnostic and operative arthroscopy of the hip. *Orthopedics* 1986;9:169-76.
22. McCarthy JC, Day B, Busconi. Hip arthroscopy: Applications and technique. *Am J Orthop Surg* 1995;3:115-22.
23. Dienst M, Godde S, Seil R, et al. Hip arthroscopy without traction: in vivo anatomy of the peripheral hip joint cavity. *Arthroscopy* 2001;17:924-31
24. 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(429):178-81.
25. Klapper R, Dorfmann H, Boyer T. Hip arthroscopy without tractions. In: Bryd JWT, editör. *Operative Hip Arthroscopy*. Newyork: Thieme;1998. p.139-52.
26. Wiese M, Rubenthaler F, Willburger RE, et al. Early results of endoscopic trochanter bursectomy. *Int Orthop* 2004;28(4):218-21
27. Kowalczuk M, Bhandari M, Farrokhyar F, et al.. Complications following hip arthroscopy: a systemic review and meta-analysis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2013;21:1669-75.
28. Harris JD, McCormick FM, Abrams GD, et al. Complications and reoperations during and after hip arthroscopy: A systematic review of 92 studies and more than 6.000 patients. *Arthroscopy* 2013;29(3):589-95
29. Beckmann JT, Wylie JD, Potter MQ, et al. Effect of naproxen prophylaxis on heterotopic ossification following hip arthroscopy: A double blind randomized placebo-controlled trial. *J Bone Joint Surg Am* 2015;16:97(24):2032-7.
30. Edelstein J, Ranawat A, Enseki KR, et al. Post-operative guidelines following hip arthroscopy. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2012;5(1):15-23.