

Bölüm 14

KALÇA KORUYUCU CERRAHİ

Ahmet KULDUK¹

GİRİŞ

Kalça koruyucu cerrahi, son yıllarda özellikle artroskopik cerrahi tekniklerinin gelişmesi ile, giderek popülerite kazanmaktadır. Her ne kadar bu konuda giderek artan cerrahi teknikler geliştirilse ve araştırmalar yayınlansa da, global düzeyde kalça koruyucu cerrahi tanımı üzerinde bir fikir birliği oluşmuş değildir.

Kalça eklemine korumak derken tam olarak ne kastedilmektedir, bu bile bir tartışma konusudur. Bu tanıma giren bir cerrahi operasyon için tüm eklemi mi koruyor olmak gerekir? Yoksa sadece kemik dokuyu ya da artiküler kıkırdağı korumak yeterli midir? Bu cerrahilerde hedefimiz dokuları onarmak mı olmalıdır, yoksa sadece fonksiyonu korumaya mı odaklanmalıyız?

Bazı cerrahlar sadece artroskopik yöntemleri kalça koruyucu cerrahi tanımı içine alırken, artroplastisi içermeyen her cerrahi girişimi bu tanım içine alanlar da vardır. Bakıldığında hemiarthroplastisi bile, bir noktada kalça eklemine bir kısım anatomi ve fonksiyonunu koruyan bir yöntem olarak değerlendirilebilir. Aslında “eklem koruyucu cerrahi” yıllardır bir teknik olarak olmasa da, bir konsept olarak her zaman ortopedik cerrahinin konularından birisi olmuştur.

Kalça koruyucu cerrahi üzerine çalışmalar 1980lerin başlarından beri artan bir hızla devam etmektedir. Son 20 yıldır, kalça cerrahisi üzerine asıl ilgi, eklem dejenerasyonu başlamadan veya

radyolojik olarak görülür hale gelmeden, genç popülasyonun semptomatik kalça ağrısını gidermek üzerine toplanmıştır. Özellikle laboratuvar ve kadavra çalışmalarının artması ile kalça eklemine kanlanması daha iyi anlaşılmaya başlanmış, böylece yeni cerrahi yaklaşımlar ve teknikler geliştirilmiştir. Kalça eklemi kanlanması her yönüyle anlaşıldıkça, femur başı avasküler nekrozundan daha az korkulmakta ve intrakapsüler teknikler çoğalmaktadır.

Sonuç olarak kalça koruyucu cerrahi denildiğinde, aklımıza kesin bir tanımlama gelmesi şu aşamada pek mümkün gözüküyor. Bu bölümde son gelişmeler ışığında, bu tanım adı altında kullanılan teknikler, açık ve artroskopik yöntemler olarak iki başlık altında değerlendirilecektir.

AÇIK YÖNTEMLER

Artroskopik olarak tedavi edilemeyecek birçok kalça patolojisi bulunmaktadır. Bunlar arasında asetabulumun doğuştan ya da kazanılmış deformiteleri (displazi, protrüzyo ve retroversiyon gibi), femoral varus / valgus ya da torsiyon deformiteleri, Legg-Calve-Perthes hastalığı (LCP), kronik femur başı epifiz kayması gibi patolojiler sayılabilir. Bu hastalıklar kalça koruyucu cerrahi yöntemler ile efektif olarak tedavi edilebilmektedir. Bu bölümde bazı kalça patolojilerinin açık tekniklerle cerrahi tedavisi özetlenecektir.

¹ Op.Dr Ahmet KULDUK, Fenerbahçe Beko Basketbol Kulübü Medikal Direktörü

Santral patolojilerin tedavisinden sonra kame-
ra modifiye anterior portale yerleştirilerek femur
baş boyun bileşkesi incelenir. Bu bölgenin osteo-
plastisinin rahat uygulanması için kalça eklemi
fleksiyona alınır. Bu sırada kapsülotomi T şeklin-
de uzatılarak, sıkışma yaratan lezyonun tümüne
ulaşım sağlanabilir.

Prosedür sonrası lezyonun tedavisinin kont-
rolü için direk grafi ameliyathane içinde çekil-
medilir. Postoperatif rehabilitasyonda 2 – 3 hafta
hastaya parsiyel yük verilir. Bu sırada kalça
fleksiyonunun 90 dereceyi aşmasına izin verilme-
melidir. Tam aktiviteye dönmek genellikle 2 – 3
ayı bulur.

