

Bölüm 2

ASETABULUM KIRIKLARI

Bünyamin ARI¹
İsmail YÜKÜNÇ²

GİRİŞ

Asetabulum kırıkları ilk olarak 1800 lü yılların son dönemlerine doğru literatüre girmeye başlamıştır. Li yılların sonuna doğru literatüre girmeyi başarmıştır. Daha sonraki yıllarda giderek önemini artırmış fakat tedavisi konusunda tam olarak bir görüş birliği sağlanamamıştır.(2) zaman içerisinde teknolojinin ilerlemesine paralel olarak artan kazalar sonucu insidansı artmıştır. Aynı zaman sürecinde sadece sıklığı değil oluş mekanizması ve bıraktığı sakatlıklar da daha komplike bir yapıya bürünmüştür. Bunların sonucu olarak önceki yıllarda daha az sayılarda görülen asetabulum kırıkları son yıllarda daha sık karşılaşılan kırıklar olmuşturlardır. Tanı araçlarındaki ilerlemeler daha ayrıntılı tanımlamalar yapabilmeye olanakını sunmasına rağmen tedavi planlaması ve başarısı aynı paralel ilgi göstermemiştir(2)

Judet ve Letournel 1964 yılında bir araya gelerek asetabulum kırıklarını radyolojik olarak tanımlamaya ve bir tedavi planı oluşturmaya çalışmışlardır(14). Daha sonra Matta ver ark. Katılımı ile en iyi cerrahi sonucun anatomik redüksiyon ve bunun korunması için sağlam bir internal tespit ile mümkün olacağını belirtmişlerdir.(2,3,13)

ANATOMİ

Pelvis kemikleri iki innominat kemikten ve sakrumdan oluşmaktadır. Innominat kemiğin üç ossifikasyon merkezi vardır: ilium, ischium ve pubis. Triradiat kırıkta birleşirler ve 16 yaşlarına kadar füzyona uğrarlar

Kalça sağlam ve çok sağlam bir eklemdir. Femur başı acetabulumun üçte ikisini doldurur ve kaplanır. Düşük yükte, yalnızca ön ve arka duvarlar basınç iletir. Yük arttıkça, duvarlarda ve kolonlarda bozulma olur ve tavan basınç uygulamaya başlar

¹ Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi, TRABZON

² Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi, TRABZON

Genişletilmiş İliofemoral Yaklaşım(GİY)

Letournel ve Judet asetabulumun ön ve arka parçalarının tek bir kesi ile aynı anda gösterebilecek yeni bir yaklaşım gereksinimi içerisinde, iki yıllık bir çalışma sonucunda Genişletilmiş iliofemoral yaklaşımı tanımlamış ve 1975 yılından itibaren klinik uygulamaya geçmişlerdir. Genel olarak bakıldığında, Genişletilmiş iliofemoral yaklaşım üç ayrı aşamadan oluşur:

1. Gluteal kasların tensor fasya lata ile birlikte orijin ve insersiyolarından ayrılması,
2. Kalçanın dış rotatorlarının KL yaklaşımında olduğu gibi ayrılması,
3. Asetabuler kenar boyunca geniş bir kapsülotomi. Endikasyonlar En önemli endikasyonlar, zor redükte edilen transtekta transvers kırıklar, T şekilli kırıklar, posteriyör duvar kırığı ile birlikte olan her iki kolon kırıkları sayılır.

Ayrıca geç gelen olgular ve kötü kaynama (malunion)'larda da etkili bir yaklaşımdır. Genişletilmiş ilio-femoral yaklaşım her iki kolonu aynı anda gösteren geniş bir yaklaşımdır. Mutlaka özel bir eğitim ve çalışma gerektirir. Özellikle iyi seçilmiş, redükte edilemeyen olgularda ve kötü kaynamalarda endikedir. Genişletilmiş iliofemoral yaklaşımın komplikasyon oranı diğer yaklaşımlara nazaran daha sık ve can sıkıcıdır.(2,7,8)

KAYNAKLAR

1. Arazi M. (2012) .İlioinguinal yaklaşımla redüksiyon ve tespit yöntemleri TOTBİD Dergisi;11(2):161-166
2. Bucholz, R.(2014) asetabulum kırıkları. Mustafa BAŞBOZKURT (Cev. Ed). Rockwood ve Green Erişkin Kırıkları(Yedinci baskı) (s. 1463-1524) Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri
3. Dorrell JH, Catterall A. (1986) The torn acetabular labrum. J Bone Joint Surg Br. May;68(3):400-403.
4. Elmali N, Ertem K, Inan M, Ayan I, Denizhan Y. (2003) Clinical and radiologic results of surgically-treated acetabular fracturesActa Orthop Traumatol Turc.;37(2):97-101.
5. Hak DJ, Olson SA, Matta JM. (1997) Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: the MorelLavallee lesion. J Trauma. Jun;42(6):1046-51.
6. Judet R, Judet J, Letournel E. (1964). Fractures Of The Acetabulum: Classification And Surgical Approaches For Open Reduction. J Bone Joint Surg Am. Dec;46:1615-46.
7. Kınık H. (2012) Kocher-Langenbeck yaklaşımı ile kırık redüksiyonu ve tespit TOTBİD Dergisi;11(2):167-171
8. Letournel E, Judet R. (1993) Fractures of the acetabulum. 2nd ed. New York: Springer-Verlag;
9. Matta J. (2003) Surgical treatment of acetabulum fractures. In: Browner-Jupiter, editors. Skeletal Trauma. Vol 1. NB: Saunders Comp; p.1109-1149
10. Molière S, Dosch JC, Bierry G. (2016) Pelvic, acetabular and hip fractures: What the surgeon should expect from the radiologist. Diagn Interv Imaging. Jul-Aug;97(7-8):709-23.

Alt Ekstremitte Kırıkları ve ıkıkları

11. Ruesch PD, Holdener H, Ciaramitaro M, Mast JW. (1994). A prospective study of surgically treated acetabular fractures. *Clin Orthop Relat Res.* Aug;(305):38-46
12. Routt ML Jr, Swiontkowski MF. (1990). Operative treatment of complex acetabular fractures. Combined anterior and posterior exposures during the same procedure. *J Bone Joint Surg Am.* Jul;72(6):897-904
13. 85 Tornetta P, Reilly M, Matta J. (2002) Acetabular fracture/dislocation. *J Orthop Trauma.* Feb;16(2):139-42
14. Qureshi AA, Archdeacon MT, Jenkins MA, Infante A, DiPasquale T, Bolhofner BR. (2004). Infrapectineal plating for acetabular fractures: a technical adjunct to internal fixation. *J Orthop Trauma.* Mar;18(3):175-8