Kalça eklem artroskopisinde komplikasyonlar
genellikle uzamış traksiyona ya da yanlış portal
yerleşimine bağlı olarak olmaktadır. Yine portal
sorunları nedeni ile kondral ya da labral yapıları
zarar verilebilir (17).

SONUÇ

Kalça eklemi koruyucu cerrahi, özellikle kalça
osteoartritinin etyolojisi ve patomekanığı daha
iyi anlaşıldıkça daha yaygın olarak uygulanacak-
tır. Yine görüntüleme yöntemleri ve MR uygula-
maları geliştikçe cerrahi uygulanacak bölgeleri
önceden belirlemek kolaylaşacak ve osteoartrit
önlenmesinde cerrahi yöntemler ile tedavi sıklığı
artacaktır. Özellikle mekanik semptomları olan
genç hastaların tedavisi için bu yöntemler umut
verici olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalça koruyucu cerrahi,
Kalça Artroskopisi, Femorosetabular Sıkışma

KAYNAKÇA

1. Ganz R, Parvizi J, Beck M, et al. Femoroacetabular im-
pingement: a cause for osteoarthritis of the hip. Clin Or-
thop Relat Res. 2003;417:112–20.
2. 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 nec-
rosis. J Bone Joint Surg Br. 2001;83(8):1119–24.
3. Notzli HP, Siebenrock KA, Hemp ng A, et al. Perfusion
of the femoral head during surgical dislocation of the
hip. Monitoring by laser Doppler owmetry. J Bone Joint
Surg Br. 2002;84(2):300–4.
4. Sink EL, Beaulé PE, Sucato D, et al. Multicenter study of
complications following surgical dislocation of the hip. J
Bone Joint Surg Am. 2011;93(12):1132–6.

5. Klaue K, Durnin CW, Ganz R. e acetabular rim syndro-
me. A clinical presentation of dysplasia of the hip. J Bone
Joint Surg Br. 1991;73(3):423–9.
6. Murphy SB, Ganz R, Muller ME. The prognosis in unt-
reated dysplasia of the hip. A study of radiographic fac-
tors that predict the outcome. J Bone Joint Surg Am.
1995;77(7):985–9.
7. Ganz R, Klaue K, Vinh TS, et al. A new periacetabular
osteotomy for the treatment of hip dysplasias. Tech-
nique and preliminary results. Clin Orthop Relat Res.
1988;232:26–36.
8. Zaltz I, Baca G, Kim YJ, et al. Complications associated
with the periacetabular osteotomy: a prospective multi-
center study. J Bone Joint Surg Am. 2014;96(23):1967–
74.
9. McBride MT, Muldoon MP, Santore RF, et al. Protrusio
acetabuli: diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop
Surg. 2001;9(2):79–88.
10. Steel HH. Protrusio acetabuli: its occurrence in the
completely expressed Marfan syndrome and its muscu-
loskeletal component and a procedure to arrest the cour-
se of protrusion in the growing pelvis. J Pediatr Orthop.
1996;16(6):704–18.
11. Albers CE, Steppacher SD, Ganz R, et al. Joint- pre-
serving surgery improves pain, range of motion, and ab-
ductor strength Legg-Calve-Perthes disease. Clin Orthop
Relat Res. 2012; 470(9):2450–61.
12. Clohisy JC, Nepple JJ, Ross JR, et al. Does surgical hip
dislocation and periacetabular osteotomy improve pain
in patients with Perthes-like deformities and acetabular
dysplasia? Clin Orthop Relat Res. 2015;473(4):1370–7.
13. Azegami S, Kosuge D, Ramachandran M. Surgical treat-
ment of femoroacetabular impingement in patients with
slipped capital femoral epiphysis: a review of current
surgical techniques. Bone Joint J. 2013;95-B(4):445–51.
14. Spencer S, Millis MB, Kim YJ. Early results of treatment
of hip impinge- ment syndrome in slipped capital femo-
ral epiphysis and pistol grip deformity of the femoral
head-neck junction using the surgical dislocation tech-
nique. J Pediatr Orthop. 2006; 26(3):281–5.
15. Bedi A, Chen N, Robertson W, et al. The management
of labral tears and femoroacetabular impingement
of the hip in the young, active patient. Arthroscopy
2008;24:1135–1145.
16. Safran MR. Advances in hip arthroscopy. Sports Med
Arthrosc 2010;12:55.
17. Tibor LM, Leunig M. The pathoanatomy and arthrosc-
opic management of femoroacetabular impingement.
Bone Joint Res 2012;1:245–257.